



# วารสาร

## สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

JOURNAL OF LOEI PROVINCIAL PUBLIC HEALTH OFFICE

ISSN 2822-0765  
(Online)

ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 (Vol.4 No. 1)  
มกราคม - มีนาคม ปี พ.ศ. 2569

2026



QR code เว็บไซต์

# วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

Journal Of Loei Provincial Health Office : JOLOPO



## Journal Identity

**Journal title** - JOURNAL OF LOEI PROVINCIAL PUBLIC HEALTH OFFICE

วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

**Journal initials** - JOLOPO

**Journal Abbreviation** - loei j.

## Publishing Details

**Publisher** - Loei province

**Online ISSN** - 2822-0765

**Print ISSN** - 2822-0765

## Description

วารสารฯ มีนโยบายรับตีพิมพ์บทความในด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ระบบการสาธารณสุข, การแพทย์, การพยาบาล ฯลฯ โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสาธารณสุข และนักวิจัยในและนอกจังหวัด

The journal aims to provide a platform for researchers, scientists, and academicians to share knowledge and ideas in the form of high-quality articles in the form of original research or review covering the main fields as Health Science , Provincial Health Systems, medical , Nurse , Applied Sciences.

## Peer Review Process

บทความทุกบทความจะต้องผ่านการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 2 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้แต่งไม่ทราบชื่อกันและกัน (double-blind review)

The articles submitted for publication are peer-reviewed by at least two reviewers who are knowledgeable in the field as well as approved by the editorial board. Throughout the peer review process, both reviewers and author identities are hidden from each other (double-blind review).

## Publication Frequency

ตีพิมพ์ 4 ฉบับต่อปี (4 issues per year)

ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม (Issue 1 : January – March)

ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน (Issue 2 : April – June)

ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน (Issue 3 : July - September)

ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม (Issue 4 : October - December)

## Publisher

ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai-Journal Citation Index)



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย  
255 หมู่ที่ 6 ตำบลนาอาน  
อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย 42000  
กองบรรณาธิการ โทร 098 097 9570

# วารสาร

## สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม 2569

### ที่ปรึกษา

นายแพทย์รวมพล เหล่าหว่าน  
นายแพทย์ยอดลักษณ์ สัยลังกา  
นายแพทย์สรรคเพชร หอมสมบัติ  
นายแพทย์ศราวุธ ศรีบุรินทร์

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย  
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย (ด้านเวชกรรมป้องกัน)  
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย (ด้านเวชกรรมป้องกัน)  
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย (ด้านเวชกรรมป้องกัน)

### บรรณาธิการ

แพทย์หญิงระพีพรรณ จันทร์อ้วน  
ทันตแพทย์หญิงกรัณชชา สุชรวา

รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย (ด้านเวชกรรมป้องกัน)  
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย (ด้านทันตสาธารณสุข)

### รองบรรณาธิการ

อิสรา ขุนพิลึก

นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

### กองบรรณาธิการและฝ่ายจัดการ

สมหญิง จันทร์วัน  
ธารรัตน์ จารุฑีพิมพ์พร  
นันทะกานต์ ขาวดา  
วิภาดา พลไกรษร  
รัตติยา บุญเกียรติบุตร

นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ  
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ  
นักทรัพยากรบุคคล  
นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

### ภาพประกอบปก

นันทะกานต์ ขาวดา  
บางคลาน รามศิริ

แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ  
เจ้าของเพจ Facebook : ใจจ้อย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

## ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความภายนอก

- |                                      |  |   |
|--------------------------------------|--|---|
| 1. รศ.ดร.ธัญชัย บุญหนัก              | คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี   | มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย                                |
| 2. ผศ.ณรงค์ บุญสิริสัมพันธ์          | คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี   | มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย                                |
| 3. อ.ดร.สุไพธิน พิชัย                | คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี   | มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย                                |
| 4. ผศ.ปิยะนุช พรหมสาขา ณ สกลนคร      | คณะพยาบาลศาสตร์  | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี                    |
| 5. ผศ.ดร.เนตรนภา กาบมณี              | คณะพยาบาลศาสตร์  | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี                    |
| 6. ผศ.ดร.อัจฉรา คำมะทิตย์            | คณะพยาบาลศาสตร์  | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี                    |
| 7. ดร.วนิดา ศรีพรหมษา                | คณะพยาบาลศาสตร์  | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี                    |
| 8. อ.จิตตานันท์ ศรีสุวรรณ            | คณะพยาบาลศาสตร์  | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี                    |
| 9. ดร.สุเมตตา แก้วมา                 | คณะพยาบาลศาสตร์  | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี                    |
| 10. ดร.พิมพ์วัลย์ อายุวัฒน์          | คณะพยาบาลศาสตร์  | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี                    |
| 11. ผศ.ดร.ธิดารัตน์ ห้วยทราย         | คณะพยาบาลศาสตร์  | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี                    |
| 12. อ.สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์          | คณะพยาบาลศาสตร์  | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี                    |
| 13. อ.ดร.เสกสรร อรรถวาไสย์           | คณะพยาบาลศาสตร์  | มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์                          |
| 14. ผศ.ดร.พรรณพิมล สุขวงษ์           | คณะพยาบาลศาสตร์  | วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น                                 |
| 15. ญ.ดร.จิตติมา วุฒิอิน             | เภสัชกรชำนาญการพิเศษ   | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย                    |
| 16. ญ.ดร.อรทัย วลีวงศ์               | เภสัชกรชำนาญการ  | สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ              |
| 17. ผศ.ดร.กิตติศักดิ์ รุจิกาญจนรัตน์ | คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ                                     | มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี                           |
| 18. ผศ.ดร.สุดารัตน์ ไชยเฉลิม         | คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ                                     | มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี                           |
| 19. อ.นิวัฒน์ ทรงศิลป์               | สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยสหเวชศาสตร์                           | มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา                         |
| 20. รศ.ดร.อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง     | คณะสาธารณสุขศาสตร์   | มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา                         |
| 21. ผศ.ดร.อมรรัตน์ ลีอนาม            | คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม                                     | มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ                  |
| 22. อ.ดร.ชินกร สุจิมงคล              | คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์                                     | สถาบันพระบรมราชชนก                                  |
| 23. อ.ดร.บัณฑิต นิตยคำหาญ            | คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์                                     | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น          |
| 24. อ.ดร.ภูริชา พัชรธรรมากุล         | คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์                                     | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น          |
| 25. ผศ.ดร.กุลธิดา กุลประทีปปัญญา     | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี   | สรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก |
| 26. ดร.วรวิทย์ ชาญวิรัตน์            | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ จังหวัดอุดรธานี                        |   |
| 27. ดร.นิตริรัตน์ มีกาย              | สาขาการแพทย์แผนไทยบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก |   |
| 28. รศ.ดร.สุรัชย์ พิมพ์า             | สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์                        | มหาวิทยาลัยขอนแก่น                                  |
| 29. ดร.ขวัญใจ วงศ์ช่วย               | นักวิชาการอิสระ บริษัทระดมคิด  |   |
| 30. ดร.วัลยาภรณ์ ทั้งสุภุติ          | นักวิชาการอิสระ  |   |
| 31. พญ.จุฬาพันธุ์ เหมกุล             | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ  | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์            |
| 32. นพ.วุฒิกิจ จำปาศิริ              | นายแพทย์ชำนาญการ   | โรงพยาบาลวังสะพุง จังหวัดเลย                        |
| 33. นพ.สุรเชษฐ์ แซ่ลิ้ม              | นายแพทย์ชำนาญการ   | โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี                     |
| 34. พญ.จิรัฏฐศรี สุวรรณบำรุงชัย      | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ                                   | ศูนย์อนามัยที่ ๖ จังหวัดชลบุรี                      |
| 35. ดร.เพ็ญสุดา ไชยเมือง             | ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๒                                       | จังหวัดพิษณุโลก                                     |
| 36. นางชติยา แก้วสมบัติ              | นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ข้าราชการบำนาญ)                        |   |
| 37. นางคมเนตร สกลณะศักดิ์            | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ข้าราชการบำนาญ)                          |   |

## ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความภายใน

- |                              |  |
|------------------------------|--|
| 1. ดร.บุญมา สุนทรวิรัตน์     | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย (ด้านบริหาร)            |
| 2. ดร.จวีร์รัตน์ ประवालัญญกร | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย |
| 3. ดร.กมลเนตร ใฝ่ชำนาญ       | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย |
| 4. ดร.กิตติ ประจันตเสน       | นักสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย       |



## บทบรรณาธิการ

วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย (The Loei Provincial Public Health Office Journal) ก้าวเข้าสู่ปีที่ 4 เล่มที่ 1 ประจำปีไตรมาส มกราคม-มีนาคม 2569 ด้วยความภาคภูมิใจ บรรณาธิการขอต้อนรับผู้อ่าน นักวิจัย และบุคลากรสาธารณสุขทุกท่าน สู่พื้นที่วิชาการที่สะท้อนความพยายามของเครือข่ายสาธารณสุขจังหวัดเลยในการสร้างองค์ความรู้จากการปฏิบัติงานจริงเพื่อสุขภาวะของประชาชน

วารสารฉบับนี้รวบรวมผลงานวิชาการจำนวน 11 เรื่อง ใน 4 กลุ่มสาระสำคัญ ได้แก่ (1) การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ครอบคลุมการวิเคราะห์การเข้าถึงบริการกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนจังหวัดเลย การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และรูปแบบบริการคลินิกความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลภูเรือ (2) ปัญหาเสพติดและสุขภาพมารดา-ทารก นำเสนอปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสำเร็จในการบำบัดยาเสพติดระดับต่ำบล และงานวิจัยที่โดดเด่นจากโรงพยาบาลเชียงคานว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกแบบบูรณาการเพื่อลดผลกระทบต่อทารกจากมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนระหว่างตั้งครรภ์ (3) คุณภาพบริการพยาบาลและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ครอบคลุมการพัฒนาาระบบสารสนเทศตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล แนวปฏิบัติป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ และผลของโปรแกรมโยคะต่อความสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ และ (4) นโยบายสาธารณสุขและคุ้มครองผู้บริโภค ครอบคลุมชุมชนต้นแบบจัดการผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ปลอดภัย การประเมินนโยบาย 3 หมอ ในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดตราด และผลกระทบการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

ความหลากหลายของผลงานในฉบับนี้ สะท้อนศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขที่ไม่ได้เป็นเพียงผู้ปฏิบัติงาน แต่ยังเป็นนักวิชาการที่สามารถสร้างและถ่ายทอดองค์ความรู้เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพอย่างแท้จริง บรรณาธิการขอขอบคุณผู้สนับสนุนทุกท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิ และกองบรรณาธิการที่ทุ่มเทจนวารสารฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยคุณภาพ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลงานทั้งหมดจะเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน การกำหนดนโยบาย และการพัฒนางานวิจัยต่อไป

ด้วยความปรารถนาดี  
แพทย์หญิงระพีพรรณ จันทร์อ้วน  
ทันตแพทย์หญิงกรณิษฐา สุธาวา  
บรรณาธิการ





## Editorial

The Loei Provincial Public Health Office Journal proudly enters its fourth year of publication with Volume 4, Issue 1, covering the period January through March 2026. On behalf of the Editorial Board, I extend a warm welcome to all readers, researchers, and public health professionals. This journal continues to serve as an academic platform that reflects the collective efforts of Loei Province's public health network in generating knowledge grounded in real-world practice and genuine commitment to the health and well-being of the communities we serve.

This issue presents eleven research articles and academic contributions organized into four thematic groups. The first group addresses the management of non-communicable diseases (NCDs), encompassing a service accessibility analysis for diabetes risk groups in community primary health centers in Loei Province, the development of a health promotion program for patients with uncontrolled blood glucose levels, and a service model for an uncontrolled hypertension clinic at Phu Ruea Hospital. The second group focuses on substance use and maternal-infant health, featuring a study on factors associated with successful drug rehabilitation outcomes at the sub-district level and a notable study from Chiangkhan Hospital on an integrated proactive health promotion model designed to reduce adverse neonatal outcomes resulting from maternal methamphetamine use during pregnancy. The third group covers nursing care quality and complication prevention, including the development of a nursing quality indicator information management system, clinical practice guidelines for pressure ulcer prevention in intubated patients, and an evaluation of a yoga training program on five-dimensional happiness among elderly community members. The fourth and final group examines public health policy, health systems, and consumer protection, comprising a model community initiative for unsafe health product management, an outcome evaluation of the national Three-Doctor (3 หมอ) Policy in primary care units in Trat Province, and an assessment of the impact of transferring sub-district health promotion hospital responsibilities to provincial administrative organizations.

The breadth and diversity of contributions in this issue reflect the remarkable capacity of public health personnel who are not only skilled practitioners but also accomplished scholars capable of producing and disseminating knowledge to advance the health system. I wish to extend my sincere gratitude to all authors for their trust in submitting their work to this journal, to the peer reviewers for their rigorous and constructive feedback, and to the editorial team for their unwavering dedication. It is my earnest hope that the research presented herein will prove valuable in informing practice, shaping policy, and inspiring further inquiry in the field of public health.

*With best regards,*  
**Rapeepan Chanuan, M.D.**  
**Karuntacha Suthawa, DDS.**  
Editor





## บทความวิจัย

หน้า

### บทความวิชาการ

บทวิเคราะห์การเข้าถึงบริการของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดเลย An Analysis of Service Accessibility for Diabetes Risk Groups in Community Primary Health Centers, Loei Province <i>สถาพร บัวระพา, ธารารัตน์ จารุฑิฆัมพร</i>	1
--	---

### บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดในคลินิกบำบัดยาเสพติด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเมียง Factors Associated with Successful Treatment Outcomes among Drug Addicts in the Drug Rehabilitation Clinic of Ban Miang Sub-district Health Promoting Hospital <i>นำค่าง สารระแสน, ศิริรักษา บุคตาหลู</i>	14
การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลภูเรือ Development of a Health Promotion Program for Patients with Uncontrolled Diabetes at Phu Ruea Hospital <i>สุภาภรณ์ บุญศรีภูมิ</i>	29
การพัฒนาชุมชนต้นแบบจัดการผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ปลอดภัย : กรณีศึกษา ตำบลวังสะพุง อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย Development of a Model Community for Unsafe Health Product Management: A Case Study of Wang Saphung Subdistrict, Wang Saphung District, Loei Province <i>สาวิตรี ทรงศิลป์, วนิดา ฉายติลก, ยศพัทธ์ นามวงษา, วุฒิไกร หมายดี</i>	48
การพัฒนากระบวนการจัดการสารสนเทศด้านตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล ของกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลหนองหิน จังหวัดเลย The Development of Information Management Process for Nursing Quality Indicators for Nursing Organization at Nonghin Hospital, Loei Province <i>รัตติภรณ์ มูลเครือคำ, รพีพร บุญปัน</i>	69
การพัฒนาและประเมินผลของโปรแกรมการฝึกโยคะต่อความสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลภูเรือ Development and Evaluation of a Yoga Training Program on Five-Dimensional Happiness in Elderly Individuals in Tassaban Tambon Phuruua. <i>จิระนันท์ ยิ่งยงวัฒนกิจ</i>	81
การประเมินผลการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบาย 3 หมอในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดตราด An Evaluation of the Implementation of the Three-Doctor (3 หมอ) Policy in Primary Care Units in Trat Province <i>จิรยุทธ ประสิทธิ์นิาวา</i>	99
การพัฒนาารูปแบบบริการคลินิกความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูเรือ จังหวัดเลย Development of Service Model for Uncontrolled Hypertension Clinic at Outpatient Department, Phu Ruea Hospital, Loei Province <i>บัววิสาภรณ์ แสนตา</i>	118
การพัฒนาารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกแบบบูรณาการเพื่อลดผลกระทบของทารก จากมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนระหว่างตั้งครรภ์ โรงพยาบาลเชียงคาน จังหวัดเลย Development of an Integrated Proactive Health Promotion Model to Reduce Infant Impact from Maternal Methamphetamine Use During Pregnancy, Chiangkhan Hospital, Loei Province <i>อัญชลี หงษา, ระพีพรรณ จันทร์อ้วน</i>	132
การพัฒนาแนวปฏิบัติกรป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 โรงพยาบาลเลย Development of Pressure Ulcer Prevention Guidelines for Intubated Patients in Internal Medicine Ward 2, Female Geriatric Unit, Loei Hospital <i>วริศรา ดาวงษา</i>	148
ผลกระทบการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ประเทศไทย The Effect of the mission transfer from the commemorating his majesty The king's 60th birthday nawamintrachini health center and sub-district Health promotion hospital to provincial administrative organization, Thailand. <i>บุญมา สุนทราวีรัตน์, ธราวพงษ์ กัปโก, ยอดลักษ์ สัยลังกา</i>	163

## An analysis of service accessibility for diabetes risk groups in community primary health centers, Loei Province

Sathaporn Buarapa<sup>1\*</sup> Thararat Jarutheekumporn<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Mueang Loei District Health Office, <sup>2</sup>Loei Provincial Public Health Office, Loei Province, Thailand

### Abstract

Diabetes is a significant public health problem with increasing prevalence in Thailand. This cross-sectional analytical study aimed to analyze service accessibility among diabetes risk groups in Community Primary Health Centers in Loei Province. The study examined accessibility situations, influencing factors, barriers and limitations, and proposed service improvement guidelines. The study population consisted of 25,982 individuals at risk of diabetes from 142 community health centers in Loei Province during fiscal year 2568 (October 1, 2024 - September 30, 2025). Data were collected from secondary databases including patient registries and health service databases through approved access procedures. Descriptive statistics and logistic regression analysis were used for data analysis.

Results revealed that 81.11% of the risk group accessed screening services, primarily through village health volunteer appointments (84.72%). Factors significantly influencing service accessibility included education level (OR=8.54), distance less than 5 kilometers (OR=3.50), age 55 years or older (OR=0.16), convenient transportation (OR=1.37), adequate personnel (OR=1.33), and service hours (OR=1.25). Major barriers from the user perspective included long distance (46.08%), work obligations (41.92%), and insufficient personnel (43.34%). From the provider perspective, limitations included excessive workload (11 of 15 providers), limited budget (all 15 providers), and outdated equipment (15 of 15 providers).

In conclusion, although the majority (81.11%) of the diabetes risk group accessed screening services, approximately 18.89% (which exceeds the national target of 10% non-accessibility) still lacked access. Service development should focus on expanding mobile outreach services, increasing resources, developing integrated data systems, and promoting community participation to ensure comprehensive and efficient service accessibility for diabetes risk groups. Further qualitative research is recommended to understand barriers in depth and conduct long-term follow-up studies on service accessibility outcomes.

**Keywords:** community primary health center, diabetes risk group, Loei Province, service accessibility

*\*Corresponding Author: sathaporn.b@gmail.com*



## บทวิเคราะห์การเข้าถึงบริการของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดเลย

สถาพร บัวระพา<sup>1\*</sup> ธารรัตน์ จารุทีฆัมพร<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองเลย <sup>2</sup>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

### บทคัดย่อ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญซึ่งมีความชุกเพิ่มขึ้นในประเทศไทย การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์การเข้าถึงบริการของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนจังหวัดเลย โดยศึกษาสถานการณ์การเข้าถึงบริการ ปัจจัยที่มีอิทธิพล อุปสรรคและข้อจำกัด และเสนอแนวทางการพัฒนาบริการ ประชากรที่ศึกษาคือกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 25,982 คน จากศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน 142 แห่ง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (1 ตุลาคม 2567 - 30 กันยายน 2568) เก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลทุติยภูมิผ่านการขออนุญาตเข้าถึงตามระเบียบวิธีวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มเสี่ยงร้อยละ 81.11 เข้าถึงบริการคัดกรองโดยช่องทางหลักคือการนัดหมาย โดยอาสาสมัครสาธารณสุข (ร้อยละ 84.72) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ระดับการศึกษา (OR=8.54) ระยะทางน้อยกว่า 5 กิโลเมตร (OR=3.50) อายุ 55 ปีขึ้นไป (OR=0.16) การคมนาคมสะดวก (OR=1.37) ความพร้อมของบุคลากร (OR=1.33) และเวลาเปิดให้บริการ (OR=1.25) อุปสรรคสำคัญจากมุมมองผู้รับบริการ ได้แก่ ระยะทางไกล (ร้อยละ 46.08) ต้องทำงาน (ร้อยละ 41.92) และบุคลากรไม่เพียงพอ (ร้อยละ 43.34) จากมุมมองผู้ให้บริการ ได้แก่ ภาระงานมาก (11 จาก 15 ราย) งบประมาณจำกัด (15 รายทั้งหมด) และอุปกรณ์ล้าสมัย (15 จาก 15 ราย)

สรุป แม้กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.11) เข้าถึงบริการคัดกรอง แต่ยังมีกลุ่มที่ไม่เข้าถึงร้อยละ 18.89 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายระดับชาติที่กำหนดไว้ร้อยละ 10 การพัฒนาบริการควรเน้นขยายบริการเคลื่อนที่เพิ่มทรัพยากร พัฒนาระบบข้อมูลให้เชื่อมโยง และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่อทำความเข้าใจอุปสรรคเชิงลึก และติดตามผลระยะยาวของการเข้าถึงบริการต่อการป้องกันโรคเบาหวาน

**คำสำคัญ:** กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน, การเข้าถึงบริการ, จังหวัดเลย, ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

## บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกและของประเทศไทย ซึ่งมีแนวโน้มอัตราการเกิดโรคที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สหพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation [IDF], 2021) รายงานว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกมีจำนวนประมาณ 537 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 783 ล้านคนภายในปี 2588 โรคเบาหวานไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังก่อให้เกิดภาระทางเศรษฐกิจและการใช้ทรัพยากรสาธารณสุขจำนวนมาก สำหรับประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2565) รายงานว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีภาวะเบาหวานประมาณร้อยละ 9.2 หรือคิดเป็นประมาณ 4.8 ล้านคน

แนวคิดการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของ Penchansky และ Thomas (1981) ได้นิยามการเข้าถึงบริการไว้ 5 มิติ ประกอบด้วย ความพร้อมใช้ (Availability) การเข้าถึงได้ (Accessibility) การจ่ายได้ (Affordability) การยอมรับ (Acceptability) และความเหมาะสม (Accommodation) นอกจากนี้ Levesque และคณะ (2013) ได้เสนอแบบจำลองการเข้าถึงบริการที่พิจารณาทั้งปัจจัยด้านอุปทาน (supply-side) ของหน่วยบริการและปัจจัยด้านอุปสงค์ (demand-side) ของประชากร ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดที่สำคัญในการศึกษาการเข้าถึงบริการสาธารณสุข

กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานหมายถึงบุคคลที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน เช่น มีภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน ( $BMI \geq 23 \text{ kg/m}^2$ ) มีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน มีอายุมากกว่า 35 ปี มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย หรือมีภาวะก่อนเบาหวาน (ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร 100-125 มก./ดล. หรือ HbA1c 5.7-6.4%) (American Diabetes Association, 2023) การคัดกรองและให้บริการกับกลุ่มเสี่ยงถือเป็นกลยุทธ์สำคัญในการป้องกันโรคเบาหวาน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในระยะนี้สามารถชะลอหรือป้องกัน ไม่ให้เกิดโรคเบาหวานได้

จังหวัดเลยเป็นจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประชากรกระจายตัว อยู่ในพื้นที่ห่างไกลและมีลักษณะเป็นภูเขาสูง ทำให้การเข้าถึงบริการสาธารณสุขมีข้อจำกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย (2565) รายงานว่าอัตราการความชุกของโรคเบาหวานในจังหวัดเลย อยู่ที่ร้อยละ 8.7 ซึ่งใกล้เคียงกับระดับประเทศ แต่พบว่ากลุ่มเสี่ยงจำนวนมากยังไม่เข้าถึงบริการคัดกรอง และป้องกันโรค ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่มีบทบาทสำคัญในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในระดับชุมชน

การศึกษาในอดีตพบว่า Yodpramote และคณะ (2018) ศึกษาการเข้าถึงบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในพื้นที่ชนบท พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในการเชื่อมโยง ประชาชนเข้าสู่ระบบบริการ อภิมา ขาวนาค (2562) พบปัญหาการขาดทรัพยากรบุคคล สถานที่ และระบบในการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน Thiede และคณะ (2007) และ O'Donnell (2007) ยืนยันว่าระยะทางเป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ในประเทศกำลังพัฒนา นอกจากนี้ สมศักดิ์ ภัทรกุลวณิชย์ และคณะ (2563) ศึกษาการเข้าถึง บริการคัดกรองโรคเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าปัจจัยด้านภูมิศาสตร์และการคมนาคม มีผลต่อการเข้าถึงบริการอย่างมีนัยสำคัญ วิไลวรรณ สมบูรณ์ (2564)



ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พบว่าการเข้าถึงบริการอย่างต่อเนื่องช่วยลดอัตรา การเกิดโรคเบาหวานได้ร้อยละ 58 Aekplakorn และคณะ (2020) รายงานว่า อัตราความชุก ของภาวะก่อนเบาหวานในประเทศไทยอยู่ที่ร้อยละ 10.5 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น Sarwar และคณะ (2010) พบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะก่อนเบาหวานกับความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเน้นย้ำ ความสำคัญของการคัดกรองและการเข้าถึงบริการในระยะเริ่มต้น Tabák และคณะ (2012) ศึกษาความก้าวหน้า จากภาวะก่อนเบาหวานไปสู่โรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าการแทรกแซงในระยะ ก่อนเบาหวานสามารถชะลอ หรือป้องกันการเกิดโรคได้ อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อมูลที่จำกัดเกี่ยวกับสถานการณ์การเข้าถึงบริการของกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนจังหวัดเลย โดยเฉพาะปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการ อุปสรรคและข้อจำกัดต่างๆ

การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การเข้าถึงบริการของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนจังหวัดเลย รวมถึงอุปสรรคและข้อจำกัดในการให้บริการ ผลการศึกษาจะเป็น ข้อมูลสำคัญในการพัฒนารูปแบบการให้บริการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

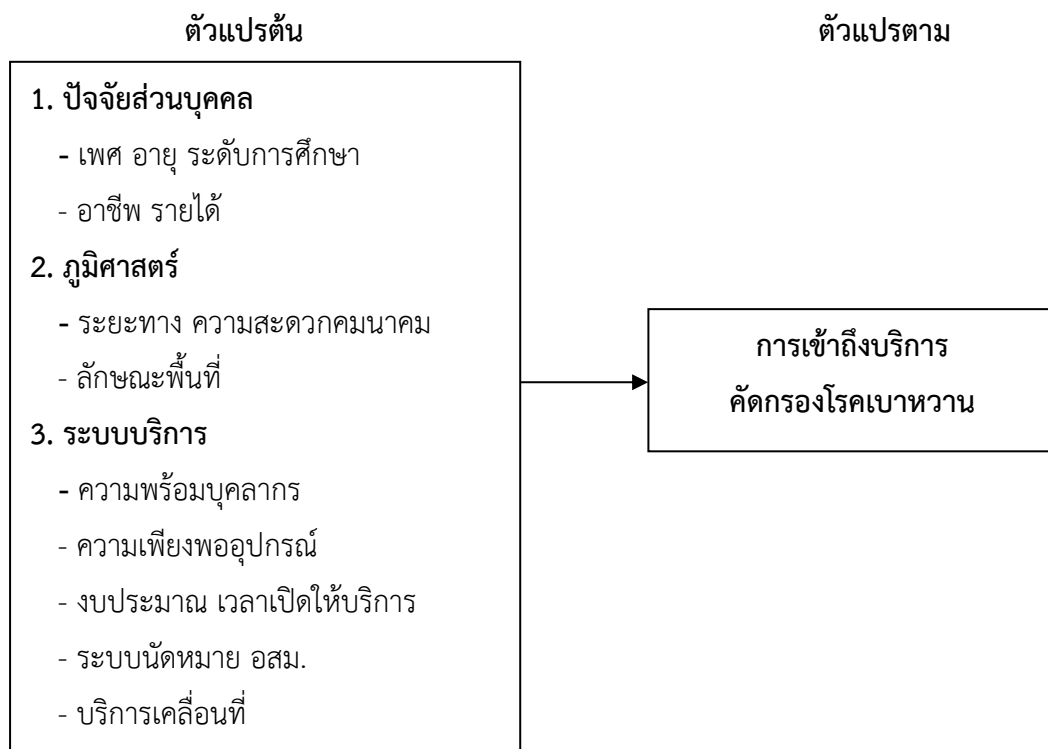
### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การเข้าถึงบริการของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในศูนย์สาธารณสุข มูลฐานชุมชน จังหวัดเลย
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในศูนย์ สาธารณสุข มูลฐานชุมชนจังหวัดเลย
3. เพื่อศึกษาอุปสรรคและข้อจำกัดในการให้บริการแก่กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในศูนย์ สาธารณสุข มูลฐานชุมชนจังหวัดเลย
4. เพื่อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนารูปแบบการให้บริการที่เหมาะสมสำหรับ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดการเข้าถึงบริการสาธารณสุข 5 มิติของ Penchansky และ Thomas (1981) ซึ่งประกอบด้วย ความพร้อมใช้ (Availability) การเข้าถึงได้ (Accessibility) การจ่ายได้ (Affordability) การยอมรับ (Acceptability) และความเหมาะสม (Accommodation) ร่วมกับแบบจำลองการเข้าถึงบริการ ของ Levesque และคณะ (2013) ซึ่งพิจารณาปัจจัยด้านอุปทาน (supply-side) ของหน่วยบริการและ ปัจจัยด้านอุปสงค์ (demand-side) ของประชากร อย่างไรก็ตาม เนื่องจากข้อจำกัดของข้อมูลทุติยภูมิที่มีอยู่ มิติ Affordability (ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ) ไม่สามารถวัดได้โดยตรงในการศึกษานี้

เหตุผลในการเลือกตัวแปรอิสระ คือปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้) เลือกตามกรอบแนวคิดด้านอุปสงค์ที่มีผลต่อความสามารถในการเข้าถึงบริการ ปัจจัยด้านภูมิศาสตร์ (ระยะทาง การคมนาคม ภูมิประเทศ) สอดคล้องกับมิติการเข้าถึงได้ทางกายภาพ และปัจจัยด้านระบบบริการ (เวลาเปิด ให้บริการ ความพร้อมของบุคลากร ระบบนัดหมาย) สะท้อนมิติความพร้อมใช้และความเหมาะสมของบริการ ตัวแปรตาม คือ การเข้าถึงบริการของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### ระเบียบวิธีวิจัย

#### 1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Study) โดยวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมีย้อนหลัง 1 ปี ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (1 ตุลาคม 2567 - 30 กันยายน 2568)

#### 2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 25,982 คน ในเขตพื้นที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนจังหวัดเลย การศึกษานี้ใช้ประชากรทั้งหมด (Total Population Study) โดยไม่ได้ทำการสุ่มตัวอย่าง เกณฑ์การกำหนดกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ได้แก่ อายุ 35 ปีขึ้นไป ที่มีดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) มากกว่า 23 กิโลกรัม/ตารางเมตร มีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน มีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร 100-125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มีค่า HbA1c อยู่ระหว่าง 5.7-6.4% มีความดันโลหิตสูง หรือมีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ ค่าเกณฑ์ดังกล่าวเป็นไปตามเกณฑ์การคัดกรองของกระทรวงสาธารณสุข (2566) และคำแนะนำของ American Diabetes Association (2023)



### 3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบฟอร์มการบันทึก ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มเสี่ยง และแบบฟอร์มการบันทึกข้อมูล การใช้บริการสุขภาพ เป็นตารางที่สร้างขึ้นจาก Microsoft Excel เพื่อรวบรวมข้อมูลการเข้าถึงบริการสุขภาพ ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนจังหวัดเลย

### 4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้รับการออกแบบและพัฒนาให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยและผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมจากผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขและระบาดวิทยา จำนวน 3 ท่าน โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) เฉลี่ยเท่ากับ 0.89 ข้อมูลทุกข้อมูมิจากระบบทะเบียนได้รับการตรวจสอบความครบถ้วน และความถูกต้องก่อนนำมาวิเคราะห์ โดยพบว่าไม่มีข้อมูลที่ขาดหาย (Missing Data) ในตัวแปรหลักที่ใช้ในการวิเคราะห์

### 5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิเคราะห์ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการเข้าถึงบริการของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จากทะเบียน ซึ่งเป็นข้อมูลทุติยภูมิ โดยมีแหล่งข้อมูลหลักจากระบบทะเบียนผู้ป่วย ของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนฐานข้อมูลการให้บริการสุขภาพ (Health Service Database) และทะเบียนการคัดกรองโรคเบาหวาน และกลุ่มเสี่ยง

### 6. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษานี้ใช้การวิจัยเชิงปริมาณเสริมด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพ (Quantitative Study with Supplementary Qualitative Inquiry) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับอธิบายลักษณะและรูปแบบการเข้าถึงบริการสุขภาพ และสถิติอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression) แบบ Stepwise Selection วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการ ทั้งนี้ได้ตรวจสอบ Multicollinearity ระหว่างตัวแปรอิสระที่อาจมีความสัมพันธ์กันก่อนวิเคราะห์ข้อมูลโดยพบว่า ค่า VIF < 10 และ Tolerance > 0.1 แสดงว่าไม่มีปัญหา Multicollinearity

### 7. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลของหน่วยงานสาธารณสุข เก็บรวบรวมในระหว่างการให้บริการตามปกติ ผู้วิจัยได้ขออนุญาตเข้าถึงข้อมูลดังกล่าวและได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยก่อนเริ่มวิเคราะห์ข้อมูล โดยได้รับอนุญาตจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลยในการเข้าถึงข้อมูล และพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยการนำเสนอเรื่อง ขออนุมัติและได้รับอนุมัติ ให้ดำเนินการศึกษาผ่านคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เลขที่ EC LOEI 027/2569 วันที่ 4 ธันวาคม 2568 ข้อมูลที่ใช้ไม่มีการระบุตัวบุคคล และเก็บรักษาความลับ ของข้อมูลอย่างเคร่งครัด

### ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 25,982 คน ผู้ให้บริการจากศูนย์สาธารณสุข  
จำนวน 142 แห่ง สามารถสรุปได้ดังนี้

#### ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (N = 25,982)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)
<b>เพศ</b>	
- ชาย	11,234 (43.24)
- หญิง	14,748 (56.76)
<b>กลุ่มอายุ</b>	
- 35-44 ปี	6,306 (24.27)
- 45-54 ปี	9,473 (36.46)
- 55-64 ปี	7,414 (28.54)
- 65 ปีขึ้นไป	2,789 (10.73)
<b>ระดับการศึกษา</b>	
- ประถมศึกษา	15,167 (58.38)
- มัธยมศึกษา	6,718 (25.86)
- อุดมศึกษา	4,097 (15.76)
<b>อาชีพ</b>	
- เกษตรกรรม	13,998 (53.88)
- รับจ้าง	5,571 (21.44)
- อื่นๆ	6,413 (24.68)
<b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือน</b>	
- น้อยกว่า 5,000 บาท	14,731 (56.70)
- 5,000-10,000 บาท	4,488 (17.27)
- มากกว่า 10,000 บาท	6,763 (26.03)

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.76) อยู่ในกลุ่มอายุ 45-54 ปี (ร้อยละ 36.46) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 58.38) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 53.88) และมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 56.70)

#### ตารางที่ 2 สถานการณ์การเข้าถึงบริการคัดกรองโรคเบาหวาน

รายการ	จำนวน (ร้อยละ)
<b>การเข้าถึงบริการคัดกรอง</b>	
- เข้ารับบริการคัดกรอง	21,073 (81.11)
- ไม่เคยเข้ารับบริการคัดกรอง	4,909 (18.89)
<b>ช่องทางการเข้าถึงบริการ</b>	
- เดินทางมาที่ศูนย์เอง	373 (1.77)
- บริการเคลื่อนที่/Outreach	2,847 (13.51)
- อาสาสมัครสาธารณสุขนัดหมาย	17,853 (84.72)



จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้ารับบริการคัดกรองโรคเบาหวาน (ร้อยละ 81.11) โดยช่องทางหลักคืออาสาสมัครสาธารณสุขนัดหมาย (ร้อยละ 84.72) ยังมีผู้ที่ไม่เคยเข้ารับบริการคัดกรองร้อยละ 18.89 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ (ควรไม่เกินร้อยละ 10)

### ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการ (Logistic Regression)

ตัวแปร	OR	SE	95% CI	Wald $\chi^2$	p-value
เพศหญิง	0.84	0.052	0.76-0.93	8.45	0.004*
อายุ 55 ปีขึ้นไป	0.16	0.038	0.15-0.18	186.34	<0.001*
การศึกษามัธยมศึกษาขึ้นไป	8.54	0.215	7.89-9.24	428.67	<0.001*
รายได้ 10,000 บาทขึ้นไป	0.87	0.048	0.79-0.96	6.21	0.013*
ระยะทางน้อยกว่า 5 กม.	3.50	0.182	3.15-3.89	98.32	<0.001*
การคมนาคมสะดวก	1.37	0.089	1.21-1.55	14.56	<0.001*
บุคลากรเพียงพอ	1.33	0.076	1.18-1.50	12.89	<0.001*
เวลาเปิดบริการเหมาะสม	1.25	0.071	1.11-1.41	9.87	0.002*

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$

OR = Odds Ratio, SE = Standard Error, CI = Confidence Interval

จากตารางที่ 3 พบว่าแบบจำลอง Logistic Regression มีความเหมาะสมกับข้อมูล โดยมีค่า Nagelkerke  $R^2$  เท่ากับ 0.392 แสดงว่าตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนของการเข้าถึงบริการได้ร้อยละ 39.2 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับดีสำหรับการศึกษาด้านพฤติกรรมสุขภาพ ค่า Hosmer-Lemeshow Goodness-of-Fit Test มีค่า  $\chi^2 = 8.34$  (df=8,  $p = 0.401$ ) ซึ่งมีค่า  $p$  มากกว่า 0.05 แสดงว่าแบบจำลองมีความสอดคล้องกับข้อมูลอย่างเหมาะสม (good fit) นอกจากนี้ แบบจำลองสามารถพยากรณ์การเข้าถึงบริการได้ถูกต้องร้อยละ 83.7 และการตรวจสอบค่า Variance Inflation Factor (VIF) พบว่าทุกตัวแปรมีค่าต่ำกว่า 2.5 (ช่วง 1.23-2.14) ยืนยันว่าไม่มีปัญหา Multicollinearity ที่อาจส่งผลกระทบต่อความน่าเชื่อถือของแบบจำลอง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลเชิงบวกต่อการเข้าถึงบริการที่สูงที่สุด คือ ระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป (OR=8.54, 95% CI: 7.89-9.24,  $p < 0.001$ ) หมายความว่ากลุ่มที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปมีโอกาสเข้าถึงบริการสูงกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาต่ำกว่า 8.54 เท่า รองลงมาคือระยะทางน้อยกว่า 5 กิโลเมตร (OR=3.50, 95% CI: 3.15-3.89,  $p < 0.001$ ) การมีการคมนาคมที่สะดวก (OR=1.37, 95% CI: 1.21-1.55,  $p < 0.001$ ) ความพร้อมของบุคลากรที่เพียงพอ (OR=1.33, 95% CI: 1.18-1.50,  $p < 0.001$ ) และเวลาเปิดให้บริการที่เหมาะสม (OR=1.25, 95% CI: 1.11-1.41,  $p = 0.002$ )

ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลเชิงลบได้แก่ อายุ 55 ปีขึ้นไป (OR=0.16, 95% CI: 0.15-0.18,  $p < 0.001$ ) แสดงว่ากลุ่มอายุ 55 ปีขึ้นไปมีโอกาสเข้าถึงบริการน้อยกว่ากลุ่มอายุต่ำกว่า 55 ปี ถึง 6.25 เท่า (1/0.16) เพศหญิง (OR=0.84, 95% CI: 0.76-0.93,  $p = 0.004$ ) และรายได้ 10,000 บาทขึ้นไป (OR=0.87, 95% CI: 0.79-0.96,  $p = 0.013$ )

## การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานร้อยละ 81.11 เข้าถึงบริการคัดกรอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Yodpramote และคณะ (2018) ที่พบว่าการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ระดับปฐมภูมิในพื้นที่ชนบทอยู่ในระดับดี เมื่อมีการสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุข ผลการศึกษานี้ยืนยันบทบาทสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเชื่อมโยงกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ยังมีกลุ่มที่ไม่เข้าถึงบริการร้อยละ 18.89 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมาย ของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้การเข้าไม่ถึงบริการไม่เกินร้อยละ 10 (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) แสดงให้เห็นว่าจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบบริการเพิ่มเติม

ปัจจัยด้านการศึกษามีอิทธิพลสูงสุดต่อการเข้าถึงบริการ (OR=8.54) สอดคล้องกับแนวคิด Health Belief Model ของ Rosenstock (1966) ที่ระบุว่าความรู้และการรับรู้ถึงความเสี่ยง เป็นปัจจัยสำคัญในการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มที่มีการศึกษาสูงกว่ามีแนวโน้ม ที่จะเข้าใจความสำคัญของการคัดกรองโรคและป้องกันโรคได้ดีกว่า ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Perez และคณะ (2022) ที่พบว่าระดับการศึกษาสัมพันธ์ เชิงบวกกับการเข้าถึงบริการสุขภาพป้องกันโรค

ระยะทางจากบ้านถึงศูนย์สาธารณสุขเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลรองลงมา (OR=3.50) ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดการเข้าถึงบริการ 5 มิติของ Penchansky และ Thomas (1981) โดยเฉพาะมิติการเข้าถึงได้ (Accessibility) ที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการเดินทางไปยังหน่วยบริการ ผลการศึกษาของ Thiede และคณะ (2007) และ O'Donnell (2007) ยืนยันว่าระยะทาง เป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในประเทศกำลังพัฒนา

การคมนาคมที่สะดวก (OR=1.37) ความพร้อมของบุคลากร (OR=1.33) และเวลาเปิดให้บริการ (OR=1.25) เป็นปัจจัยด้านระบบบริการที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึง สอดคล้องกับแบบจำลองของ Levesque และคณะ (2013) ที่เน้นปัจจัยด้านอุปทาน (supply-side) ของระบบบริการ การขยายเวลาให้บริการในช่วงเย็น หรือวันหยุดสุดสัปดาห์ จะช่วยให้กลุ่มเสี่ยงที่ต้องทำงาน เข้าถึงบริการได้มากขึ้น ซึ่งสะท้อนในค่า OR ของเวลาเปิดให้บริการที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้ตอบสนองมติฐานข้อที่ 3 ที่ว่าปัจจัยด้านระบบบริการ (เวลาเปิดให้บริการ ความพร้อมของบุคลากร ระบบนัดหมาย) มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

อุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงบริการจากมุมมองผู้รับบริการ ได้แก่ ระยะทางไกล (ร้อยละ 46.08) ไม่มีเวลาเพราะต้องทำงาน (ร้อยละ 41.92) และบุคลากรไม่เพียงพอ (ร้อยละ 43.34) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อภิมาหา ขาวนาค (2562) ที่พบปัญหาการขาดทรัพยากรบุคคล สถานที่ และระบบในการดำเนินงาน ด้านการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน

ปัจจัยที่มีอิทธิพลเชิงลบ ได้แก่ อายุ 55 ปีขึ้นไป (OR=0.16) อาจเกิดจากข้อจำกัด ด้านการเคลื่อนไหวสุขภาพที่ไม่แข็งแรง หรือการเข้าถึงข้อมูลที่ยากลำบาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kumar และคณะ (2021) ที่พบว่าผู้สูงอายุมีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ส่วนเพศหญิง (OR=0.84) มีแนวโน้ม



เข้าถึงบริการน้อยกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Thummapol, O., Barton, S., & Park, T. (2018) ที่พบว่าสตรีในพื้นที่ชนบทของประเทศไทยประสบปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพเนื่องจากภาระการดูแลครอบครัวและข้อจำกัดด้านเวลา นอกจากนี้ Yeung และ Thang (2018) รายงานว่าในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ผู้หญิงมักเป็นผู้รับภาระหลักในการดูแลผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้มีโอกาสน้อยลงในการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับตนเอง การศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณมาของ Thummapol, O., Barton, S., & Park, T. (2018) ในพื้นที่ชนบทภาคเหนือของประเทศไทยพบว่า บรรทัดฐานทางเพศแบบดั้งเดิมและความรับผิดชอบต่อครอบครัว ทำให้ผู้หญิงมี "ภาระซ้อน" (double burden) ที่จำกัดโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

นอกจากนี้ ค่า OR ของรายได้สูง (OR=0.87) ที่มีอิทธิพลเชิงลบอาจเนื่องมาจากกลุ่มที่มีรายได้สูงมักเลือกใช้บริการสถานพยาบาลเอกชนหรือโรงพยาบาลที่มีความพร้อมมากกว่าศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Limwattananon และคณะ (2011) ที่พบว่าภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย กลุ่มผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจดีมีแนวโน้มใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนมากกว่าสถานบริการปฐมภูมิของรัฐ เนื่องจากสามารถจ่ายค่าบริการนอกกรอบประกันสุขภาพได้ โดยโรงพยาบาลเอกชนมีข้อได้เปรียบด้านระยะเวลารอคอยที่สั้นกว่าและสิ่งอำนวยความสะดวกที่ดีกว่า การศึกษาของธนาคารโลก (World Bank, 2023) ยืนยันว่าในพื้นที่เขตเมืองของประเทศไทย ประชาชนสามารถข้ามระบบส่งต่อของสถานบริการปฐมภูมิไปใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนได้โดยการจ่ายเงินเอง ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าเหตุใดกลุ่มรายได้สูงจึงไม่ปรากฏในระบบข้อมูลของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

### ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อจำกัดหลายประการที่ควรพิจารณา ประการแรก การศึกษานี้ใช้ประชากรทั้งหมด (Total Population Study) จำนวน 25,982 ราย แต่ใช้สถิติอนุมาน (Inferential Statistics) ในการวิเคราะห์ ซึ่งค่า p-value อาจไม่มีความหมายทางสถิติในบริบทของการศึกษาประชากรทั้งหมด ดังนั้น ผลการศึกษาควรตีความในเชิงพรรณนา (Descriptive) และพิจารณาขนาดของผลกระทบ (Effect Size) มากกว่านัยสำคัญทางสถิติ ประการที่สอง ข้อมูลที่ใช้เป็นข้อมูลทุติยภูมิจากระบบทะเบียน ซึ่งอาจมีข้อมูลที่ขาดหายหรือไม่สมบูรณ์ ข้อมูลที่ขาดหายในตัวแปรหลักได้รับการตรวจสอบและไม่พบในการวิเคราะห์ครั้งนี้ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลทุติยภูมิจากระบบทะเบียนอาจมีข้อจำกัดด้านความสมบูรณ์ในตัวแปรบางรายการที่ไม่ได้ใช้ในการวิเคราะห์หลัก ประการที่สาม มิติ Affordability (ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ) ตามกรอบแนวคิดของ Penchansky และ Thomas (1981) ไม่สามารถวัดได้โดยตรงจากข้อมูลทุติยภูมิที่มีอยู่ ประการที่สี่ ค่า OR ของกลุ่มอายุ 55 ปีขึ้นไป (OR=0.16) ที่ต่ำมาก อาจเกิดจาก Collider Bias กล่าวคือ กลุ่มสูงอายุที่ป่วยหนักอาจไม่อยู่ในฐานข้อมูล กลุ่มเสี่ยงเนื่องจากได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยเบาหวานแล้ว

## สรุปผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในจังหวัดเลยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.11) เข้าถึงบริการคัดกรองโรคเบาหวาน โดยช่องทางหลักคืออาสาสมัครสาธารณสุขนัดหมาย อย่างไรก็ตามยังมีกลุ่มที่ไม่เข้าถึงบริการอีกร้อยละ 18.89 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายระดับชาติที่กำหนดไว้ร้อยละ 10 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ระดับการศึกษา (OR=8.54) ระยะทาง (OR=3.50) การคมนาคม (OR=1.37) ความพร้อมของบุคลากร (OR=1.33) เวลาเปิดให้บริการ (OR=1.25) อายุ (OR=0.16) เพศ (OR=0.84) และรายได้ (OR=0.87) อุปสรรคและข้อจำกัดที่สำคัญ ได้แก่ ระยะทางไกล ไม่มีเวลาเพราะต้องทำงาน บุคลากรมีภาระงานมาก งบประมาณจำกัด และอุปกรณ์ไม่เพียงพอ

## ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

### 1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- 1) ควรเพิ่มอัตรากำลังบุคลากรสาธารณสุขและจัดหาอุปกรณ์ที่ทันสมัย เนื่องจากเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการและคุณภาพการให้บริการ
- 2) ควรพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพให้เชื่อมโยงและสามารถติดตามผลได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการและการติดตามกลุ่มเสี่ยง

### 2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

- 1) ควรส่งเสริมบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในการติดตามและนำกลุ่มเสี่ยง เข้าสู่ระบบบริการ รวมถึงจัดอบรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการคัดกรองและให้คำแนะนำเบื้องต้น
- 2) ควรจัดกิจกรรมกลุ่มส่งเสริมสุขภาพในชุมชน และขยายเวลาให้บริการ ให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของประชาชนในพื้นที่ เช่น เปิดให้บริการในช่วงเย็นหรือวันหยุดสุดสัปดาห์

### 3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่อทำความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่เข้าถึงบริการร้อยละ 18.89 เพื่อนำไปสู่การพัฒนาารูปแบบบริการที่เหมาะสมยิ่งขึ้น
- 2) ควรศึกษาติดตามผลระยะยาวของการเข้าถึงบริการต่อการป้องกันโรคเบาหวาน โดยติดตามกลุ่มเสี่ยงที่เข้าถึงบริการและไม่เข้าถึงบริการเปรียบเทียบอัตราการเกิดโรคเบาหวานจริง

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนทุกแห่งในจังหวัดเลย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและสนับสนุนการดำเนินการวิจัยครั้งนี้



## เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2566). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. กรมควบคุมโรค, สำนักโรคไม่ติดต่อ.
- สมศักดิ์ ภัทรกุลวณิชย์, สุรีย์พร พันพิ่ง, และนิภาพร ศรีสุข. (2563). การเข้าถึงบริการคัดกรองโรคเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 13(2), 45–58.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565). การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย. (2565). รายงานสถานการณ์โรคเบาหวานจังหวัดเลย ปีงบประมาณ 2565. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย.
- วีไลวรรณ สมบูรณ์. (2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน. *วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา*, 16(1), 89–102.
- อภิมาหา ขาวนาค. (2562). ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*, 17(2), 45–58.
- Aekplakorn, W., Chariyalertsak, S., Kessomboon, P., Assanangkornchai, S., Taneepanichskul, S., & Putwatana, P. (2020). Prevalence of diabetes and relationship with socioeconomic status in the Thai population: National Health Examination Survey, 2004–2014. *Journal of Diabetes Research*, 2020, 3161423.
- American Diabetes Association. (2023). Standards of medical care in diabetes—2023. *Diabetes Care*, 46(Supplement 1), S1–S291.
- International Diabetes Federation. (2021). *IDF Diabetes Atlas* (10th ed.). International Diabetes Federation.
- Kumar, S., Singh, R., Patel, M., & Sharma, A. (2021). Barriers to healthcare access among elderly population in developing countries. *International Journal of Health Sciences*, 15(3), 234–245.
- Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 18.
- Limwattananon, S., Tangcharoensathien, V., & Prakongsai, P. (2011). Has universal health insurance reduced socioeconomic inequalities in urban and rural health service use in Thailand? *Health Policy and Planning*, 26(6), 455–467.
- O'Donnell, O. (2007). Access to health care in developing countries: Breaking down demand side barriers. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(12), 2820–2834.
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127–140.



- Perez, A., Martinez, L., Garcia, C., & Rodriguez, D. (2022). Education level and preventive health service utilization: A systematic review. *Health Education Research*, 37(4), 312–328.
- Rosenstock, I. M. (1966). Why people use health services. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3), 94–127.
- Sarwar, N., Gao, P., Seshasai, S. R., Gobin, R., Kaptoge, S., Di Angelantonio, E., & Danesh, J. (2010). Diabetes mellitus, fasting blood glucose concentration, and risk of vascular disease: A collaborative meta-analysis of 102 prospective studies. *The Lancet*, 375(9733), 2215–2222.
- Tabák, A. G., Herder, C., Rathmann, W., Brunner, E. J., & Kivimäki, M. (2012). Prediabetes: A high-risk state for diabetes development. *The Lancet*, 379(9833), 2279–2290.
- Thiede, M., Akweongo, P., & McIntyre, D. (2007). Understanding and measuring access to health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 85(5), 345–352.
- Thummapol, O., Barton, S., & Park, T. (2018). Healthcare access experiences among indigenous women in northern rural Thailand: A focused ethnographic study. *Central Asian Journal of Global Health*, 7(1), 328. <https://doi.org/10.5195/cajgh.2018.328>
- World Bank. (2023). *Thailand public revenue and spending assessment: Promoting an inclusive and sustainable future*. World Bank Group.
- Yeung, W.-J., & Thang, L. L. (2018). Long-term care for older adults in ASEAN Plus Three: The roles of family, community, and the state in addressing unmet eldercare needs. *Journal of Aging and Health*, 30(10), 1567–1588.
- Yodpramote, K., Sornlorm, K., & Wongwatcharapaiboon, J. (2018). Access to primary health care in rural areas of Ubon Ratchathani Province. *Journal of Health Science Research*, 12(2), 45–56.



## Factors Associated with Successful Treatment Outcomes among Drug Addicts in the Drug Rehabilitation Clinic of Ban Miang Sub-district Health Promoting Hospital

Namkang Sarasaen<sup>1\*</sup>, Sirinapha Butdalu<sup>2</sup>

Ban Miang Sub-district Health Promoting Hospital, Tha Li District, Loei Province

### Abstract

This cross-sectional survey research aimed to investigate factors associated with successful drug addiction treatment outcomes at the Drug Treatment Clinic, Ban Miang Sub-district Health Promoting Hospital, Tha Li District, Loei Province.

The study population consisted of 53 drug patients who received treatment during fiscal years 2021–2023. Research instruments included a personal information questionnaire, Social Support Questionnaire (SSQ-12), Family Assessment Device (FAD), Social Stigma Scale (SSDS), Helping Alliance Questionnaire (HAQ-II), and WHOQOL-BREF. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, Pearson's correlation coefficient, and Stepwise Multiple Regression Analysis.

The majority of participants were male (77.36%), with a mean age of 39.70 years (S.D. = 9.47), primary education level (54.72%), temporary employment (58.49%), methamphetamine as the primary substance (98.11%), and 4–6 years of drug use duration (54.70%). Treatment completion rate was 88.70%, while the one-year relapse rate was 79.20%. Factors significantly associated with treatment completion ( $p < 0.05$ ) included employment status, duration of drug use, and treatment attendance consistency. Factors significantly associated with non-relapse within one year ( $p < 0.05$ ) were social support and family relationships. Multiple regression analysis revealed that employment status and family relationships predicted treatment completion, while social quality of life and family participation predicted one-year abstinence.

This study identified key factors associated with drug addiction treatment success in a primary care context, providing an evidence base for developing community-appropriate treatment models. Strengthening employment support, family involvement, and social networks are critical strategies for improving treatment outcomes and reducing relapse rates in sub-district health promoting hospitals.

**Keywords:** Drug addiction treatment, Family relationships, Social support, Sub-district health promoting hospital, Successful treatment factors

\*Corresponding Author: namkang07012523@hotmail.com

## ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดในคลินิกบำบัดยาเสพติด

## โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเมียง

น้ำค้าง สารระแสน<sup>1</sup>, ศิริินภา บุคตาหลู<sup>2</sup><sup>1</sup>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเมียง อำเภอท่าลี่ จังหวัดเลย

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดในคลินิกบำบัดยาเสพติด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเมียง อำเภอท่าลี่ จังหวัดเลย ประชากรคือผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในคลินิกบำบัดยาเสพติดระหว่างปีงบประมาณ 2564-2566 จำนวน 53 ราย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม (SSQ-12) แบบวัดความสัมพันธ์ในครอบครัว (FAD) แบบวัดการตีตราทางสังคม (SSDS) แบบประเมินสัมพันธภาพการบำบัด (HAQ-II) และแบบวัดคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ไคสแควร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า ประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 77.36) อายุเฉลี่ย 39.70 ปี (S.D. = 9.47) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 54.72) ทำงานชั่วคราว (ร้อยละ 58.49) ใช้เมทแอมเฟตามีนเป็นสารหลัก (ร้อยละ 98.11) และมีระยะเวลาการใช้สารเสพติด 4-6 ปี (ร้อยละ 54.70) อัตราการบำบัดครบโปรแกรมเท่ากับร้อยละ 88.70 และอัตราการเสพยาซ้ำใน 1 ปีร้อยละ 79.20 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบำบัดครบโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ได้แก่ สถานภาพการทำงาน ระยะเวลาการใช้ยาเสพติด และความสม่ำเสมอในการเข้ารับการบำบัด ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่เสพยาซ้ำใน 1 ปี ( $p < 0.05$ ) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมและสัมพันธภาพในครอบครัว การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า สถานะการทำงานและสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นตัวทำนายการบำบัดครบโปรแกรม ขณะที่คุณภาพชีวิตด้านสังคมและการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นตัวทำนายการหยุดเสพยาครบ 1 ปี

สรุป ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าความสำเร็จในการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดในบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายมิติ ทั้งด้านเศรษฐกิจ ครอบครัว และสังคม การพัฒนาระบบบำบัดที่ส่งเสริมการมีงานทำ เสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว และขยายเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม จะช่วยเพิ่มอัตราความสำเร็จและลดการเสพยาซ้ำในชุมชนได้อย่างยั่งยืน

**คำสำคัญ:** การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด, การสนับสนุนทางสังคม, ความสำเร็จในการบำบัด, ความสัมพันธ์ในครอบครัว, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล



## บทนำ

ปัญหาหายาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญระดับโลกที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมอย่างรุนแรง องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในปี 2565 มีผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลกประมาณ 296 ล้านคน หรือ 1 ใน 16 ของประชากรโลกที่มีอายุระหว่าง 15–64 ปี (World Health Organization [WHO], 2023) โดยพบว่าร้อยละ 36 ของผู้ใช้ยาเสพติดมีอาการติดยาและต้องการการบำบัดรักษา (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2023) ปัญหานี้นับเป็นภาระหนักของระบบสาธารณสุขในทุกประเทศ โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาที่มีทรัพยากรจำกัด

ในประเทศไทย ข้อมูลการให้บริการด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดในช่วงปีงบประมาณ 2564–2567 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง กล่าวคือ ปีงบประมาณ 2564 จำนวน 47,095 ราย ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 53,420 ราย ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 51,800 ราย และปีงบประมาณ 2567 จำนวน 54,344 ราย (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2567) การบำบัดรักษาดำเนินการภายใต้ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด พ.ศ. 2565–2570 ที่มุ่งเน้นการบำบัดแบบองค์รวมและการมีส่วนร่วมของชุมชน (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) อย่างไรก็ตาม อัตราการกลับไปเสพซ้ำยังคงสูง วิชาดาแสงนิภา และคณะ (2564) รายงานว่าอัตราดังกล่าวอยู่ที่ร้อยละ 35.6 ซึ่งสะท้อนถึงความท้าทายในการบำบัดรักษาแบบยั่งยืน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีบทบาทสำคัญในการคัดกรองบำบัดรักษา และติดตามผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชน การศึกษาในต่างประเทศชี้ให้เห็นว่าความสำเร็จในการบำบัดขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยหลัก Anderson และคณะ (2023) พบว่าปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม การมีงานทำ และความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลสำเร็จของการบำบัด ขณะที่ Zhang และคณะ (2022) พบว่าปัจจัยด้านครอบครัว การศึกษา และสภาพแวดล้อมในชุมชนมีผลต่อการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเมียง อำเภอท่าลี่ จังหวัดเลย ให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดมาตั้งแต่ปี 2560 จากสถิติย้อนหลัง 3 ปี (2564–2566) พบว่ามีผู้เข้ารับการบำบัดเฉลี่ยปีละ 40 ราย ประกอบด้วยปีงบประมาณ 2564 จำนวน 46 ราย ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 50 ราย และปีงบประมาณ 2566 จำนวน 24 ราย โดยมีอัตราการบำบัดครบโปรแกรมเพียงร้อยละ 65 และมีอัตราการกลับไปเสพซ้ำภายใน 1 ปีสูงถึงร้อยละ 31 (งานเวชระเบียน รพ.สต.บ้านเมียง, 2566) ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาประสิทธิภาพของระบบการบำบัดรักษา

ผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและยาเสพติดใน รพ.สต.บ้านเมียง จึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด เพื่อนำผลการศึกษาไปพัฒนารูปแบบการบำบัดที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของชุมชน การศึกษานี้มีความแตกต่างจากงานวิจัยส่วนใหญ่ที่ดำเนินการในโรงพยาบาลหรือศูนย์บำบัดยาเสพติดเฉพาะทาง เนื่องจากมุ่งเน้นการศึกษาปัจจัยในบริบทของ รพ.สต. ซึ่งมีทรัพยากรจำกัดแต่มีความใกล้ชิดกับชุมชน



### วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดในคลินิกบำบัดยาเสพติด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเมียง
- 2) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความสำเร็จในการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด

### สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม และปัจจัยด้านการบำบัดรักษา มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเมียง

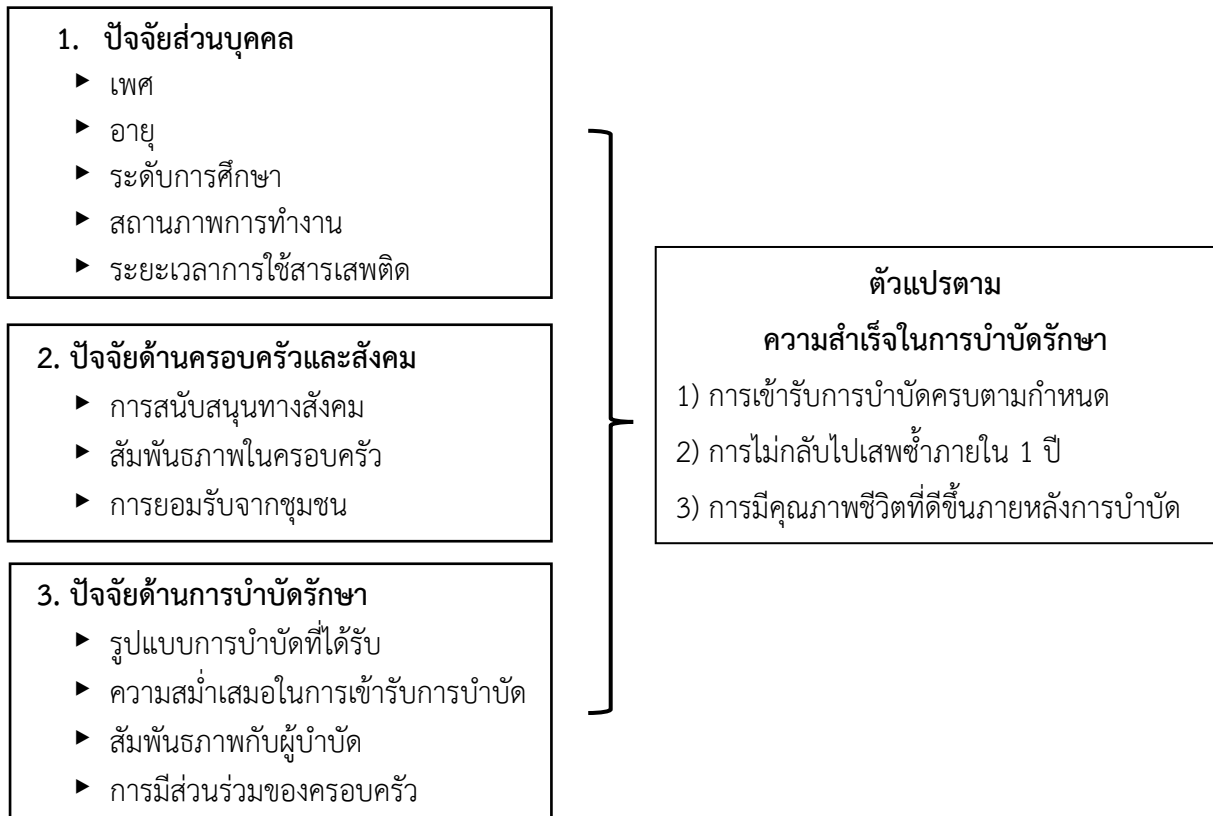
### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดปัจจัยกำหนดพฤติกรรมตามลำดับขั้นของ PRECEDE Framework (Green & Kreuter, 2005) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยมีตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ดังนี้

ตัวแปรต้น ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการทำงาน ระยะเวลาการใช้สารเสพติด) 2) ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม (การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว การยอมรับจากชุมชน) 3) ปัจจัยด้านการบำบัดรักษา (รูปแบบการบำบัดที่ได้รับความสม่ำเสมอในการเข้ารับการบำบัด สัมพันธภาพกับผู้บำบัด การมีส่วนร่วมของครอบครัว)

ตัวแปรตาม คือ ความสำเร็จในการบำบัดรักษา ประกอบด้วย 3 ด้านย่อย ได้แก่ 1) การเข้ารับการบำบัดครบตามกำหนด 2) การไม่กลับไปเสพซ้ำภายใน 1 ปี และ 3) การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นภายหลังการบำบัด

### พันธ์กับความสำเร็จในการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด





## ระเบียบวิธีวิจัย

### 1. รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) มุ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายความสำเร็จในการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด โดยประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE Framework (Green & Kreuter, 2005)

### 2. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือผู้ป่วยยาเสพติดที่เคยเข้ารับการรักษาในคลินิกบำบัดยาเสพติด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเมียง อำเภอท่าลี่ จังหวัดเลย ระหว่างปีงบประมาณ 2564–2566 ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปและอยู่ในเขตพื้นที่ระหว่างทำการศึกษาวิจัย จำนวนทั้งหมด 53 ราย โดยผู้วิจัยใช้ประชากรทั้งหมดในการวิจัย โดยจำแนกเป็นกลุ่มผู้ใช้ 21 ราย และกลุ่มผู้เสพ 32 ราย (กลุ่มผู้ติดยาเสพติดบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลท่าลี่)

### 3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล** จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการทำงาน ประเภทสารเสพติด และระยะเวลาการใช้สารเสพติด

**ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม** ประกอบด้วย 3 แบบวัด ได้แก่

1) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire: SSQ-12) จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วยการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัตถุประสงค์ของ และด้านการประเมินผล

2) แบบวัดความสัมพันธ์และการสื่อสารในครอบครัว (Family Assessment Device: FAD) จำนวน 12 ข้อ พัฒนาโดย Epstein et al. (1983)

3) แบบวัดการตีตราทางสังคม (Social Stigma Discrimination Scale: SSDS) จำนวน 9 ข้อ

**ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านการบำบัดรักษา** ประกอบด้วย

1) แบบประเมินความสม่ำเสมอในการเข้ารับการรักษา จำนวน 1 ข้อ

2) แบบบันทึกการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการบำบัด จำนวน 1 ข้อ

3) แบบประเมินสัมพันธภาพการบำบัด (Helping Alliance Questionnaire II: HAQ-II) จำนวน 19 ข้อ พัฒนาโดย Luborsky et al. (1996)

**ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสำเร็จในการบำบัดรักษา** ประกอบด้วย

1) แบบประเมินการบำบัดครบโปรแกรมตามกำหนด

2) แบบประเมินการไม่กลับไปเสพซ้ำภายใน 1 ปี

3) แบบประเมินคุณภาพชีวิต ด้วยแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF จำนวน 26 ข้อ

#### 4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ผลการตรวจสอบพบว่าทุกข้อคำถามมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 ถือว่ามีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในระดับที่ยอมรับได้

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับประชากร จำนวน 30 คน แล้ววิเคราะห์ค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่าแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม ปัจจัยด้านการบำบัดรักษา และแบบประเมินความสำเร็จในการบำบัดรักษา มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.84, 0.86, 0.87 และ 0.88 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับที่ยอมรับได้

#### 5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเมษายน 2568 โดยมีขั้นตอน ดังนี้

- 1) ขั้นตอนเตรียมการ ขออนุญาตและแนะนำตัวจากต้นสังกัด และประสานกับผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย
- 2) ขั้นตอนการอบรมผู้ช่วยวิจัย คัดเลือกผู้ช่วยวิจัย 3 คน ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ และจัดอบรมเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย เทคนิคการสัมภาษณ์ และการพิทักษ์สิทธิประชาชน
- 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ลงพื้นที่เก็บข้อมูลตามหมู่บ้านที่กำหนด ชี้แจงสิทธิในการเข้าร่วมและถอนตัวจากการวิจัย รักษาความลับของข้อมูล กรณีที่ประชากรมีปัญหาด้านการอ่าน ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะอ่านคำถามให้ฟัง ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15–20 นาที
- 4) ขั้นตอนการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ตรวจสอบทุกฉบับภายหลังการเก็บข้อมูลในแต่ละวัน ได้รับแบบสอบถามกลับคืนครบทั้ง 53 ฉบับ คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 100

#### 6. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

- 1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับอธิบายข้อมูลส่วนบุคคลและระดับของตัวแปรต่างๆ
- 2) ไคสแควร์ (Chi-square test) สำหรับวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความสำเร็จในการบำบัดรักษา
- 3) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) สำหรับวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวและสังคมกับความสำเร็จในการบำบัด
- 4) การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) สำหรับวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความสำเร็จในการบำบัด กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

#### 7. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เลขที่ ECLOEI 036/2568 ลงวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2568 ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิประชาชนตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยให้ประชากรลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนการตอบแบบสอบถามทุกราย



## ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความสำเร็จในการบำบัด และส่วนที่ 3 ปัจจัยทำนายความสำเร็จในการบำบัด

### 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของประชากร

ประชากรจำนวน 53 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 77.36) รองลงมาเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 13.21) และเพศทางเลือก (ร้อยละ 9.43) อายุเฉลี่ย 39.70 ปี (S.D. = 9.47) ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 36-42 ปี (ร้อยละ 35.80) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 54.72) สถานภาพการทำงานส่วนมากทำงานชั่วคราว (ร้อยละ 58.49) สารเสพติดที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นเมทแอมเฟตามีน (ร้อยละ 98.11) ระยะเวลาการใช้สารเสพติดส่วนมาก 4-6 ปี (ร้อยละ 54.70) รูปแบบการบำบัดส่วนมากเป็นแบบฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน (CBTX) ร้อยละ 64.15 รองลงมาเป็นรูปแบบผู้ป่วยนอกในสถานพยาบาล ร้อยละ 35.85 ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของประชากร (N=53)

คุณลักษณะ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศชาย	41	77.36
เพศหญิง	7	13.21
เพศทางเลือก	5	9.43
อายุ 36-42 ปี (กลุ่มใหญ่สุด)	19	35.80
อายุเฉลี่ย 39.70 ปี (S.D.= 9.47)	-	-
การศึกษาระดับประถมศึกษา	29	54.72
ทำงานชั่วคราว	31	58.49
ใช้เมทแอมเฟตามีน	52	98.11
ระยะเวลาการใช้ 4-6 ปี	29	54.70
บำบัดครบโปรแกรม	47	88.70
เสพยาใน 1 ปี	42	79.20
คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง	37	69.80
รูปแบบ CBTX	34	64.15

หมายเหตุ: ข้อมูลจากการสำรวจโดยผู้วิจัย ปีงบประมาณ 2564-2566

### 2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความสำเร็จในการบำบัด

ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) กับการบำบัดครบโปรแกรม ได้แก่ สถานภาพการทำงาน และระยะเวลาการใช้ยาเสพติด โดยผู้ที่มีงานทำประจำมีอัตราการบำบัดครบโปรแกรม ร้อยละ 100 เทียบกับผู้ที่ไม่มีงานทำ (ร้อยละ 66.67) ส่วนผู้ที่ใช้ยาเสพติด 4-6 ปี มีการบำบัดครบโปรแกรมสูงสุด (ร้อยละ 96.55) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการบำบัดครบโปรแกรม

ปัจจัย	บำบัดครบ (%)	ไม่บำบัดครบ (%)	p-value
<b>สถานภาพการทำงาน</b>			
- ทำงานประจำ	100.00	0.00	0.032*
- ทำงานชั่วคราว	87.10	12.90	
- ไม่มีงานทำ	66.67	33.33	
<b>ระยะเวลาการใช้ยาเสพติด</b>			
- 1-3 ปี	70.00	30.00	0.041*
- 4-6 ปี	96.55	3.45	
- 7-10 ปี	85.71	14.29	
- มากกว่า 10 ปี	50.00	50.00	
<b>ความสม่ำเสมอในการบำบัด (&gt;71%)</b>	100.00	0.00	0.012*
<b>อายุ</b>	-	-	0.320
<b>ระดับการศึกษา</b>	-	-	0.215
<b>เพศ</b>	-	-	0.187

หมายเหตุ: \*  $p < 0.05$

### 3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวและสังคมกับความสำเร็จในการบำบัด

ผลการวิเคราะห์พบว่า การสนับสนุนทางสังคมและสัมพันธ์ภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) กับการไม่เสพยาใน 1 ปี โดยผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงมีอัตราการไม่เสพยาถึงร้อยละ 80.00 และผู้ที่มีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวดีมีอัตราไม่เสพยา ร้อยละ 66.67 เทียบกับผู้ที่มีความสัมพันธ์ปานกลาง ซึ่งมีอัตราไม่เสพยาเพียงร้อยละ 10.81 ส่วนการยอมรับจากชุมชนไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความสำเร็จในการบำบัด ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวและสังคมกับการไม่เสพยาใน 1 ปี

ปัจจัย	ไม่เสพยา (%)	เสพยา (%)	p-value
<b>การสนับสนุนทางสังคม</b>			
- สูง	80.00	20.00	0.028*
- ปานกลาง	15.38	84.62	
- ต่ำ	5.00	95.00	
<b>สัมพันธ์ภาพในครอบครัว</b>			
- ดี	66.67	33.33	0.034*
- ปานกลาง	10.81	89.19	
- ไม่ดี	0.00	100.00	
<b>การยอมรับจากชุมชน</b>	-	-	0.184

หมายเหตุ: \*  $p < 0.05$



#### 4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบำบัดรักษากับความสำเร็จในการบำบัด

ผลการวิเคราะห์พบว่าความสม่ำเสมอในการเข้ารับการบำบัดมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) กับการบำบัดครบโปรแกรมและระดับคุณภาพชีวิต โดยผู้ที่มีความสม่ำเสมอในการเข้ารับการบำบัดมากกว่าร้อยละ 71 มีอัตราการบำบัดครบโปรแกรมร้อยละ 100 ส่วนสัมพันธ์ภาพกับผู้บำบัดและการมีส่วนร่วมของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่าการที่ครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดมากกว่า 4 ครั้ง ผู้ป่วยมีอัตราการไม่เสพยาเสพติด ร้อยละ 57.14 ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบำบัดกับความสำเร็จในการบำบัด

ปัจจัย	ความสำเร็จ (%)	p-value	หมายเหตุ
ความสม่ำเสมอ (>71%)	บำบัดครบ 100%	0.012*	Chi-square
ความสม่ำเสมอ (51-70%)	บำบัดครบ 84.0%		
ความสม่ำเสมอ ( $\leq 50\%$ )	บำบัดครบ 62.5%		
ครอบครัวร่วม >4 ครั้ง	ไม่เสพยา 57.14%	0.067	Chi-square
ครอบครัวร่วม 1-2 ครั้ง	ไม่เสพยา 21.05%		
ไม่มีครอบครัวร่วม	ไม่เสพยา 11.76%		
สัมพันธ์ภาพกับผู้บำบัด	-	0.245	Chi-square

หมายเหตุ: \*  $p < 0.05$

#### 5. ปัจจัยทำนายความสำเร็จในการบำบัด

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายการบำบัดครบโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ประกอบด้วย สถานะการทำงาน (Score = 6.807,  $p = .009$ ) และระดับความสัมพันธ์และการสื่อสารในครอบครัว (Score = 4.117,  $p = .042$ ) ส่วนปัจจัยที่สามารถทำนายการหยุดเสพยาครบ 1 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย ระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม (Score = 5.947,  $p = .015$ ) และการที่ครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัด (Score = 4.156,  $p = .041$ ) ดังแสดงในตาราง 5 และ 6

ตาราง 5 ปัจจัยทำนายการบำบัดครบโปรแกรม (Stepwise Multiple Regression)

ตัวแปรทำนาย	Score	df	Sig.
สถานะการทำงาน	6.807	1	.009*
ระดับความสัมพันธ์ในครอบครัว	4.117	1	.042*

หมายเหตุ: \*  $p < 0.05$

ตาราง 6 ปัจจัยทำนายการหยุดเสพครบ 1 ปี (Stepwise Multiple Regression)

ตัวแปรทำนาย	Score	df	Sig.
ระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม	5.947	1	.015*
ครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัด	4.156	1	.041*

หมายเหตุ: \*  $p < 0.05$

## การอภิปรายผล

### 1. ลักษณะทั่วไปของประชากร

ผลการศึกษาพบว่าประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 77.36) มีอายุเฉลี่ย 39.70 ปี มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และทำงานชั่วคราว สอดคล้องกับรายงานของสำนักงาน ป.ป.ส. (2566) ที่รายงานว่า ผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นเพศชายและมีระดับการศึกษาต่ำ อย่างไรก็ตาม สัดส่วนเพศหญิงในพื้นที่นี้ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Williams และคณะ (2023) ที่พบว่าในพื้นที่เมืองมีสัดส่วนเพศหญิงเข้าถึงบริการบำบัดในอัตราที่ใกล้เคียงกับเพศชายมากขึ้น ความแตกต่างนี้อาจสะท้อนถึงอุปสรรคทางวัฒนธรรมในพื้นที่ชนบท ที่การตีตราเพศหญิงผู้ใช้สารเสพติดยังคงรุนแรง และการขาดความเป็นส่วนตัวในชุมชนเล็กๆ

### 2. ปัจจัยส่วนบุคคลกับความสำเร็จในการบำบัด

สถานภาพการทำงานมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการบำบัดครบโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของ Anderson และคณะ (2023) ที่พบว่าการมีงานทำเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมความสำเร็จในการบำบัดรักษา เนื่องจากช่วยให้ผู้ป่วยมีโครงสร้างในชีวิตประจำวัน มีรายได้ที่มั่นคง และมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทั้งนี้ ในบริบทชุมชนชนบท การมีงานทำไม่เพียงแต่ให้รายได้ แต่ยังเป็นการแสดงถึงการได้รับการยอมรับกลับเข้าสู่สังคม ซึ่งมีความสำคัญสูงในสังคมไทยที่เน้นเรื่องเกียรติและหน้าตาในชุมชน ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่ใช้ยาเสพติด 4-6 ปี มีการบำบัดครบโปรแกรมสูงสุด ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Martinez และคณะ (2021) ที่พบว่าผู้ที่ใช้สารเสพติดน้อยกว่า 3 ปีมีอัตราความสำเร็จสูงสุด ความแตกต่างนี้อาจเนื่องมาจากผู้ที่ใช้ยาเสพติดนาน 4-6 ปีถึงจุดที่ตระหนักถึงผลกระทบร้ายแรงต่อชีวิตและมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงสูง ขณะที่ผู้ที่ใช้ยา 1-3 ปีอาจยังไม่ตระหนักถึงความรุนแรงเพียงพอ

### 3. ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคมกับความสำเร็จในการบำบัด

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการไม่เสพซ้ำใน 1 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ Anderson และคณะ (2023) และสนับสนุนทฤษฎีระบบครอบครัว (Family Systems Theory) ของ Bowen (1978) ที่อธิบายว่าการสนับสนุนจากครอบครัวและเครือข่ายทางสังคมมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้บุคคลรับมือกับความเครียดและปัญหาต่างๆ ในชีวิต นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ เพ็ญศรี คุ่มลิขิต และสุภาพร นาคแลง (2567) ที่พัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน อย่างไรก็ตาม การยอมรับจากชุมชนไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความสำเร็จ



ในการบำบัด ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Kelly และคณะ (2020) ที่พบว่าการยอมรับจากชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญในพื้นที่เมือง ความแตกต่างนี้อาจเป็นผลมาจากบริบทของชุมชนในพื้นที่ศึกษาที่มีขนาดเล็ก มีความสัมพันธ์แบบพึ่งพาอาศัยกันสูง และอาจมีการตีตราผู้ป่วยยาเสพติดในระดับที่ค่อนข้างสม่ำเสมอ ทำให้ไม่เห็นความแตกต่างที่ชัดเจน

#### 4. ปัจจัยด้านการบำบัดกับความสำเร็จในการบำบัด

ความสม่ำเสมอในการเข้ารับการบำบัดมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการบำบัดครบโปรแกรม สอดคล้องกับหลักการบำบัดรักษาที่เน้นความต่อเนื่อง (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2018) และสอดคล้องกับทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลง (Transtheoretical Model) ของ Prochaska และ DiClemente (1983) ที่อธิบายว่าความสม่ำเสมอในการเข้ารับการบำบัดสะท้อนถึงความมุ่งมั่นและแรงจูงใจของผู้ป่วย

#### 5. ปัจจัยทำนายความสำเร็จในการบำบัด

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่าสถานการณ์ทำงานและระดับความสัมพันธ์และการสื่อสารในครอบครัวสามารถทำนายการบำบัดครบโปรแกรมได้ สนับสนุนแนวคิดการฟื้นฟูแบบองค์รวม (Holistic Rehabilitation) ที่มองว่าการแก้ไขปัญหายาเสพติดต้องคำนึงถึงทุกมิติของชีวิตผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Johnson และคณะ (2024) ที่เน้นว่าการบำบัดที่มีประสิทธิภาพต้องคำนึงถึงคุณภาพชีวิตโดยรวม และต้องให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการฟื้นฟู

### สรุปผลการศึกษา

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดในคลินิกบำบัดยาเสพติด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเมียง สรุปได้ดังนี้

1) ลักษณะทั่วไปของประชากร: ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 39.70 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ทำงานชั่วคราว และใช้เมทแอมเฟตามีนเป็นสารเสพติดหลัก สอดคล้องกับสถานการณ์การแพร่ระบาดในพื้นที่ชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการบำบัด: สถานภาพการทำงาน ระยะเวลาการใช้ยาเสพติด ความสม่ำเสมอในการเข้ารับการบำบัด การสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธ์ภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความสำเร็จในการบำบัดรักษา

3) ปัจจัยทำนายความสำเร็จในการบำบัด: สถานะการทำงานและความสัมพันธ์ในครอบครัวทำนายการบำบัดครบโปรแกรม ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสังคมและการมีส่วนร่วมของครอบครัวทำนายการหยุดเสพยา 1 ปี

ผลการศึกษาสนับสนุนแนวคิดการบำบัดแบบองค์รวม (Holistic Rehabilitation) ที่เน้นว่าการแก้ไขปัญหายาเสพติดต้องคำนึงถึงทุกมิติของชีวิตผู้ป่วย ทั้งความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ความสัมพันธ์ในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตโดยรวม

### ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดที่ควรนำมาพิจารณาในการนำไปใช้ ดังนี้

- 1) พื้นที่ศึกษาเป็นชุมชนขนาดเล็กในเขตชนบท ผลการวิจัยอาจไม่สามารถนำไปใช้โดยตรงกับชุมชนเมืองหรือพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างออกไป
- 2) ขนาดประชากรมีจำนวนน้อย (N=53) ซึ่งอาจทำให้พลังทางสถิติ (Statistical Power) ไม่เพียงพอในการตรวจพบความสัมพันธ์บางประการ
- 3) ระยะเวลาในการติดตามผลเพียง 1 ปี อาจไม่เพียงพอในการประเมินความสำเร็จระยะยาว
- 4) การเก็บข้อมูลบางส่วนอาศัยการรายงานตนเองของผู้ป่วย อาจมีความลำเอียงจากปรากฏการณ์ตอบตามที่สังคมยอมรับ (Social Desirability Bias)
- 5) รูปแบบการวิจัยแบบภาคตัดขวางไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างตัวแปรได้

### ข้อเสนอแนะ

#### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

- 1) พัฒนาระบบคัดกรองครอบคลุมปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว และสังคม เพื่อวางแผนการบำบัดเฉพาะรายที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการประเมินสถานภาพการทำงานและสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยทำนายสำคัญ
- 2) ส่งเสริมการมีงานทำของผู้ผ่านการบำบัด โดยประสานงานกับสำนักงานจัดหางาน สำนักงานพัฒนาฝีมือแรงงาน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อจัดหางานและฝึกอบรมให้ผู้ผ่านการบำบัด
- 3) เสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผ่านกิจกรรมกลุ่ม สนับสนุนการให้คำปรึกษาครอบครัว และการสร้างเครือข่ายผู้ผ่านการบำบัดในชุมชน
- 4) พัฒนาระบบติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ด้วยการโทรศัพท์ติดตาม การเยี่ยมบ้าน และการใช้ อสม. เป็นแกนนำในการติดตามดูแลในชุมชน
- 5) พัฒนาศักยภาพบุคลากรของ รพ.สต. ด้านการให้คำปรึกษาครอบครัวและการประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

#### 2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ศึกษาเชิงทดลองเพื่อทดสอบรูปแบบการบำบัดที่เน้นครอบครัวและการมีงานทำในบริบทของ รพ.สต.
- 2) ศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อเข้าใจมุมมองและประสบการณ์เชิงลึกของผู้ป่วยและครอบครัว
- 3) ศึกษาติดตามระยะยาวมากกว่า 1 ปี เพื่อประเมินความสำเร็จในการบำบัดระยะยาว
- 4) ขยายการศึกษาไปยัง รพ.สต. อื่นๆ ในจังหวัดเลยและจังหวัดใกล้เคียง เพื่อเพิ่มการนำไปใช้ได้ของผลการวิจัย
- 5) ศึกษาปัจจัยเพิ่มเติม เช่น แรงจูงใจในการเลิกยา ความเชื่อมั่นในตนเอง โรคร่วมทางจิตเวช และการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต



## 10. เอกสารอ้างอิง

- กนิษฐา ไทยกล้า, สุภวัฒน์ บุญมา, อริสรา สิทธิ, ชูพงศ์ กันยะ, และนัทกร สามปันสัก. (2564). การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรู้ร่วมกับการบำบัดระบบเมทริกซ์โปรแกรมในผู้ป่วยยาเสพติดเพื่อป้องกันการเสพยา. วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3, 18(4), 1–15.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2565). รายงานสถานการณ์ยาเสพติดประจำปี 2565. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2564). แนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดในระบบสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข.
- งานเวชระเบียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเมียง. (2566). รายงานผลการดำเนินงานคลินิกบำบัดยาเสพติด ปีงบประมาณ 2564–2566. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเมียง.
- ณัฐพร ผลงาม. (2564). การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดระยอง. วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม, 1(2), 49–71.
- นุชรีย์ ทองเจิม, อีรวัฒน์ สกุลมานนท์, และลัดดาวัลย์ สิทธิสาร. (2566). การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน. ราชชาติสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์, 13(1), 45–60.
- เพ็ญศรี คุ่มลิขิต และสุภาพร นาคแลง. (2567). การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน. วารสารสภาการพยาบาล, 39(2), 298–311.
- วิภาดา แสงนิภา, รัตนาภรณ์ อาษา, และประภาพรธณ เอี่ยมสอาด. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการกลับไปเสพยาของผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษา. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 15(3), 22–35.
- ศุภฤกษ์ นาคดิลก. (2563). อุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. วารสารวิชาการยาเสพติด, 6(1), 49–61.
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (2564). คู่มือการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดระบบสมัครใจแบบผู้ป่วยนอก (Matrix Program). กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (2567). รายงานผลการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด ปีงบประมาณ 2567. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2566). รายงานประจำปี 2566: สถานการณ์ยาเสพติดในประเทศไทย. สำนักงาน ป.ป.ส.
- สุณี อวารณ์ และวิทยา โครตท่าน. (2563). การพัฒนารูปแบบบริการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในสถานประกอบการอำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ, 1(2), 72–85.
- Anderson, K. G., Ramo, D. E., & Brown, S. A. (2023). Social support and substance use treatment outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 145, 108–121. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2022.108945>
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. Jason Aronson.



- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(2), 171–180. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1983.tb01497.x>
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach* (4th ed.). McGraw-Hill.
- Johnson, S. L., Martinez, P., & Chen, W. (2024). Quality of life outcomes in substance use disorder treatment: A longitudinal analysis. *Addiction Research & Theory*, 32(1), 45–58. <https://doi.org/10.1080/16066359.2023.2245678>
- Kelly, J. F., Abry, A., Ferri, M., & Humphreys, K. (2020). Alcoholics Anonymous and 12-step facilitation treatments for alcohol use disorder: A distillation of a 2020 Cochrane Review for clinicians and policy makers. *Alcohol and Alcoholism*, 55(6), 641–651. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agaa050>
- Luborsky, L., Barber, J. P., Siqueland, L., Johnson, S., Najavits, L. M., Frank, A., & Daley, D. (1996). The revised Helping Alliance Questionnaire (HAQ-II): Psychometric properties. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5(3), 260–271.
- Martinez, A., Medina-Mora, M. E., & Berenzon, S. (2021). Drug use duration and treatment outcomes: A cross-national comparison. *Drug and Alcohol Dependence*, 225, 108807. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108807>
- McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P., & Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA*, 284(13), 1689–1695. <https://doi.org/10.1001/jama.284.13.1689>
- National Institute on Drug Abuse. (2018). *Principles of drug addiction treatment: A research-based guide* (3rd ed.). National Institutes of Health. <https://nida.nih.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment>
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>
- Thompson, R. G., Wall, M. M., Greenstein, E., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2022). Employment status and substance use disorders: A population-based study. *Drug and Alcohol Dependence*, 230, 109184. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.109184>



- United Nations Office on Drugs and Crime. (2023). World drug report 2023. United Nations. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html>
- Williams, A. R., & Bisaga, A. (2023). Gender differences in substance use treatment access: An urban–rural comparison. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 148, 108975. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2023.108975>
- World Health Organization. (2023). World health statistics 2023: Monitoring health for the SDGs. WHO Press. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240074316>
- Zhang, L., Cao, Y., & Wang, F. (2022). Family factors and relapse prevention in methamphetamine use disorder: Evidence from China. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 20(3), 1589–1603. <https://doi.org/10.1007/s11469-021-00528-3>

## Development of a health promotion program for patients with Uncontrolled Type 2 Diabetes at Phurua hospital

Supaphorn boonsriphoom  
Phurua Hospital, Loei Province, Thailand

### Abstract

Diabetes mellitus is a major public health problem with a rapidly increasing prevalence worldwide and in Thailand. At Phurua Hospital, many patients with type 2 diabetes are unable to achieve optimal glycemic control, defined as glycated hemoglobin (HbA1c) levels  $\geq 7\%$ , which increases the risk of long-term complications. This quasi-experimental study aimed to develop and evaluate the effectiveness of a health promotion program for patients with uncontrolled type 2 diabetes at Phurua Hospital, Thailand. A one-group pretest–posttest design was employed. The sample consisted of 280 patients with HbA1c  $\geq 7\%$ , recruited through consecutive sampling between October 2023 and June 2024. The program was developed based on Pender’s Health Promotion Model and included multidisciplinary education, skill training, and continuous follow-up. Data were collected using a diabetes knowledge questionnaire, a self-management skills assessment, and laboratory HbA1c measurements. Descriptive statistics and paired sample t-tests were used for analysis.

Results showed that diabetes knowledge significantly increased from 12.79 (SD = 2.66) to 17.97 (SD = 0.86) (mean difference = 5.18,  $t = 31.88$ ,  $p < 0.001$ ). Self-management skills significantly improved across all domains ( $p < 0.001$ ). Mean HbA1c significantly decreased from 8.72% (SD = 1.77) to 8.21% (SD = 1.66) (mean difference =  $-0.51$ ,  $t = -5.95$ ,  $p < 0.001$ ).

The health promotion program effectively improved diabetes knowledge, self-management skills, and glycemic control among patients with uncontrolled type 2 diabetes. The program shows potential as a practical and sustainable model for diabetes care in community hospitals and primary healthcare settings.

**Keywords:** HbA1c, Health promotion program, Pender's Health Promotion Model, self-management, Type 2 Diabetes mellitus

*Corresponding Author: obs271022@gmail.com*



## การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลภูเรือ

สุภาภรณ์ บุญศรีภูมิ  
โรงพยาบาลภูเรือ จังหวัดเลย

### บทคัดย่อ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต และก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังในหลายระบบ โรงพยาบาลภูเรือพบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวนมากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ ( $HbA1c \geq 7$ ) การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ รูปแบบการวิจัยเป็นแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลภูเรือ ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 ถึงเดือนมิถุนายน 2567 จำนวน 280 คน ที่มีระดับ  $HbA1c \geq 7$  โปรแกรมพัฒนาตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ โดยเน้นการให้ความรู้และเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองด้านโภชนาการ การใช้ยา การออกกำลังกาย และการดูแลเท้า เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ แบบประเมินทักษะการจัดการตนเอง และค่าระดับ  $HbA1c$  วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและ paired sample t-test

ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากค่าเฉลี่ย 12.79 (SD = 2.66) เป็น 17.97 (SD = 0.86) (Mean difference = 5.18,  $t = 31.88$ ,  $p < 0.001$ ) ทักษะการจัดการตนเองทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และระดับ  $HbA1c$  ลดลงจากร้อยละ 8.72 (SD = 1.77) เป็น ร้อยละ 8.21 (SD = 1.66) (Mean difference = -0.51,  $t = -5.95$ ,  $p < 0.001$ )

สรุป โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้ เสริมสร้างทักษะการจัดการตนเอง และช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชนและหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลและลดภาวะแทรกซ้อนของโรคอย่างยั่งยืน

**คำสำคัญ:** การจัดการตนเอง, ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์, น้ำตาลสะสมในเลือด, โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ, โรคเบาหวานชนิดที่ 2

## บทนำ

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญของโลกและประเทศไทย โดยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง อันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การขาดกิจกรรมทางกาย และภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน เมื่อผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานและไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างเหมาะสม จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งระยะเฉียบพลันและระยะเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรัง จอตาผิดปกติจากเบาหวาน และภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของครอบครัว ระบบสุขภาพ และประเทศโดยรวม

ข้อมูลสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทยแสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งพบมากที่สุด ผู้ป่วยจำนวนมากยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้ แม้ได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง สาเหตุสำคัญมักเกี่ยวข้องกับการขาดความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการจัดการตนเอง เช่น การควบคุมอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกายและการดูแลเท้า

โรงพยาบาลภูเรือเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปีงบประมาณ 2565 มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนจำนวน 1,659 ราย และเพิ่มเป็น 1,732 รายในปีงบประมาณ 2566 คิดเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 4.40 ขณะเดียวกัน ร้อยละของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ตามเกณฑ์ ( $HbA1c < 7\%$ ) อยู่ที่ร้อยละ 14.40 ในปี 2565 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 31.81 ในปี 2566 แม้มีแนวโน้มดีขึ้น (เพิ่มขึ้น 17.41 จุดร้อยละ) แต่ยังคงต่ำกว่าเป้าหมายเชิงคุณภาพที่กำหนดไว้ ( $\geq 40\%$ ) สะท้อนว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้อย่างเหมาะสม สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้เกิดภาระงานในคลินิกโรคเรื้อรัง และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะยาว จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางส่งเสริมสุขภาพที่มุ่งเสริมสร้างความรู้และทักษะการจัดการตนเองของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ

งานวิจัยในต่างประเทศจำนวนมากรายงานว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและการจัดการตนเอง (self-management education) สามารถช่วยลดระดับ  $HbA1c$  และปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะโปรแกรมที่เน้นการเสริมพลังความสามารถตนเอง (self-efficacy) การติดตามอย่างต่อเนื่อง และการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ อย่างไรก็ตาม โปรแกรมส่วนใหญ่พัฒนาในบริบทโรงพยาบาลขนาดใหญ่หรือประเทศพัฒนาแล้ว ซึ่งมีทรัพยากร ระบบสนับสนุนและบริบททางสังคมที่แตกต่างจากโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทย

การศึกษานี้มีความแตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมา เนื่องจากพัฒนาโปรแกรมที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลชุมชนที่มีทรัพยากรจำกัด เน้นการดำเนินงานโดยทีมสหวิชาชีพในระดับปฐมภูมิ และการติดตามต่อเนื่องระยะเวลา 6 เดือน ในกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ( $HbA1c \geq 7\%$ ) ซึ่งยังมีหลักฐานเชิงประจักษ์ในบริบทประเทศไทยค่อนข้างจำกัด



ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรที่รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลภูเรือ จึงมีความสนใจพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ เพื่อเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วย อันจะนำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีขึ้น ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในบริบทโรงพยาบาลชุมชนอย่างยั่งยืน

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในโรงพยาบาลภูเรือ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ครอบคลุมกิจกรรมการให้ความรู้ การฝึกทักษะการจัดการตนเอง และการติดตามต่อเนื่อง
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลภูเรือ โดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ทักษะการจัดการตนเอง และค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

### สมมติฐาน

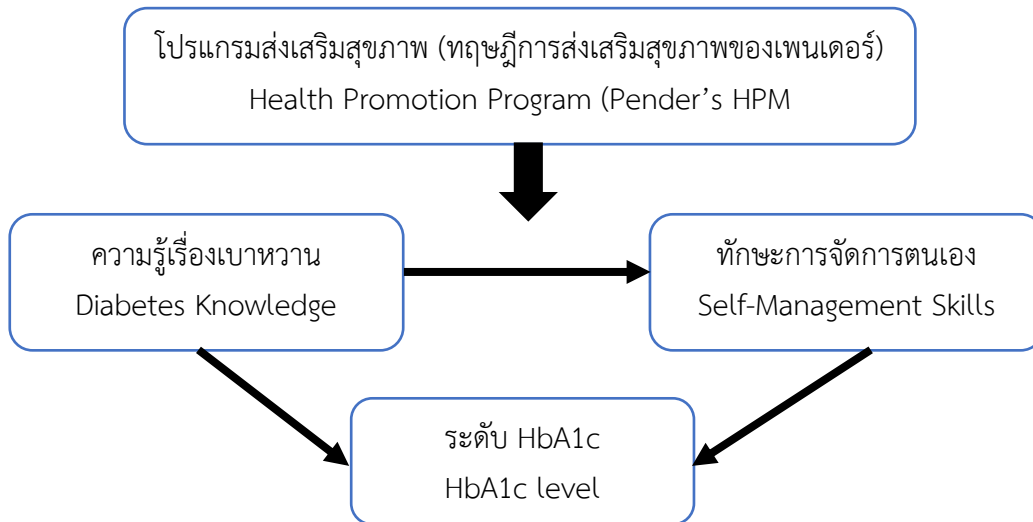
1. หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทักษะการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
3. หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Health Promotion Model: HPM) (Pender et al., 2015) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยมุ่งเสริมสร้างความรู้ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพ และความสามารถในการจัดการตนเอง (self-efficacy) เพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม

โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพถือเป็นตัวแปรต้น ขณะที่ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทักษะการจัดการตนเอง และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) เป็นตัวแปรตามของการศึกษา

กรอบแนวคิดการวิจัยแสดงความสัมพันธ์ระหว่างโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ทักษะการจัดการตนเอง และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ดังแสดงในรูปที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

### ระเบียบวิธีวิจัย

#### 1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one group, pretest-posttest design)

โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพดำเนินการเป็นระยะเวลา 6 เดือน แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

#### ระยะที่ 1 การประเมินและให้ความรู้ (สัปดาห์ที่ 1-4)

- ประเมินข้อมูลพื้นฐานและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)
- ประเมินความรู้และทักษะการจัดการตนเอง
- ให้ความรู้รายกลุ่มเกี่ยวกับโรคเบาหวาน โภชนาการ การใช้ยา การออกกำลังกายและการดูแลเท้า
- จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล

#### ระยะที่ 2 การเสริมพลังและติดตามต่อเนื่อง (เดือนที่ 2-5)

- ให้คำปรึกษารายบุคคลโดยทีมสหวิชาชีพ
- ติดตามพฤติกรรมสุขภาพทุกเดือน
- เสริมแรงเชิงบวก (self-efficacy reinforcement)
- แก้ไขปัญหาเฉพาะราย เช่น การใช้ยาไม่สม่ำเสมอ หรือพฤติกรรมเสี่ยง

#### ระยะที่ 3 การประเมินผลและสะท้อนกลับ (เดือนที่ 6)

- ประเมินความรู้และทักษะซ้ำ
- ตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)
- สะท้อนผลลัพธ์รายบุคคล และวางแผนติดตามต่อเนื่อง



## 2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)  $\geq 7$  ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลภูเรือ จำนวน 885 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)  $\geq 7$  และมารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลภูเรือ ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 ถึงเดือนมิถุนายน 2567 จำนวน 280 คน โดยคัดเลือกแบบต่อเนื่อง (consecutive sampling) จากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า และไม่มีลักษณะตามเกณฑ์คัดออก จนครบจำนวนในเดือนธันวาคม 2566

**การประเมินความเพียงพอของขนาดตัวอย่างอ้างอิงการวิเคราะห์กำลังสถิติ (Power Analysis)** สำหรับการเปรียบเทียบแบบวัดซ้ำก่อน-หลังด้วยสถิติ paired sample t-test (two-tailed) ที่ระดับนัยสำคัญ  $\alpha = 0.05$  โดยใช้การวิเคราะห์กำลังสถิติย้อนหลัง (post-hoc power analysis) จากผลลัพธ์หลักคือระดับ HbA1c พบค่า  $t = -5.95$  และขนาดตัวอย่าง  $n = 280$  คำนวณขนาดอิทธิพล (Cohen's  $d_z$ ) =  $|t|/\sqrt{n} = 0.35$  ซึ่งอยู่ในระดับเล็กถึงปานกลาง ภายใต้ค่า  $d_z$  ดังกล่าว ต้องการขนาดตัวอย่างอย่างน้อยประมาณ 64 คนเพื่อให้ได้กำลังสถิติ 0.80 และ 86 คนเพื่อให้ได้กำลังสถิติ 0.90 ดังนั้น ขนาดตัวอย่างที่ใช้จริงจำนวน 280 คนจึงมีความเพียงพอสำหรับการทดสอบสมมติฐานของการศึกษา

ผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 280 รายได้รับการประเมินก่อนและติดตามครบระยะเวลา 6 เดือน ไม่มีการถอนตัวหรือข้อมูลขาดหาย (attrition = 0)

ก่อนการวิเคราะห์ด้วยสถิติ paired sample t-test ได้ตรวจสอบการแจกแจงปกติของคะแนนความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการทดลอง (difference scores) ด้วยการทดสอบ Shapiro-Wilk หากไม่เป็นไปตามสมมติฐานของการทดสอบ จะใช้สถิติไม่อิงพารามิเตอร์ (Wilcoxon signed-rank test) แทน ผลการทดสอบ Shapiro-Wilk พบว่าคะแนนความแตกต่างมีการแจกแจงแบบปกติ ( $p > .05$ ) จึงใช้สถิติ paired sample t-test ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้ paired sample t-test (two-tailed) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 สำหรับการเปรียบเทียบผลก่อนและหลัง โดยรายงานค่าเฉลี่ยของผลต่าง ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ค่า  $t$  ค่า  $p$  และขนาดอิทธิพล (Cohen's  $d_z$ )

### เกณฑ์การคัดเข้า

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)  $\geq 7$
2. อายุ 18 ปีขึ้นไป อ่านออกเขียนได้ มารับบริการคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลภูเรือตามช่วงเวลาที่กำหนด
3. สนใจเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

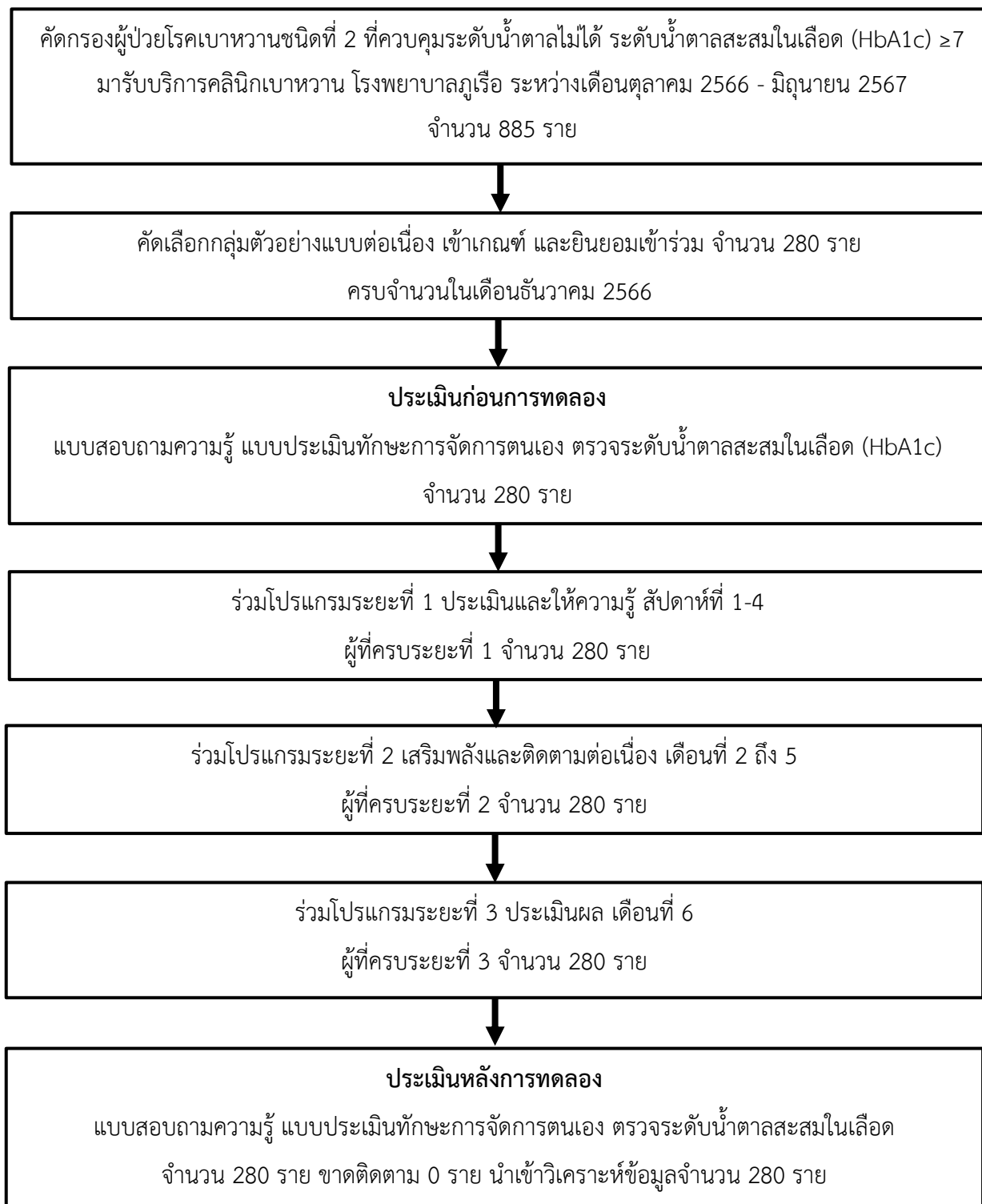
### เกณฑ์การคัดออก

ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหรือมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะบกพร่องด้านการสื่อสารหรือการรับรู้ ซึ่งไม่สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง
2. ผู้ป่วยที่ขอลงตัวออกจากกรวิจัยระหว่างการดำเนินการ



### Participant Flow Diagram





### 3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

#### 1. โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมโดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ร่วมกับแนวทางสุขภาพของกองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยนำเฉพาะเนื้อหาหลักด้านความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคเบาหวานและแนวทางส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพมาปรับให้เหมาะสมกับบริบทคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลภูเรือ

ขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรม

- โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้
  - 1) วิเคราะห์สถานการณ์ ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในคลินิก
  - 2) ทบทวนวรรณกรรมและแนวทางเวชปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง
  - 3) ออกแบบกิจกรรมตามกรอบทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
  - 4) จัดทำร่างโปรแกรมและคู่มือกิจกรรม
  - 5) ตรวจสอบความเหมาะสมโดยผู้เชี่ยวชาญสาขาวิชาชีพ 3 ท่าน
  - 6) ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดลองใช้จริง
- โปรแกรมประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่
  - ระยะที่ 1 ประเมินและให้ความรู้รายบุคคล
  - ระยะที่ 2 ติดตามและเสริมพลัง (self-efficacy reinforcement)
  - ระยะที่ 3 ประเมินผลและสะท้อนกลับ

#### 2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน

- 1) ข้อมูลส่วนบุคคล เพศ อายุ ศาสนา การศึกษา อาชีพ
- 2) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน 20 ข้อ
- 3) แบบประเมินทักษะการจัดการตนเอง จำนวน 26 ข้อ แบ่งเป็น
  - ด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภค (8 ข้อ)
  - ด้านพฤติกรรมกรรมการใช้ยา (4 ข้อ)
  - ด้านพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย (4 ข้อ)
  - ด้านพฤติกรรมกรรมการดูแลเท้า (10 ข้อ)

#### 4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือแบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67–1.00 และทดสอบความเชื่อมั่นในกลุ่มตัวอย่างนำร่องจำนวน 30 ราย ได้ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.82

โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นได้รับการตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและกระบวนการดำเนินงานโดยผู้เชี่ยวชาญสาขาชีพ 3 ท่าน และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริงในกลุ่มตัวอย่าง

#### 5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูล 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 (ก่อนทดลอง)

- ประเมิน Pre-test โดยใช้แบบสอบถามความรู้ 20 ข้อ และทักษะการจัดการตนเอง 26 ข้อ
- บันทึกค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)
- วิเคราะห์ปัญหารายบุคคลและวางแผนกิจกรรมให้ความรู้

ระยะที่ 2 (เดือนที่ 3)

- ติดตามความก้าวหน้าของพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้แบบประเมินทักษะการจัดการตนเองฉบับเดียวกับระยะที่ 1
- ข้อมูลที่ได้ใช้เพื่อวิเคราะห์ปัญหาที่ยังคงเหลือ และวางแผนเสริมแรงรายบุคคล
- ข้อมูลระยะนี้ใช้เพื่อประเมินกระบวนการดำเนินงาน (process evaluation) มิได้นำไปวิเคราะห์เปรียบเทียบทางสถิติ

ระยะที่ 3 (เดือนที่ 6)

- ประเมิน Post-test โดยใช้แบบสอบถามชุดเดิม
- ตรวจค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)
- นำข้อมูลก่อนและหลังการทดลองมาวิเคราะห์ด้วย Paired sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญ 0.05

#### 6. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับอธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง สำหรับการเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired sample t-test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน คะแนนทักษะการจัดการตนเอง และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการวิเคราะห์รายงานค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าเฉลี่ยของผลต่าง (Mean Difference) ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% Confidence Interval: 95% CI) ของผลต่าง ค่าสถิติ t และค่า p-value โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05



## 7. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เลขที่ ECLOEI 0076/2566 โดยผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม ข้อมูลทั้งหมดเก็บรักษาเป็นความลับ และใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น

### ผลการวิจัย

#### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและค่าร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=280 คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	75	26.79
หญิง	205	73.21
<b>อายุ</b>		
30-39 ปี	11	3.93
40-49 ปี	47	16.79
50-59 ปี	106	37.86
60 ปี ขึ้นไป	116	41.42
<b>ศาสนา</b>		
ศาสนาพุทธ	280	100
<b>การศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	216	77.14
มัธยมศึกษาตอนต้น	31	11.07
มัธยมศึกษาตอนปลาย	25	8.93
อนุปริญญา/ปวส.	3	1.07
ปริญญาตรีขึ้นไป	5	1.79
<b>อาชีพ</b>		
เกษตรกร	193	68.93
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	21	7.5
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	7	2.5
พนักงานบริษัทเอกชน	1	0.36
นักเรียน/นักศึกษา	0	0
ไม่มีอาชีพ/แม่บ้าน	56	20
อื่นๆ	2	0.71

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 280 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.21) อายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 41.42) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 77.14) และประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 68.93)

## 2. คะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลภูเรือ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

ผลการดำเนินการ	ก่อนเข้าโปรแกรม (n=280)		หลังเข้าโปรแกรม (n=280)		Mean diff	95% CI	t	p
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD				
คะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	12.79	2.66	17.97	0.86	5.18	4.86-5.49	31.88	<0.001

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคเบาหวานก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเท่ากับ 17.97 (SD = 0.86) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.79 (SD = 2.66) โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ย (Mean Difference) เท่ากับ 5.18 คะแนน (t = 31.88, p < 0.001) แสดงให้เห็นว่าคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## 3. ทักษะการจัดการตนเอง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนทักษะการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมกรบริโภคของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

ผลการดำเนินการ	ก่อนเข้า โปรแกรม (n=280)		หลังเข้า โปรแกรม (n=280)		Mean diff	95% CI	t	p
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD				
	<b>1. พฤติกรรมการบริโภค</b>							
1.1 รับประทานอาหารหลัก วันละ 3 มื้อ	4.57	0.77	4.99	0.06	0.43	0.34-0.51	9.32	<0.001
1.2 รับประทานอาหารตรงเวลา	4.09	0.95	4.87	0.49	0.78	0.66-0.91	12.11	<0.001
1.3 รับประทานอาหารที่ไม่มีไขมัน/ไขมันต่ำ	3.19	0.82	3.88	0.8	0.69	0.56-0.81	10.78	<0.001
1.4 รับประทานอาหารที่เน้นผักใบ	4.39	0.85	4.98	0.20	0.59	0.49-0.70	11.23	<0.001
1.5 รับประทานอาหารผลไม้ที่มีรสไม่หวานเป็นหลัก	3.31	0.96	4.10	0.99	0.79	0.64-0.93	10.71	<0.001
1.6 รับประทานอาหารที่มีรสชาติไม่เค็มจัด	3.81	1.03	4.65	0.76	0.84	0.72-0.96	13.33	<0.001
1.7 ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	3.93	1.63	4.84	0.36	0.92	0.72-1.12	8.99	<0.001
1.8 ไม่สูบบุหรี่	4.66	1.1	4.99	0.08	0.33	0.20-0.46	4.96	<0.001

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนทักษะการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมกรบริโภคของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกข้อ (p < 0.001) พฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดคือ การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ โดยมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.93 เป็น 4.84 คะแนน มีผลต่างค่าเฉลี่ย (Mean Difference) เท่ากับ 0.92 คะแนน (t = 8.997, p < 0.001) รองลงมาคือ การรับประทานอาหารรสไม่เค็มจัด ซึ่งเพิ่มขึ้นจาก 3.81 เป็น 4.65 คะแนน มีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.84 คะแนน (t = 13.33, p < 0.001) และการรับประทานอาหารตรงเวลา เพิ่มขึ้นจาก 4.09 เป็น 4.87 คะแนน มีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.78 คะแนน (t = 12.11, p < 0.001)



**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบคะแนนทักษะการจัดการตนเอง ด้านพฤติกรรมการใช้ยา ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

ผลการดำเนินการ	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม		Mean diff	CI 95%	t	p
	(n=280)		(n=280)					
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD				
<b>2. พฤติกรรมการใช้ยา</b>								
2.1 รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง	4.88	0.38	4.99	0.12	0.10	0.06-0.15	4.36	<0.001
2.2 รับประทานยาก่อนหรือหลังจากรับประทานอาหารเช้าครึ่งชั่วโมง	4.44	0.87	4.99	0.10	0.55	0.45-0.65	10.43	<0.001
2.3 ลดหรือเพิ่มยารักษาโรคเบาหวานเอง โดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์	4.70	0.87	4.98	0.14	0.28	0.18-0.39	5.33	<0.001
2.4 ซื้อยารักษาโรคเบาหวาน หรือยาสมุนไพรมารับประทานเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์	4.80	0.82	4.99	0.18	0.19	0.09-0.29	3.82	<0.001

ผลการเปรียบเทียบทักษะการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมการใช้ยา ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกข้อ ( $p < 0.001$ ) การรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 4.88 เป็น 4.99 คะแนน โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ย (Mean Difference) เท่ากับ 0.10 ( $t = 4.36, p < 0.001$ ) การรับประทานยาก่อนหรือหลังอาหารเช้าครึ่งชั่วโมง มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 4.44 เป็น 4.99 คะแนน โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ย (Mean Difference) เท่ากับ 0.55 ( $t = 10.43, p < 0.001$ ) การไม่ปรับยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 4.70 เป็น 4.98 คะแนน โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ย (Mean Difference) เท่ากับ 0.28 ( $t = 5.33, p < 0.001$ ) การไม่ซื้อยาหรือสมุนไพรมารับประทานเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ มีผลต่างค่าเฉลี่ย (Mean Difference) เท่ากับ 0.19 ( $t = 3.82, p < 0.001$ )

**ตารางที่ 5** เปรียบเทียบทักษะคะแนนการจัดการตนเอง ด้านพฤติกรรมออกกำลังกาย ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

ผลการดำเนินการ	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม		Mean diff	CI 95%	t	p
	(n=280)		(n=280)					
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD				
<b>3. พฤติกรรมการออกกำลังกาย</b>								
3.1 ออกกำลังกาย เช่น เดิน วิ่ง อย่างน้อย สัปดาห์ละ 5 ครั้ง ครั้งละ 30-45 นาที	2.80	1.22	4.26	0.89	1.45	1.28-1.63	16.04	<0.001
3.2 ออกกำลังกายหลังอาหารมื้อหลัก นาน 2 ชั่วโมง	2.56	1.31	4.10	1.01	1.54	1.34-1.73	15.16	<0.001
3.3 เมื่อออกกำลังกาย มีการสวมรองเท้าที่พอดีกับเท้า	3.49	1.54	4.99	0.10	1.50	1.32-1.69	16.21	<0.001
3.4 ขณะออกกำลังกาย หากมีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด จะหยุดออกกำลังกายทันที	3.00	1.56	4.61	0.83	1.60	1.40-1.82	15.33	<0.001

ผลการเปรียบเทียบคะแนนทักษะการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมกรออกกำลังกาย ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกข้อ ( $p < 0.001$ ) การออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 ครั้ง ครั้งละ 30-45 นาที มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.80 (SD = 1.22) เป็น 4.26 (SD = 0.89) โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ย (Mean Difference) เท่ากับ 1.45 คะแนน ( $t = 16.04, p < 0.001$ ) การออกกำลังกายหลังอาหารมื้อหลักนาน 2 ชั่วโมง มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.56 (SD = 1.31) เป็น 4.10 (SD = 1.01) โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ย (Mean Difference) เท่ากับ 1.54 คะแนน ( $t = 15.16, p < 0.001$ ) การสวมรองเท้าที่พอดีกับเท้าระหว่างออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.49 (SD = 1.54) เป็น 4.99 (SD = 0.10) โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ย (Mean Difference) เท่ากับ 1.50 คะแนน ( $t = 16.21, p < 0.001$ ) การหยุดออกกำลังกายทันทีเมื่อมีอาการเวียนศีรษะหรือหน้ามืด มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.00 (SD = 1.56) เป็น 4.61 (SD = 0.83) โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ย (Mean Difference) เท่ากับ 1.60 คะแนน ( $t = 15.33, p < 0.001$ )

**ตารางที่ 6** เปรียบเทียบทักษะการจัดการตนเอง ด้านพฤติกรรมกรดูแลเท้า ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

ผลการดำเนินการ	ก่อนเข้า		หลังเข้า		Mean diff	95% CI	t	p
	โปรแกรม		โปรแกรม					
	(n=280)	(n=280)	(n=280)	(n=280)				
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD				
<b>4. พฤติกรรมกรดูแลเท้า</b>								
4.1 หลังล้างเท้าหรือเมื่อเท้าเปียก ได้เช็ดเท้าเบาๆให้แห้งด้วยผ้านุ่ม โดยเฉพาะซอกนิ้วเท้า	4.41	1.07	4.86	0.47	0.46	0.35-0.56	8.40	<0.001
4.2 ใช้ครีมหรือโลชั่นสำหรับทาผิวหนัง ทาเท้าต่างๆ	3.26	1.52	4.65	0.48	1.38	1.21-1.56	15.64	<0.001
4.3 สำรวจเท้าว่ามีบาดแผลตุ่มพอง รอยแดง	3.88	1.17	4.86	0.39	0.98	0.84-1.13	13.32	<0.001
4.4 ใช้ของมีคมตัดหนังหรือตาปลาที่เท้า	3.25	1.49	4.99	0.10	1.74	1.57-1.92	19.67	<0.001
4.5 สวมรองเท้าทุกครั้งที่ออกจากบ้าน	4.17	1.43	4.76	0.65	0.59	0.42-0.77	6.67	<0.001
4.6 บริหารขาและเท้า	3.99	1.00	4.72	0.47	0.74	0.61-0.87	11.15	<0.001
4.7 เมื่อมีบาดแผลเล็กน้อย ได้ทำความสะอาดแผลด้วยน้ำต้มสุกหรือน้ำเกลือล้างแผล	3.37	1.37	4.35	0.94	0.98	0.79-1.18	9.91	<0.001
4.8 ดูแลบาดแผลที่เท้าให้สะอาดและแห้งอยู่เสมอ	4.12	1.35	4.71	0.70	0.60	0.42-0.77	6.70	<0.001
4.9 ไม่นั่งไขว่ห้างหรือพับเท้าเป็นเวลานานๆ	2.98	1.07	4.73	0.45	1.74	1.60-1.88	24.37	<0.001



**ตารางที่ 6** เปรียบเทียบทักษะการจัดการตนเอง ด้านพฤติกรรมการดูแลเท้า ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน (ต่อ)

ผลการดำเนินการ	ก่อนเข้า		หลังเข้า		Mean diff	95% CI	t	p
	โปรแกรม (n=280)		โปรแกรม (n=280)					
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD				
4.10 ตัดเล็บในแนวตรงไม่สั้นชิดเนื้อและไม่ตัดขอบเล็บด้านข้าง	3.37	1.39	4.36	0.80	1.00	0.82-1.17	11.16	<0.001

ผลการเปรียบเทียบทักษะการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมการดูแลเท้า ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกข้อ ( $p < 0.001$ ) พฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด คือ การไม่นั่งไขว่ห้างหรือนั่งพับเพียบเป็นเวลานาน และการหลีกเลี่ยงการใช้ของมีคมตัดหนังหรือตาปลาที่เท้า (Mean Difference = 1.74) รองลงมา ได้แก่ การใช้ครีมหรือโลชั่นทาผิวหนังเท้า (Mean Difference = 1.38) และการสำรวจเท้าหรือดูแลแผลอย่างสม่ำเสมอ (Mean Difference = 0.98) ซึ่งสะท้อนถึงการพัฒนาทักษะการดูแลเท้าอย่างครอบคลุม

### 3. ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

**ตารางที่ 7** เปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

ผลการดำเนินการ	ก่อนเข้า		หลังเข้า		Mean Diff	95% CI	t	p
	โปรแกรม (n=280)		โปรแกรม (n=280)					
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD				
ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)	8.72	1.77	8.21	1.66	-0.51	-0.68 ถึง -0.34	-5.95	<0.001

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย HbA1c เท่ากับ 8.72 (SD = 1.77) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.21 (SD = 1.66) โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ย (Mean Difference) เท่ากับ -0.51 ( $t = -5.95$ ,  $p < 0.001$ ) แสดงให้เห็นว่าระดับ HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การลด HbA1c เฉลี่ย ร้อยละ 0.51 ยังถือว่ามีนัยสำคัญทางคลินิก เนื่องจากสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนระยะยาวของโรคเบาหวาน

**ตารางที่ 8** การเปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ได้ตามเกณฑ์ (< 7) ก่อนและหลังโปรแกรม

HbA1c < 7	ก่อนโปรแกรม	หลังโปรแกรม
จำนวน (คน)	0	50
ร้อยละ	0.00	17.86

ผลการเปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ตามเกณฑ์ (HbA1c < 7) พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมไม่มีผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับ HbA1c ได้ตามเกณฑ์ (ร้อยละ 0.00) ขณะที่หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับ HbA1c ได้ตามเกณฑ์จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 17.86 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยให้ผู้ป่วยบางส่วนบรรลุเป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

### การอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเตอร์มีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้ เสริมสร้างทักษะการจัดการตนเอง และช่วยลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นถึงความเหมาะสมของการประยุกต์ใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในบริบทโรงพยาบาลชุมชน ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของจันทรา สุวรรณอยู่ศิริ และรักชนก จันทร์เพ็ญ (2562) รวมถึงการศึกษาของชานนท์ เชาวต์ดำรงสกุล (2563) และอุมากร ใจยังยืน และคณะ (2564) ที่รายงานว่าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองสามารถเพิ่มความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญ

การเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะด้านการออกกำลังกายและการดูแลเท้า อาจเกิดจากลักษณะโปรแกรมที่เน้นการเรียนรู้เชิงปฏิบัติ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และการติดตามอย่างต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเรื่องการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ในทฤษฎีของเพนเตอร์ที่มีบทบาทสำคัญต่อการเริ่มต้นและคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพ อย่างไรก็ตาม คณะนหลังการทดลองในหลายด้านมีค่าเฉลี่ยเข้าใกล้คะแนนสูงสุดของมาตรวัด อาจสะท้อนภาวะ ceiling effect ซึ่งจำกัดความสามารถของเครื่องมือในการตรวจจับการเปลี่ยนแปลงเพิ่มเติมในระดับสูง นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพอาจได้รับอิทธิพลจาก Hawthorne effect กล่าวคือ ผู้เข้าร่วมทราบว่าตนอยู่ในโครงการวิจัย จึงอาจปรับพฤติกรรมหรือรายงานพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้นมากกว่าปกติ

แม้ว่าระดับ HbA1c เฉลี่ยหลังการทดลองยังคงสูงกว่าเป้าหมายทางคลินิก (HbA1c < 7) แต่มีผู้ป่วยบางส่วนสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ โดยสัดส่วนผู้ที่มี HbA1c < 7 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0 เป็นร้อยละ 17.86 สะท้อนว่าโปรแกรมสามารถช่วยให้ผู้ป่วยบางส่วนบรรลุเป้าหมายการรักษาได้ ค่า HbA1c ตั้งต้นที่ค่อนข้างสูงอาจสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรค ระยะเวลาการเป็นโรคที่ยาวนาน หรือข้อจำกัดในการปรับพฤติกรรมในบริบทโรงพยาบาลชุมชน การลดลงเฉลี่ยประมาณ ร้อยละ 0.51 จึงยังถือว่ามีความสำคัญทางคลินิก เนื่องจากการลด HbA1c แม้เพียงเล็กน้อยสามารถลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนระยะยาวได้ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่บรรลุเป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาล สะท้อนถึงความจำเป็นของการติดตามระยะยาว การปรับแผนการรักษาเฉพาะราย และการเสริมความเข้มของมาตรการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของพนมพร แก้วมูล และคณะ (2563) และกานต์จวรรณ วงศ์ศักดิ์ และคณะ (2562) ที่รายงานว่าการพัฒนาทักษะการจัดการตนเองช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ อย่างไรก็ตาม การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง จึงมีข้อจำกัดในการอธิบาย



ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลโดยตรง และการเปลี่ยนแปลงของ HbA1c อาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยร่วมอื่น เช่น การปรับแผนการรักษาหรือแรงจูงใจส่วนบุคคล

แม้เครื่องมือวิจัยจะประยุกต์จากเครื่องมือมาตรฐานของกองสุขศึกษา แต่ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการรายงานตนเอง จึงอาจมีอคติจากการตอบสนองทางสังคม ควรพิจารณาในการตีความผลการศึกษา

ความสำเร็จของโปรแกรมสามารถอธิบายได้จากการดำเนินกิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วม การฝึกปฏิบัติจริง และการติดตามต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพ ซึ่งช่วยเสริมสร้าง self-efficacy ผ่านประสบการณ์ความสำเร็จ การให้กำลังใจ และข้อมูลย้อนกลับรายบุคคล ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นและแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ข้อจำกัดของการศึกษารั้งนี้ ได้แก่ การออกแบบการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังโดยไม่มีกลุ่มควบคุม การประเมินพฤติกรรมจากการรายงานตนเอง ซึ่งอาจมีอคติจากการตอบสนองทางสังคม และ การศึกษาดำเนินการในโรงพยาบาลชุมชนเพียงแห่งเดียว จึงอาจจำกัดความสามารถในการอ้างอิงทั่วไปไปยังบริบทอื่น

การศึกษารั้งถัดไปควรใช้รูปแบบการวิจัยที่มีกลุ่มควบคุมและมีการติดตามผลระยะยาว เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมและเพิ่มความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน

### สรุปผลการศึกษา

หลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทักษะการจัดการตนเองทุกด้าน ได้แก่ การบริโภคอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย และการดูแลเท้า ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทั้งทางสถิติและทางคลินิก แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น

โดยสรุป โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่พัฒนาขึ้นแสดงแนวโน้มเชิงบวกในการเสริมสร้างความรู้ ทักษะการจัดการตนเอง และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โปรแกรมดังกล่าวมีศักยภาพในการนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชนและหน่วยบริการปฐมภูมิ อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในบริบทและประชากรที่หลากหลายเพื่อยืนยันประสิทธิผลและความยั่งยืนของโปรแกรม

### ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการศึกษาที่พบว่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 5.18 คะแนน และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงเฉลี่ย ร้อยละ 0.51 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โรงพยาบาลชุมชนสามารถบูรณาการโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพนี้เข้าสู่ระบบบริการคลินิกเบาหวาน (NCD Clinic) โดยเน้นกระบวนการเสริมพลัง (self-efficacy reinforcement) และการติดตามอย่างต่อเนื่องทุก 3-6 เดือน เพื่อสนับสนุนการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ให้ได้ตามเกณฑ์

2. ควรนำรูปแบบกิจกรรมกลุ่มร่วมกับการให้คำปรึกษารายบุคคลไปประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ( $HbA1c \geq 7$ ) เนื่องจากผลการศึกษาพบว่าสามารถลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือด  $HbA1c$  ได้เฉลี่ย ร้อยละ 0.51 ซึ่งมีนัยสำคัญทางคลินิก

3. บุคลากรสาธารณสุขควรใช้แบบประเมินความรู้และทักษะการจัดการตนเองเป็นเครื่องมือคัดกรองและติดตามผล เพื่อระบุผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและวางแผนการดูแลแบบเฉพาะราย

4. ควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขให้สามารถดำเนินกิจกรรมสุขศึกษาและการให้คำปรึกษาเชิงพฤติกรรมตามรูปแบบโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้การดำเนินงานมีความสอดคล้องและคงประสิทธิผลของโปรแกรม

#### ข้อเสนอแนะเพื่อการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ โดยครอบคลุมปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจ และจิตสังคม เช่น ระดับการศึกษา รายได้ แรงจูงใจ ความเชื่อด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งพิจารณาในกลุ่มประชากรที่หลากหลาย เพื่ออธิบายความแตกต่างของผลลัพธ์ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

2. ควรออกแบบการวิจัยที่มีกลุ่มควบคุมเพื่อเสริมความสัมพันธ์เชิงเหตุผลได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

#### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ป่วยเบาหวานทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย ขอขอบคุณทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลภูเรือ ที่ให้การสนับสนุนและร่วมดำเนินงานโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งผู้บริหารโรงพยาบาลภูเรือที่ให้การสนับสนุนการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

#### เอกสารอ้างอิง

กนกวรรณ ดั่งวงลาด, ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา, และณัฐกมล ชาญสาธิตพร. (2563). โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 36(1), 66-80.

กานต์จวรรณ วงศ์ศักดิ์, และคณะ. (2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่มีต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองลิ้ม จังหวัดร้อยเอ็ด [รายงานวิจัย]. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองลิ้ม, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด.

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2563). *โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างความรู้รอบด้านสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: 25 มีเดีย.

กรรณิการ์ แสนสุภา, และนเรศ กันธะวงศ์. (2564). การจัดการตนเอง: ทักษะในการพัฒนาตนเองอย่างยั่งยืน. *วารสารศิลปศาสตร์ (วังนางเลิ้ง) มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร*, 1(1), 25-36.

ชนิษฐา สระทองพร้อม, และสุทธิศักดิ์ สุริรักษ์. (2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ในประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองรี. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*, 3(1), 38-50.



- ขวัญใจ ลอยแก้ว, สุรีย์พันธุ์ วรพงศธร, ธวัชชัย วรพงศธร, และเกษม ชูรัตน์. (2562). ประสิทธิภาพของโปรแกรม สุขศึกษาโดยประยุกต์โมเดลการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแล สุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล อำเภอบ้านคา จังหวัดราชบุรี. *วารสารเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง*, 63(4), 283-296.
- จันทร์หา สุวรรณอยู่ศิริ, และรักชนก จันทร์เพ็ญ. (2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิด ไม่พึ่งอินซูลิน ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. *วารสารหัวหินสุขภาพไกลกังวล*, 4(1), 49-61.
- จิรพรรณ ผิวนวล, และประทุม เนตรินทร์. (2561). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแก้ว ในตำบลบางแก้ว อำเภอละอุ่น จังหวัดระนอง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 1(2), 46-61.
- ชานนท์ เขาว์ดำรงสกุล. (2563). การพัฒนารูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสีดา. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 14(35), 314-329.
- ดวงพร วัฒนเรืองโกวิท, และอมรรรัตน์ สุนทรพุทธศาสน์. (2563). การพัฒนาโปรแกรมให้ความรู้เพื่อ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลโยธธร. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 38(1), 78-86.
- บุญฤทธิ์ เอ็งไล่. (2559). การพัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน. *วารสาร ราชนครินทร์*, 13(2), 151-160.
- พนมพร แก้วมูล, สุวัฒนา จันทร์ศรี, และสุพัตรา ศรีวิชัย. (2563). โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยครอบครัวมี ส่วนร่วมในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ อำเภอพนมสารคาม จังหวัด ฉะเชิงเทรา. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 40(3), 99-112.
- ลัดดา อะโนศรี. (2563). การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มงานผู้ป่วยนอก. *วารสารสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 5(2), 166-171.
- ศศิมา พึ่งโพธิ์ทอง, ชมพูนุช ศรีพิชัย, และสมบัติ พุ่มพวง. (2562). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อำเภอสรคบุรี จังหวัด ชัยนาท. *วารสารแพทย์นาวิ*, 46(3), 581-591.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ, และสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย. (2566). *แนวทางเวชปฏิบัติ สำหรับโรคเบาหวาน 2566*. กรุงเทพมหานคร: ศรีเมืองการพิมพ์.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวง สาธารณสุข, และสำนักงานหลักประกันสุขภาพ. (2560). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560*. ปทุมธานี: รมเย็นมีเดีย.
- อุมากร ใจยังยืน, สุภาภรณ์ วรอรุณ, และสาวิตรี ศิริผลวุฒิชัย. (2564). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 35(2), 94-106.
- American Diabetes Association. (2024). Standards of care in diabetes—2024. *Diabetes Care*, 47(Suppl. 1), S1–S350. <https://doi.org/10.2337/dc24-Sint>

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Freeman.

Chrvala, C. A., Sherr, D., & Lipman, R. D. (2016). Diabetes self-management education for adults with type 2 diabetes mellitus: A systematic review of the effect on glycemic control. *Patient Education and Counseling*, 99(6), 926–943.

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2019). *Health promotion in nursing practice* (8th ed.). Pearson.

Powers, M. A., Bardsley, J., Cypress, M., et al. (2020). Diabetes self-management education and support in adults with type 2 diabetes: A consensus report of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics. *Diabetes Care*, 43(7), 1636–1649. <https://doi.org/10.2337/dci20-0023>



## Development of a Model Community for Unsafe Health Product Management: A Case Study of Wang Saphung Subdistrict, Wang Saphung District, Loei Province

Sawitree Songsilp<sup>1</sup>, Wanida Chaidilok<sup>2</sup>, Yodsapat Namwongsa<sup>3</sup>, Wudtikrai Maidee<sup>4</sup>

Department of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Loei Public Health Office.

### Abstract

Unsafe health products in communities pose a significant public health concern affecting the well-being of local populations. This study aimed to investigate the situation of unsafe health products in Wang Sapung Subdistrict, enhance the capacity of community leaders and networks for surveillance, and evaluate outcomes of the model community development for managing unsafe health products. Methods: This action research was conducted in three phases. Phase 1 involved situational assessment and participatory data feedback using the Community Drug and Health Product Surveillance System (G-RDU & G-SHP) combined with the Appreciative Inquiry and Community (AIC) process among 25 members of the Bor-Wor-Ror-Ror network. Phase 2 focused on network capacity building and community measure development, involving 70 community leaders, 120 FDA Junior student leaders, 100 elderly individuals, and 60 grocery store operators. Phase 3 comprised outcome evaluation and lesson-learned sessions with 25 network members and 11 target grocery stores.

Results: Key community problems identified included polypharmacy drug set usage among the elderly, purchasing unsafe health products through online media, susceptibility to exaggerated advertising claims, insufficient knowledge of health product selection, overweight students, and grocery stores selling hazardous medicines. Four key interventions were implemented: knowledge-building training for communities and partner networks, development of health product surveillance leader networks, establishment of community measures through a Memorandum of Understanding (MOU) and a complaint center, and regulatory oversight of community retail outlets. Following the intervention, grocery stores meeting G-RDU criteria increased from 1 store (9.1%) to 10 stores (90.9%).

Conclusion: A model community approach that engages all sectors in problem identification and management demonstrates effective and sustainable resolution of unsafe health product issues within communities.

**Keywords:** Model community, Unsafe health products, Bor-Wor-Ror-Ror network, Community participation

*Corresponding Author:* noi\_sawitree@hotmail.com

## การพัฒนาชุมชนต้นแบบจัดการผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ปลอดภัย :

### กรณีศึกษา ตำบลวังสะพุง อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย

สาวิตรี ทรงศิลป์<sup>1</sup>, วนิดา ฉายดิลก<sup>2</sup>, ยศพัทธ์ นามวงษา<sup>3</sup>, วุฒิไกร หมายดี<sup>4</sup>  
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

#### บทคัดย่อ

ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยในชุมชนเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชน การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ปลอดภัยในชุมชนตำบลวังสะพุง พัฒนาศักยภาพแกนนำและเครือข่ายในการเฝ้าระวัง รวมทั้งประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนาชุมชนต้นแบบในการจัดการปัญหาดังกล่าว เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และค้นหาข้อมูลแบบมีส่วนร่วม โดยใช้ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU & G-SHP) ร่วมกับกระบวนการระดมพลังสร้างสรรค์ (AIC) กับคณะทำงานเครือข่าย บวร.ร. จำนวน 25 คน ระยะที่ 2 พัฒนาศักยภาพเครือข่ายและสร้างมาตรการชุมชน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยแกนนำชุมชน 70 คน นักเรียนแกนนำ อ.ย.น้อย 120 คน ผู้สูงอายุ 100 คน และผู้ประกอบการร้านค้า 60 คน และระยะที่ 3 ประเมินผลและถอดบทเรียนจากคณะทำงาน 25 คน และร้านค้าในพื้นที่เป้าหมาย 11 ร้าน

ผลการศึกษา : ปัญหาหลักที่พบในชุมชน ได้แก่ การใช้ยาชุดในกลุ่มผู้สูงอายุ การซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยผ่านสื่อออนไลน์ การหลงเชื่อโฆษณาอวดอ้างเกินจริง การขาดความรู้ในการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ นักเรียนมีน้ำหนักเกินมาตรฐาน และร้านค้าจำหน่ายยาอันตราย แนวทางการจัดการปัญหาประกอบด้วย 4 มาตรการหลัก ได้แก่ การจัดอบรมให้ความรู้แก่ประชาชนและภาคีเครือข่าย การพัฒนาเครือข่ายแกนนำเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ การสร้างมาตรการชุมชนในรูปแบบบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) และการจัดตั้งศูนย์รับเรื่องร้องเรียน รวมถึงการกำกับดูแลแหล่งจำหน่ายในชุมชน ผลการดำเนินงานพบว่าร้านค้าในพื้นที่เป้าหมายผ่านเกณฑ์ G-RDU เพิ่มขึ้นจาก 1 ร้าน (ร้อยละ 9.1) เป็น 10 ร้าน (ร้อยละ 90.9)

สรุป รูปแบบชุมชนต้นแบบที่เปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการค้นหาและจัดการปัญหา มีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ปลอดภัยในชุมชนได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : ชุมชนต้นแบบ, ผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ปลอดภัย, เครือข่าย บวร.ร., การมีส่วนร่วมของชุมชน

คำสำคัญ : ชุมชนต้นแบบจัดการผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ปลอดภัย, เครือข่าย บวร.ร., การมีส่วนร่วม



## บทนำ

ปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ในช่วงที่ผ่านจากปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases, NCDs) เป็นปัญหาด้านสุขภาพที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในประเทศไทย ซึ่งสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนหนึ่งมาจากการเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้แก่ ยา อาหาร และเครื่องสำอางที่ไม่ถูกต้อง อันเกิดจากการหลงเชื่อโฆษณาผลิตภัณฑ์ที่โอ้อวดเกินจริงทางสื่อออนไลน์เป็นจำนวนมาก จากรายงานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาปี 2566 มีการร้องเรียนเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ ถึง 4,107 เรื่อง ปี 2567 มีการร้องเรียน ถึง 3,433 เรื่อง (ศูนย์จัดการร้องเรียนและปราบปรามการกระทำผิดกฎหมายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ, 2567)

ในปี 2567 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย ได้ดำเนินการสำรวจสถานการณ์ปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน โดยสุ่มตรวจร้านชำในจังหวัดเลย จำนวน 446 ร้าน พบ ร้านชำในจังหวัดเลย มีการขายยาที่ไม่เหมาะสม โดยมีร้านจำหน่ายยาไม่เหมาะสมถึงร้อยละ 52.2 ขณะที่การจำหน่ายอาหารไม่ได้มาตรฐานพบได้สูงถึงร้อยละ 64.6 ส่วนด้านเครื่องสำอางและสมุนไพร ส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 82.5 และ 87.9 ตามลำดับ) ในส่วนอำเภอวังสะพุง มีร้านชำจำหน่ายยาไม่เหมาะสม ร้อยละ 53.7 และจำหน่ายอาหารไม่ได้มาตรฐานถึงร้อยละ 70 ในส่วนการประเมินความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านชำในจังหวัดเลย โดยภาพรวม ความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.87 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน) พบว่ามีคะแนนต่ำในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเฉพาะการตรวจสอบเลขทะเบียนยาและการอ่านฉลาก สะท้อนว่าผู้ประกอบการยังขาดการปฏิบัติที่ถูกต้องในการเลือกผลิตภัณฑ์มาจำหน่าย ผู้ประกอบการยังขาดความเข้าใจในการแบ่งประเภทของยา ซึ่งทำให้มีการนำยาที่ไม่ถูกต้องเข้ามาจำหน่ายในร้านชำ สะท้อนว่าผู้ประกอบการยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้อง (สาวิตรี ทรงศิลป์, 2568)

ในการจัดการปัญหาดังกล่าว ได้นำแนวคิดการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยชุมชน (Community-based Health Product Surveillance) ซึ่งได้รับความสนใจในระดับสากล เนื่องจากชุมชนเป็นหน่วยพื้นฐานที่สำคัญในการเข้าถึงและตรวจสอบปัญหาได้ทันที งานวิจัยต่างประเทศชี้ให้เห็นว่าการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญในการลดความเสี่ยงจากผลิตภัณฑ์ที่ไม่ปลอดภัย (World Health Organization, 2021; Nutbeam, 2008) นอกจากนี้ แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน (Community Empowerment) ยังช่วยให้ชุมชนสามารถจัดการปัญหาได้ด้วยตนเองอย่างยั่งยืน (Labonte, 1994)

ในประเทศไทย กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (เลิศชาย เลิศวุฒิ และคณะ, 2564) ได้ริเริ่มโครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยดำเนินการร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและเครือข่ายบ้าน วัด โรงเรียน และโรงพยาบาล (บวร.ร.) ซึ่งมีแนวคิดให้คนในชุมชนร่วมกันสร้างเครือข่ายเพื่อช่วยกันจัดการหรือป้องกันปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ มุ่งให้ทุกภาคส่วนในชุมชนพึ่งพาช่วยเหลือกันและกัน ร่วมกันเป็นพลังจิตอาสา และดำเนินกิจกรรมภายใต้วิถีชีวิตที่เหมาะสมกับชุมชนตนเอง นอกจากนี้ โครงการ อย.น้อยในโรงเรียน ซึ่งเป็นโครงการที่สำนักงานคณะกรรมการ



อาหารและยาดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง ได้พิสูจน์ให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการพัฒนาเยาวชนให้เป็นแกนนำในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

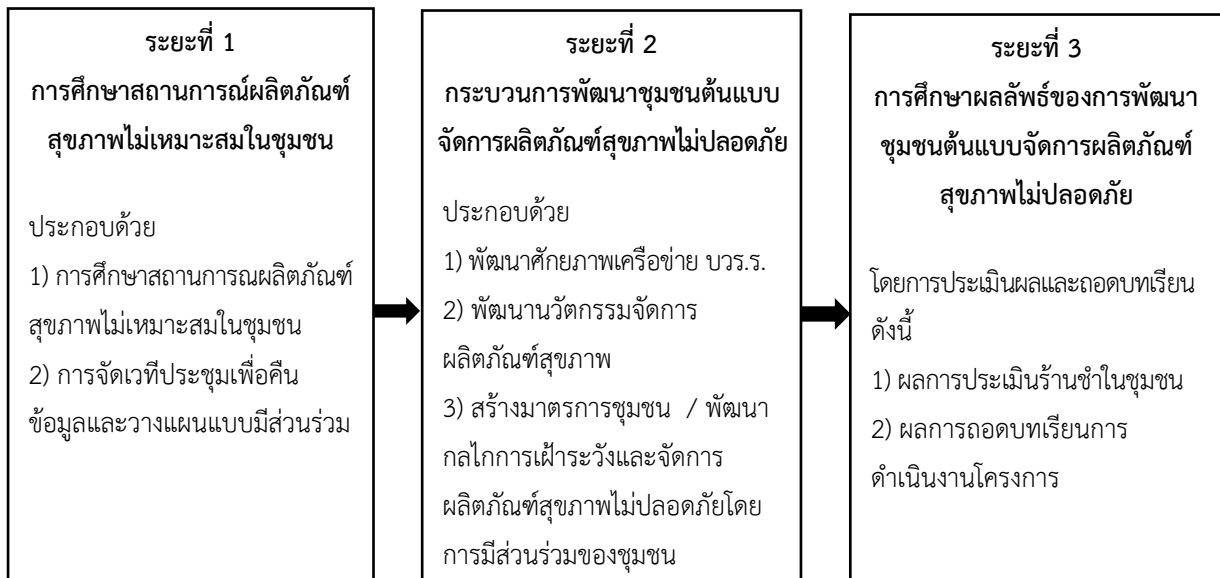
ดังนั้น ผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติงานที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย จึงมีความสนใจในการพัฒนาชุมชนต้นแบบ เพื่อเป็นตัวอย่างในการจัดการปัญหาในชุมชนโดยชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหา โดยได้คัดเลือกพื้นที่ตำบลวังสะพุง อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย ซึ่งเป็นชุมชนขนาดใหญ่ มีเครือข่ายครอบคลุมทั้งใน ส่วน บ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาลวังสะพุง เทศบาลเมืองวังสะพุง ในการพัฒนาให้เป็นชุมชนต้นแบบในการดำเนินงาน เพื่อให้เกิดกลไกการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนในชุมชน อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีของประชาชนในจังหวัดเลยต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยในชุมชนตำบลวังสะพุง
2. เพื่อพัฒนาศักยภาพของแกนนำชุมชนและเครือข่ายในการตรวจสอบและเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ปลอดภัย
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาชุมชนต้นแบบจัดการผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ปลอดภัย

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน (Community Empowerment Framework) ผสมผสานกับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยแบ่งระยะการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



## รูปแบบการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยแบ่งการดำเนินการออกเป็น 3 ระยะ ดำเนินการวิจัย เดือน พฤษภาคม – กันยายน 2568 โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยแบ่งตามระยะของการวิจัย ดังนี้

### 1. ระยะที่ 1: การศึกษาสถานการณ์ผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่เหมาะสมในชุมชน

#### 1.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

- ร้านชำในตำบลวังสะพุง จำนวน 77 ร้าน
- การจัดเวทีประชุมคณะกรรมการเครือข่าย บวร.ร เพื่อคืนข้อมูลและวางแผนแบบมีส่วนร่วม ด้วยกระบวนการ AIC ประกอบด้วย คณะทำงานขับเคลื่อน บวร.ร. 25 คน ประกอบด้วย สสจ.เลย, รพ.วังสะพุง, สสอ.วังสะพุง, เทศบาลเมืองวังสะพุง, โรงเรียน 2 แห่ง, วัด 2 แห่ง, อสม.แกนนำหมู่บ้าน, ผู้ใหญ่บ้าน, กำนัน

#### 1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- ข้อมูลการสำรวจร้านชำในชุมชน จากโปรแกรมระบบเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในชุมชน (G-RDU & G-SHP) ซึ่งพัฒนาโดยศูนย์วิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.) และมูลนิธิวิทยาลัยการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพ (มวคบ.) ผู้วิจัยได้ขออนุมัติจาก คคส. ในการนำแบบสำรวจดังกล่าวมาดำเนินการวิจัย แบบสำรวจประกอบด้วย 9 ตอน ดังนี้

- ตอนที่ 1 สภาพทั่วไปและสถานที่
- ตอนที่ 2 ผลิตภัณฑ์ที่ผิดกฎหมาย หรือไม่มีใบขออนุญาต
- ตอนที่ 3 จำหน่ายยา
- ตอนที่ 4 โฆษณา
- ตอนที่ 5 จำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพร
- ตอนที่ 6 จำหน่ายเครื่องสำอาง
- ตอนที่ 7 จำหน่ายอาหาร
- ตอนที่ 8 จำหน่ายประเภทอื่น
- ตอนที่ 9 ความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านชำ (คคส. มวคบ.-สสส, 2566)

- การจัดเวทีประชุมคณะกรรมการเครือข่าย บวร.ร. เพื่อคืนข้อมูลและวางแผนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม โดยใช้เทคนิค AIC (Appreciative Inquiry Cycle) (ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์, 2543)

#### 1.3 การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผลการประเมินร้านชำในตำบลวังสะพุง จำนวน 77 ร้าน ในเดือน พฤศจิกายน 2567 โดยเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย ร่วมกับภาคีเครือข่ายได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) โรงพยาบาล (รพ.) และเทศบาลเมืองวังสะพุง ข้อมูลดังกล่าวเข้าถึงที่เว็บไซต์ของกระทรวงสาธารณสุข (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, ม.ป.ป.) และการจัดเวทีประชุมคณะกรรมการเครือข่าย บวร.ร. เพื่อคืนข้อมูลผลการตรวจร้านชำและวางแผนการดำเนินงานสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ด้วยการจัดประชุม focus group

กับภาคีเครือข่ายด้วย เทคนิค AIC (Appreciation-Influence-Control) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการบันทึกเสียงและภาพ ทั้งนี้ระหว่างประชุมผู้วิจัยได้เริ่มด้วยการนำเสนอสถานการณ์ปัญหาจากการตรวจร้านค้า และชวนชุมชนให้มองปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ปลอดภัยในพื้นที่ ร่วมกับชื่นชมจุดแข็งและต้นทุนในชุมชน ต่อมาผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มร่วมกันระดมสมองเพื่อสร้างแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่ไม่ปลอดภัย สรุปการกำหนดข้อตกลงบทบาทหน้าที่ มาตรการทางสังคม และคัดเลือกชุมชนเพื่อพัฒนาสู่ชุมชนต้นแบบ

#### 1.4. การวิเคราะห์ข้อมูล

- วิเคราะห์ข้อมูลสำรวจร้านค้าในชุมชนโดยดึงข้อมูลจากโปรแกรมระบบเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU & G-SHP) นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติมาจัดทำตารางแปลผล โดยวิธีการพรรณนาวิเคราะห์ (Descriptive analysis)

- การจัดประชุม focus group ผู้วิจัยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และนำข้อมูลที่ได้จากการประชุมมาเรียบเรียงเพื่อจัดทำเป็นแผนการดำเนินงานในการพัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ปลอดภัยในชุมชน

#### 2. ระยะที่ 2: กระบวนการพัฒนาชุมชนต้นแบบจัดการผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ปลอดภัย

ในระยะนี้จะเน้นที่การพัฒนาและดำเนินการตามแผนที่วางไว้ โดยมีการอบรมเพื่อเสริมสร้างความรู้และพัฒนาศักยภาพของเครือข่าย บวร.ร. และ อย.น้อย ตามแผนที่กำหนด โดยผู้วิจัยร่วมกับทีมเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอวังสะพุง และโรงพยาบาลวังสะพุง ร่วมกำหนดเนื้อหาและเป็นวิทยากรในการอบรม

##### 2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการในพื้นที่ตำบลวังสะพุง อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ดำเนินการวิจัยในหมู่ 3 และหมู่ 4 ของตำบลวังสะพุงซึ่งได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างเจาะจงตามประเภทต่าง ๆ ดังนี้

- คณะทำงานขับเคลื่อน บวร.ร. 25 คน (รพ.วังสะพุง ,สสอ.วังสะพุง, เทศบาลเมืองวังสะพุง ,โรงเรียน 2 แห่ง ,วัด 2 แห่ง, อสม.แกนนำหมู่บ้าน ,ผู้ใหญ่บ้าน ,กำนัน)
- เครือข่ายแกนนำในชุมชน (อสม.,กำนัน, ผู้ใหญ่บ้าน, เจ้าหน้าที่เทศบาล,พระสงฆ์) 70 คน
- นักเรียนแกนนำ อย.น้อย จากโรงเรียน 2 แห่ง (โรงเรียนละ 60 คน)
- กลุ่มผู้สูงอายุ 100 คน (ผู้สูงอายุใน หมู่ 3, หมู่ 4 และโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลเมืองวังสะพุง)
- ผู้ประกอบการร้านค้า ในพื้นที่ตำบลวังสะพุง 60 คน

##### 2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- แบบสำรวจความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของประชาชนไทย จัดทำโดยกองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (ค่าความตรงเชิงเนื้อหา IOC=0.93 ,ค่าความเที่ยง Cronbach's alpha =0.97) (รัชну กริธาธร และภูมิพัฒน์ อรุณากูร, 2566) โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการประชุม/อบรม ในกลุ่มผู้ประกอบการร้านค้า และ แกนนำชุมชน โดยผู้ตอบแบบสอบถาม ต้องมีอายุ 15 ปีขึ้นไป



สามารถสื่อสาร อ่านออก เขียนได้ และยินยอมในการให้เก็บข้อมูล ในการสอบถามผู้เข้าร่วมประชุม อบรม ในการวิจัยนี้เลือกใช้แบบสอบถามตอนที่ 3 ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (40 ข้อ) เป็นข้อคำถามแบบ Likert Scale แบบ 6 ระดับ จากระดับคะแนนน้อยที่สุดถึงมากที่สุด ข้อคำถาม แบ่งเป็น 6 มิติ ประกอบด้วย 1. การเข้าถึง จำนวน 7 ข้อ 2. ความเข้าใจ จำนวน 7 ข้อ 3. การโต้ตอบ/ซักถาม จำนวน 6 ข้อ 4. การตัดสินใจ จำนวน 7 ข้อ 5. การเปลี่ยนพฤติกรรม จำนวน 7 ข้อ 6. การบอกต่อ จำนวน 6 ข้อ

### 2.3 การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

- ดำเนินการพัฒนาศักยภาพเครือข่าย บวร.ร. โดยจัดอบรมให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 5 ครั้ง โดยใช้ แบบสำรวจความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของประชาชนไทย กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา จากผู้เข้าร่วมในการประชุม/อบรม ในกลุ่มผู้ประกอบการร้านค้า และแกนนำชุมชน

- จัดประชุมเครือข่าย บวร.ร. จำนวน 1 ครั้ง เพื่อจัดทำมาตรการชุมชนและแนวปฏิบัติร่วมกัน โดยมีแกนนำในชุมชนร่วมกันในการเสนอแนวทางในการจัดการปัญหา และเสนอต่อนายอำเภอเพื่อให้ความเห็นชอบ

- จัดเวทีลงนามในบันทึกข้อตกลง โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน ในเวทีการประชุมกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อำเภอวังสะพุง

### 2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

- แบบสำรวจความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของประชาชนไทย ใช้การวิเคราะห์โดยวิธีการพรรณนาวิเคราะห์ (Descriptive analysis) ด้วย โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ และนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติมาจัดทำตารางแปลผล

## 3. ระยะที่ 3: การศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาชุมชนต้นแบบจัดการผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ปลอดภัย

### 3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

- การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการในพื้นที่ หมู่ 3 และหมู่ 4 ของตำบลวังสะพุงซึ่งได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างเจาะจง เป็นร้านค้า จำนวน 11 แห่ง

- คณะทำงานขับเคลื่อน บวร.ร. 25 คน ( รพ.วังสะพุง ,สสอ.วังสะพุง, เทศบาลเมืองวังสะพุง ,โรงเรียน 2 แห่ง ,วัด 2 แห่ง,อสม.แกนนำหมู่บ้าน ,ผู้ใหญ่บ้าน ,กำนัน )

### 3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- แบบสำรวจร้านค้าในชุมชน ใช้โปรแกรมระบบเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU & G-SHP) เป็นแบบเดียวกันในการศึกษาสถานการณ์ในระยะที่ 1

### 3.3 การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

- การประเมินร้านค้าในพื้นที่ หมู่ 3 และหมู่ 4 ของตำบลวังสะพุง จำนวน 11 ร้าน โดยทีม เช่นเดียวกับการวิจัยระยะที่ 1 และมอบป้ายรับรองร้านค้าคุณภาพให้กับร้านค้าที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน

- การจัดเวทีถอดบทเรียน ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

### 3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

- วิเคราะห์ข้อมูลสำรวจร้านชำในชุมชนโดยใช้โปรแกรมระบบเผ่าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU & G-SHP) นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติมาจัดทำตารางแปลผล โดยวิธีการพรรณนาวิเคราะห์ (Descriptive analysis)

- การจัดเวทีถอดบทเรียน ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการสนทนากลุ่มภาคีเครือข่าย บวร.ร. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อสรุปปัจจัยความสำเร็จและแนวทางการพัฒนาระบบเผ่าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ปลอดภัยที่มีบริบทเฉพาะของชุมชนตำบลวังสะพุง

#### จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยได้เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองโครงการศึกษาวิจัยในมนุษย์ ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เลขที่ ECLOEI 063/2568 โดยได้รับการรับรอง ณ วันที่ 14 พฤษภาคม 2568 ถึงวันที่ 13 พฤษภาคม 2569

#### ความน่าเชื่อถือของข้อมูลและบทบาทผู้วิจัย (Reflexivity and Trustworthiness)

ผู้วิจัยตระหนักถึงบทบาทของตนเองที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคติในการวิจัย (Researcher Bias) จึงได้จัดการผลประโยชน์ทับซ้อนโดยกระบวนการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ผ่านการเปรียบเทียบข้อมูลจากหลายแหล่ง และเปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล (Member Checking) เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพ (Trustworthiness) โดยยึดเกณฑ์ 4 ประการ ได้แก่ 1) ความน่าเชื่อถือ (Credibility) ผ่านการตรวจสอบข้อมูลกับสมาชิกกลุ่มเป้าหมาย 2) ความสามารถในการโอนย้าย (Transferability) โดยอธิบายบริบทพื้นที่อย่างละเอียด 3) ความเชื่อถือได้ (Dependability) ผ่านการตรวจสอบกระบวนการวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก และ 4) การยืนยันได้ (Confirmability) โดยเก็บรักษาข้อมูลดิบอย่างเป็นระบบ

#### ผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยและระยะของการวิจัย ดังนี้

#### 1. ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่เหมาะสมในชุมชน ผลการวิจัยพบว่า

##### 1.1 สถานการณ์การผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยในชุมชน ตำบลวังสะพุง

จังหวัดเลย ประกอบด้วย 14 อำเภอ ในปี 2567 มีการดำเนินงาน ตรวจร้านชำอำเภอละจำนวน 1 ตำบล อำเภอวังสะพุง ตรวจร้านชำในตำบลวังสะพุง ผลการสำรวจผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่เหมาะสมในชุมชนตำบลวังสะพุง เทียบกับภาพรวมจังหวัดเลย พบว่า ตำบลวังสะพุงมีปัญหาร้านชำจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ การขายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 48.1 (ใกล้เคียงภาพรวมจังหวัด) การจำหน่ายอาหารไม่ได้มาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 28.6 (ต่ำกว่าภาพรวมจังหวัด) การจำหน่ายเครื่องสำอางสมุนไพร และการโฆษณาผ่านเกณฑ์ในระดับดี (ร้อยละ 89.6-100.0) โดยใช้โปรแกรม G RDU ผลการตรวจร้านชำดังตารางที่ 1



**ตารางที่ 1** จำนวนร้านค้า และร้อยละของร้านค้าที่ผ่านเกณฑ์ด้านสถานที่ และผลิตภัณฑ์ ตำบลวังสะพุง  
เทียบกับภาพรวมจังหวัดเลย

รายการ	จำนวนร้าน (แห่ง)	ผ่านเกณฑ์ด้านสถานที่	ผ่านเกณฑ์ผลิตภัณฑ์ที่ผิดกฎหมาย	ผ่านเกณฑ์การขยายยา	ผ่านเกณฑ์อาหาร	ผ่านเกณฑ์เครื่องสำอาง	ผ่านเกณฑ์การโฆษณา	ผ่านเกณฑ์สมุนไพร	ผ่านเกณฑ์ผลิตภัณฑ์อื่น ๆ
ตำบลวังสะพุง	77	97.4	94.8	48.1	28.6	89.6	100.0	89.6	67.5
จังหวัดเลย	446	94.8	96.9	47.8	35.4	82.5	98.7	87.9	68.4

ผลการประเมินความรอบรู้ของผู้ประกอบการร้านค้าจำนวน 76 ร้าน (มี 1 ร้านไม่พร้อมตอบคำถามความรอบรู้) โดยภาพรวม ความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย  $2.91 \pm 1.3$  จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน) จะเห็นว่า ผู้ประกอบการฯ มีคะแนนต่ำที่สุดในหมวด 5 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ค่าเฉลี่ย  $2.20 \pm 1.27$ ) โดยเฉพาะการตรวจสอบเลขทะเบียนยาและการอ่านฉลาก สะท้อนว่าผู้ประกอบการยังขาดการปฏิบัติที่ถูกต้องในการเลือกผลิตภัณฑ์มาจำหน่าย ส่วนในหมวดที่ 1 มีคะแนนน้อยรองลงมา ผู้ประกอบการมีการเข้าถึงข้อมูลในระดับ ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย  $2.53 \pm 1.36$ ) ยังขาดความเข้าใจในการแบ่งประเภทของยา ซึ่งทำให้มีการนำยาที่ไม่ถูกต้องเข้ามาจำหน่ายในร้านชำ สะท้อนว่าผู้ประกอบการยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้อง ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ผลการประเมินความรอบรู้ของผู้ประกอบการร้านค้าตำบลวังสะพุงจำแนกรายหมวด (N=76 ร้าน)

หมวด	ค่าเฉลี่ย	ค่า SD	ผลประเมิน
หมวดที่ 1 การเข้าถึงข้อมูล	2.54	1.31	ปานกลาง
หมวดที่ 2 ความเข้าใจ	3.53	1.22	มาก
หมวดที่ 3 การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยน	2.69	1.62	ปานกลาง
หมวดที่ 4 การตัดสินใจ	3.26	1.35	ปานกลาง
หมวดที่ 5 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	2.20	1.27	น้อย
หมวดที่ 6 การบอกต่อ	2.72	1.39	ปานกลาง
<b>ภาพรวมทั้ง 6 หมวด</b>	<b>2.91</b>	<b>1.33</b>	<b>ปานกลาง</b>

**ตารางที่ 3** ผลการประเมินร้านชำประเภททั่วไป และร้านชำคุณภาพ ตำบลวังสะพุง เทียบกับ ภาพรวม จังหวัดเลย

รายการ	จำนวน ร้านที่ สำรวจ (ร้าน)	ร้าน	ร้าน	ร้านสีแดง GG (R) (%)	ผ่านเกณฑ์ ความรอบรู้ (%)	ผ่าน	ผ่าน
		สีเขียว GG (G) (%)	สีเหลือง GG (Y) (%)			มาตรฐาน G-RDU (%)	มาตรฐาน G-SHP (%)
ตำบลวังสะพุง	77	6 (7.8)	27 (35.1)	44 (57.1)	8 (10.4)	4 (5.2)	1 (1.3)
รวมจังหวัดเลย	446	65 (14.6)	131(29.4)	250(56.0)	40 (9.0)	26 (5.8)	10 (2.2)

หมายเหตุ:

GG(G) = ร้านประเภทสีเขียว (จำหน่ายเฉพาะผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เหมาะสม)

GG(Y) = ร้านประเภทสีเหลือง (มีปัญหาเล็กน้อยที่สามารถแก้ไขได้)

GG(R) = ร้านประเภทสีแดง (จำหน่ายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นที่ไม่เหมาะสม ผิดกฎหมาย)

G-RDU = ร้านชำคุณภาพประเภทการใช้ยาสมเหตุผล

G-SHP = ร้านชำคุณภาพประเภทผลิตภัณฑ์สุขภาพปลอดภัย

ผ่านเกณฑ์ความรอบรู้ คือ ผ่านมากกว่า 90 คะแนน จากคะแนนเต็ม 115 คะแนน

ผลการสำรวจร้านชำทั้งหมด 77 ร้านในตำบลวังสะพุง เมื่อเปรียบเทียบกับภาพรวมจังหวัดเลย (446 ร้าน) พบสถานการณ์ที่น่าเป็นห่วง โดยร้านค้าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 57.1 หรือ 44 ร้าน) ถูกจัดอยู่ในกลุ่มร้านสีแดง ซึ่งหมายถึงร้านที่ต้องการการปรับปรุงเร่งด่วน สัดส่วนนี้สูงกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัดเลย (ร้อยละ 56.0) ในขณะที่ร้านสีเขียวซึ่งเป็นร้านที่มีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพเหมาะสม มีเพียง 6 ร้าน (ร้อยละ 7.8) ซึ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ยจังหวัด (ร้อยละ 14.6) อย่างชัดเจน

เมื่อพิจารณาการผ่านมาตรฐานต่าง ๆ พบว่า แม้ตำบลวังสะพุงจะมีสัดส่วนร้านค้าที่ผ่านเกณฑ์ความรอบรู้สูงกว่าค่าเฉลี่ยจังหวัดเล็กน้อย (ร้อยละ 10.4 เทียบกับ ร้อยละ 9.0) แต่การผ่านมาตรฐาน G-RDU และ G-SHP ยังมีสัดส่วนต่ำ โดยผ่านมาตรฐาน G-RDU เพียง 4 ร้าน (ร้อยละ 5.2) และมาตรฐาน G-SHP ที่มีเพียง 1 ร้าน (ร้อยละ 1.3) ซึ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ยจังหวัด

### 1.2 การจัดเวทีประชุมเพื่อคืนข้อมูลและวางแผนแบบมีส่วนร่วม

ผลการวิจัยพบว่า ปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่พบในชุมชน ได้แก่ การใช้ยาชุดในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุซื้อสินค้าที่ไม่ปลอดภัยผ่านสื่อออนไลน์ ประชาชนขาดความรู้ ความเข้าใจในการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ การหลงเชื่อซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพการบอกต่อหรือโฆษณาอวดอ้างสรรพคุณเกินจริงในการรักษาโรค การซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่านระบบขายตรงหรือธุรกิจเครือข่ายในชุมชน เด็กนักเรียนนำหนักเกินมาตรฐานเพิ่มมากขึ้นกินขนมบรรจุถุงแทนอาหารมื้อหลัก นักเรียนมีการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ร้านชำจำหน่ายยาอันตราย ผู้ประกอบการร้านชำขาดความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพที่จำหน่ายได้และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง



แนวทางในการจัดการปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยในชุมชน ตำบลวังสะพุง ดังนี้

- 1) กิจกรรมในการจัดการปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย : ให้ความรู้ที่ถูกต้องผ่านการลงพื้นที่ของ อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, สร้างกฎ กติกา และมาตรการชุมชนที่เข้มแข็ง, มีการตรวจสอบและจัดการร้านค้าที่ขายผลิตภัณฑ์ที่ไม่ปลอดภัย การค้นหาแหล่งกระจายยาชุดในพื้นที่
- 2) รูปแบบการเฝ้าระวัง มอบหมายผู้รับผิดชอบหลักในแต่ละพื้นที่ ตรวจสอบและติดตามอย่างต่อเนื่อง เช่น อสม. สุ่มตรวจเดือนละครั้ง ส่งเสริมให้ทุกภาคส่วนมีบทบาทในการเฝ้าระวัง ตรวจสอบในชุมชน
- 3) การสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับอันตรายของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยให้กับคนในชุมชน โดยการสื่อสารผ่านเสียงตามสาย สื่อท้องถิ่น การยกตัวอย่างกรณีที่เกิดขึ้นจริงเพื่อกระตุ้นความเข้าใจ จัดกิจกรรมให้เห็นพิษภัยของผลิตภัณฑ์ที่ไม่ปลอดภัย ให้ความรู้แก่ทุกช่วงวัย ตั้งแต่โรงเรียนถึงกลุ่มผู้สูงอายุ
- 4) การกำหนดบทบาทแต่ละภาคส่วน
  - หน่วยงานรัฐ กำหนดมาตรการในการจัดการผลิตภัณฑ์ที่ไม่ปลอดภัย และตรวจสอบ
  - ชุมชน เฝ้าระวัง แจ้งเตือน แบ่งปันข้อมูล
  - โรงเรียน จัดอบรมและห้ามร้านค้าในโรงเรียนและบริเวณโดยรอบโรงเรียนจำหน่ายสินค้าและอาหารที่ไม่ปลอดภัย
  - อสม. เฝ้าระวัง ติดตาม และแนะนำคร้วเรือนที่รับผิดชอบ
  - ผู้นำชุมชน เผยแพร่ความรู้ แจ้งเตือนภัย ห้ามรถเร่เข้ามาใช้พื้นที่สาธารณะในการจำหน่ายสินค้า
- 5) การติดตามและประเมินผล ให้มีการประชุมติดตามผลทุกเดือน มีการสุ่มตรวจ ผลักดัน PDCA ในการดำเนินงาน
- 6) แนวทางสื่อสารและรับมือเหตุการณ์เร่งด่วน: สร้างระบบกลุ่มไลน์/กลุ่มสื่อสารเฉพาะกิจ, สร้างเครือข่ายระดับคร้วเรือน หมู่บ้าน ตำบล, ส่งเสริมการร้องเรียนแบบไม่เปิดเผยตัว, เครือข่ายร่วมรับมือในพื้นที่ เช่น การประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางต่าง ๆ การควบคุมร้านค้า

## 2. ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนาชุมชนต้นแบบจัดการผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการพัฒนาชุมชนต้นแบบจัดการผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย ประกอบด้วย

### 2.1 พัฒนาศักยภาพของแกนนำชุมชน และเครือข่ายในการตรวจสอบเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย

#### กิจกรรมที่ดำเนินการ

- จัดอบรมให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมายต่างๆ รวม 5 ครั้ง ประกอบด้วย ผู้ประกอบการร้านค้าในชุมชนตำบลวังสะพุง ,การอบรมแกนนำ อย.น้อยในโรงเรียน 2 แห่ง ,การจัดอบรมผู้สูงอายุหมู่ 3 บ้านบึงผักก้าม หมู่ 4 บ้านปากเป่ง และผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังสะพุง ,การอบรมแกนนำชุมชน ได้แก่ พระภิกษุสงฆ์ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. ผู้แทนร้านค้า และคณะกรรมการดำเนินงานตามโครงการฯ



- พัฒนาเครือข่ายแกนนำ บวร.ร. ครอบคลุมทุกภาคส่วน โดยมีการหารือการดำเนินการ การจัดเวทีประชุมระดมความเห็นและวางแผนร่วมกันในการพัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในชุมชน ร่วมกันในการดำเนินกิจกรรมตามแผนงานพัฒนาเครือข่าย

- สร้างสื่อประชาสัมพันธ์และเครื่องมือสนับสนุนให้กับชุมชน

การประเมินความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ประกอบการร้านค้า และแกนนำชุมชน ที่มาเข้าร่วมการอบรม จำนวน 84 ราย โดยใช้แบบสำรวจความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ของประชาชนไทย กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา พบว่า กลุ่มผู้เข้ารับการอบรมมีความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 167.46 คิดเป็นร้อยละ 69.8 จากคะแนนเต็ม 240 คะแนน ซึ่งจัดอยู่ในระดับ ปานกลาง โดยมีการแจกแจงระดับความรอบรู้ ดังนี้

- ระดับมาก ( $\geq 80\%$ ) จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 9.53)

- ระดับปานกลาง (60% – 79%) จำนวน 70 ราย (ร้อยละ 83.33)

- ระดับต่ำ (< 60%) จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 7.14)

เมื่อวิเคราะห์เชิงลึกตามกรอบความรอบรู้ 6 มิติ พบว่า ทุกมิติอยู่ในระดับ ปานกลาง โดยมีมิติที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ความเข้าใจ (ร้อยละ 72.5) และมิติที่มีคะแนนต่ำที่สุดคือ การโต้ตอบ/ซักถาม (ร้อยละ 63.0)

**จุดแข็งของกลุ่มเป้าหมายที่พบ ได้แก่**

- กลุ่มเป้าหมายมีความสามารถในการ เข้าใจฉลากโภชนาการ ได้ดีที่สุด (ร้อยละ 74.2)

- มีความไว้วางใจและให้ความสำคัญกับคำแนะนำจากบุคลากรด้านสุขภาพ ในการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ร้อยละ 73.3)

- สามารถประเมินผลการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ (ร้อยละ 72.5) ซึ่งสะท้อนถึงการมีสติและวิจารณ์ญาณในการบริโภค

**จุดที่ต้องพัฒนา**

- กลุ่มเป้าหมายยังขาดความมั่นใจในการตั้งคำถามหรือเจรจาต่อรองกับผู้ให้บริการ เช่น ร้านค้า ผู้แทนผลิตภัณฑ์ หรือแม้แต่มัคบุคลากรด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในประเด็นการขอข้อมูลเพื่อให้ได้บริการที่เหมาะสมกับตนเอง (ร้อยละ 61.7)

- มีความไม่มั่นใจในการให้ข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพกับบุคคลใกล้ชิด (ร้อยละ 61.7) ซึ่งอาจจำกัดบทบาทในการเป็น “ผู้ถ่ายทอด” ความรู้ในชุมชน

- ความสามารถในการบอกต่อข้อมูลผ่านช่องทางออนไลน์ ยังอยู่ในระดับต่ำทั้งในมิติ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการบอกต่อ (ร้อยละ 65.0 – 68.3)

- ความรู้เกี่ยวกับ สัญลักษณ์หรือเครื่องหมายรับรองคุณภาพ ของผลิตภัณฑ์สุขภาพยังไม่ทั่วถึง (ร้อยละ 70.8) โดยเฉพาะเมื่อเทียบกับความเข้าใจฉลากโภชนาการ (ร้อยละ 74.2)



## 2.2 การสร้างมาตรการในการกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน

การใช้แนวทาง “บวร.ร.” ในการพัฒนาชุมชนต้นแบบได้สร้างโมเดลความร่วมมือที่สอดคล้องกับบริบทท้องถิ่น มีการถ่ายทอดบทบาทอย่างชัดเจนในแต่ละภาคส่วน ดังนี้

- ภาคบ้าน : อสม. ทำหน้าที่เป็น “หน่วยเฝ้าระวังระดับชุมชน” ตรวจเยี่ยมร้านชำรายเดือน สื่อสารความรู้ในการอ่านฉลาก วันหมดอายุ และสินค้าที่ห้ามจำหน่าย

- ภาควัด : วัดเป็นศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ โดยพระสงฆ์เทศน์เรื่อง “การบริโภคอย่างมีสติ” สนับสนุนการถวายอาหารสุขภาพ และร่วมขอความร่วมมือร้านค้าใกล้วัดงดจำหน่ายบุหรี่และแอลกอฮอล์แก่พระ

- ภาคโรงเรียน : มีการสร้าง “แกนนำ อย.น้อย” ในโรงเรียนชุมชนวังสะพุงและโรงเรียนบ้านวังสะพุง ให้นักเรียนเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ร่วมรณรงค์ห้ามยาเสพติดและบุหรี่ไฟฟ้า พร้อมจัด MOU ร่วมกับสถานีตำรวจ

- ภาคโรงพยาบาล : เป็นผู้นำทางวิชาการ ให้ความรู้ผ่านกิจกรรมอบรมกลุ่มเป้าหมายทุกวัย และเชื่อมโยงระบบการรายงานผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากผลิตภัณฑ์สุขภาพกับ อย. และ สสจ.

นอกจากนั้นในส่วนขอเทศบาลได้จัดตั้ง ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตำบลวังสะพุง สถานที่ตั้ง เทศบาลเมืองวังสะพุง และจัดทำ บันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ภาคีเครือข่าย “ชุมชนชาววัง รวมพลัง ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพด้วยเครือข่าย บวร.ร.” และการทำธรรมนูญสุขภาพ ตำบลวังสะพุง อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย

บันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ภาคีเครือข่ายชุมชนชาววัง รวมพลัง ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพด้วยเครือข่าย บวร.ร.” ตำบลวังสะพุง อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย มีเนื้อหาดังนี้

ด้วยชุมชนตำบลวังสะพุง ตระหนักถึงความสำคัญของการคุ้มครองผู้บริโภคจากผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย จึงร่วมกันจัดตั้งเครือข่าย บวร.ร. (บ้าน-วัด-โรงเรียน-โรงพยาบาล) เป็นกลไกในการเฝ้าระวังและส่งเสริมความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพแก่ประชาชน เพื่อสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในการเฝ้าระวังการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย ส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ปลอดภัย รวมถึงพัฒนาระบบแจ้งเตือนภัย รับเรื่องร้องเรียน และดำเนินการจัดการปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน โดยได้กำหนดข้อตกลงของชุมชนร่วมกัน ดังนี้

1. ร้านค้าในชุมชน ต้องไม่จำหน่ายยาที่ห้ามจำหน่าย เช่น ยาชุด ยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ ยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ ยาสมุนไพร ให้จำหน่ายได้เฉพาะ “ยาสามัญประจำบ้าน” และ ยาสมุนไพรที่เป็น “ผลิตภัณฑ์สมุนไพรขายทั่วไป” เท่านั้น

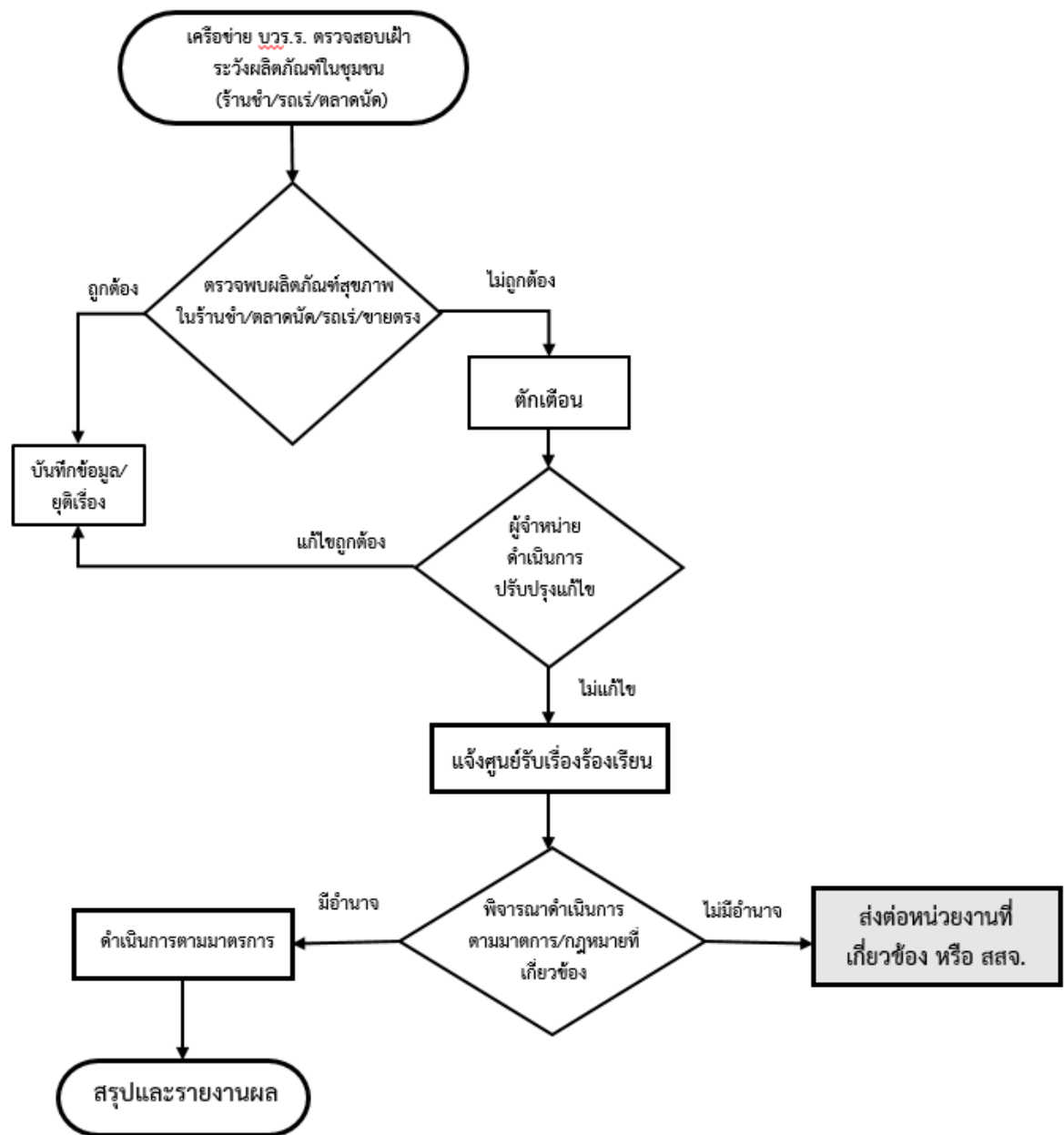
2. เมื่อพบมีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่เป็นไปตามข้อกำหนด ให้เครือข่าย บวร.ร. แจ้งพนักงานสอบสวนดำเนินการตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง



3. ร้านค้าที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง ปลอดภัย จะได้รับป้ายรับรองร้านค้าที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอดภัย ป้ายรับรองมีอายุ ๑ ปี นับจากวันที่รับมอบ

4. หากเจอรถเร่จำหน่ายยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย ให้แจ้งผู้ใหญ่บ้าน หรือแจ้งมายังศูนย์รับเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตำบลวังสะพุง สถานที่ตั้ง เทศบาลเมืองวังสะพุง”

จากการดำเนินงานดังกล่าวทำให้เกิดกระบวนการในการจัดการผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ปลอดภัยในชุมชนดังนี้



ภาพที่ 2 กระบวนการจัดการผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ปลอดภัยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน



### 3. ระยะที่ 3 การศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาชุมชนต้นแบบจัดการผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ปลอดภัย ผลการวิจัยพบว่า

#### 3.1 ผลการประเมินร้านชำในชุมชน

จากการดำเนินการตรวจสอบร้านชำก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนาเครือข่ายชุมชนต้นแบบ  
ผลการประเมินเป็นดังนี้

**ตารางที่ 4** ผลการประเมินร้านชำคุณภาพ เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาเครือข่าย บวร.ร. ชุมชน  
วังสะพุง หมู่ 3 และ หมู่ 4 ตำบลวังสะพุง อำเภอวังสะพุง (จำนวน 11 ร้าน)

ร้านสีเขียว GG(G)		ผ่านเกณฑ์ความรอบรู้		ผ่านมาตรฐาน G-RDU		ผ่านมาตรฐาน G-SHP	
จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)	
ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
0	7 (63.6)	3 (27.3)	10 (90.9)	1 (9.1)	10 (90.9)	0	4 (36.4)

หมายเหตุ:

GG(G) = ร้านประเภทสีเขียว (จำหน่ายเฉพาะผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เหมาะสม)

G-RDU = ร้านชำคุณภาพประเภทการใช้ยาสมเหตุผล

G-SHP = ร้านชำคุณภาพประเภทผลิตภัณฑ์สุขภาพปลอดภัย

ผ่านเกณฑ์ความรอบรู้ คือ ผ่านมากกว่า 90 คะแนน จากคะแนนเต็ม 115 คะแนน

จากตารางที่ 4 ผลการสำรวจร้านชำในพื้นที่ชุมชนต้นแบบ เปรียบเทียบก่อนและหลังการ  
ดำเนินงาน พบว่าจำนวนร้านที่ได้รับการสำรวจจำนวน 11 ร้าน และมีร้านที่ผ่านมาตรฐานเพิ่มขึ้น ดังนี้

- ร้านชำเป็นร้านสีเขียว 7 ร้าน จากเดิมไม่มีร้านใดผ่านเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 63.6

- ผู้ประกอบการร้านชำผ่านเกณฑ์ความรู้เพิ่มขึ้นจากเดิม 3 ร้าน เป็น 10 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 90.9  
(เดิมร้อยละ 27.3)

- ร้านชำผ่านมาตรฐาน G-RDU เพิ่มขึ้นจากเดิม 1 ร้าน เป็น 10 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 90.9  
(เดิมร้อยละ 9.1)

- ร้านชำผ่านมาตรฐาน G-SHP จำนวน 4 ร้านจากเดิมไม่มีร้านใดผ่านเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 36.4

#### 3.2 ผลการถอดบทเรียนการดำเนินงานโครงการ “ชุมชนชาววัง รวมพลัง ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพด้วยเครือข่าย บวร.ร.”

เมื่อวันที่ 8 กรกฎาคม 2568 โดยมีผู้แทนจากภาคีเครือข่าย ได้แก่ โรงพยาบาลวังสะพุง สำนักงาน  
สาธารณสุขจังหวัดเลย สาธารณสุขอำเภอวังสะพุง เทศบาลเมืองวังสะพุง ผู้นำชุมชน อสม. และ ผู้แทนจาก  
กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา จำนวน 39 คน ณ สำนักงานสาธารณสุข  
อำเภอวังสะพุง โดยมีรองนายกเทศมนตรีเทศบาลเมืองวังสะพุงเป็นประธาน พบว่า

**ผลการดำเนินงานที่สำคัญ** ได้แก่ ร้านชำในพื้นที่เป้าหมาย (หมู่ 3 และ 4) ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน  
G-RDU เพิ่มขึ้นจาก 1 ร้าน เป็น 10 ร้าน (ร้อยละ 90.9) จัดอบรมให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมายทุกวัย ได้แก่  
ผู้ประกอบการร้านชำ ผู้สูงอายุ นักเรียน (แกนนำ อย.น้อย) และแกนนำชุมชน จัดทำ MOU และ ธรรมนูญ  
สุขภาพตำบลวังสะพุง ร่วมกับ 14 หน่วยงาน จัดตั้ง ศูนย์รับเรื่องราวร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่เทศบาล  
เมืองวังสะพุง มอบใบรับรอง “ร้านชำปลอดภัย” ให้แก่ร้านค้าที่ผ่านเกณฑ์

### บทบาทของแต่ละภาคส่วนในการดำเนินงาน

ภาควัด : พระสงฆ์ใช้การเทศน์เพื่อส่งเสริมการบริโภคอย่างมีสติให้กับประชาชนในชุมชน รณรงค์ลดหวาน มัน เค็ม ส่งเสริมให้ผู้มาทำบุญเลือกถวายอาหารที่ดีต่อสุขภาพพระสงฆ์ และตัวผู้ถวายอาหารเองจะได้ทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ลด หวาน มัน เค็ม ลดโอกาสเกิดโรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่อ (NCD) สนับสนุนการเป็นแบบอย่างที่ดีของพระสงฆ์ต่อประชาชนในพื้นที่

ภาคโรงพยาบาล : ให้ความรู้เรื่องฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพ ยาชุด และโรค NCDs สนับสนุน อสม. และโรงเรียนในการเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ให้แก่ชุมชนและโรงเรียน

ภาคโรงเรียน : พัฒนา “แกนนำ ออย.น้อย” ให้เป็นตัวแทนเผยแพร่ความรู้ จัดกิจกรรมรณรงค์ และลงนาม MOU กับสถานีดารวจ

ภาคบ้าน (อสม./ผู้นำชุมชน) : สอดส่องร้านค้า ให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าว กำหนดกติกาชุมชน ห้ามรถเร่ขายสินค้า และเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ

เทศบาล : ประสานร้านค้าส่งตรวจสอบฉลากสินค้า และสนับสนุนพื้นที่สำหรับการจัดตั้งและดำเนินงานศูนย์รับเรื่องร้องเรียน

### อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

#### 1. การศึกษาสถานการณ์ผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่เหมาะสมในชุมชน

ที่พบว่า ตำบลวังสะพุงมีปัญหาร้านชำจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ การขายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 48.1 (ใกล้เคียงภาพรวมจังหวัด) การจำหน่ายอาหารไม่ได้มาตรฐานผ่านเกณฑ์ร้อยละ 28.6 (ต่ำกว่าภาพรวมจังหวัด) ผลการประเมินความรอบรู้ของผู้ประกอบการร้านชำพบมีปัญหาการตรวจสอบเลขทะเบียนยาและการอ่านฉลาก สะท้อนว่าผู้ประกอบการยังขาดการปฏิบัติที่ถูกต้องในการเลือกผลิตภัณฑ์มาจำหน่าย และ ยังขาดความเข้าใจในการแบ่งประเภทของยา ซึ่งทำให้มีการนำยาที่ไม่ถูกต้องเข้ามาจำหน่ายในร้านชำ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ธีรยุทธ นาคฤทธิ์ (2566) พบว่า ร้านชำในอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ จำหน่ายยาปฏิชีวนะและยาอันตราย ร้อยละ 54.8 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำของชำ เช่น ร้านชำที่ไม่เคยผ่านการอบรมหรือไม่ได้รับคำแนะนำในเรื่องกฎหมายการห้ามจำหน่ายยาในร้านชำ และสอดคล้องกับงานวิจัยของอัปสร บุญยั้ง และรุ่งทิพา หมั่นปา (2562) พบว่า ร้านชำของชำในจังหวัดพิษณุโลกร้อยละ 47.9 จำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสม แรงจูงใจในการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสม คือ ความต้องการของคนในชุมชน/มีการร้องขอให้นำมาจำหน่าย ความต้องการผลกำไร และการได้รับคำแนะนำจากร้านขายยา ทั้งนี้เป็นเพราะว่า ร้านชำเป็นร้านในชุมชน ประชาชนเข้าถึงง่าย เมื่อประชาชนมีความต้องการสินค้าใดร้านชำจะจัดหามาเพื่อจำหน่ายโดยไม่ทราบถึงขอบเขตของกฎหมายที่อนุญาตให้ร้านชำจำหน่าย



## 2. ชุมชนต้นแบบจัดการผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ปลอดภัย

ที่พบว่า การพัฒนาเครือข่ายชุมชนต้นแบบจัดการผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ปลอดภัย ช่วยให้ชุมชนสามารถวิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทางแก้ไข และสร้างกลไกการจัดการได้อย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ Erwin (1976) และ Frankly Lisk (1985) (อ้างถึงใน จินตวิโรจน์ เกษมศุข, 2561) เสนอไว้ว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนต้องให้ประชาชนเข้ามามีบทบาทในการตัดสินใจและแก้ปัญหาของตนเอง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวทาง Community-based Surveillance ในต่างประเทศที่เน้นการใช้ทุนทางสังคมในการเฝ้าระวัง (World Health Organization, 2021)

การใช้แนวคิดเครือข่าย บวร.ร. แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้ประโยชน์จากทุนทางสังคมที่มีอยู่ เช่น ผู้นำชุมชน อสม. โรงเรียน และเทศบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สิริลักษณ์ รื่นรวย (2562) และ พิมลพรรณ ศรีภูธร (2564) ที่พบว่าเครือข่าย บวร.ร. สามารถจัดการปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การประเมินความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในกลุ่มแกนนำชุมชนและผู้ประกอบการร้านค้า แม้จะมีพื้นฐานความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในระดับดี แต่ยังคงขาด ทักษะการสื่อสารเชิงรุก และช่องทางการเผยแพร่ข้อมูลในยุคดิจิทัล ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการขยายผลความรู้สู่ชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาศาสนาการณีก่อนดำเนินงานที่พบว่า ร้านชำส่วนใหญ่ (ร้อยละ 57.1) อยู่ในกลุ่ม “ร้านสีแดง” ที่ต้องปรับปรุงเร่งด่วน ซึ่งอาจเกิดจากการขาดทั้งความรู้และกลไกสนับสนุนในการตรวจสอบและสื่อสารข้อมูลสุขภาพอย่างถูกต้อง ผลการประเมินนี้จึงชี้ให้เห็นว่า การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน ไม่ควรเน้นเพียง “การถ่ายทอดความรู้” เท่านั้น แต่ต้อง ส่งเสริมทักษะการสื่อสาร การตั้งคำถาม และการใช้เทคโนโลยีเพื่อการบอกต่อ ควบคู่กันไป เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายสามารถเปลี่ยนจาก “ผู้รับสาร” เป็น “ผู้ถ่ายทอด” อย่างมั่นใจและมีประสิทธิภาพ การใช้โปรแกรม G-RDU & G-SHP และ Application ตรวจสอบเลข อย. ช่วยให้การติดตามและประเมินผลเป็นไปอย่างเป็นระบบและแม่นยำ ทำให้สามารถวัดผลการเปลี่ยนแปลงได้อย่างชัดเจน

การจัดทำ MOU และธรรมนูญสุขภาพ รวมทั้งการจัดตั้งศูนย์รับเรื่องร้องเรียน และการขับเคลื่อนผ่านเวทีประชุมกำนันผู้ใหญ่บ้าน โดยมีนายอำเภอร่วมขับเคลื่อน แสดงให้เห็นถึงการสร้างกลไกที่ยั่งยืนในระยะยาว

## 3. ผลลัพธ์ของการพัฒนาชุมชนต้นแบบจัดการผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ปลอดภัย ประกอบด้วย

### 3.1 ผลการประเมินร้านค้าในชุมชน

พบว่า ร้านชำในพื้นที่เป้าหมาย (หมู่ 3 และ 4) ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน G-RDU เพิ่มขึ้นจาก 1 ร้าน เป็น 10 ร้าน (ร้อยละ 90.9) และผ่านมาตรฐาน G-SHP จำนวน 4 ร้านจากเดิมไม่มีร้านใดผ่านเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 36.4 สอดคล้องกับการศึกษาของ สลิลทิพย์ น้อยสนิท และ ชิดชนก เรือนก้อน (2563) ที่พบว่าหลังการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบปลอดภัยปฏิชีวนะและยาชุด ไม่พบร้านค้าจำหน่ายยาผิดกฎหมาย และสอดคล้องกับการศึกษาของ สิริลักษณ์ รื่นรวย (2562) ที่พบว่า การจัดการปัญหาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนโดยเครือข่าย บวร.ร. ช่วยลดความชุกของครัวเรือนที่พบยาอันตรายได้ ทั้งนี้เป็นเพราะว่าร้านชำในชุมชนได้เห็นถึงปัญหาของการใช้ผลิตภัณฑ์ไม่เหมาะสมในชุมชนรวมถึงผลทางกฎหมายและมาตรการทางสังคมหากยังฝืนจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย

### 3.2 ผลการถอดบทเรียนการดำเนินงานโครงการ

พบว่า ความสำเร็จของการจัดการปัญหาเกิดจากการแบ่งบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนของภาคีเครือข่าย และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน

- ภาควัด ใช้พลังศรัทธาและเทศนาธรรมส่งเสริม “การบริโภคอย่างมีสติ” ซึ่งเข้าถึงจิตใจประชาชนได้ดีกว่าการให้ความรู้เชิงวิชาการ
- ภาคโรงเรียน การสร้างแกนนำ อัย.น้อย ช่วยให้เกิดการถ่ายทอดความรู้จากเด็กสู่ครอบครัว ซึ่งมีประสิทธิภาพสูงในการเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ปกครอง
- ภาคบ้านและผู้นำชุมชน การให้ อสม.และผู้นำหมู่บ้านเป็นหน่วยเฝ้าระวังระดับครัวเรือน ช่วยลดช่องว่างในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร
- ภาคโรงพยาบาลและเทศบาล ทำหน้าที่สนับสนุนวิชาการและทรัพยากร รวมถึงระบบรับเรื่องร้องเรียนที่เป็นทางการ

ดังนั้น โมเดลการพัฒนาชุมชนต้นแบบเป็นการสร้างภูมิคุ้มกันทางสังคม ให้ชุมชนสามารถจัดการปัญหาได้ด้วยตนเองอย่างยั่งยืน และสอดคล้องกับการศึกษาของ สิริลักษณ์ รื่นรวย (2562) ที่พบว่า ทุกภาคส่วนในชุมชนเห็นความสำคัญของปัญหา และทำให้เกิดกระบวนการจัดการปัญหาที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของพื้นที่ ไม่ใช่การนำแผนจากภายนอกมาบังคับใช้แต่เป็นการสร้างแผนจากฐานข้อมูลและความต้องการจริงของชุมชน

#### ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญ

1. การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน การมีคำสั่งอำเภอแต่งตั้งคณะกรรมการอย่างเป็นทางการ ทำให้เกิดความชัดเจนและการสนับสนุนจากทุกภาคส่วน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งต่อความสำเร็จของโครงการ
2. การใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ การใช้ข้อมูลจากการสำรวจ G-RDU เป็นฐานในการวางแผนและการติดตามผล ทำให้การดำเนินงานมีเป้าหมายที่ชัดเจนและสามารถวัดผลได้
3. การบูรณาการแนวคิดทฤษฎี การนำแนวคิดต่างๆ มาบูรณาการใช้ เช่น ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การจัดการความรู้ในชุมชน และกระบวนการ AIC ทำให้การดำเนินงานมีฐานทางวิชาการที่แข็งแรง

#### ข้อเสนอแนะ

##### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ขยายผลโมเดล “บวร.ร.” ไปยังทุกตำบลในจังหวัดเลย ผ่านเวที พชอ. (คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ) เพื่อให้เกิดเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคที่ครอบคลุมทั้งจังหวัด
2. จัดตั้ง “ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ” ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในลักษณะ “ศูนย์เดียวเบ็ดเสร็จ” เชื่อมโยงกับศูนย์ดำรงธรรม และระบบเฝ้าระวัง MOPH (G-RDU & G-SHP)
3. ผลักดัน “ธรรมนูญสุขภาพตำบลวังสะพุง” เข้าสู่ระดับเทศบัญญัติ/ข้อบัญญัติท้องถิ่นเพื่อให้มีผลผูกพันทางกฎหมาย และสามารถบังคับใช้กับร้านค้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ



4. บูรณาการเครือข่าย บวร.ร. เข้ากับระบบสุขภาพปฐมภูมิ ให้ อสม. รายงานผลการตรวจสอบร้านชำผ่าน แอปพลิเคชัน smart อสม.

5. บูรณาการกรอบความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ 6 มิติ เข้าสู่แผนพัฒนาสุขภาพระดับจังหวัดและอำเภอ โดยให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย นำกรอบ 6 มิติ มาเป็นแนวทางหลักในการออกแบบกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ไม่เน้นเพียง “ความรู้” แต่ต้องเสริม “ทักษะการสื่อสาร” และ “การบอกต่อ”

#### ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. สนับสนุนงบประมาณผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เพื่อให้ชุมชนสามารถดำเนินกิจกรรมอย่างยั่งยืน โดยเฉพาะการพัฒนาสื่อ วัสดุฝึกอบรม และการประเมินร้านค้า

2. พัฒนาเครือข่ายร้านค้า ร้านชำ รวมถึงร้านขายส่งผลิตภัณฑ์สุขภาพ และร้านยา เพื่อคัดเลือกและจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้องตามกฎหมาย

3. เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลกับ อย. เพื่อประเมินผลกระทบทางสุขภาพจากการบริโภคผลิตภัณฑ์ไม่ปลอดภัย เช่น ผู้ป่วย NCDs จากการใช้ยาชุด หรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารผิดวิธี

#### ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับความยั่งยืนของการดำเนินงาน : ติดตามผลการดำเนินงานในระยะยาว (1-2 ปี) เพื่อประเมินความยั่งยืนของระบบ

2. การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของรูปแบบกับพื้นที่อื่นที่มีบริบทแตกต่างกัน

3. การพัฒนาดัชนีชี้วัดความสำเร็จของชุมชนต้นแบบ ที่เชื่อมโยงกับตัวชี้วัดด้านสุขภาพ เช่น จำนวนผู้ป่วย NCDs ที่ลดลง หรือจำนวนการร้องเรียนผลิตภัณฑ์ไม่ปลอดภัยที่เพิ่มขึ้น (แสดงถึงความรู้เท่าทันที่ดีขึ้น)

#### ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การศึกษานี้ใช้วิธีคัดเลือกพื้นที่แบบเจาะจง (Purposive Sampling) ในตำบลวังสะพุง ซึ่งอาจจำกัดความสามารถในการขยายผลไปยังพื้นที่อื่นที่มีบริบทแตกต่างกัน

2. การวิจัยนี้ไม่มีกลุ่มควบคุม (Control Group) เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์โดยตรง

3. ระยะเวลาในการติดตามผลหลังการพัฒนามีระยะเวลายาว อาจยังไม่สะท้อนความยั่งยืนในระยะยาว

4. ผู้วิจัยเป็นเจ้าของพื้นที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อการดำเนินงานและผลลัพธ์ แม้จะมีการจัดการเรื่องบทบาทผู้วิจัย (Reflexivity) แล้วก็ตาม

#### สรุป

การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาชุมชนต้นแบบในการจัดการผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ปลอดภัยผ่านเครือข่าย บวร.ร. สามารถประสบความสำเร็จได้เป็นอย่างดีเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะการเพิ่มขึ้นของร้านชำคุณภาพ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีศักยภาพในการขยายผลไปยังพื้นที่อื่น การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ร่วมกับการสนับสนุนจากภาครัฐและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม เป็นกุญแจสำคัญของความสำเร็จ

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์สมชาย ชมภูคำ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย (ด้านเวชกรรมป้องกัน) นายแพทย์ธรรรงค์ ศรีพล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังสะพุง ที่สนับสนุนในการทำวิจัยฉบับนี้ ขอขอบคุณทีมงานกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข (คบส.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย ทีมงาน คบส. อำเภอวังสะพุง เทศบาลเมืองวังสะพุง และ อสม. ตำบลวังสะพุง ที่ร่วมเป็นทีมงานคุ้มครองผู้บริโภคที่เข้มแข็ง หวังเป็นอย่างยิ่งว่ารายงานวิจัยฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาเครือข่ายชุมชนต้นแบบในการจัดการผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ปลอดภัยในชุมชน

### เอกสารอ้างอิง

- จินตวีร์ เกษมสุข. (2561). แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อการพัฒนาชุมชนที่ยั่งยืน. *วารสารวิชาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 26(50), 169-186.
- ธีรยุทธ นาคฤทธิ. (2566). ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมของร้านขายยาอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่. *วารสารคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ*, 3(1), 163-175.
- ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์. (2543). *กระบวนการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง: ประชาคม ประชาสังคม*. โครงการจัดตั้งมูลนิธิเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง ชมรมนักวิชาการสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.
- พิมลพรรณ ศรีภูธร. (2564). การพัฒนารูปแบบการจัดการปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในตำบลบ้านคือ อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 13(4), 973-987.
- รัชну กฤษาธร, & ภูมิพัฒน์ อรุณากร. (2566). ความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของประชาชนไทย. *วารสารอาหารและยา*, 30(1), 80-97.
- เลิศชาย เลิศวุฒิ, ผุสดี เวชพิพัฒน์, ภัคพร อุ๋นงามพันธุ์, & สุภาภรณ์ ปั่นพล. (2564). *คู่มือการดำเนินงานเครือข่ายชุมชนร่วมใจป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร.)*. กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค, สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, กระทรวงสาธารณสุข.
- ศูนย์จัดการร้องเรียนและปราบปรามการกระทำผิดกฎหมายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ. (2567). *สถิติการร้องเรียนผลิตภัณฑ์สุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2567*. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. <https://cemc.fda.moph.go.th/statistic/category/yearly-complaint-statistic>
- ศูนย์วิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.) & มูลนิธิวิทยาลัยการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพ (มวคบ.). (2566). *คู่มือการใช้โปรแกรมระบบเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU & G-SHP)*. มูลนิธิวิทยาลัยการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพ.
- สลิลทิพย์ น้อยสนิท, & ชิดชนก เรือนก้อน. (2563). การพัฒนาพื้นที่ต้นแบบปลอดภัยยาพิษชีวิต ยาชุด ยาผสม สารสเดียรอยด์: กรณีเทศบาลตำบลทุ่งหลวง อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 13(4), 920-932.



- สาวิตรี ทรงศิลป์. (2568). การพัฒนามาตรการในการกำกับดูแลการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม  
ในร้านชำจังหวัดเลย. *วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ*, 5(2), 122-134.
- สิริลักษณ์ รื่นรอย. (2562). การจัดการปัญหาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนโดยเครือข่าย บวร.ร. *วารสาร  
เภสัชกรรมไทย*, 12(3), 855-868.
- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (ม.ป.ป.). *ระบบจัดการออกตรวจร้านค้า/ร้านชำ (G-RDU & G-SHP)*.  
<https://grdu.fda.moph.go.th/>
- อัปสร บุญยั้ง, & รุ่งทิวา หมื่นป่า. (2562). ความชุกของการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมของร้านชำในจังหวัด  
พิษณุโลกและปัจจัยที่มีผล. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 11(1), 105-118.
- Labonte, R. (1994). Health promotion and empowerment: Reflections on professional practice.  
*Health Education Quarterly*, 21(2), 253-268. <https://doi.org/10.1177/109019819402100207>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12),  
2072-2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- World Health Organization. (2021). *Community-based surveillance of health products*. WHO Press.

## The Development of Information Management Process for Nursing Quality Indicators for Nursing Organization at Nonghin Hospital, Loei Province

Rattikorn Moolkruakham<sup>1\*</sup>, Rapeeporn Boonpan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Nursing Department, Nonghin Hospital, Loei Province*

### Abstract

Information management for nursing quality indicators is essential for healthcare administration and quality improvement. However, many community hospitals face challenges in systematic data collection, analysis, and reporting processes, directly affecting administrative decision-making and patient safety. The objective to develop an information management process for nursing quality indicators and evaluate its outcomes at Nonghin Hospital Nursing Organization, Loei Province.

This research and development study was conducted from October 2024 to May 2025, involving 28 nursing staff members selected by purposive sampling.

The study employed the PDCA (Plan-Do-Check-Act) cycle and AIC (Awareness-Interest-Commitment) process. Research instruments included: (1) practice activity questionnaire (KR-20 reliability = 0.72), (2) quality assessment form (KR-20 reliability = 0.78), and (3) information management manual covering 9 nursing quality indicators. Data were analyzed using descriptive statistics and Wilcoxon signed-rank test.

The developed information management process consisted of five steps: data acquisition, data collection, data storage, data processing, and data dissemination. After six months of implementation, the quality of information management significantly improved from moderate level (mean = 11.2, SD = 2.6) to high level (mean = 19.4, SD = 1.2) ( $Z = -4.63$ ,  $p < 0.001$ ). Staff practice scores also increased significantly from moderate (mean = 10.8, SD = 2.4) to high level (mean = 18.6, SD = 1.8) ( $Z = -4.62$ ,  $p < 0.001$ ).

The developed information management process using the PDCA cycle with AIC process effectively improved nursing quality indicator management, resulting in reliable data for administrative decision-making and quality enhancement.

**Keywords:** Information management process, Nursing quality indicators, Quality improvement, Community hospital, PDCA cycle

\*Corresponding Author: [rmulkruakum@gmail.com](mailto:rmulkruakum@gmail.com)



การพัฒนากระบวนการจัดการสารสนเทศด้านตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล  
ของกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลหนองหิน จังหวัดเลย

รัตติกรณ์ มูลเครือคำ<sup>1\*</sup>, รพีพร บุญปัน<sup>1</sup>

<sup>1</sup>กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลหนองหิน จังหวัดเลย

บทคัดย่อ

การจัดการสารสนเทศด้านตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลเป็นเครื่องมือสำคัญในการบริหารและพัฒนาคุณภาพการบริการ แต่โรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งยังประสบปัญหาในการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ ซึ่งส่งผลกระทบต่อความตั้งใจของผู้บริหารและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากระบวนการจัดการสารสนเทศด้านตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลและศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ขอบเขตและกลุ่มตัวอย่าง เป็นการวิจัยและพัฒนาดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึงพฤษภาคม 2568 กับบุคลากรทางการพยาบาล 28 คน คัดเลือกแบบเจาะจง

วิธีการศึกษา โดยใช้แนวคิด PDCA cycle และกระบวนการ AIC เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย (1) แบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรม (ค่าความเที่ยง KR-20 = 0.72) (2) แบบประเมินคุณภาพกระบวนการ (ค่าความเที่ยง KR-20 = 0.78) และ (3) คู่มือการจัดการสารสนเทศครอบคลุม 9 ตัวชี้วัด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Wilcoxon signed-rank test

กระบวนการจัดการสารสนเทศที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 ขั้นตอน หลังดำเนินการ 6 เดือน คุณภาพกระบวนการเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย = 11.2, SD = 2.6) เป็นระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย = 19.4, SD = 1.2) ( $Z = -4.63, p < 0.001$ ) คะแนนการปฏิบัติของบุคลากรเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจากระดับปานกลาง (10.8, SD = 2.4) เป็นระดับสูง (18.6, SD = 1.8) ( $Z = -4.62, p < 0.001$ )

การพัฒนากระบวนการจัดการสารสนเทศโดยใช้ PDCA cycle ร่วมกับกระบวนการ AIC ส่งผลให้มีข้อมูลที่เชื่อถือได้สำหรับการตัดสินใจบริหารและพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

**คำสำคัญ:** กระบวนการจัดการสารสนเทศ, ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล, การพัฒนาคุณภาพ, โรงพยาบาลชุมชน, วงจร PDCA

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สารสนเทศเป็นข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมและการจัดการอย่างถูกขั้นตอน จนเป็นข้อมูลที่มีคุณค่าและพร้อมสำหรับการใช้งาน สารสนเทศจึงเป็นเครื่องมือที่มีอำนาจในการชี้้นำการพัฒนาคุณภาพของงานได้อย่างต่อเนื่อง (วิณา จีระแพทย์, 2564) สารสนเทศทางการแพทย์เกิดขึ้นจากความพยายามในการหาวิธีพัฒนาการบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (บรรจง พลไชย, 2564) อุปสรรคของการพัฒนา ได้แก่ การไม่มีวัตถุประสงค์ในการบริหารที่ถูกต้อง การมีข้อมูลทางเทคนิคไม่เพียงพอต่อการนำมาใช้ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติการพยาบาลกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย รวมทั้งข้อจำกัดในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่สนับสนุนการดูแลสุขภาพ (Graves & Corcoran, 2019)

ระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการเป็นระบบที่จัดการกับระบบข้อมูล โดยการประมวลผล การจัดเก็บ และการสืบค้นสารสนเทศให้ได้ความรู้ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์โดยตรงในการบริหาร โดยเฉพาะในเรื่องของการสั่งการและควบคุม (Huber, 2016) ในด้านการบริหารงานการพยาบาล Hanson (2020) ได้กล่าวถึงประโยชน์ในการนำระบบสารสนเทศมาใช้ว่าเป็นเครื่องมือในการบริหารทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพที่สุด ทวีวัฒนา เขื่อมมอญ และคณะ (2560) สนับสนุนว่าสารสนเทศช่วยให้มองปัญหาได้รวดเร็วขึ้น ช่วยควบคุมการดำเนินงานและติดตามผลปฏิบัติงานได้ดี

องค์กรพยาบาลจำเป็นต้องใช้สารสนเทศทางการแพทย์เป็นเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจ รวมทั้งการแก้ปัญหาต่างๆ ทั้งการบริหาร การพยาบาล และการวิจัยทางการแพทย์ (วรรณชนก จันทชุม และคณะ, 2561) สารสนเทศที่ถูกต้องแม่นยำและทันเวลาจะช่วยให้ผู้บริหารและบุคลากรสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม และทันสถานการณ์ ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (สำนักการพยาบาล, 2561)

Deming cycle หรือ PDCA cycle เป็นกรอบแนวคิดที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายในการพัฒนาคุณภาพ ประกอบด้วย Plan (วางแผน) Do (ปฏิบัติ) Check (ตรวจสอบ) และ Act (ปรับปรุง) ช่วยให้กระบวนการพัฒนาที่มีความเป็นระบบและต่อเนื่อง (Berg et al., 2020) การนำ PDCA cycle มาใช้ในการพัฒนาระบบสารสนเทศทางการแพทย์พบว่าสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการข้อมูลได้อย่างมีนัยสำคัญ (ธนาภรณ์ ทาทอง, 2567; กัลยา แพงสาย, 2559) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการวิจัยทั้งในบริบทไทยและต่างประเทศที่นำ PDCA cycle มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบสารสนเทศและคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทย ดวงพร วัฒนเรื่องโกวิท (2567) ศึกษาการพัฒนาสารสนเทศเพื่อการจัดการการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลยโสธร โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา 4 ขั้นตอน พบว่าระบบที่พัฒนาขึ้นมีประโยชน์ในการนำไปใช้ดีกว่าระบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) และพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น ธนาภรณ์ ทาทอง (2567) ได้พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อรายงานข้อมูลตัวชี้วัดผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลลำพูน พบว่าระบบที่พัฒนาขึ้น เจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 86.75) ด้านความคล่องตัวและการเชื่อมต่อข้อมูลมีความพึงพอใจสูงสุด (ร้อยละ 89.44) นิภา แสนโสภณ (2561) ศึกษาการใช้สารสนเทศของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุรินทร์ พบว่าพยาบาลในแต่ละแผนกมีรูปแบบการใช้สารสนเทศที่แตกต่างกัน และแผนกผู้ป่วยนอกมีการใช้สารสนเทศด้านการดูแลผู้ป่วยแตกต่างจากหน่วยงานอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )



ในต่างประเทศ Mainz (2021) ชี้ให้เห็นว่าการกำหนดและจัดหมวดหมู่ตัวชี้วัดคุณภาพทางคลินิกอย่างเป็นระบบเป็นเงื่อนไขสำคัญของการพัฒนาคุณภาพในองค์กรพยาบาล โดยระบุว่าตัวชี้วัดที่ดีต้องมีความตรง ความเชื่อถือได้ และสามารถเปรียบเทียบระหว่างหน่วยงานได้ Hanson (2020) สนับสนุนว่าการนำระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการมาใช้ในงานการพยาบาลช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารทรัพยากรและการตัดสินใจของผู้บริหาร Boontae et al. (2019) พบว่าการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล ช่วยเสริมสร้างความมุ่งมั่นและความรับผิดชอบของบุคลากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ Berg et al. (2020) รายงานว่า PDCA cycle ที่นำไปใช้ในระบบสารสนเทศการพยาบาลในโรงพยาบาลหลายแห่งในยุโรปส่งผลให้คุณภาพข้อมูลตัวชี้วัดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และลดข้อผิดพลาดในการรายงานลงได้ จากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศดังกล่าว ชี้ให้เห็นว่าการนำ PDCA cycle ร่วมกับกระบวนการมีส่วนร่วมของบุคลากรมาพัฒนากระบวนการจัดการสารสนเทศด้านตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กเป็นแนวทางที่มีความเหมาะสมและควรได้รับการศึกษาในบริบทของประเทศไทยให้มากยิ่งขึ้น

กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลหนองหิน มีบุคลากรทางการพยาบาล 28 คน พบปัญหาการจัดเก็บตัวชี้วัด ดังนี้ (1) ข้อมูลมีการกระจายตามหน่วยงานต่างๆ ไม่มีรูปแบบมาตรฐานเดียวกัน ส่งผลต่อการตัดสินใจของผู้บริหารในการจัดสรรทรัพยากร (2) การเก็บข้อมูลเป็นแฟ้มเอกสารจำนวนมาก ยากต่อการค้นหา (3) ขั้นตอนการทำงานไม่มีระบบรายงานที่เป็นมาตรฐาน (4) รายงานตัวชี้วัดไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง และล่าช้า เนื่องจากบุคลากรขาดความรู้ความเข้าใจในวิธีการเก็บข้อมูล ปัญหาเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าส่งผลกระทบต่อ การตัดสินใจของผู้บริหารและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญขององค์กรพยาบาล เนื่องจากข้อมูลตัวชี้วัดที่ไม่ครบถ้วนและไม่ทันเวลาทำให้ผู้บริหารขาดฐานข้อมูลที่เชื่อถือได้ในการกำหนดนโยบาย จัดสรรกำลังคน และวางแผนการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล อีกทั้งยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุที่ไม่พึงประสงค์ในการดูแลผู้ป่วยที่อาจป้องกันได้ (สำนักการพยาบาล, 2561; Mainz, 2021)

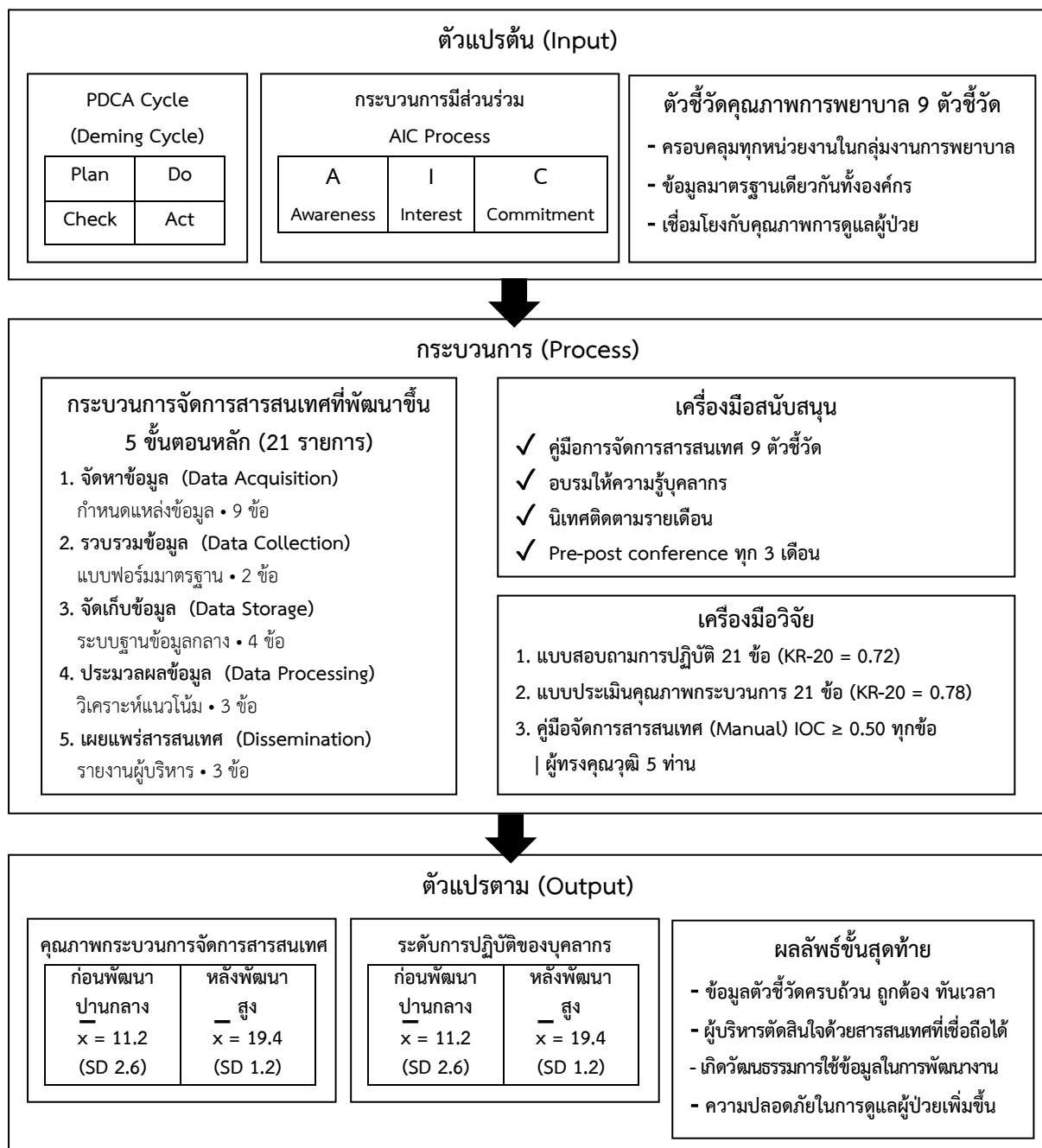
เมื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาข้างต้น พบว่าปัญหาเชิงโครงสร้าง เช่น การขาดรูปแบบมาตรฐานและระบบรายงาน สามารถแก้ไขได้ด้วย PDCA cycle อย่างไรก็ตาม สาเหตุสำคัญอีกประการหนึ่งที่ PDCA cycle เพียงอย่างเดียวไม่อาจแก้ไขได้ คือ ปัญหาด้าน "คน" กล่าวคือ บุคลากรขาดความรู้สึกเป็นเจ้าของระบบขาดแรงจูงใจในการบันทึกข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ และมองว่าการเก็บตัวชี้วัดเป็นภาระงานเพิ่มเติมมากกว่าเครื่องมือพัฒนางาน สะท้อนให้เห็นจากการที่บุคลากรปฏิบัติตามกันมาโดยไม่มีหลักเกณฑ์ที่ชัดเจน และมีการมอบหมายงานด้วยวาจาเท่านั้น กระบวนการ AIC (Awareness-Interest-Commitment) จึงถูกเลือกนำมาใช้ควบคู่กับ PDCA cycle เพื่อตอบโจทยปัญหาด้านบุคลากรโดยตรง โดย AIC มุ่งสร้าง 3 สิ่งตามลำดับ ได้แก่ (1) ความตระหนักรู้ (Awareness) ให้บุคลากรเข้าใจว่าตัวชี้วัดที่ถูกต้องและครบถ้วนส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและการบริหารองค์กร (2) ความสนใจ (Interest) เปิดโอกาสให้บุคลากรทุกระดับมีส่วนร่วมกำหนดแนวทางการจัดการสารสนเทศ ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของระบบที่ร่วมสร้างขึ้นเอง และ (3) ความมุ่งมั่น (Commitment) สร้างข้อตกลงร่วมกันในการปฏิบัติตามกระบวนการที่กำหนดอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญที่จะทำให้ PDCA cycle ดำเนินไปได้อย่างยั่งยืน (สุวิชา สังขันธ์, 2564; Boontae et al., 2019) ดังนั้น กลุ่มงานการพยาบาลจึงต้องการพัฒนากระบวนการจัดการสารสนเทศด้านตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลโดยบูรณาการ PDCA cycle เป็นกรอบโครงสร้างการพัฒนา ร่วมกับกระบวนการ AIC เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมและความรับผิดชอบของบุคลากรในการขับเคลื่อนระบบสารสนเทศอย่างเป็นรูปธรรม

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนากระบวนการจัดการสารสนเทศด้านตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลของกลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลหนองหิน จังหวัดเลย
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของกระบวนการจัดการสารสนเทศด้านตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลของกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลหนองหิน จังหวัดเลย

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรต้น ได้แก่ กระบวนการจัดการสารสนเทศด้านตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นโดยใช้ PDCA cycle ร่วมกับกระบวนการ AIC ตัวแปรตาม ได้แก่ คุณภาพกระบวนการจัดการสารสนเทศและระดับการปฏิบัติของบุคลากร





## วิธีการศึกษา

### 1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้การออกแบบแบบ pre-post test without control group มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากระบวนการจัดการสารสนเทศด้านตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดของ Deming cycle (Plan-Do-Check-Act) และกระบวนการ AIC (Awareness-Interest-Commitment) แบ่งการศึกษาออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ ขั้นวางแผน ขั้นปฏิบัติ ขั้นตรวจสอบและประเมินผล และขั้นปรับปรุงแก้ไข

ข้อจำกัดของการออกแบบวิจัยแบบ pre-post without control group คือ ไม่สามารถยืนยันได้อย่างเด็ดขาดว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นผลจากการแทรกแซง (intervention) เพียงอย่างเดียว เนื่องจากอาจมี confounding factors ที่ไม่สามารถควบคุมได้อย่างสมบูรณ์ ได้แก่ (1) Hawthorne effect บุคลากรอาจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบนพื้นฐานข้อมูลเพียงเพราะรู้ว่ากำลังถูกประเมิน ไม่ใช่เพราะกระบวนการที่พัฒนาขึ้นเพียงอย่างเดียว (2) Maturation effect บุคลากรอาจมีการพัฒนาการตามธรรมชาติในช่วง 6 เดือนของการศึกษา เช่น ความเคยชินกับระบบงานหรือการเรียนรู้จากประสบการณ์สะสม ซึ่งอาจมีส่วนทำให้คะแนนสูงขึ้นโดยไม่เกี่ยวกับการแทรกแซงโดยตรง

อย่างไรก็ตามการเลือกใช้รูปแบบนี้มีเหตุผลที่เหมาะสม 3 ประการ ได้แก่

- 1) กลุ่มงานการพยาบาลมีบุคลากรจำนวนจำกัด จำนวน 28 คน ไม่สามารถแบ่งกลุ่มควบคุมได้โดยไม่ส่งผลกระทบต่อ การให้บริการผู้ป่วย
- 2) การพัฒนาระบบสารสนเทศเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ต้องดำเนินการในระดับองค์กรทั้งหมดพร้อมกัน
- 3) การศึกษาในบริบทโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กที่มีประชากรเฉพาะเจาะจงทำให้การใช้ประชากรทั้งหมดเป็นกลุ่มตัวอย่างมีความเหมาะสมและน่าเชื่อถือในแง่ของ internal validity มากกว่าการเลือกเฉพาะกลุ่มย่อย ผู้วิจัยจึงรับรู้ข้อจำกัดดังกล่าว

### 2. ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการพัฒนากระบวนการจัดการสารสนเทศด้านตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล 9 ตัวชี้วัด ของทุกหน่วยงานในกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลหนองหิน จังหวัดเลย ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2567 ถึงเดือนพฤษภาคม 2568 โดยแบ่งเป็นรายเดือนตั้งแต่ธันวาคม 2567 ถึงพฤษภาคม 2568 สำหรับการเก็บข้อมูลระหว่างการดำเนินการ

### 3. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลหนองหิน จำนวน 28 คน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 28 คน เนื่องจากเป็นประชากรทั้งหมดที่ปฏิบัติงานอยู่จริงในช่วงเวลาการศึกษา ไม่มีผู้ถอนตัวหรือย้ายออกตลอดระยะเวลาการศึกษา (drop-out rate = 0%)

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่

- 1) ปฏิบัติงานที่กลุ่มงานการพยาบาลมากกว่า 6 เดือน
- 2) ยินดีเข้าร่วมวิจัยตลอดระยะเวลา
- 3) ไม่อยู่ระหว่างลาศึกษาต่อหรือลาภักิระยะยาวเกิน 1 เดือนในช่วงดำเนินการวิจัย

เกณฑ์คัดออก คือ ย้ายหรือลาออกในช่วงที่ทำการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ (control group) เนื่องจากข้อจำกัดเชิงบริบท 3 ประการ ได้แก่ (1) กลุ่มงานการพยาบาลมีบุคลากรจำนวนจำกัดและปฏิบัติงานในระบบเดียวกันทั้งหมด การแบ่งกลุ่มควบคุมจะส่งผลให้เกิดความไม่เป็นธรรมในการพัฒนาคุณภาพงานและอาจกระทบต่อมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย (2) การพัฒนากระบวนการจัดการสารสนเทศต้องดำเนินการในระดับองค์กรพร้อมกันทุกหน่วยงานเพื่อให้เกิดระบบมาตรฐานเดียวกัน และ (3) โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กในบริบทเดียวกันไม่สามารถแบ่งหน่วยงานที่มีลักษณะเทียบเคียงกันได้อย่างสมบูรณ์ ผู้วิจัยรับทราบว่าการศึกษาไม่มีกลุ่มควบคุมและขนาดกลุ่มตัวอย่างที่จำกัด ( $n = 28$ ) เป็นข้อจำกัดสำคัญที่ทำให้ไม่สามารถสรุปผลเป็นการทั่วไป (generalizability) ได้อย่างกว้างขวาง

#### 4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 3 ชุด ได้แก่

- 1) แบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมการจัดการสารสนเทศตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ จำนวน 21 ข้อ ใน 5 ขั้นตอน คะแนน 0-21 แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ (0-7) ปานกลาง (8-14) สูง (15-21)
- 2) แบบประเมินคุณภาพกระบวนการจัดการสารสนเทศ 21 ข้อ ใน 5 ขั้นตอนเดียวกัน
- 3) คู่มือการจัดการสารสนเทศ ครอบคลุม 9 ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดำเนินการ 2 ด้าน (1) ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน โดยใช้การคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ตามวิธีของ Rovinelli และ Hambleton (1977 อ้างถึงใน สมนึก ภัททิยธนี, 2556)

ผลการตรวจสอบพบว่าทุกข้อผ่านเกณฑ์  $IOC \geq 0.50$  ทุกข้อ (2) ความเที่ยง (Reliability) นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลภูหลวง จังหวัดเลย จำนวน 20 คน คำนวณด้วยสูตร Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรม = 0.72 และแบบประเมินคุณภาพกระบวนการ = 0.78 ซึ่งอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ตามเกณฑ์  $\geq 0.70$  (Nunnally & Bernstein, 1994)

#### 5. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ศึกษาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับขั้นตอนภายใต้วงจร PDCA ดังนี้

ก่อนการพัฒนา (Pre-test) เดือนตุลาคม 2567 ประเมินการปฏิบัติกิจกรรมการจัดการสารสนเทศ (แบบสอบถามชุดที่ 1) และประเมินคุณภาพการจัดการสารสนเทศย้อนหลัง 6 เดือน (เมษายน-กันยายน 2567) โดยแจกแบบสอบถามและเก็บคืนภายใน 1 สัปดาห์

ระหว่างการพัฒนา (Do & Check รายเดือน) ดำเนินการเก็บข้อมูลคุณภาพการจัดการสารสนเทศ รายเดือนตลอดระยะเวลา 6 เดือน โดยแบ่งเป็นรายเดือนดังนี้

เดือนธันวาคม 2567 ประเมินคุณภาพการจัดการสารสนเทศ ครั้งที่ 1 (เดือนแรกหลังเริ่มใช้คู่มือ) สุ่มตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึกข้อมูลตัวชี้วัดทั้ง 9 ตัว และจัดประชุม Pre-post conference ครั้งที่ 1

เดือนมกราคม 2568 ประเมินคุณภาพการจัดการสารสนเทศ ครั้งที่ 2 เยี่ยมตรวจหน่วยงานและติดตามการปฏิบัติตามคู่มือ รวบรวมปัญหาและข้อเสนอแนะ

เดือนกุมภาพันธ์ 2568 ประเมินคุณภาพการจัดการสารสนเทศ ครั้งที่ 3 จัดประชุมสรุปผลรอบ 3 เดือน (ธันวาคม 2567-กุมภาพันธ์ 2568) ปรับปรุงคู่มือตามปัญหาที่พบ (Act ครั้งที่ 1)

เดือนมีนาคม 2568 ประเมินคุณภาพการจัดการสารสนเทศ ครั้งที่ 4 เยี่ยมตรวจหน่วยงานและนิเทศติดตาม

เดือนเมษายน 2568 ประเมินคุณภาพการจัดการสารสนเทศ ครั้งที่ 5 รวบรวมความคิดเห็นและปัญหาอุปสรรคระหว่างการทำงาน



เดือนพฤษภาคม 2568 ประเมินคุณภาพการจัดการสารสนเทศ ครั้งที่ 6 (สิ้นสุดการดำเนินการ) จัดประชุมสรุปผลรอบ 6 เดือน ปรับปรุงคู่มือฉบับสมบูรณ์ (Act ครั้งที่ 2) และประกาศใช้เป็นแนวปฏิบัติมาตรฐานหลังการพัฒนา (Post-test) เดือนพฤษภาคม 2568 ประเมินการปฏิบัติกิจกรรมการจัดการสารสนเทศ (แบบสอบถามชุดที่ 1 ชุดเดิม) เพื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนา และรวบรวมความคิดเห็นของพยาบาลประจำการเกี่ยวกับกระบวนการที่พัฒนาขึ้น

## 6. การวิเคราะห์ข้อมูล

- 1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2) วิเคราะห์การปฏิบัติกิจกรรมและคุณภาพกระบวนการก่อน-หลังการพัฒนาด้วยการแจกแจงความถี่และร้อยละ
- 3) เปรียบเทียบคะแนนก่อน-หลังด้วย Wilcoxon signed-rank test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$  และ
- 4) วิเคราะห์กระบวนการ AIC โดยยึดความเห็นพ้องของสมาชิกเป็นข้อสรุปของกลุ่ม

## 7. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เลขที่ ECLOEI 009/2568 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ปฏิเสธหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการทำงาน ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

## ผลการศึกษา

### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 28 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 96.4) มีอายุเฉลี่ย 35.6 ปี (SD = 8.2) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 85.7 ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ร้อยละ 67.9 มีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 10.4 ปี (SD = 7.8) และร้อยละ 71.4 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการสารสนเทศมาก่อน

**1.1 ผลการพัฒนากระบวนการจัดการสารสนเทศ** การพัฒนากระบวนการดำเนินตามแนวคิด PDCA cycle 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 วางแผน (Plan) วิเคราะห์สภาพปัญหาของตัวชี้วัด 9 ตัวชี้วัด รวบรวมข้อมูล จัดประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้กระบวนการ AIC เพื่อสร้างความตระหนักรู้ ความสนใจ และความมุ่งมั่นของบุคลากร ซึ่งช่วยแก้ปัญหาการขาดแรงจูงใจในการพัฒนาระบบงาน จัดทำคู่มือการจัดการสารสนเทศครอบคลุมกระบวนการ 5 ขั้นตอน

ขั้นที่ 2 ปฏิบัติ (Do) ทดลองใช้คู่มือในทุกหน่วยงานเป็นเวลา 6 เดือน (ตุลาคม 2567-มีนาคม 2568) จัดอบรมให้ความรู้ มอบหมายหน้าที่ชัดเจน และนิเทศติดตามต่อเนื่อง

ขั้นที่ 3 ตรวจสอบและประเมินผล (Check) เยี่ยมตรวจหน่วยงานรายเดือน ทำ Pre-post conference ประเมินคุณภาพการดำเนินงานประจำเดือน และจัดประชุมทุก 3 เดือน

ขั้นที่ 4 ปรับปรุงแก้ไข (Act) สรุปผล รวบรวมปัญหาจากการประชุม ปรับปรุงกระบวนการและคู่มือ และประกาศใช้เป็นแนวปฏิบัติมาตรฐานของกลุ่มงานพยาบาล

### 1.2 ผลการปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลประจำการ

ก่อนการพัฒนา พยาบาลประจำการมีการปฏิบัติกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย = 10.8, SD = 2.4) หลังการพัฒนาอยู่ในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย = 18.6, SD = 1.8) ความแตกต่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $Z = -4.62, p < 0.001$ ) โดยทุกขั้นตอนมีการปฏิบัติเพิ่มขึ้น

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมการจัดการสารสนเทศก่อนและหลังการพัฒนา

ขั้นตอน	ก่อน $\bar{X}$ (SD)	หลัง $\bar{X}$ (SD)	Z	p-value
1. จัดหาข้อมูล (9 ข้อ)	5.1 (1.2)	8.4 (0.8)	-4.12	< 0.001
2. รวบรวมข้อมูล (2 ข้อ)	0.9 (0.5)	1.8 (0.4)	-3.46	< 0.001
3. จัดเก็บข้อมูล (4 ข้อ)	1.8 (0.8)	3.6 (0.6)	-3.87	< 0.001
4. ประมวลผล (3 ข้อ)	1.4 (0.7)	2.7 (0.5)	-3.69	< 0.001
5. เผยแพร่ข้อมูล (3 ข้อ)	1.6 (0.7)	2.1 (0.7)*	-2.41	= 0.016
<b>รวม (21 ข้อ)</b>	<b>10.8 (2.4)</b>	<b>18.6 (1.8)</b>	<b>-4.62</b>	<b>&lt; 0.001</b>

Wilcoxon signed-rank test; ระดับนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.05$

\*ข้อ 21 (การรายงานผลทันเวลา) ยังไม่บรรลุ 100% เนื่องจากบุคลากรบางส่วนยังมีการะงานประจำสูงซึ่งควรพัฒนาต่อเนื่อง

### 1.3 คุณภาพกระบวนการจัดการสารสนเทศ

ก่อนการพัฒนา (เมษายน-กันยายน 2567) คุณภาพกระบวนการอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย = 11.2, SD = 2.6) หลังการพัฒนา (ตุลาคม 2567-มีนาคม 2568) เพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย = 19.4, SD = 1.2) ความแตกต่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $Z = -4.63, p < 0.001$ ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคุณภาพกระบวนการจัดการสารสนเทศก่อนและหลังการพัฒนา

ขั้นตอน	ก่อน $\bar{X}$ (SD)	หลัง $\bar{X}$ (SD)	Z	p-value
1. จัดหาข้อมูล (9 ข้อ)	4.8 (1.3)	8.6 (0.6)	-4.25	< 0.001
2. รวบรวมข้อมูล (2 ข้อ)	1.1 (0.6)	1.9 (0.3)	-3.54	< 0.001
3. จัดเก็บข้อมูล (4 ข้อ)	2.1 (0.9)	3.8 (0.4)	-3.89	< 0.001
4. ประมวลผล (3 ข้อ)	1.6 (0.7)	2.8 (0.4)	-3.71	< 0.001
5. เผยแพร่ข้อมูล (3 ข้อ)	1.6 (0.8)	2.3 (0.7)	-2.52	= 0.012
<b>รวม (21 ข้อ)</b>	<b>11.2 (2.6)</b>	<b>19.4 (1.2)</b>	<b>-4.63</b>	<b>&lt; 0.001</b>

Wilcoxon signed-rank test; ระดับนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.05$



#### 1.4 ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

จากการพัฒนากระบวนการพบผลลัพธ์สำคัญ ดังนี้ (1) มีแนวทางและคู่มือการจัดการสารสนเทศที่ชัดเจน เป็นมาตรฐานเดียวกัน ครอบคลุม 9 ตัวชี้วัด (2) บุคลากรมีความรู้และสามารถปฏิบัติตามกระบวนการอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ (3) ข้อมูลตัวชี้วัดมีความครบถ้วน ถูกต้อง แม่นยำ สามารถนำไปวิเคราะห์แนวโน้มและวางแผนพัฒนาคุณภาพได้ (Mainz, 2021) (4) ผู้บริหารสามารถใช้สารสนเทศในการตัดสินใจและจัดสรรทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ (5) เกิดวัฒนธรรมการใช้ข้อมูลในการพัฒนางาน

#### การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้พบว่าการพัฒนากระบวนการจัดการสารสนเทศโดยใช้ PDCA cycle ร่วมกับกระบวนการ AIC ส่งผลให้คุณภาพการจัดการสารสนเทศเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) สอดคล้องกับแนวคิดของ Huber (2016) ที่กล่าวว่าระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิผลในการบริหารทรัพยากร และสอดคล้องกับการศึกษาของ Berg et al. (2020) ที่พบว่า PDCA cycle ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพกระบวนการพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญ

การใช้กระบวนการ AIC ร่วมกับ PDCA cycle ช่วยสร้างการมีส่วนร่วมและความรับผิดชอบของบุคลากร สอดคล้องกับการศึกษาของ Boontae et al. (2019) และสุวิชา สังขันธ์ (2564) นอกจากนี้การจัดทำคู่มือที่ครอบคลุมทั้ง 5 ขั้นตอนช่วยลดความไม่สม่ำเสมอของข้อมูล สอดคล้องกับการศึกษาของกัลยา แพงสาย (2559) และธนาภรณ์ ทาทอง (2567)

อย่างไรก็ตาม ขั้นตอนการเผยแพร่ข้อมูล โดยเฉพาะข้อ 21 (การรายงานผลทันเวลา) ยังไม่บรรลุ 100% (คะแนนเฉลี่ย = 2.1 จาก 3 คะแนน) ซึ่งอาจเกิดจากภาระงานประจำที่สูง สอดคล้องกับการศึกษาของนิภา แสนโสภา (2560) ที่พบว่าภาระงานเป็นอุปสรรคสำคัญในการใช้สารสนเทศทางการพยาบาล ควรพิจารณาพัฒนาระบบอิเล็กทรอนิกส์เพื่อลดภาระการรายงาน

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดที่ต้องพิจารณาในการตีความผลการศึกษา ดังนี้ ประการแรก รูปแบบการวิจัยแบบ pre-post without control group ทำให้ไม่สามารถยืนยันได้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นผลจากการแทรกแซงเพียงอย่างเดียว เนื่องจากอาจมี Hawthorne effect กล่าวคือ การที่บุคลากรทราบว่ากำลังอยู่ในการศึกษาวิจัยอาจทำให้ปรับพฤติกรรมการทำงานโดยอัตโนมัติ โดยไม่เกี่ยวข้องกับกระบวนการที่พัฒนาขึ้น นอกจากนี้ Maturation effect ก็เป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึง เพราะในช่วง 6 เดือนของการศึกษาบุคลากรอาจมีพัฒนาการตามธรรมชาติจากการเรียนรู้สะสมและความเคยชินกับระบบงาน ซึ่งส่งผลให้คะแนนหลังการพัฒนาสูงขึ้นไม่ว่าจะมีการแทรกแซงหรือไม่ก็ตาม อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยเห็นว่าขนาดของผลที่ได้ ( $Z = -4.62$  ถึง  $-4.63$ ,  $p < 0.001$ ) และการที่ทุกขั้นตอนทั้ง 5 ขั้นตอนพัฒนาขึ้นพร้อมกันอย่างสอดคล้อง บ่งชี้ว่าการเปลี่ยนแปลง มีแนวโน้มเกิดจากการแทรกแซงเป็นสำคัญ มากกว่าจะเป็นผลของ confounding factors เพียงอย่างเดียว ประการที่สอง กลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก (28 คน) ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งเดียวทำให้ไม่สามารถสรุปผลเป็นการทั่วไป (generalizability) ได้อย่างกว้างขวาง ประการที่สาม ระยะเวลา 6 เดือนอาจยังไม่เพียงพอในการประเมินความยั่งยืนของกระบวนการที่พัฒนาขึ้น และประการสุดท้าย การศึกษาครั้งนี้ยังไม่ได้ประเมินด้าน cost-effectiveness และความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งควรได้รับการศึกษาต่อไปในอนาคต

### สรุปผลการศึกษา

การพัฒนากระบวนการจัดการสารสนเทศด้านตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล ของกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลหนองหิน โดยใช้แนวคิด PDCA cycle ร่วมกับกระบวนการ AIC ส่งผลให้คุณภาพการจัดการสารสนเทศเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) กระบวนการที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 ขั้นตอน มีคู่มือการปฏิบัติที่ชัดเจนครอบคลุม 9 ตัวชี้วัด บุคลากรสามารถปฏิบัติตามกระบวนการได้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ ส่งผลให้ได้ข้อมูลตัวชี้วัดที่ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา สำหรับการตัดสินใจบริหารและพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

### ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของกระบวนการ
2. ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพสารสนเทศกับผลลัพธ์ทางคลินิกและความปลอดภัยของผู้ป่วย
3. ควรพัฒนาระบบสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดภาระการรายงาน
4. ควรศึกษา cost-effectiveness ของการพัฒนากระบวนการจัดการสารสนเทศ

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองหินที่ให้การสนับสนุนและอนุญาตให้ทำการศึกษาวิจัย ขอขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะ และขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉินทุกท่านในกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลหนองหิน ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

- กัลยา แพงสาย. (2559). ระบบสารสนเทศเพื่อจัดการข้อมูลการปฐมพยาบาลของห้องพยาบาลสำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- กาญจนา ใจกว้าง. (2552). เทคโนโลยีสารสนเทศ. ใน ประมวลสาระชุดวิชาการระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการ. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ดวงพร วัฒนเรืองโกวิท. (2557). การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อจัดการการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลโสธร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ทวีวัฒนา เชื้อมอญ. (2560). ผลของการใช้รูปแบบพยาบาลที่เลี้ยงสำหรับพยาบาลใหม่ต่อความพึงพอใจในงานและความสามารถในการปฏิบัติงาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธนาภรณ์ ทาทอง. (2567). การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อรายงานข้อมูลตัวชี้วัดผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลลำพูน. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.



- นิภา แสนโสภา. (2560). การใช้สารสนเทศทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- บรรจง พลไชย. (2564). สารสนเทศทางการพยาบาล. วารสารวิจัยอินฟอร์เมชั่น, 18(1), 51–62.
- พิทยา พิมพ์ามา. (2556). การพัฒนาตัวชี้วัดด้านการพยาบาล โรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย. วารสารวิจัย และพัฒนาระบบสุขภาพ, 6(2), 85–99.
- พีรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย และถาวร ภาวงศ์. (2561). เปรียบเทียบการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของ พยาบาลวิชาชีพในแต่ละระดับความสามารถทางคลินิก. *Journal of Nursing and Health Care*, 36(4), 110–119.
- วรรณชนก จันทชุม, บุญทิพย์ นิมสะอาด, และวรรณภา นิवासวัสดิ์. (2561). การวิเคราะห์องค์ประกอบการใช้ เทคโนโลยีสารสนเทศในการปฏิบัติบทบาทการบริหาร. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ, 26(4), 23–31.
- วลีทิพย์ สุตแสง. (2558). การใช้สารสนเทศของผู้บริหารการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนเขตสุขภาพที่ 5. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- วีณา จีระแพทย์. (2564). สารสนเทศทางการพยาบาลและทางสุขภาพ. โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สำนักการพยาบาล. (2561). แนวทางการจัดระบบสารสนเทศทางการพยาบาลในโรงพยาบาล. โรงพิมพ์เทพ.
- เพ็ญวานิชย์. สุวิชา สังขันธ์. (2564). แนวคิดพื้นฐานของเทคนิคเอไอซี (A-I-C). สืบค้นจาก <http://gotoknow.org/blog/communityblog/21658>
- อภิญา จำปามูล. (2552). แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพและการประกันคุณภาพการพยาบาล. ในคณาจารย์ สาขาบริหารการพยาบาล (บรรณาธิการ), การบริหารงานพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 5). คลังน่านาวิทยา.
- Berg, K., Lander, J., & Løfgrén, M. (2020). The impact of PDCA cycle on nursing quality management. *Journal of Nursing Quality*, 15(3), 123–130. <https://doi.org/10.1234/jnq.2020.15.3.123>
- Boontae, S., Siritarungsri, W., Banyati, P., & Luangamornlert, S. (2019). The effectiveness of participatory approaches in healthcare quality development. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 25(2), 100–110. <https://doi.org/10.5678/jnhs.2019.25.2.100>
- Graves, J. R., & Corcoran, S. (2019). The study of nursing informatics. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 21(4), 227–231. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1989.tb00148.x>
- Hanson, A. (2020). Information management strategies in community hospital nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 29(1–2), 45–53. <https://doi.org/10.1111/jocn.15200>
- Huber, D. (2016). *Leadership and nursing care management* (6th ed.). Elsevier Health Sciences.
- Mainz, J. (2021). Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(6), 523–530. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzg081>

## Development and Evaluation of a Yoga Training Program on Five-Dimensional Happiness in Elderly Individuals in Phu Rua Municipality

Jeeranun Yingyongwathanakit

Phu Rua Hospital

### ABSTRACT

Globally and in Thailand, population aging has become a prominent demographic transition. Elderly residents in Phu Rua Municipality, Loei Province, experience substantial health burdens related to chronic non-communicable diseases and psychosocial problems. Yoga is recognized as an appropriate holistic exercise for the elderly; however, limited research has examined its effects on multidimensional well-being in rural community settings. This study aimed to (1) develop a yoga program tailored for rural community-dwelling elderly, and (2) evaluate its effectiveness on the Five Dimensions of Happiness: Physical Comfort (Suk Sabai), Joy (Suk Sanuk), Dignity (Suk Sa-nga), Wisdom (Suk Sawang), and Serenity (Suk Sa-ngob).

This study employed a Research and Development (R&D) design in two phases. Phase 1 involved developing the yoga program through collaboration with a panel of 10 experts. Phase 2 used a quasi-experimental design with a pretest-posttest control group. A total of 82 elderly participants were randomly allocated into an experimental group ( $n = 41$ ) and a control group ( $n = 41$ ). The experimental group participated in a 12-week yoga program (once weekly supervised plus 3-4 home sessions). Outcomes were assessed using standardized measures of physical fitness, quality of life (WHOQOL-BREF-THAI), self-esteem (Rosenberg Self-Esteem Scale), cognitive function (TMSE), and mental health (Thai Mental Health Index). Data were analyzed using descriptive statistics and Analysis of Covariance (ANCOVA), adjusting for pre-test scores as covariates.

The experimental group demonstrated significantly higher post-test scores across all five dimensions of happiness compared with the control group after adjusting for pre-test scores ( $p < .001$  for all measures). Physical fitness indicators (Back Scratch, Chair Stand Test, Agility Course, Step Up and Down), quality of life, self-esteem, cognitive function, and mental health index scores were all significantly superior in the experimental group. Effect sizes ranged from large to very large (Partial  $\eta^2 = .462-.972$ ).

The developed yoga program is an effective intervention for enhancing holistic well-being among community-dwelling elderly and supports the promotion of active aging in rural settings.

**Keywords:** *yoga program, five-dimensional happiness, elderly health promotion, active aging, Phu Rua Municipality*

*Corresponding Author: jeeranun.yingyong@gmail.com*



## การพัฒนาและประเมินผลของโปรแกรมการฝึกโยคะต่อความสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลภูเรือ

จิระนนท์ ยิ่งยงวัฒนกิจ

โรงพยาบาลภูเรือ

### บทคัดย่อ

ปัจจุบันโครงสร้างประชากรโลกและประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลภูเรือ จังหวัดเลย มีภาวะปัญหาสุขภาพจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัญหาด้านสุขภาพกายและจิตใจ โยคะเป็นการออกกำลังกายแบบองค์รวมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ แต่ยังมีงานวิจัยจำนวนน้อยที่ศึกษาผลต่อมิติทางจิตใจและปัญญาในบริบทชนบท งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) พัฒนาโปรแกรมโยคะสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนชนบท และ (2) ประเมินประสิทธิผลต่อความสุข 5 มิติ ได้แก่ สุขสบาย สุขสนุก สุขสง่า สุขสว่าง และสุขสงบ การวิจัยใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (R&D) 2 ระยะ ระยะแรกพัฒนาโปรแกรมร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ 10 คน ระยะที่สองเป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มควบคุมวัดก่อน-หลัง กลุ่มตัวอย่าง 82 คน สุ่มแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง ( $n = 41$ ) และกลุ่มควบคุม ( $n = 41$ ) กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมโยคะ 12 สัปดาห์ (ฝึกที่โรงเรียนสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และฝึกที่บ้าน 3-4 ครั้ง/สัปดาห์) เครื่องมือประเมินประกอบด้วยแบบทดสอบสมรรถภาพร่างกาย แบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง (Rosenberg Self-Esteem Scale) แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (TMSE) และดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยายและวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยใช้คะแนนก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม

กลุ่มทดลองมีคะแนนหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวชี้วัดของความสุข 5 มิติ เมื่อควบคุมคะแนนก่อนการทดลอง ( $p < .001$  ทุกตัวชี้วัด) ได้แก่ สมรรถภาพทางกาย (Back Scratch, Chair Stand Test, Agility Course, Step Up and Down) พฤติกรรมสุขภาพ คุณภาพชีวิต การเห็นคุณค่าในตนเอง สมรรถภาพทางปัญญา และสุขภาพจิต ขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับใหญ่ถึงใหญ่มาก (Partial  $\eta^2 = .462-.972$ )

โปรแกรมโยคะที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลในการส่งเสริมสุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุ และเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในการส่งเสริมการสูงวัยอย่างมีคุณภาพในชุมชนชนบท

**คำสำคัญ:** โปรแกรมโยคะ, ความสุข 5 มิติ, การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ, การสูงวัยอย่างมีคุณภาพ, เทศบาลตำบลภูเรือ

## บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรครั้งสำคัญ โดยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วอันเนื่องมาจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2022) ประเมินการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.4 พันล้านคน ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวทำให้ทุกประเทศต้องเตรียมรับมือกับความต้องการด้านสุขภาพที่ซับซ้อนมากขึ้น สำหรับประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) อย่างเต็มรูปแบบ โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็น 1 ใน 5 ของประชากรทั้งประเทศ หรือประมาณ 13 ล้านคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2566) สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อโครงสร้างทางสังคมและเศรษฐกิจ รวมถึงระบบบริการสุขภาพที่ต้องรองรับความเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ในระดับพื้นที่ จังหวัดเลยมีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 21 ของประชากรทั้งหมด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตอำเภอภูเรือ พบสัดส่วนผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 20.58 และตำบลหนองบัวร้อยละ 27.28 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย, 2567) จากข้อมูลสถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลภูเรือ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประสบปัญหาสุขภาพจากโรคเรื้อรัง โดยกว่าร้อยละ 56.73 มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไต นอกจากนี้ยังพบปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล รวมถึงปัญหาด้านคุณภาพชีวิตที่มีผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งอยู่ในภาวะติดบ้านและติดเตียง ปัญหาเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและมีความสุข

การออกกำลังกายถือเป็นกลยุทธ์สำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แต่ด้วยข้อจำกัดทางสรีรวิทยาที่เสื่อมถอยลง การเลือกรูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมและปลอดภัยจึงเป็นสิ่งสำคัญ โยคะ (Yoga) เป็นการออกกำลังกายแบบองค์รวมที่ได้รับการยอมรับว่าเหมาะสมกับผู้สูงอายุ เนื่องจากเน้นความยืดหยุ่น การทรงตัว และความสัมพันธ์ระหว่างกายกับจิต ผ่านการฝึกท่าอาสนะ การผ่อนคลาย และการฝึกหายใจ Bonura (2011) พบว่าการฝึกโยคะช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ทั้งด้านความพึงพอใจในชีวิตและการลดความเครียด สอดคล้องกับ Wang (2009) ที่สรุปว่าโยคะมีประโยชน์ทั้งด้านกายภาพและจิตใจในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ Grace et al. (2020) รายงานว่าโยคะและการฝึกหายใจช่วยลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ Tew et al. (2017) ยังพบว่าโยคะช่วยปรับปรุงการทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ และ Hariprasad et al. (2013) รายงานว่าโยคะช่วยปรับปรุงสมรรถภาพทางปัญญาในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะด้านความจำและหน้าที่บริหารจัดการ (Executive Function)

แนวคิด "ความสุข 5 มิติ" ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต, 2567) เป็นกรอบแนวคิดที่พัฒนาขึ้นเพื่อส่งเสริมสุขภาพะองค์รวมของผู้สูงอายุไทย ประกอบด้วย 5 มิติ ได้แก่ สุขสบาย (Health) หมายถึง การมีสุขภาพดีร่างกายแข็งแรง, สุขสนุก (Recreation) หมายถึง จิตใจร่าเริง มีวิถีชีวิตที่รื่นรมย์, สุขสง่า (Integrity) หมายถึง เห็นคุณค่าในตนเอง มีความภาคภูมิใจ, สุขสว่าง (Cognition) หมายถึง สมรรถภาพสมองดี มีความจำและการคิดที่มีประสิทธิภาพ, และสุขสงบ (Peacefulness) หมายถึง



รู้จักควบคุมอารมณ์ มีสุขภาพจิตที่ดี แนวคิดนี้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ (Active Aging) ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ที่มุ่งเน้นการเพิ่มโอกาสด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วม และความมั่นคง เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

แม้โยคะจะมีประโยชน์อย่างมาก แต่การศึกษาวิจัยส่วนใหญ่ก็มุ่งเน้นผลทางกายภาพในเขตเมือง และยังมีงานวิจัยจำนวนน้อยที่ศึกษาผลของโยคะต่อมิติทางจิตใจและปัญหาในบริบทสังคมชนบท โดยเฉพาะการศึกษาที่ใช้กรอบแนวคิดความสุข 5 มิติแบบองค์รวม กัญญภัทสร ว่องไวไพโรจน์ และคณะ (2565) ศึกษาผลของโปรแกรมโยคะต่อสมรรถภาพทางกายในผู้สูงอายุ พบผลเชิงบวกด้านกายภาพ แต่ยังไม่ได้ครอบคลุมมิติทางจิตใจและปัญหาอย่างเพียงพอ เนติยา แจ่มทิม (2565) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ แต่ไม่ได้ใช้โยคะเป็นกิจกรรมหลัก ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญที่จะพัฒนาโปรแกรมการฝึกโยคะที่เหมาะสมสำหรับบริบทของผู้สูงอายุในเทศบาลตำบลภูเรือ จังหวัดเลย โดยมีการประเมินประสิทธิผลต่อการสร้างเสริมความสุขทั้ง 5 มิติ เพื่อนำเสนอแนวทางปฏิบัติที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ ลดภาระการพึ่งพาผู้อื่น และนำไปสู่การสูงวัยอย่างมีคุณภาพ (Active Aging) อย่างแท้จริง

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาและพัฒนาโปรแกรมการฝึกโยคะที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกโยคะต่อความสุข 5 มิติ ได้แก่ สุขสบาย (Health) สุขสนุก (Recreation) สุขสง่า (Integrity) สุขสว่าง (Cognition) และสุขสงบ (Peacefulness) ในผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลภูเรือ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

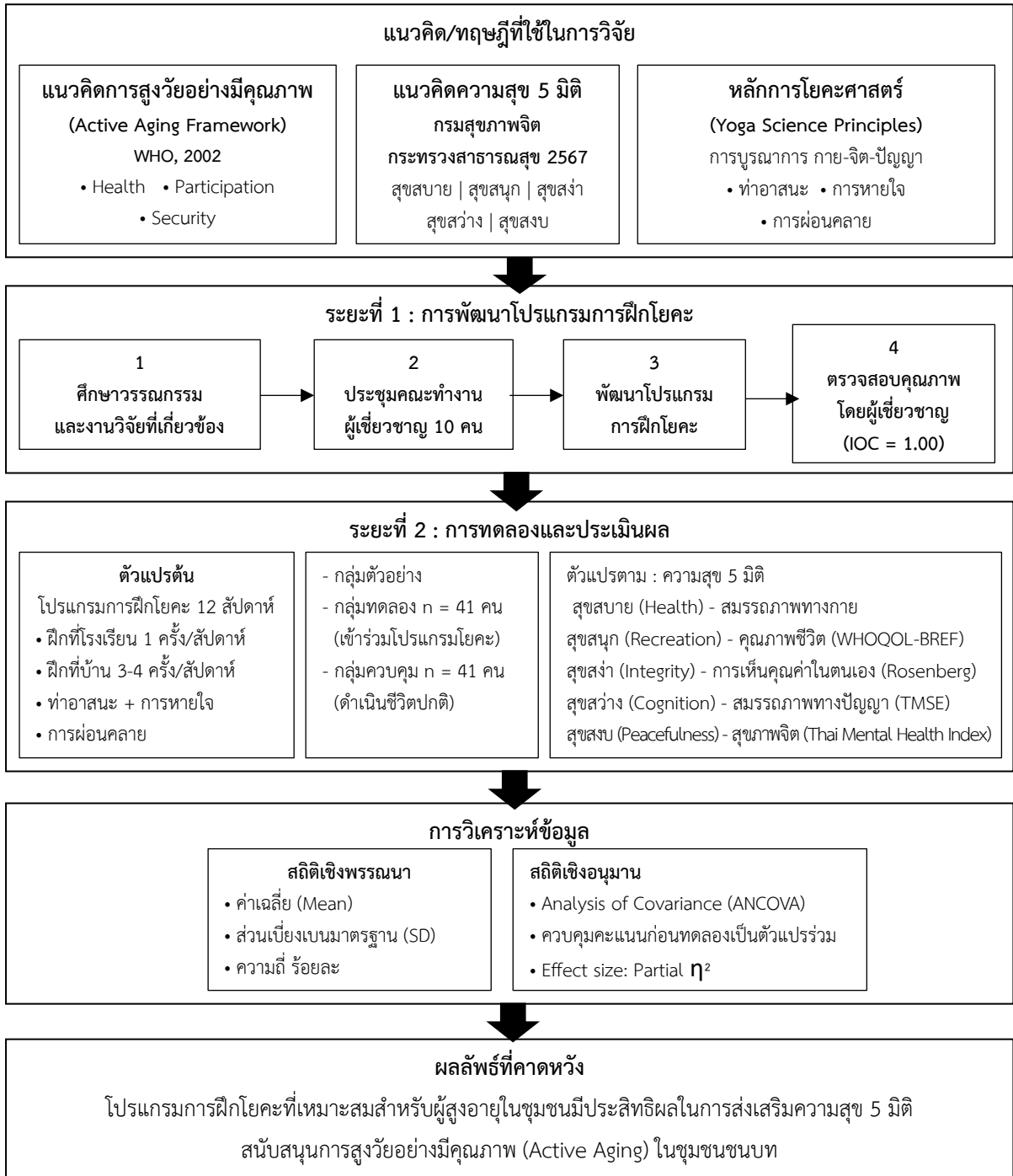
### สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกโยคะมีคะแนนสมรรถภาพทางกาย (สุขสบาย) หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนคุณภาพชีวิต (สุขสนุก) หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
3. ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง (สุขสง่า) หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
4. ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนสมรรถภาพทางปัญญา (สุขสว่าง) หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
5. ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต (สุขสงบ) หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการฝึกโยคะที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ โดยบูรณาการกรอบแนวคิดจาก 3 แหล่ง ได้แก่ (1) กรอบแนวคิดการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ (Active Aging Framework) ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ซึ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การมีส่วนร่วม และความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุ (2) แนวคิดความสุข 5 มิติของกรมสุขภาพจิต (กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต, 2567) และ (3) หลักการโยคะศาสตร์ที่เน้นการบูรณาการกาย จิต และปัญญา โดยกำหนดกรอบแนวคิดของการวิจัยดังรูปที่ 1





## ระเบียบวิธีวิจัย

### 1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) แบ่งเป็น 2 ระยะ

- ระยะที่ 1 เป็นการพัฒนาโปรแกรมการฝึกโยคะต่อความสุข 5 มิติในผู้สูงอายุเทศบาลตำบลภูเรือ

- ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบมีกลุ่มควบคุม วัตถุประสงค์ก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest Control Group Design) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดำเนินการที่เทศบาลตำบลภูเรือ อำเภอภูเรือ จังหวัดเลย

### 2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

- กลุ่มที่ 1 ผู้ร่วมพัฒนาโปรแกรม (ระยะที่ 1)

ประกอบด้วยผู้อำนวยการโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลภูเรือและเจ้าหน้าที่ 4 คน, พยาบาลวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุและงานโรคเรื้อรัง 3 คน, ครูสอนโยคะ 1 คน, และตัวแทนผู้สูงอายุ 2 คน รวม 10 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือกเข้าคือเป็นผู้มีประสบการณ์ตรงในงานที่เกี่ยวข้อง มีความเต็มใจเข้าร่วม และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาพัฒนาโปรแกรม

- กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้ใช้โปรแกรม (ระยะที่ 2)

ประชากรเป็นนักเรียนผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลภูเรือ จำนวน 120 คน

- เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria)

- 1) เป็นผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป
- 2) มีสำเนาทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลภูเรือ
- 3) มีคะแนน ADL 12-20 (กลุ่มติดสังคม)
- 4) ไม่มีประวัติการหกล้มหรืออุบัติเหตุทางสมองในช่วง 1 ปี
- 5) สามารถอ่านออกเขียนได้
- 6) ไม่มีคะแนนความเครียดเกินเกณฑ์
- 7) มีคะแนนทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นตามเกณฑ์ปกติ
- 8) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

- เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria): 1) มีปัญหาสุขภาพที่ต้องรับการรักษาระหว่างการเข้าร่วมวิจัย เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ 2) ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้อย่างต่อเนื่อง

- เกณฑ์ยุติการร่วมวิจัย (Discontinuation Criteria): 1) ผู้เข้าร่วมขอถอนตัว 2) เข้าร่วมมีเวลาไม่ครบร้อยละ 80 ของโปรแกรม

- ขนาดกลุ่มตัวอย่างและวิธีการสุ่ม คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G\*Power สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent Samples t-test) กำหนด Effect Size  $d = 0.559$  (อ้างอิงจาก สิริทรัพย์ สีหะวงษ์ และคณะ, 2566) อำนาจทดสอบ (Power) = 0.80 ระดับนัยสำคัญ ( $\alpha$ ) = 0.05 ได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 82 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 41 คน และกลุ่มทดลอง 41 คน

- วิธีการจัดสรรกลุ่ม (Allocation Method) ใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีจับสลาก (Lottery) จากประชากรที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือกทั้งหมด จากนั้นทำการจัดสรรกลุ่ม (Random Allocation) โดยใช้วิธีจับสลากอีกครั้ง กำหนดให้ผู้สูงอายุแต่ละคนจับสลากเพื่อเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม เพื่อให้ทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะพื้นฐานที่เทียบเคียงกัน (Comparable) มากที่สุด

### 3. เครื่องมือวิจัย

#### 3.1 โปรแกรมการฝึกโยคะต่อความสุข 5 มิติ

พัฒนาจากคู่มือโยคะสำหรับผู้สูงอายุของกรมการแพทย์ทางเลือก (2561) และโยคะฝึกทุกวันของสถาบันโยคะวิชาการ มูลนิธิหมอชาวบ้าน ผสมผสานท่าที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 อบอุ่นร่างกาย (Warm Up) 14 ท่า, ขั้นตอนที่ 2 ออกกำลังกายโยคะ (Yoga Asana) 11 ท่า, ขั้นตอนที่ 3 ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Cool Down) ด้วยท่าศพอาสนะ, ขั้นตอนที่ 4 การนวดด้วยพลังลมปราณ และขั้นตอนที่ 5 การฝึกหายใจ (Pranayama)

#### 3.2 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย 8 ส่วน ดังนี้ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป, ตอนที่ 2 สุขสบาย: แบบทดสอบสมรรถภาพร่างกาย (กรมอนามัย, 2562; ค่าความเชื่อมั่น = 0.96, ความเที่ยงตรง = 0.89) และแบบประเมินพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ, ตอนที่ 3 สุขสนุก: เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI), ตอนที่ 4 สุขสง่า: แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง (Rosenberg Self-Esteem Scale), ตอนที่ 5 สุขสว่าง: แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (TMSE), ตอนที่ 6 สุขสงบ: แบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสั้น 15 ข้อ (กรมสุขภาพจิต, 2550), ตอนที่ 7 แบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรม แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบบันทึกเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และตอนที่ 8 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview)

### 4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 4 ท่าน ได้แก่ (1) ดร.เพ็ญสุดา ไชยเมือง พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก (2) ดร.ชนิษฐา จุฑนะวีโรปกรณ์ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญงานวิจัย (3) อาจารย์นิภาวรรณ ทิพย์บำรุง หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลภูเรือ (4) อาจารย์วัชรวิ แก้วสา ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ผลการตรวจสอบได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) = 1.00

### 5. การรวบรวมข้อมูล

**ระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรม:** ดำเนินการผ่าน 3 ขั้นตอน ได้แก่

- 1) ประชุมคณะทำงาน 10 คน
- 2) ศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ ความสุข 5 มิติ และโยคะศาสตร์
- 3) สร้างโปรแกรมและตรวจสอบคุณภาพ

**ระยะที่ 2 การทดลองใช้โปรแกรมและประเมินผล**

**ขั้นเตรียมการ**

- 1) ขออนุญาตจากโรงพยาบาลภูเรือเพื่อประชาสัมพันธ์โครงการ
- 2) จัดพิมพ์คู่มือฝึกโยคะและเตรียมวิทยากร
- 3) คัดกรองผู้สูงอายุตามเกณฑ์คัดเข้า/คัดออก
- 4) ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน สิทธิของผู้เข้าร่วม และขอความยินยอม (ให้เวลาตัดสินใจ 24 ชั่วโมง)



### ขั้นตอนการ

- 1) ทดสอบก่อนการทดลอง (Pretest) ด้วยแบบประเมินตอนที่ 2-6
- 2) จัดตารางโปรแกรมโยคะ ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 17 เมษายน - 15 กรกฎาคม 2568 โดยฝึกที่โรงเรียนผู้สูงอายุทุกวันพุธ เวลา 11.00-12.00 น. และให้ฝึกที่บ้าน สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที
- 3) เฝ้าระวังและจัดการความเสี่ยงระหว่างดำเนินโปรแกรม
- 4) ทดสอบหลังการทดลอง (Posttest) ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 1 สัปดาห์ ด้วยแบบประเมินชุดเดิม พร้อมประเมินตอนที่ 7 และ 8
- 5) นำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ

### มาตรการป้องกัน Contamination

เนื่องจากกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นนักเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุเดียวกัน ผู้วิจัยจึงกำหนดมาตรการป้องกัน Contamination ดังนี้

- 1) แยกวันจัดกิจกรรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่ให้ตรงกัน
- 2) ขอความร่วมมือจากกลุ่มทดลองไม่ให้แจกจ่ายคู่มือหรือสอนท่าโยคะให้กลุ่มควบคุม
- 3) ติดตามผ่านแบบบันทึกกิจกรรมประจำสัปดาห์ เพื่อตรวจสอบว่ากลุ่มควบคุมไม่ได้ฝึกโยคะในช่วงที่ทำการทดลอง

### การติดตาม Compliance ของการฝึกที่บ้าน

ผู้วิจัยติดตามการปฏิบัติตามโปรแกรมของกลุ่มทดลอง โดยใช้สมุดบันทึกการฝึกโยคะประจำวัน (Yoga Practice Log) ซึ่งผู้สูงอายุบันทึกวัน เวลา และระยะเวลาที่ฝึก พร้อมทั้งมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ช่วยติดตามและกระตุ้นการฝึกทุกสัปดาห์

### 6. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปด้วยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐาน (Baseline) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อยืนยัน Baseline Equivalence ด้วยสถิติ Chi-square test สำหรับข้อมูลจัดประเภท และ Independent t-test สำหรับข้อมูลต่อเนื่อง วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยใช้คะแนนก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม (Covariate) โดยก่อนการวิเคราะห์ ANCOVA ได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumptions) ดังนี้ (1) ทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของความชันของเส้นถดถอย (Homogeneity of Regression Slopes) โดยตรวจสอบ Interaction ระหว่างกลุ่มกับคะแนน Pre-test (2) ทดสอบการแจกแจงปกติของ Residuals (Normality of Residuals) ด้วย Shapiro-Wilk test (3) ทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวน (Homogeneity of Variance) ด้วย Levene's test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (ตอนที่ 8) ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

### 7. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เลขที่ ECLOEI 052/2568 ลงวันที่ 9 เมษายน 2568 (ก่อนเริ่มเก็บข้อมูลวันที่ 17 เมษายน 2568)

## ผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 82 คน คัดกรองตามเกณฑ์คัดเข้า แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 41 คน และกลุ่มควบคุม 41 คน มีลักษณะทั่วไปดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=41)		กลุ่มควบคุม (n=41)		รวม (n=82)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<b>เพศ</b>							
ชาย	1	2.44	3	7.32	4	4.88	
หญิง	40	97.56	38	92.68	78	95.12	.303 <sup>a</sup>
<b>ระดับการศึกษา</b>							
ประถมศึกษา	36	87.80	40	97.56	76	92.68	
มัธยมศึกษา	2	4.88	0	0	2	2.44	
ปริญญาตรี	3	7.32	1	2.44	4	4.88	.185 <sup>a</sup>
<b>สถานภาพสมรส</b>							
แต่งงานอยู่ด้วยกัน	36	87.80	35	85.37	71	86.59	
แต่งงานแยกกันอยู่	1	2.44	2	4.88	3	3.66	
หม้าย/หย่าร้าง	4	9.76	4	9.76	8	9.76	.803 <sup>a</sup>
<b>โรคประจำตัว</b>							
เบาหวาน	3	7.32	3	7.32	6	7.32	
ความดันโลหิตสูง	4	9.76	6	14.63	10	12.20	
มีโรคประจำตัวหลายโรค	17	41.46	19	46.34	36	43.90	
ไม่มีโรคประจำตัว	17	41.46	13	31.71	30	36.59	.608 <sup>a</sup>
	M	SD	M	SD	M	SD	p-value
อายุ (ปี)	67.85	4.75	66.00	4.80	66.93	4.79	.084 <sup>b</sup>
น้ำหนัก (กก.)	56.10	11.14	59.00	8.18	57.55	9.75	.177 <sup>b</sup>
ส่วนสูง (ซม.)	155.00	5.72	155.00	5.60	155.00	5.69	1.000 <sup>b</sup>
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	24.14	3.76	23.65	3.08	23.90	3.43	.510 <sup>b</sup>

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะทั่วไปไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$  ทุกตัวแปร) แสดงถึง Baseline Equivalence ของทั้ง 2 กลุ่มในด้านลักษณะทางประชากรศาสตร์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 95.12) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 92.68) สถานภาพแต่งงานอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 86.59) อายุเฉลี่ย 66.93 ปี (SD = 4.79) ค่า BMI เฉลี่ย 23.90 (SD = 3.43)



## 2. การเปรียบเทียบคะแนน Pre-test ระหว่างกลุ่ม (Baseline Equivalence)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนก่อนการทดลอง (Pre-test) ของตัวชี้วัดทั้ง 5 มิติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวชี้วัด	M	SD	M	SD	t	df	p
<b>1. สุขสบาย</b>							
Back Scratch (ชม.)	-1.95	2.57	-9.20	3.78	10.157	80	<.001***
Chair Stand (ครั้ง)	13.00	2.12	12.00	1.83	2.286	80	.025*
Agility Course (วินาที)	14.73	1.16	14.71	1.75	0.061	80	.952
Step Up & Down (ครั้ง)	44.37	3.56	38.88	4.97	5.750	80	<.001***
พฤติกรรมสุขภาพ	15.10	2.06	10.68	2.07	9.691	80	<.001***
<b>2. สุขสนุก: WHOQOL-26</b>							
93.53	2.19	84.15	7.51	7.678	80	<.001***	
<b>3. สุขสง่า: Self-Esteem</b>							
3.10	0.37	3.10	0.37	0.000	80	1.000	
<b>4. สุขสว่าง: TMSE</b>							
26.17	1.32	24.29	0.75	7.930	80	<.001***	
<b>5. สุขสงบ: MH Index</b>							
48.85	1.57	48.05	2.02	2.003	80	.049*	

หมายเหตุ: \*  $p < .05$ , \*\*\*  $p < .001$

จากตารางที่ 2 พบว่าตัวชี้วัดหลายตัวมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ Pre-test ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้แก่ Back Scratch ( $t = 10.157$ ,  $p < .001$ ), Step Up and Down ( $t = 5.750$ ,  $p < .001$ ), พฤติกรรมสุขภาพ ( $t = 9.691$ ,  $p < .001$ ), WHOQOL-26 ( $t = 7.678$ ,  $p < .001$ ) และ TMSE ( $t = 7.930$ ,  $p < .001$ ) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเริ่มต้นสูงกว่ากลุ่มควบคุมในตัวชี้วัดเหล่านี้ อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างดังกล่าวถูกควบคุมด้วยการวิเคราะห์ ANCOVA ซึ่งใช้คะแนน Pre-test เป็นตัวแปรร่วม (Covariate) เพื่อปรับค่าเฉลี่ยหลังการทดลองให้คำนึงถึงความแตกต่างของจุดเริ่มต้น การวิเคราะห์ ANCOVA มีคุณสมบัติในการปรับค่าเฉลี่ย (Adjusted Mean) โดยกำจัดอิทธิพลของตัวแปรร่วมออก จึงทำให้สามารถเปรียบเทียบผลของโปรแกรมได้อย่างยุติธรรมแม้จุดเริ่มต้นจะแตกต่างกัน ทั้งนี้ ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นยืนยันว่าความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่าง Pre-test และ Post-test มีความชันเป็นเอกพันธ์ในทั้งสองกลุ่ม (Homogeneity of Regression Slopes) ซึ่งเป็นข้อกำหนดสำคัญของ ANCOVA

## 3. ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของ ANCOVA

ก่อนการวิเคราะห์ ANCOVA ผู้วิจัยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า (1) ไม่พบ Interaction ที่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างตัวแปรกลุ่มกับคะแนน Pre-test ในทุกตัวชี้วัด ( $p > .05$ ) แสดงว่าเส้นถดถอยมีความชันเป็นเอกพันธ์ (Homogeneity of Regression Slopes) (2) ผลการทดสอบ Shapiro-Wilk แสดงว่า Residuals มีการแจกแจงปกติ ( $p > .05$ ) (3) ผลการทดสอบ Levene's test แสดงว่าความแปรปรวนของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ( $p > .05$ ) ดังนั้น จึงสามารถดำเนินการวิเคราะห์ ANCOVA ได้อย่างเหมาะสม ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของ ANCOVA

ตัวชี้วัด	Homogeneity of Reg. Slopes	Shapiro-Wilk (Normality of Residuals)	Levene's test (Homogeneity of Variance)
Back Scratch	F = 1.23, p = .271	W = 0.983, p = .379	F = 2.11, p = .150
Chair Stand	F = 0.87, p = .354	W = 0.989, p = .684	F = 1.45, p = .232
Agility Course	F = 0.42, p = .519	W = 0.991, p = .812	F = 0.98, p = .325
Step Up & Down	F = 1.56, p = .215	W = 0.986, p = .513	F = 1.87, p = .175
พฤติกรรมสุขภาพ	F = 0.65, p = .423	W = 0.978, p = .197	F = 1.12, p = .293
WHOQOL-26	F = 1.89, p = .173	W = 0.981, p = .298	F = 2.34, p = .130
Self-Esteem	F = 0.31, p = .579	W = 0.985, p = .467	F = 0.76, p = .386
TMSE	F = 0.78, p = .380	W = 0.992, p = .891	F = 1.54, p = .218
MH Index	F = 1.12, p = .293	W = 0.987, p = .561	F = 1.89, p = .173

หมายเหตุ: ทุกค่า  $p > .05$  แสดงว่าผ่านข้อตกลงเบื้องต้นทุกข้อ

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ ANCOVA เปรียบเทียบคะแนนหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยควบคุมคะแนนก่อนการทดลอง

ตัวชี้วัด / ความสุข 5 มิติ	กลุ่มทดลอง (n = 41)		กลุ่มควบคุม (n = 41)		F	p	Partial $\eta^2$ (Effect Size)
	M	SD	M	SD			
<b>1. สุขสบาย (Health) : สมรรถภาพทางกาย</b>							
Back Scratch Test (ชม.)	2.07	1.54	-10.05	3.85	208.76	< .001	.725
Chair Stand Test (ครั้ง)	19.22	2.59	11.00	1.15	369.46	< .001	.824
Agility Course (วินาที)*	12.67	1.06	16.96	2.14	142.33	< .001	.643
Step Up and Down Test (ครั้ง)	54.20	4.41	36.61	5.15	248.89	< .001	.759
พฤติกรรมสุขภาพ (คะแนน)	19.00	1.00	10.54	0.48	1278.27	< .001	.942
<b>2. สุขสนุก (Recreation) : คุณภาพชีวิต</b>							
WHOQOL-BREF-THAI (คะแนน)	104.24	7.39	80.15	6.70	174.86	< .001	.689
<b>3. สุขสง่า (Integrity) : การเห็นคุณค่าในตนเอง</b>							
Rosenberg Self-Esteem Scale (คะแนน)	3.52	0.02	2.96	0.46	67.72	< .001	.462
<b>4. สุขสว่าง (Cognition) : สมรรถภาพทางปัญญา</b>							
TMSE (คะแนน)	29.95	0.22	24.10	0.54	2777.89	< .001	.972
<b>5. สุขสงบ (Peacefulness) : สุขภาพจิต</b>							
Thai Mental Health Index (คะแนน)	52.83	1.86	43.85	3.47	242.14	< .001	.754

หมายเหตุ: \* ค่าน้อยกว่าแสดงถึงผลลัพธ์ที่ดีกว่า (เวลาน้อย = ความคล่องแคล่วสูง);  $\eta^2p$  = Partial Eta-squared; ทุกค่า  $p < .001$



ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยควบคุมคะแนนก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวชี้วัดของความสุข 5 มิติ ( $p < .001$ )

**มิติที่ 1 สุขสบาย (Health)** กลุ่มทดลองมีสมรรถภาพทางกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมในทุกการทดสอบ ได้แก่ Chair Stand Test ( $M = 19.22$  vs  $11.00$ ;  $F = 369.46$ ;  $\eta^2p = .824$ ) Step Up and Down Test ( $M = 54.20$  vs  $36.61$ ;  $F = 248.89$ ;  $\eta^2p = .759$ ) Back Scratch Test ( $M = 2.07$  vs  $-10.05$ ;  $F = 208.76$ ;  $\eta^2p = .725$ ) และ Agility Course ( $M = 12.67$  vs  $16.96$  วินาที;  $F = 142.33$ ;  $\eta^2p = .643$ ) รวมถึงพฤติกรรมสุขภาพที่มีขนาดอิทธิพลสูงที่สุดในมิตินี้ ( $F = 1278.27$ ;  $\eta^2p = .942$ )

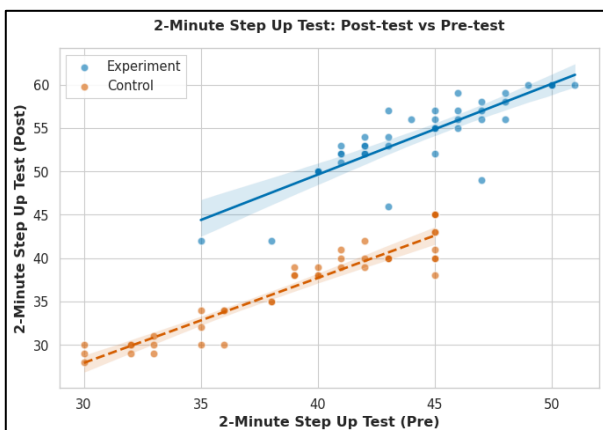
**มิติที่ 2 สุขสนุก (Recreation)** คุณภาพชีวิตด้วย WHOQOL-BREF-THAI กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่าอย่างชัดเจน ( $M = 104.24$  vs  $80.15$ ;  $F = 174.86$ ;  $\eta^2p = .689$ )

**มิติที่ 3 สุขสง่า (Integrity)** การเห็นคุณค่าในตนเองด้วย Rosenberg Self-Esteem Scale กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่า ( $M = 3.52$  vs  $2.96$ ;  $F = 67.72$ ;  $\eta^2p = .462$ ) ซึ่งมีขนาดอิทธิพลระดับใหญ่แต่ต่ำกว่ามิติอื่น

**มิติที่ 4 สุขสว่าง (Cognition)** สมรรถภาพทางปัญญาด้วย TMSE กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่าอย่างเด่นชัดที่สุด ( $M = 29.95$  vs  $24.10$ ;  $F = 2777.89$ ;  $\eta^2p = .972$ ) ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลสูงสุดในการศึกษารั้งนี้

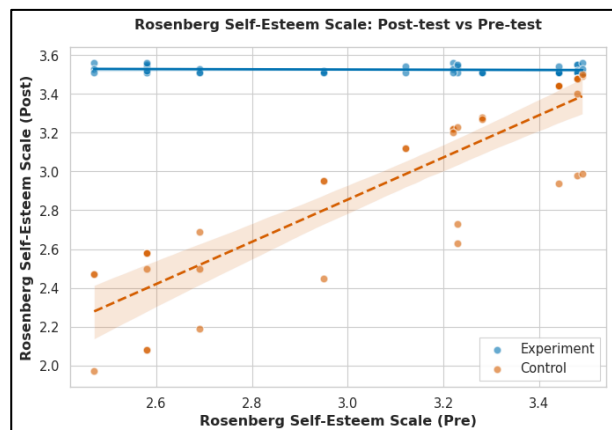
**มิติที่ 5 สุขสงบ (Peacefulness)** สุขภาพจิตด้วย Thai Mental Health Index กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่า ( $M = 52.83$  vs  $43.85$ ;  $F = 242.14$ ;  $\eta^2p = .754$ )

โดยรวม ขนาดอิทธิพล (Partial  $\eta^2$ ) ของทุกตัวชี้วัดอยู่ในระดับใหญ่ ( $\eta^2p = .462-.972$ ) ตามเกณฑ์ของ Cohen (1988) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมโยคะมีผลอย่างมีนัยสำคัญต่อความสุข 5 มิติในผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมทุกด้าน



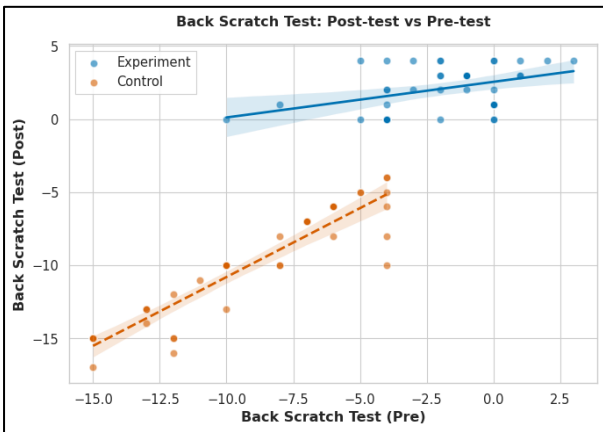
รูปภาพที่ 2

กราฟผลการเปรียบเทียบผลการทดสอบ Step Up Test



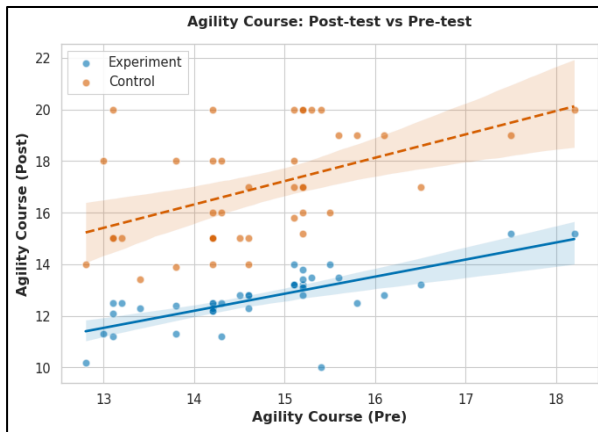
รูปภาพที่ 3

กราฟเปรียบเทียบผลการทดสอบ Rosenber Self-Esteem scale



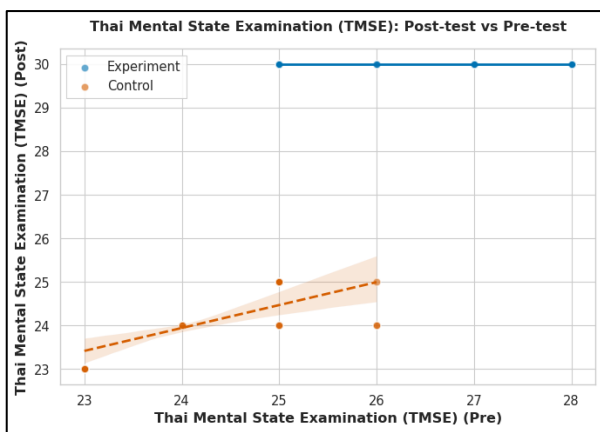
รูปภาพที่ 4

กราฟผลการเปรียบเทียบผลการทดสอบ Back Scratch



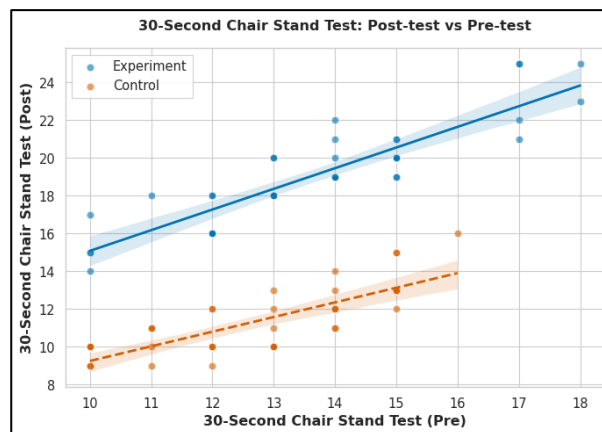
รูปภาพที่ 5

กราฟผลการเปรียบเทียบผลการทดสอบ Agility Course



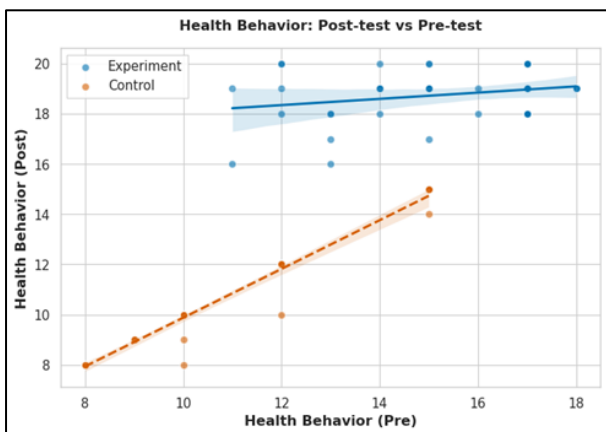
รูปภาพที่ 6

กราฟผลการเปรียบเทียบผลการทดสอบ TMSE



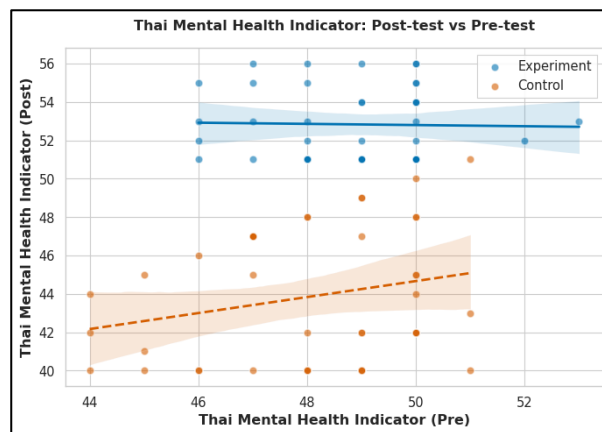
รูปภาพที่ 7

กราฟผลการเปรียบเทียบผลการทดสอบ Chair stand Test



รูปภาพที่ 8

กราฟผลการเปรียบเทียบผลการทดสอบ Health Behavior



รูปภาพที่ 9

กราฟผลการเปรียบเทียบผลการทดสอบ Chair stand Test



รูปภาพที่ 10 แสดงกราฟผลการเปรียบเทียบผลการทดสอบ WHOQOL-26

## อภิปรายผลการวิจัย

### 1. มิติสุขสบาย (Health): สมรรถภาพทางกาย

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีสมรรถภาพทางกายดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวชี้วัด ได้แก่ Back Scratch Test (ความยืดหยุ่น;  $F = 208.76$ ,  $\eta^2 = .725$ ), Chair Stand Test (ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา;  $F = 369.46$ ,  $\eta^2 = .824$ ), Agility Course (ความคล่องแคล่ว;  $F = 142.33$ ,  $\eta^2 = .643$ ) และ Step Up and Down Test (ความอดทนของระบบหัวใจและหายใจ;  $F = 248.89$ ,  $\eta^2 = .759$ ) รวมถึงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ( $F = 1278.27$ ,  $\eta^2 = .942$ ) ผลดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของธนภัทร จันโต และคณะ (2566) ที่พบว่าโปรแกรมโยคะช่วยพัฒนาการทรงตัว (TUG Test) ในผู้สูงอายุจังหวัดนครพนม โดยค่าเฉลี่ยเวลาการเดินลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.01$ ) นอกจากนี้ ภัฏญภัสสร ว่องไวไพโรจน์ และคณะ (2565) ก็พบผลเชิงบวกของโยคะต่อสมรรถภาพทางกายในผู้สูงอายุชุมชนเช่นกัน ในระดับสากล Tew et al. (2017) ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าโยคะช่วยปรับปรุงการทรงตัว ความยืดหยุ่น และความแข็งแรงของขาในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ Srimuang et al. (2021) ที่รายงานผลเชิงบวกของโยคะต่อสุขภาพกายในผู้สูงอายุจังหวัดมหาสารคาม กลไกสำคัญที่อธิบายผลลัพธ์นี้คือ การฝึกท่าอาสนะช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นของข้อต่อและกล้ามเนื้อ การฝึกทรงตัวในท่าต่าง ๆ ช่วยเสริมสร้างระบบประสาทควบคุมการเคลื่อนไหว (Proprioception) และการฝึกหายใจช่วยเพิ่มความจุปอดและประสิทธิภาพของระบบหัวใจและหลอดเลือด

### 2. มิติสุขสนุก (Recreation): คุณภาพชีวิต

กลุ่มทดลองมีคะแนน WHOQOL-BREF-THAI หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 174.86$ ,  $\eta^2 = .689$ ) ผลนี้สอดคล้องกับ Wang (2009) ที่ทบทวนวรรณกรรมพบว่าโยคะช่วยปรับปรุงคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะมิติด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ เนติยา แจ่มทิม (2565) ศึกษาโปรแกรมพัฒนาความสุข 5 มิติในผู้สูงอายุจังหวัดสุพรรณบุรี ก็พบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลไกที่อธิบายได้คือ การฝึกโยคะเป็นกิจกรรมกลุ่มที่ส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกสนุกสนาน มีวิถีชีวิตที่รื่นรมย์ ลดความเหงาและความโดดเดี่ยว ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของคุณภาพชีวิตที่ดี

### 3. มิติสุขสง่า (Integrity): การเห็นคุณค่าในตนเอง

กลุ่มทดลองมีคะแนน Rosenberg Self-Esteem Scale หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 67.72, \eta^2 = .462$ ) ผลนี้สอดคล้องกับ Bonura (2011) ที่พบว่าโยคะช่วยเสริมสร้างความภาคภูมิใจในตนเองของผู้สูงอายุ เนื่องจากการทำท่าโยคะได้สำเร็จช่วยสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) นอกจากนี้ การได้เรียนรู้ทักษะใหม่ในวัยสูงอายุ การได้เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และการได้รับการยอมรับจากเพื่อนร่วมกิจกรรม ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิด Active Aging ของ WHO (2002) ที่เน้นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

### 4. มิติสุขสว่าง (Cognition): สมรรถภาพทางปัญญา

กลุ่มทดลองมีคะแนน TMSE หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 2777.89, \eta^2 = .972$ ) ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลที่ใหญ่มากที่สุดในทุกตัวชี้วัด ผลนี้สอดคล้องกับ Hariprasad et al. (2013) ที่พบว่าโยคะช่วยปรับปรุงสมรรถภาพทางปัญญาในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะด้านความจำและหน้าที่บริหารจัดการ (Executive Function) และสอดคล้องกับ Gothe & McAuley (2015) ที่ทำ Meta-analysis พบว่าโยคะมีผลเชิงบวกต่อสมรรถภาพทางปัญญาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว กลไกที่อธิบายผลนี้ ได้แก่ การฝึกโยคะต้องอาศัยสมาธิในการจดจำลำดับท่า การประสานงานระหว่างกายกับจิต และการฝึกหายใจที่ช่วยเพิ่มออกซิเจนไปเลี้ยงสมอง ซึ่งล้วนกระตุ้นการทำงานของสมองและช่วยชะลอความเสื่อมถอยทางปัญญาในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเป็นประจำยังเป็นการกระตุ้นทางสังคม (Social Stimulation) ซึ่งเป็นปัจจัยป้องกันภาวะสมองเสื่อม

### 5. มิติสุขสงบ (Peacefulness): สุขภาพจิต

กลุ่มทดลองมีคะแนนดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 242.14, \eta^2 = .754$ ) ผลนี้สอดคล้องกับ Grace et al. (2020) ที่พบว่าโยคะและการฝึกหายใจช่วยลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และ Bonura (2011) ที่รายงานว่าโยคะช่วยลดความวิตกกังวลและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ กลไกสำคัญคือ การฝึกหายใจแบบ Pranayama ช่วยกระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเทติก (Parasympathetic Nervous System) ทำให้ร่างกายผ่อนคลาย ลดระดับฮอร์โมนคอร์ติซอล (Cortisol) ที่เป็นตัววัดความเครียด การฝึกสมาธิระหว่างทำโยคะยังช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถรับรู้และจัดการอารมณ์ได้ดีขึ้น ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของมิติสุขสงบ Grace et al. (2020) ยังรายงานว่าโยคะช่วยปรับปรุงคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญของสุขภาพจิตที่ดี

### ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดที่ควรนำไปพิจารณาในการตีความผลลัพธ์ ดังนี้

1. การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ไม่ใช่การทดลองแบบสุ่ม (Randomized Controlled Trial: RCT) อย่างสมบูรณ์ แม้จะมีการสุ่มจัดสรรกลุ่ม แต่อาจมีตัวแปรกวน (Confounding Variables) ที่ไม่ได้ควบคุม



2. กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นนักเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุเดียวกัน แม้จะมีมาตรการป้องกัน Contamination แต่อาจมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่มนอกเหนือจากที่ผู้วิจัยควบคุมได้
3. การติดตาม Compliance ของการฝึกที่บ้านอาศัยการบันทึกด้วยตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจมี Recall Bias หรือ Social Desirability Bias
4. ผู้ประเมินผลลัพธ์ (Assessor) ทราบว่าผู้เข้าร่วมอยู่ในกลุ่มใด เนื่องจากไม่ได้ทำ Assessor Blinding ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความเป็นกลางในการประเมิน
5. ผลการวิจัยจำกัดอยู่ในบริบทของผู้สูงอายุเทศบาลตำบลภูเรือ จังหวัดเลย ซึ่งเป็นพื้นที่ชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อาจไม่สามารถสรุปอ้างอิง (Generalize) ไปยังผู้สูงอายุในบริบทอื่นได้โดยตรง
6. ระยะเวลาการติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรมเพียง 1 เดือน จึงยังไม่สามารถยืนยันผลระยะยาวของโปรแกรมได้
7. ผลการเปรียบเทียบคะแนน Pre-test พบว่าหลายตัวชี้วัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างสองกลุ่มตั้งแต่ก่อนการทดลอง โดยเฉพาะ Back Scratch, Step Up and Down, WHOQOL-26 และ TMSE แม้ว่า การวิเคราะห์ ANCOVA จะปรับค่าเฉลี่ยเพื่อควบคุมความแตกต่างดังกล่าวแล้ว แต่ความแตกต่างของ Baseline ที่มากอาจส่งผลกระทบต่อความแม่นยำของค่าปรับ (Adjusted Mean) และควรตีความผลลัพธ์ด้วยความระมัดระวัง

### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้พบว่าโปรแกรมการฝึกโยคะที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ครอบคลุมทั้ง 5 มิติ ได้แก่ สุขสบาย (สมรรถภาพทางกาย) สุขสนุก (คุณภาพชีวิต) สุขสง่า (การเห็นคุณค่าในตนเอง) สุขสว่าง (สมรรถภาพทางปัญญา) และสุขสงบ (สุขภาพจิต) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยมีขนาดอิทธิพลระดับใหญ่ถึงใหญ่มาก ( $\text{Partial } \eta^2 = .462-.972$ ) โปรแกรมนี้มีความเหมาะสมสำหรับนำไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนชนบท สอดคล้องกับเป้าหมายการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ (Active Aging)

### ข้อเสนอแนะ

#### 1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย/การปฏิบัติ (Policy and Clinical Implications)

- 1) โปรแกรมนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนได้ โดยปัจจุบันได้ขยายไปยังตำบลสานตม และสามารถเป็นต้นแบบสำหรับโรงเรียนผู้สูงอายุในพื้นที่อื่นของจังหวัดเลยและทั่วประเทศ
- 2) โปรแกรมมีศักยภาพในการลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระยะยาว เนื่องจากการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกช่วยลดอุบัติการณ์ของโรคเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุ
- 3) หน่วยงานสาธารณสุขระดับท้องถิ่นควรสนับสนุนงบประมาณและบุคลากรในการจัดกิจกรรมโยคะสำหรับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

## 2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

- 1) ควรศึกษาผลระยะยาวของโปรแกรม (6 เดือน - 1 ปี) เพื่อยืนยันความคงอยู่ของผลลัพธ์
- 2) ควรทำการวิจัยแบบ RCT ในพื้นที่ที่สามารถแยกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้ชัดเจน เพื่อลดความเสี่ยง Contamination และลดปัญหา Baseline Difference
- 3) ควรศึกษาต้นทุน-ประสิทธิผล (Cost-Effectiveness Analysis) ของโปรแกรมเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบาย
- 4) ควรเพิ่มการใช้เครื่องมือวัดทางชีวภาพ เช่น ระดับ Cortisol หรือ Heart Rate Variability (HRV) เพื่อยืนยันกลไกทางสรีรวิทยาของโยคะ

### กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความร่วมมือจากผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเทศบาลตำบลภูเรือ โรงพยาบาลภูเรือ และโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลภูเรือ ที่ให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย ขอขอบคุณคณะทำงานและผู้สูงอายุทุกท่านที่เข้าร่วมโครงการด้วยความตั้งใจและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

### เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย. (2562). *คู่มือทดสอบสมรรถภาพทางกายสำหรับผู้สูงอายุ*. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2550). *แบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสั้น 15 ข้อ*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2566). *คู่มือโปรแกรม 16 สัปดาห์เพื่อพัฒนาความสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กองการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *คู่มือโยคะสำหรับผู้สูงอายุ*. ผู้แต่ง.
- กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต. (2567ก). *คู่มือวิทยากรจัดกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต. (2567ข). *แผ่นพับสร้างสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กาญจนาภรณ์ ร่องไวไพโรจน์ และคณะ. (2565). ผลของโปรแกรมการฝึกโยคะต่อสมรรถภาพทางกายในผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*, 3(2), 45–58.
- ธนภัทร จันโต และคณะ. (2566). ผลของโปรแกรมโยคะเพื่อสุขภาพต่อการทรงตัวของผู้สูงอายุในตำบลหนองแสงอำเภอมืองนครพนม จังหวัดนครพนม. *วารสารโรงพยาบาลนครพนม*, 10(2), 87–98.
- เนติยา แจ่มทิม. (2565). ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาความสุข 5 มิติในผู้สูงอายุตำบลสนามชัย อำเภอมืองจังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี*, 5(2), 140–154.



- สิริทรัพย์ สีหะวงษ์, ศิริพร จันทนสกุลวงศ์, ปิยณัฐ สร้อยคำ, และพฤตนิ นนท์ตุลา. (2566). ผลของโยคะต่อสุขภาพกายและจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ*, 9(1), 45–56.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2566). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2566*. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย. (2567). *รายงานสถานการณ์สุขภาพประชากรจังหวัดเลย ปีงบประมาณ 2567*. ผู้แต่ง.
- Bonura, K. B. (2011). The psychological benefits of yoga practice for older adults: Evidence and guidelines. *International Journal of Yoga Therapy*, 21(1), 129–142. <https://doi.org/10.17761/ijyt.21.1.j4ll204h12535874>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Gothe, N. P., & McAuley, E. (2015). Yoga and cognition: A meta-analysis of chronic and acute effects. *Psychosomatic Medicine*, 77(7), 784–797. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000218>
- Grace, P. H., Meryana, P., & Pantouw, J. G. (2020). Sleep quality before and after yoga exercises in elderly at Posyandu Lansia Yuswo Widodo Surabaya. *Journal of Widya Medika Junior*, 2(2). <https://doi.org/10.33508/jwmj.v2i2.2475>
- Hariprasad, V. R., Koparde, V., Sivakumar, P. T., Varambally, S., Thirthalli, J., Varghese, M., & Gangadhar, B. N. (2013). Randomized clinical trial of yoga-based intervention in residents from elderly homes: Effects on cognitive function. *Indian Journal of Psychiatry*, 55(Suppl 3), S357–S363.
- Raub, J. A. (2002). Psychophysiologic effects of hatha yoga on musculoskeletal and cardiopulmonary function: A literature review. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 8(6), 797–812.
- Srimuang, T., Supucworakul, C., Choprapun, A., Potisaen, J., & Potisaen, T. (2021). The effect of yoga on health development of the elderly in Amphoe Na Dun Mahasarakham. *Journal for Developing the Social and Community*, 8(1), 309–328.
- Tew, G. A., Howsam, J., Hardy, M., & Bissell, L. (2017). Adapted yoga to improve physical function and health-related quality of life in physically-inactive older adults: A randomised controlled pilot trial. *BMC Geriatrics*, 17(1), 131. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0520-6>
- Wang, D. (2009). The use of yoga for physical and mental health among older adults: A review of the literature. *International Journal of Yoga Therapy*, 19(1), 91–96. <https://doi.org/10.17761/ijyt.19.1.712325087l78784j>
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework*. WHO.
- World Health Organization. (2022). *World report on ageing and health*. WHO.

## An Evaluation of the Implementation of the Three-Doctor (3 หมอ) Policy in Primary Care Units in Trat Province

Jirayut Prasittinawa  
Trat Provincial Public Health Office

### Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to evaluate the effectiveness of the Three-Doctor (3 หมอ) Policy implementation in primary care units in Trat Province, to identify success factors, barriers, and to propose developmental guidelines. The study employed a quantitative approach using structured questionnaires. The sample consisted of 460 health personnel across three groups, selected using disproportionate stratified sampling to ensure adequate representation: Doctor 1 (Village Health Volunteers; n=372), Doctor 2 (Public Health Officers; n=70), and Doctor 3 (Family Medicine Physicians; n=18), along with 430 service recipients selected through multi-stage sampling calculated using Taro Yamane formula for personnel and Cochran's formula for citizens. Data were collected using two structured questionnaires validated by three experts, with Cronbach's alpha coefficients ranging from 0.87 to 0.93. Data were analyzed using descriptive statistics, one-way ANOVA with Tukey's HSD post-hoc test, Pearson correlation, and multiple regression analysis.

The results revealed that overall implementation effectiveness was at a high level. All personnel groups demonstrated high levels of policy knowledge (Mean = 3.85–4.03) and operational performance (Mean = 3.76–4.21), with Doctor 3 scoring highest. Operational performance differed significantly among the three groups ( $F = 3.672$ ,  $p = 0.026$ ), confirmed by Tukey's HSD showing Doctor 3 significantly higher than Doctor 2 ( $p = 0.019$ ). Policy knowledge did not differ significantly ( $F = 1.318$ ,  $p = 0.268$ ). Knowledge showed a strong positive correlation with performance ( $r = 0.658$ ,  $p < 0.01$ ). The factor most influencing citizen satisfaction was the service quality of Doctor 3 (Beta = 0.321), with all predictors explaining 68.7% of satisfaction variance ( $R^2 = 0.687$ ; VIF range = 1.32–2.18). Citizens reported high levels of policy awareness (Mean = 3.72) and satisfaction (Mean = 4.07). Primary barriers included excessive workload (38.2–66.7%), resource deficiency—particularly among Doctor 3 (77.8%)—and the lack of an integrated health information system (61.1%).

Recommendations include developing an integrated electronic health information system, reallocating personnel and resources commensurate with workload, and enhancing digital literacy training for elderly Village Health Volunteers.

**Keywords:** Three-Doctor Policy, policy implementation evaluation, primary health care system, Trat Province, Village Health Volunteers, family medicine, citizen satisfaction

\*Corresponding Author: jirayuth.p@hotmail.com



## การประเมินผลการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบาย 3 หมอในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดตราด

จรรย์ฤทธิ์ ประสิทธิ์นาวา  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานตามนโยบาย 3 หมอ ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรค และเสนอแนวทางการพัฒนาในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดตราด กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยบุคลากร 3 กลุ่ม รวม 460 คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นไม่เป็นสัดส่วน ได้แก่ หมอ 1 (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) จำนวน 372 คน หมอ 2 (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) จำนวน 70 คน และ หมอ 3 (แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว) จำนวน 18 คน พร้อมด้วยประชาชนผู้รับบริการ 430 คน คัดเลือกด้วยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน คำนวณขนาดตัวอย่างบุคลากรด้วยสูตร Taro Yamane และประชาชนด้วยสูตร Cochran เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง 2 ชุด ที่ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่า Cronbach's alpha ระหว่าง 0.87–0.93 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) การทดสอบ Tukey's HSD สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า ประสิทธิภาพการดำเนินงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก บุคลากรทุกกลุ่มมีความรู้ความเข้าใจนโยบาย (Mean = 3.85–4.03) และการปฏิบัติงาน (Mean = 3.76–4.21) ในระดับมาก โดยหมอ 3 มีคะแนนสูงสุดทั้งสองด้าน ระดับการปฏิบัติงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่าง 3 กลุ่ม ( $F = 3.672, p = 0.026$ ) โดยหมอ 3 มีคะแนนสูงกว่าหมอ 2 อย่างมีนัยสำคัญ ( $p = 0.019$ ) ความรู้ความเข้าใจมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับการปฏิบัติงาน ( $r = 0.658, p < 0.01$ ) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของประชาชนสูงสุดคือคุณภาพการให้บริการของหมอ 3 (Beta = 0.321) โดยตัวแปรทั้งหมดอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 68.7 ( $R^2 = 0.687$ ) ประชาชนมีการรับรู้นโยบาย (Mean = 3.72) และความพึงพอใจ (Mean = 4.07) ในระดับมาก ปัญหาหลักคือภาระงานที่มากเกินไป (ร้อยละ 38.2–66.7) การขาดแคลนทรัพยากร โดยเฉพาะในกลุ่มหมอ 3 (ร้อยละ 77.8) และการขาดระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงระหว่างทีม (ร้อยละ 61.1)

ข้อเสนอแนะ ควรพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ที่เชื่อมโยงระหว่างทีม 3 หมอ จัดสรรบุคลากรและทรัพยากรให้สอดคล้องกับภาระงาน และพัฒนาทักษะดิจิทัลสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอายุมาก

**คำสำคัญ:** นโยบาย 3 หมอ, การประเมินผลการดำเนินงาน, ระบบสุขภาพปฐมภูมิ, จังหวัดตราด, เวชศาสตร์ครอบครัว, ความพึงพอใจของประชาชน

## บทนำ

ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นรากฐานสำคัญของระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในการบรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) ตามวาระการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals) ข้อที่ 3 (World Health Organization [WHO], 2018) ในประเทศไทย การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิได้ดำเนินมาตั้งแต่ทศวรรษ 1970 ด้วยการขยายโครงข่ายสถานีนอมนามัย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และการนำระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้ในปี 2545 ที่ครอบคลุมประชากรกว่าร้อยละ 98.5 (Tangcharoensathien et al., 2018) อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยกำลังเผชิญความท้าทายด้านสาธารณสุขที่สำคัญ ได้แก่ การเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ภายในปี 2568 โดยประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มจากร้อยละ 10 ในปี 2543 เป็นร้อยละ 20 ในปี 2563 และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 36 ภายในปี 2593 การเพิ่มขึ้นของภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) อัตราอุบัติเหตุทางถนนที่สูง และมลพิษทางอากาศ (World Bank, 2021) เพื่อรับมือกับความท้าทายเหล่านี้ รัฐบาลไทยจึงประกาศใช้พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 และขับเคลื่อนนโยบาย "คนไทยทุกคนครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน" หรือนโยบาย 3 หมอ ตั้งแต่ปี 2563 (กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

นโยบาย 3 หมอประกอบด้วยบุคลากรสุขภาพ 3 ระดับที่ทำงานเป็นทีม ได้แก่ หมอคนที่ 1 คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่เยี่ยมบ้านและคัดกรองเบื้องต้น โดย 1 คนดูแล 10-20 หลังคาเรือน หมอคนที่ 2 คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ให้บริการปฐมภูมิและเชื่อมประสานชุมชนกับโรงพยาบาล และหมอคนที่ 3 คือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โดย 1 คนดูแล 8,000-12,000 คน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2565) นโยบายนี้มีเป้าหมายเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดความแออัดในโรงพยาบาล และส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม อย่างไรก็ตาม การนำนโยบายไปปฏิบัติพบความท้าทาย เช่น การบูรณาการการทำงานระหว่างทีม ความพร้อมของบุคลากร ระบบข้อมูลสุขภาพ และการจัดสรรงบประมาณ (ทิณกร โนรี และคณะ, 2565) รวมถึงการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Chaitiang et al., 2024)

แม้มีการศึกษาเกี่ยวกับนโยบาย 3 หมอในบางพื้นที่ แต่ยังมีช่องว่างความรู้ (Gap of Knowledge) ที่สำคัญ ได้แก่ (1) การขาดการศึกษาประเมินผลอย่างเป็นระบบที่ครอบคลุมทั้งมิติโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ตามแนวคิด Donabedian Model ในบริบทพื้นที่ที่แตกต่างกัน (2) การขาดข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยความสำเร็จและความล้มเหลว และ (3) การขาดแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สามารถประยุกต์ใช้ได้จริง สำหรับจังหวัดตราดซึ่งมีลักษณะภูมิประเทศหลากหลายทั้งพื้นที่เกาะ ชายฝั่งทะเล และพื้นที่ราบ มีประชากรแฝงและแรงงานต่างด้าวจำนวนมาก มีหน่วยบริการปฐมภูมิ 15 แห่ง ครอบคลุมประชากร 140,298 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด, 2566) แต่ยังไม่มีการศึกษาประเมินผลอย่างเป็นระบบ การศึกษาครั้งนี้จึงมีเป้าหมายเพื่อตอบช่องว่างความรู้ดังกล่าว โดยการออกแบบการศึกษาที่สอดคล้องกับกรอบแนวคิด Donabedian เพื่อประเมินโครงสร้าง (ทรัพยากรและบุคลากร) กระบวนการ (การปฏิบัติงานและการประสานงาน) และผลลัพธ์ (ความพึงพอใจของประชาชน) ของการดำเนินงานนโยบาย 3 หมอในจังหวัดตราด



### วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานตามนโยบาย 3 หมอ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดตราด ตามกรอบแนวคิด Donabedian (โครงสร้าง กระบวนการ ผลลัพธ์)
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานตามนโยบาย 3 หมอ
3. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานตามนโยบาย 3 หมอ
4. เพื่อเสนอแนวทางในการพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานตามนโยบาย 3 หมอ

### กรอบแนวคิดการวิจัย



การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพการดูแลสุขภาพของ Donabedian (1988) เป็นกรอบหลักในการจัดโครงสร้างตัวแปรและการวิเคราะห์ผล โดย Donabedian เสนอว่าคุณภาพการดูแลสุขภาพสามารถประเมินได้จาก 3 มิติที่สัมพันธ์กัน ได้แก่ โครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome) นอกจากนี้ ยังบูรณาการกับแนวคิดการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติของ Van Meter และ Van Horn (1975) ที่เน้นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทั้งสองในการจัดกลุ่มตัวแปร ดังนี้

1. **มิติโครงสร้าง (Structure)** ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน) ทรัพยากรสนับสนุน และจำนวนบุคลากร ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยด้านทรัพยากรตามแนวคิดของ Van Meter และ Van Horn

2. **มิติกระบวนการ (Process)** ความรู้ความเข้าใจนโยบาย การปฏิบัติงานตามนโยบาย การประสานงานระหว่างทีม 3 หมอ และเทคโนโลยี ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยด้านการสื่อสารระหว่างองค์กรและทัศนคติของผู้ปฏิบัติ

3. **มิติผลลัพธ์ (Outcome)** ประสิทธิภาพการดำเนินงาน การรับรู้ของประชาชน ความพึงพอใจของประชาชน และปัญหาอุปสรรค

#### ระเบียบวิธีวิจัย

##### 1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research) โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง

##### 2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 **ประชากร** ได้แก่ บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตามนโยบาย 3 หมอ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดตราด จำนวน 4,500 คน (หมอ 1 จำนวน 4,378 คน หมอ 2 จำนวน 100 คน หมอ 3 จำนวน 22 คน) และประชาชนที่รับบริการจากหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 140,298 คน

##### 2.2 กลุ่มตัวอย่าง

2.2.1 **บุคลากร** ใช้สูตร Taro Yamane (1973) คำนวณขนาดตัวอย่างรวมขั้นต่ำ

$$\begin{aligned}n &= N/(1+Ne^2) \\ &= 4,500/(1+4,500 \times 0.05^2) \\ &= 368 \text{ คน}\end{aligned}$$

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการจัดสรรตามสัดส่วน (Proportional Stratified Sampling) จะทำให้กลุ่มหมอ 2 ได้เพียง 8 คน และหมอ 3 ได้เพียง 2 คน ซึ่งมีขนาดเล็กเกินไปสำหรับการวิเคราะห์ทางสถิติเชิงเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นไม่เป็นสัดส่วน (Disproportionate Stratified Sampling) โดยเพิ่มจำนวนตัวอย่างกลุ่มเล็กเพื่อให้มีความเพียงพอต่อการวิเคราะห์ทางสถิติ (Krejcie &



Morgan, 1970; Cochran, 1977) ทั้งนี้ สำหรับหมอ 2 เก็บข้อมูลจากทั้งหมดที่เข้าเกณฑ์ 70 คน (จากประชากร 100 คน) และหมอ 3 เก็บจากทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ 18 คน (จากประชากร 22 คน) เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีจำนวนน้อยจึงเก็บข้อมูลแบบเกือบสำมะโน (Near-census) สำหรับหมอ 1 เก็บข้อมูล 372 คน ด้วยการสุ่มแบบหลายขั้นตอนจากทั้ง 7 อำเภอ

**2.2.2 ประชาชนผู้รับบริการ** จำนวน 430 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร Cochran (1977) กำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% ค่าความคลาดเคลื่อน 5% และสัดส่วนประชากร 0.50 ได้

$$\begin{aligned} n &= Z^2pq/e^2 \\ &= (1.96)^2(0.50)(0.50)/(0.05)^2 \\ &= 384.16 \end{aligned}$$

เพิ่มร้อยละ 10 สำหรับแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ เป็น 423 คน เก็บจริง 430 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) จาก 7 อำเภอ

**เกณฑ์การคัดเข้า** บุคลากรปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดตราดอย่างน้อย 6 เดือน ประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป อาศัยในจังหวัดตราดอย่างน้อย 6 เดือน เคยรับบริการอย่างน้อย 1 ครั้งในช่วง 6 เดือน และยินยอมเข้าร่วมโดยสมัครใจ

**เกณฑ์การคัดออก** ผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ มีข้อจำกัดด้านการสื่อสารหรือสติปัญญา ไม่สามารถให้ข้อมูลครบถ้วน บุคลากรที่ไม่ปฏิบัติงานจริง และประชาชนนอกเขตพื้นที่รับผิดชอบ

### 3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลทั้งหมด 2 ชุด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เครื่องมือชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับบุคลากร ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป 5 ข้อ (สอดคล้องกับมิติโครงสร้างตาม Donabedian)

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความเข้าใจนโยบาย 10 ข้อ มาตรการส่วน 5 ระดับ (สอดคล้องกับมิติกระบวนการ)

ส่วนที่ 3 การดำเนินงานตามนโยบาย 10 ข้อ มาตรการส่วน 5 ระดับ (สอดคล้องกับมิติกระบวนการ)

ส่วนที่ 4 ปัญหาและอุปสรรค เป็นคำถามแบบเลือกตอบหลายตัวเลือก (Multiple Response)

1 ข้อ พร้อมคำถามปลายเปิด 1 ข้อ

เครื่องมือชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับประชาชน ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 การรับรู้นโยบาย 10 ข้อ มาตรการส่วน 5 ระดับ (สอดคล้องกับมิติผลลัพธ์)

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจ 10 ข้อ มาตรการส่วน 5 ระดับ (สอดคล้องกับมิติผลลัพธ์)

#### 4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน นักสาธารณสุข 2 ท่าน) และทดลองใช้ (Pilot Test) กับบุคลากร 30 คน และประชาชน 30 คน ในหน่วยบริการปฐมภูมิ อ.ปากท่อ จ.ราชบุรี ค่า Cronbach's alpha ของแบบสอบถามชุดที่ 1 ส่วนที่ 2 และ 3 เท่ากับ 0.89 และ 0.91 ตามลำดับ แบบสอบถามชุดที่ 2 ส่วนที่ 2 และ 3 เท่ากับ 0.87 และ 0.93 ตามลำดับ

#### 5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2567 ถึงมกราคม 2568 โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ

1) ระยะที่ 1 (1-15 ธ.ค. 2567) เตรียมการและประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราดและหน่วยบริการปฐมภูมิทั้ง 7 อำเภอ พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์และกระบวนการให้ความยินยอม

2) ระยะที่ 2 (16 ธ.ค. 2567 - 15 ม.ค. 2568) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากบุคลากรและประชาชน โดยผู้ตอบกรอกแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลา 15-20 นาทีสำหรับบุคลากร และ 10-15 นาทีสำหรับประชาชน

#### 6. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

- 1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2) ทดสอบการแจกแจงปกติด้วย Shapiro-Wilk test ก่อนใช้สถิติพาราเมตริก
- 3) การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้และการปฏิบัติงานระหว่าง 3 กลุ่ม ร่วมกับการทดสอบ Tukey's HSD เมื่อพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ
- 4) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Correlation) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร
- 5) การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ด้วยวิธี Enter พร้อมตรวจสอบ Multicollinearity ด้วยค่า VIF (Variance Inflation Factor) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

#### 7. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลปากท่อ จ.ราชบุรี (COE No. 08/2567 วันที่ 20 พฤศจิกายน 2567) ทั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกยื่นขอรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลปากท่อ เนื่องจากเป็นสถานที่ที่ใช้ทดลองเครื่องมือวิจัย (Pilot Test) และคณะกรรมการดังกล่าวเป็นคณะกรรมการจริยธรรมที่ได้รับการรับรองจากสำนักงานมาตรฐานการวิจัยในคน (National Research Council of Thailand) ซึ่งมีอำนาจในการพิจารณาโครงการวิจัยที่ดำเนินการในพื้นที่อื่นได้ นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ขออนุญาตเก็บข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราดเป็นลายลักษณ์อักษร กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูลการวิจัย (Participant Information Sheet) และลงนามในแบบยินยอม (Informed Consent Form) ก่อนเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บรักษาเป็นความลับ



## ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอตามกรอบแนวคิด Donabedian โดยแบ่งเป็น 3 มิติ ได้แก่ มิติโครงสร้าง มิติกระบวนการ และมิติผลลัพธ์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

### มิติที่ 1 โครงสร้าง (Structure)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

ข้อมูลทั่วไป	หมอ 1 (n=372)	หมอ 2 (n=70)	หมอ 3 (n=18)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
<b>เพศ</b>			
ชาย	53 (14.2)	30 (42.9)	6 (33.3)
หญิง	319 (85.8)	40 (57.1)	12 (66.7)
<b>ช่วงอายุ (ปี)</b>			
21-30	14 (3.8)	9 (12.9)	6 (33.3)
31-40	29 (7.8)	7 (10.0)	8 (44.4)
41-50	94 (25.3)	26 (37.1)	2 (11.1)
51-60	166 (44.6)	28 (40.0)	1 (5.6)
> 60	69 (18.5)	0 (0.0)	1 (5.6)
<b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>			
ต่ำกว่าปริญญาตรี	318 (85.5)	11 (15.7)	-
ปริญญาตรี	50 (13.4)	57 (81.4)	18 (100.0)
สูงกว่าปริญญาตรี	4 (1.1)	2 (2.9)	-
<b>ประสบการณ์ (ปี)</b>			
1-5	101 (27.2)	16 (22.9)	18 (100.0)
6-10	60 (16.1)	4 (5.7)	-
11-15	38 (10.2)	7 (10.0)	-
16-20	79 (21.2)	5 (7.1)	-
> 20	94 (25.3)	38 (54.3)	-

จากตารางที่ 1 บุคลากรทั้ง 3 กลุ่มมีลักษณะทางประชากรศาสตร์แตกต่างกันอย่างชัดเจน หมอ 1 (อสม.) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 85.8) อายุ 51-60 ปี (ร้อยละ 44.6) มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 85.5) หมอ 2 มีวุฒิปริญญาตรี (ร้อยละ 81.4) และประสบการณ์มากกว่า 20 ปี (ร้อยละ 54.3) หมอ 3 อายุ 31-40 ปี (ร้อยละ 44.4) จบปริญญาตรีทุกคน และมีประสบการณ์ 1-5 ปี (ร้อยละ 100) ข้อมูลโครงสร้างด้านทรัพยากรบุคคลนี้สะท้อนความหลากหลายของทีม 3 หมอ ตามที่กรอบแนวคิด Donabedian ระบุว่าโครงสร้างเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลต่อกระบวนการทำงาน

## มิติที่ 2 กระบวนการ (Process)

มิติที่ 2 กระบวนการ (Process) เป็นการประเมินระดับการรับรู้และความเข้าใจของบุคลากรสาธารณสุขทั้ง 3 กลุ่มเกี่ยวกับนโยบาย 3 หมอ ซึ่งครอบคลุมทั้งด้านวัตถุประสงค์ บทบาทหน้าที่ แนวทางการประสานงาน เป้าหมายการพัฒนาาระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระบวนการดูแลประชาชน การมีส่วนร่วมของชุมชน การใช้เทคโนโลยี ตัวชี้วัดความสำเร็จ ระบบการส่งต่อผู้ป่วย และแนวทางการพัฒนาศักยภาพ ทั้งนี้ การรับรู้และความเข้าใจของผู้ปฏิบัติงานถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ สอดคล้องกับแนวคิดของ Van Meter and Van Horn (1975) ที่ระบุว่า การสื่อสารนโยบายและความชัดเจนของมาตรฐานการปฏิบัติงานเป็นตัวแปรสำคัญในกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ ผลการวิเคราะห์ระดับการรับรู้และความเข้าใจเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มแสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบาย 3 หมอ (เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม)

ข้อ	รายการ	หมอ 1 (n=372)			หมอ 2 (n=70)			หมอ 3 (n=18)		
		Mean	SD	แปลผล	Mean	SD	แปลผล	Mean	SD	แปลผล
1	ท่านมีความเข้าใจในวัตถุประสงค์ของนโยบาย 3 หมอ	4.02	0.79	มาก	4.03	0.78	มาก	4.28	0.46	มากที่สุด
2	ท่านทราบบทบาทหน้าที่ของตนเองในการดำเนินงานตามนโยบาย 3 หมอ	4.01	0.74	มาก	4.17	0.59	มาก	4.28	0.46	มากที่สุด
3	ท่านเข้าใจแนวทางการประสานงานระหว่างทีม 3 หมอ	4.02	0.83	มาก	3.90	0.71	มาก	4.28	0.46	มากที่สุด
4	ท่านทราบเป้าหมายของนโยบาย 3 หมอ ในการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ	3.91	0.82	มาก	3.84	0.71	มาก	4.28	0.46	มากที่สุด
5	ท่านเข้าใจกระบวนการทำงานของทีม 3 หมอ ในการดูแลประชาชน	4.14	0.79	มาก	3.86	0.80	มาก	4.00	0.77	มาก
6	ท่านทราบถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชนในนโยบาย 3 หมอ	4.09	0.79	มาก	4.00	0.74	มาก	4.28	0.46	มากที่สุด
7	ท่านเข้าใจแนวทางการใช้เทคโนโลยีในการทำงานของทีม 3 หมอ	3.89	0.76	มาก	3.69	0.86	มาก	3.72	1.18	มาก
8	ท่านทราบถึงตัวชี้วัดความสำเร็จของนโยบาย 3 หมอ	3.83	0.78	มาก	3.60	0.98	มาก	3.22	1.59	ปานกลาง



ข้อ	รายการ	หมอ 1 (n=372)			หมอ 2 (n=70)			หมอ 3 (n=18)		
		Mean	SD	แปลผล	Mean	SD	แปลผล	Mean	SD	แปลผล
9	ท่านเข้าใจระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างทีม 3 หมอ	4.01	0.83	มาก	3.76	0.91	มาก	4.00	0.77	มาก
10	ท่านทราบถึงแนวทางการพัฒนาศักยภาพของทีม 3 หมอ	3.89	0.77	มาก	3.67	0.83	มาก	4.00	0.77	มาก
<b>ค่าเฉลี่ยรวม</b>		<b>3.98</b>	<b>0.79</b>	<b>มาก</b>	<b>3.85</b>	<b>0.79</b>	<b>มาก</b>	<b>4.03</b>	<b>0.74</b>	<b>มาก</b>

จากตารางที่ 2 ระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบาย 3 หมอของบุคลากรทั้ง 3 ทีมโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยหมอ 3 มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean=4.03, SD=0.74) รองลงมาคือหมอ 1 (Mean=3.98, SD=0.79) และหมอ 2 (Mean=3.85, SD=0.79) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าทุกกลุ่มมีความเข้าใจดีในด้านวัตถุประสงค์และบทบาทหน้าที่ของตนเอง แต่มีความเข้าใจต่ำกว่าในด้านตัวชี้วัดความสำเร็จและการใช้เทคโนโลยี โดยเฉพาะหมอ 3 มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานสูง (SD=1.59) ในด้านตัวชี้วัดความสำเร็จ

การดำเนินงานตามนโยบาย 3 หมอ เป็นการประเมินระดับการปฏิบัติงานจริงของบุคลากรทั้ง 3 กลุ่มครอบคลุม 10 ประเด็น ได้แก่ การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ การประสานงาน การสนับสนุนทรัพยากร การใช้เทคโนโลยี การมีส่วนร่วมในการวางแผน การให้คำปรึกษา การติดตามประเมินผล การแลกเปลี่ยนข้อมูล การบูรณาการกับหน่วยงานในชุมชน และการพัฒนาปรับปรุงการดำเนินงาน ซึ่งตามกรอบแนวคิดของ Donabedian (2005) มิติด้านกระบวนการสะท้อนถึงกิจกรรมการดำเนินงานที่เชื่อมโยงระหว่างปัจจัยนำเข้ากับผลลัพธ์ของนโยบาย ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** การดำเนินงานตามนโยบาย 3 หมอ (เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม)

ข้อ	รายการ	หมอ 1 (n=372)			หมอ 2 (n=70)			หมอ 3 (n=18)		
		Mean	SD	แปลผล	Mean	SD	แปลผล	Mean	SD	แปลผล
1	ท่านสามารถปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย	4.05	0.75	มาก	3.99	0.79	มาก	4.50	0.51	มากที่สุด
2	ท่านมีการประสานงานกับทีม 3 หมออย่างมีประสิทธิภาพ	4.00	0.77	มาก	3.93	0.77	มาก	4.28	0.46	มากที่สุด
3	ท่านได้รับการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน	3.90	0.82	มาก	3.40	1.06	ปานกลาง	4.00	0.69	มาก
4	ท่านสามารถใช้เทคโนโลยีในการสนับสนุนการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ	3.95	0.85	มาก	3.77	0.80	มาก	4.28	0.46	มากที่สุด

ข้อ	รายการ	หมอ 1 (n=372)			หมอ 2 (n=70)			หมอ 3 (n=18)		
		Mean	SD	แปลผล	Mean	SD	แปลผล	Mean	SD	แปลผล
5	ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่	4.08	0.74	มาก	3.99	0.73	มาก	4.00	0.00	มาก
6	ท่านสามารถให้คำปรึกษาและแนะนำด้านสุขภาพแก่ประชาชนได้อย่างเหมาะสม	4.13	0.74	มาก	4.04	0.65	มาก	4.28	0.46	มากที่สุด
7	ท่านมีการติดตามและประเมินผลการดูแลสุขภาพของประชาชนในความรับผิดชอบ	4.09	0.74	มาก	3.87	0.76	มาก	4.50	0.51	มากที่สุด
8	ท่านมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสบการณ์กับทีม 3 หมออย่างสม่ำเสมอ	3.91	0.77	มาก	3.37	0.85	ปานกลาง	4.22	0.43	มากที่สุด
9	ท่านสามารถบูรณาการการทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นในชุมชนได้	4.13	0.77	มาก	3.80	0.84	มาก	4.00	0.69	มาก
10	ท่านมีส่วนร่วมในการพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานตามนโยบาย 3 หมอ	3.88	0.86	มาก	3.49	0.90	มาก	4.00	0.69	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม		4.01	0.78	มาก	3.76	0.81	มาก	4.21	0.49	มาก

จากตารางที่ 3 ระดับการปฏิบัติงานตามนโยบาย 3 หมอของบุคลากรทั้ง 3 ทีมโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยหมอ 3 มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean=4.21, SD=0.49) อยู่ในระดับมาก รองลงมาคือหมอ 1 (Mean=4.01, SD=0.78) และหมอ 2 (Mean=3.76, SD=0.81) ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าหมอ 3 มีคะแนนสูงที่สุดในด้านการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ (Mean=4.50, SD=0.51) และการติดตามประเมินผล (Mean=4.50, SD=0.51) แสดงถึงความมุ่งมั่นและความรับผิดชอบสูง ขณะที่หมอ 2 มีคะแนนต่ำที่สุดในด้านการได้รับการสนับสนุนทรัพยากร (Mean=3.40, SD=1.06) และการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับทีม (Mean=3.37, SD=0.85)

นอกจากการประเมินระดับการปฏิบัติงานแล้ว การศึกษานี้ยังสำรวจปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานตามนโยบาย 3 หมอของบุคลากรทั้ง 3 กลุ่ม ใน 5 ประเด็น ได้แก่ การขาดความรู้ความเข้าใจในนโยบาย การขาดทรัพยากร ภาระงานที่มาก การประสานงานไม่ต่อเนื่อง และการขาดระบบข้อมูลที่เชื่อมโยง โดยใช้แบบสอบถามให้เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ ซึ่งการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคนี้นี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Van Meter and Van Horn (1975) ที่ชี้ว่าเงื่อนไขด้านทรัพยากร การสื่อสาร และสภาพแวดล้อม การปฏิบัติงานเป็นปัจจัยที่อาจเป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ดังแสดงในตารางที่ 4



ตารางที่ 4 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน (เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม)

ข้อ	หมอ 1 (n=372)	หมอ 2 (n=70)	หมอ 3 (n=18)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ขาดความรู้ความเข้าใจในนโยบาย	74 (19.9)	16 (22.9)	9 (50.0)
ขาดทรัพยากรในการดำเนินงาน	116 (31.2)	26 (37.1)	14 (77.8)
ภาระงานมาก	142 (38.2)	31 (44.3)	12 (66.7)
การประสานงานไม่ต่อเนื่อง	98 (26.3)	22 (31.4)	8 (44.4)
ขาดระบบข้อมูลที่เชื่อมโยง	87 (23.4)	19 (27.1)	11 (61.1)

จากตารางที่ 4 ปัญหาและอุปสรรคที่พบมากที่สุดในทุกกลุ่มคือภาระงานที่มาก โดยหมอ 3 รายงานสูงสุด (ร้อยละ 66.7) รองลงมาคือหมอ 2 (ร้อยละ 44.3) และหมอ 1 (ร้อยละ 38.2) หมอ 3 มีจำนวนน้อย แต่รายงานปัญหาในสัดส่วนที่สูงที่สุดในเกือบทุกด้าน โดยเฉพาะด้านการขาดทรัพยากร (ร้อยละ 77.8) และการขาดระบบข้อมูลที่เชื่อมโยง (ร้อยละ 61.1) หมอ 1 พบปัญหาเรื่องความรู้ความเข้าใจในนโยบายน้อยที่สุด (ร้อยละ 19.9)

### มิติที่ 3 ผลลัพธ์ (Outcome)

มิติที่ 3 ผลลัพธ์ (Outcome) เป็นการประเมินจากมุมมองของประชาชนผู้รับบริการ จำนวน 430 คน เกี่ยวกับระดับการรับรู้ต่อนโยบาย 3 หมอ ครอบคลุม 10 ประเด็น ได้แก่ การรู้จักนโยบาย การทราบตัวตนและบทบาทของหมอประจำตัวทั้ง 3 คน วัตถุประสงค์ของนโยบาย การลดความแออัดในโรงพยาบาล การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และช่องทางการติดต่อ ซึ่งตามกรอบแนวคิดของ Donabedian (2005) การรับรู้ของประชาชนสะท้อนผลลัพธ์ด้านการสื่อสารนโยบายจากผู้ให้บริการสู่ผู้รับบริการ อันเป็นเงื่อนไขสำคัญที่นำไปสู่การเข้าถึงและการใช้ประโยชน์จากระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การรับรู้เกี่ยวกับนโยบาย 3 หมอของประชาชน (n=430)

ข้อ	รายการ	Mean	SD	แปลผล
1	ท่านรู้จักนโยบาย 3 หมอ	3.49	0.99	ปานกลาง
2	ท่านทราบว่าใครคือหมอประจำตัว 3 คนของท่าน	3.65	1.03	มาก
3	ท่านเข้าใจบทบาทหน้าที่ของหมอประจำตัว 3 คน	3.55	1.04	มาก
4	ท่านทราบว่าหมอคคนที่ 1 (อสม.) มีหน้าที่ดูแลสุขภาพเบื้องต้นในชุมชน	3.93	1.00	มาก
5	ท่านเข้าใจว่าหมอคคนที่ 2 (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) ให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ	3.87	0.98	มาก
6	ท่านทราบว่าหมอคคนที่ 3 (แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว) ดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและต่อเนื่อง	3.70	0.95	มาก
7	ท่านเข้าใจวัตถุประสงค์ของนโยบาย 3 หมอในการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ	3.66	0.94	มาก
8	ท่านทราบว่านโยบาย 3 หมอช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาล	3.84	1.00	มาก
9	ท่านเข้าใจว่านโยบาย 3 หมอส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม	3.78	0.96	มาก
10	ท่านทราบว่าสามารถติดต่อหมอประจำตัว 3 คนได้อย่างไร	3.75	0.96	มาก
	ค่าเฉลี่ยรวม	3.72	0.14	มาก

จากตารางที่ 5 ระดับการรับรู้เกี่ยวกับนโยบาย 3 หมอของประชาชนโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.72, SD = 0.14) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าประชาชนมีการรับรู้สูงสุดในด้านหมอคนที่ 1 (อสม.) มีหน้าที่ดูแลสุขภาพเบื้องต้นในชุมชน (Mean = 3.93, SD = 1.00) และเข้าใจว่าหมอคนที่ 2 ให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ (Mean = 3.87, SD = 0.98) ขณะที่การรู้จักนโยบาย 3 หมอมีคะแนนต่ำสุด (Mean = 3.49, SD = 0.99) อยู่ในระดับปานกลาง

ความพึงพอใจของประชาชนเป็นอีกหนึ่งตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่สำคัญในมิติที่ 3 โดยประเมินจากประชาชนผู้รับบริการ จำนวน 430 คน ครอบคลุม 10 ประเด็น ได้แก่ ความสะดวกในการเข้าถึง ความรวดเร็ว ความเป็นมิตรของบุคลากร ความชัดเจนในการให้ข้อมูล คุณภาพการดูแลรักษา ความต่อเนื่องในการดูแล ความเหมาะสมของเวลา การประสานงานระหว่างทีม การติดตามอาการ และความพึงพอใจโดยรวม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Donabedian (2005) ที่ระบุว่าความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่สะท้อนคุณภาพการให้บริการทั้งในมิติของกระบวนการและผลสัมฤทธิ์ของระบบบริการสุขภาพ ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ระดับความพึงพอใจต่อการให้บริการของประชาชน (n=430)

ข้อ	รายการ	Mean	SD	แปลผล
1	ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ	4.11	0.95	มาก
2	ความรวดเร็วในการให้บริการ	4.13	0.95	มาก
3	ความเป็นมิตรของบุคลากร	4.21	0.83	มากที่สุด
4	ความชัดเจนในการให้ข้อมูล	4.05	0.88	มาก
5	คุณภาพการดูแลรักษา	4.18	0.86	มาก
6	ความต่อเนื่องในการดูแล	4.09	0.91	มาก
7	ความเหมาะสมของเวลาให้บริการ	3.97	0.93	มาก
8	การประสานงานระหว่างทีม 3 หมอ	3.88	0.98	มาก
9	การติดตามอาการหลังการรักษา	3.95	0.96	มาก
10	ความพึงพอใจโดยรวม	4.15	0.84	มาก
<b>ค่าเฉลี่ยรวม</b>		<b>4.07</b>	<b>0.91</b>	<b>มาก</b>

จากตารางที่ 6 ระดับความพึงพอใจต่อการให้บริการของประชาชนโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.07, SD = 0.91) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าประชาชนมีความพึงพอใจสูงสุดในด้านความเป็นมิตรของบุคลากร (Mean = 4.21, SD = 0.83) อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาคือคุณภาพการดูแลรักษา (Mean = 4.18, SD = 0.86) และความพึงพอใจโดยรวม (Mean = 4.15, SD = 0.84) ด้านการประสานงานระหว่างทีม 3 หมอมีคะแนนต่ำสุด (Mean = 3.88, SD = 0.98)

#### การวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบและความสัมพันธ์

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบความแตกต่างระดับความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติงานระหว่างกลุ่มบุคลากร

รายการ	หมอ 1 (n=372)		หมอ 2 (n=70)		หมอ 3 (n=18)		p-value	F
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD		
ความรู้ความเข้าใจ	3.98	0.79	3.85	0.79	4.03	0.74	0.268	1.318
การปฏิบัติงาน	4.01	0.78	3.76	0.81	4.21	0.49	0.026*	3.672

\*p < 0.05



จากตารางที่ 7 เมื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ความเข้าใจในนโยบาย 3 หมอระหว่างกลุ่มบุคลากรทั้ง 3 กลุ่ม พบว่าค่าเฉลี่ยของหมอ 1 (Mean = 3.98, SD = 0.79) หมอ 2 (Mean = 3.85, SD = 0.79) และหมอ 3 (Mean = 4.03, SD = 0.74) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.268$ ) สำหรับด้านการปฏิบัติงานตามนโยบาย 3 หมอ พบว่าค่าเฉลี่ยของหมอ 1 (Mean = 4.01, SD = 0.78) หมอ 2 (Mean = 3.76, SD = 0.81) และหมอ 3 (Mean = 4.21, SD = 0.49) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.05$  โดยหมอ 3 มีระดับการปฏิบัติงานสูงที่สุด รองลงมาคือหมอ 1 และหมอ 2 ตามลำดับ

เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสำคัญในการดำเนินงานตามนโยบาย 3 หมอ ผู้วิจัยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 5 ตัว ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจในนโยบาย การปฏิบัติงานตามนโยบาย การได้รับทรัพยากรสนับสนุน การประสานงานในทีม และความพึงพอใจของประชาชน ซึ่งเป็นการตรวจสอบความเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ตามกรอบแนวคิดของ Donabedian (2005) ร่วมกับตัวแปรด้านการสื่อสารและทรัพยากรตามแนวคิดของ Van Meter and Van Horn (1975) ดังแสดงในตารางที่ 8

**ตารางที่ 8** ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ (Pearson Correlation)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. ความรู้ความเข้าใจในนโยบาย	1.000				
2. การปฏิบัติงานตามนโยบาย	0.658*	1.000			
3. การได้รับทรัพยากรสนับสนุน	0.423*	0.541*	1.000		
4. การประสานงานในทีม	0.512*	0.623*	0.471*	1.000	
5. ความพึงพอใจของประชาชน	0.387*	0.495*	0.356*	0.582*	1.000

\*  $p < 0.01$

จากตารางที่ 8 พบว่าตัวแปรทุกคู่มีความสัมพันธ์กันในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $p < 0.01$ ) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง 0.356-0.658 โดย ความรู้ความเข้าใจในนโยบาย มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการปฏิบัติงานตามนโยบาย ( $r = 0.658$ ) หมายความว่าบุคลากรที่มีความรู้ความเข้าใจในนโยบาย 3 หมอมากขึ้น จะมีระดับการปฏิบัติงานที่ดีขึ้นด้วย นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับการประสานงานในทีม ( $r = 0.512$ ) การได้รับทรัพยากรสนับสนุน ( $r = 0.423$ ) และความพึงพอใจของประชาชน ( $r = 0.387$ ) ตามลำดับ การปฏิบัติงานตามนโยบายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางถึงสูงกับการประสานงานในทีม ( $r = 0.623$ ) และการได้รับทรัพยากรสนับสนุน ( $r = 0.541$ ) และมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับความพึงพอใจของประชาชน ( $r = 0.495$ ) การได้รับทรัพยากรสนับสนุนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการประสานงานในทีม ( $r = 0.471$ ) และมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางต่ำกับความพึงพอใจของประชาชน ( $r = 0.356$ ) การประสานงานในทีมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางถึงสูงกับความพึงพอใจของประชาชน ( $r = 0.582$ )

เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของประชาชน ผู้วิจัยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) โดยกำหนดให้ความพึงพอใจของประชาชนเป็นตัวแปรตาม และตัวแปรพยากรณ์ 5 ตัว ได้แก่ คุณภาพการให้บริการของหมอ 1 หมอ 2 หมอ 3 การประสานงานระหว่างทีม และการเข้าถึงบริการ ทั้งนี้เพื่อระบุน้ำหนักความสำคัญของแต่ละปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจ อันจะนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการจัดลำดับความสำคัญของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิตามนโยบาย 3 หมอ ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของประชาชน (Multiple Regression Analysis)

ตัวแปรพยากรณ์	B	SE	Beta	t	p-value
คุณภาพการให้บริการของหมอ 1	0.245	0.045	0.267	5.444	< 0.001*
คุณภาพการให้บริการของหมอ 2	0.189	0.052	0.195	3.635	< 0.001*
คุณภาพการให้บริการของหมอ 3	0.312	0.067	0.321	4.657	< 0.001*
การประสานงานระหว่างทีม	0.276	0.048	0.298	5.750	< 0.001*
การเข้าถึงบริการ	0.198	0.041	0.212	4.829	< 0.001*
ค่าคงที่ (Constant)	0.523	0.234	-	2.235	0.026

$R^2 = 0.687$ , Adjusted  $R^2 = 0.683$ ,  $F = 186.42$ ,  $p < 0.001$

\*  $p < 0.001$

จากตารางที่ 9 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่าตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 5 ตัวสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความพึงพอใจของประชาชนได้ร้อยละ 68.7 ( $R^2 = 0.687$ , Adjusted  $R^2 = 0.683$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 186.42$ ,  $p < 0.001$ ) และตัวแปรทุกตัวมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.001$  เมื่อพิจารณาน้ำหนักของตัวแปรพยากรณ์แต่ละตัว พบว่าคุณภาพการให้บริการของหมอ 3 (แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว) มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของประชาชนสูงที่สุด (Beta = 0.321,  $t = 4.657$ ,  $p < 0.001$ ) รองลงมาคือการประสานงานระหว่างทีม (Beta = 0.298,  $t = 5.750$ ,  $p < 0.001$ ) การเข้าถึงบริการ (Beta = 0.212,  $t = 4.829$ ,  $p < 0.001$ ) คุณภาพการให้บริการของหมอ 1 (Beta = 0.267,  $t = 5.444$ ,  $p < 0.001$ ) และคุณภาพการให้บริการของหมอ 2 (Beta = 0.195,  $t = 3.635$ ,  $p < 0.001$ ) ตามลำดับ

## อภิปรายผล

### 1. ประสิทธิภาพการดำเนินงานตามนโยบาย 3 หมอ

การศึกษาครั้งนี้พบว่าประสิทธิผลการดำเนินงานตามนโยบาย 3 หมอในจังหวัดตราดอยู่ในระดับมาก ทั้งด้านความรู้ (Mean = 3.85 – 4.03) และการปฏิบัติงาน (Mean = 3.76 – 4.21) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tangcharoensathien et al. (2018) ที่พบว่าระบบสุขภาพปฐมภูมิของไทยมีพื้นฐานมั่นคงจากการพัฒนาต่อเนื่อง ประชาชนมีความพึงพอใจในระดับมาก (Mean = 4.07) โดยเฉพาะด้านความเป็นมิตรของบุคลากร (Mean = 4.21) สะท้อนจุดแข็งด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคลากรกับชุมชน ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาตามกรอบ Donabedian พบว่ามีมิติโครงสร้างด้านบุคลากรมีความหลากหลาย (อสม. สูญวัย vs แพทย์รุ่นใหม่) ซึ่งส่งผลต่อกระบวนการทำงานในรูปแบบที่แตกต่างกัน โดยอสม. มีจุดแข็งด้านประสบการณ์และความผูกพันกับชุมชน ขณะที่แพทย์มีจุดแข็งด้านความรู้ทางการแพทย์



## 2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จ ได้แก่ ความเข้าใจในบทบาท ประสบการณ์ และความสัมพันธ์ระหว่างทีม สอดคล้องกับ Kowitt et al. (2015) ที่พบว่าความสำเร็จของอสม. เกิดจากการสนับสนุนจากภาครัฐ การทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ และความไว้วางใจจากชุมชน ผลที่โดดเด่นที่สุดคือ คุณภาพบริการของหมอ 3 มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของประชาชนสูงสุด (Beta = 0.321) ซึ่งมีนัยสำคัญอย่างยิ่งต่อการจัดสรรทรัพยากร เนื่องจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีจำนวนจำกัด (เพียง 18 คนในจังหวัดตราด ดูแลประชากร 140,298 คน) แต่กลับเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจมากที่สุด ผลนี้สะท้อนให้เห็นว่าแม้ประชาชนจะรู้จักอสม. ดีที่สุด (Mean = 3.93) แต่เมื่อต้องการบริการทางการแพทย์ คุณภาพการรักษาจากแพทย์กลับเป็นปัจจัยชี้ขาด ซึ่งสอดคล้องกับ Sumriddetchkajorn et al. (2019) ที่ระบุว่าระบบสุขภาพปฐมภูมิต้องมีแพทย์ที่เพียงพอเพื่อสร้างความเชื่อมั่นของประชาชน นอกจากนี้ การประสานงานระหว่างทีมมีอิทธิพลรองลงมา (Beta = 0.298) ซึ่งตอกย้ำความสำคัญของการทำงานเป็นทีมแบบไร้รอยต่อตามเจตนารมณ์ของนโยบาย

## 3. ปัญหาและอุปสรรค

ปัญหาหลักคือภาระงานมากเกินไป (ร้อยละ 38.2-66.7) ซึ่งสอดคล้องกับ Khanthavudh et al. (2025) ที่พบว่าอสม. ต้องรับภาระงานเพิ่มขึ้นมาก โดยเฉพาะอสม. วัยสูงอายุ (อายุเฉลี่ย 56 ปี) ที่มีข้อจำกัดด้านเทคโนโลยี ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าอสม. มีอายุ 51-60 ปี (ร้อยละ 44.6) สอดคล้องกับข้อมูลระดับชาติ การขาดระบบข้อมูลที่เชื่อมโยง (ร้อยละ 61.1) เป็นอุปสรรคสำคัญโดยเฉพาะสำหรับหมอ 3 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้าที่มุ่งเน้นปัญหาค่าตอบแทน (พารินทร์ แก้วสวัสดิ์, 2565) แสดงให้เห็นว่าในยุคดิจิทัล การขาดระบบสนับสนุนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศกลายเป็นอุปสรรคที่ขัดขวางการทำงานเป็นทีมอย่างมีประสิทธิภาพ

## 4. แนวทางการพัฒนา

จากการสังเคราะห์ผลการศึกษตามกรอบ Donabedian พบว่าต้องเร่งดำเนินการ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านโครงสร้าง จัดสรรบุคลากรโดยเฉพาะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้เพียงพอ ด้านกระบวนการ: พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์และทักษะดิจิทัล ด้านผลลัพธ์: สร้างตัวชี้วัดและกลไกติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ และด้านการสื่อสาร: เพิ่มการสร้างการรับรู้นโยบายให้ประชาชน ซึ่งสอดคล้องกับ Animashaun et al. (2025) ที่วิเคราะห์ว่าความสำเร็จของการปฏิรูปสุขภาพไทยเกิดจากการเตรียมความพร้อมด้านเทคนิค การสร้างพันธมิตรข้ามภาคส่วน และการใช้ประโยชน์จากโอกาสทางนโยบาย

### ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณา ดังนี้ ประการแรก การศึกษาจำกัดเฉพาะพื้นที่จังหวัดตราด ซึ่งมีบริบทเฉพาะด้านภูมิศาสตร์ (พื้นที่เกาะ ชายฝั่ง) และประชากร (แรงงานต่างด้าว) การนำผลไปใช้กับจังหวัดอื่น ควรพิจารณาความแตกต่างของบริบท ประการที่สอง การออกแบบแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Design) ทำให้ไม่สามารถสรุปความเป็นเหตุเป็นผลได้ และเก็บข้อมูล ณ จุดเวลาเดียว ประการที่สาม ข้อมูลมา

จากการรายงานด้วยตนเอง (Self-report) ซึ่งอาจเกิดอคติจากความคาดหวังทางสังคม (Social Desirability Bias) โดยเฉพาะในกลุ่มอสม. ที่อาจรายงานผลการปฏิบัติงานสูงกว่าความเป็นจริง ประการที่สี่ ตัวแปรพยากรณ์และตัวแปรตามในการวิเคราะห์ถดถอย (ตารางที่ 9) มาจากแบบสอบถามชุดเดียวกันของประชาชน ซึ่งอาจเกิด Common Method Bias ถึงแม้ค่า VIF จะอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ประการที่ห้า กลุ่มหมอ 3 มีจำนวนน้อย ( $n = 18$ ) แม้จะเก็บจากเกือบทุกคนในจังหวัด แต่ขนาดตัวอย่างที่เล็กอาจมีผลต่อความมั่นคงของค่าสถิติ

### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานนโยบาย 3 หมอ ในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดตราด กลุ่มตัวอย่างบุคลากร 460 คน และประชาชน 430 คน พบว่าประสิทธิผลโดยรวมอยู่ในระดับมาก ระดับความรู้ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ( $F = 1.318, p = .268$ ) แต่การปฏิบัติงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ( $F = 3.672, p = .026$ ) โดยหมอ 3 สูงกว่าหมอ 2 (Tukey's HSD,  $p = .019$ ) ความรู้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน ( $r = 0.658$ ) คุณภาพบริการหมอ 3 มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจสูงสุด (Beta = 0.321;  $R^2 = 0.687$ ) ประชาชนมีการรับรู้ (Mean = 3.72) และความพึงพอใจ (Mean = 4.07) ในระดับมาก ปัญหาหลักคือ ภาระงาน การขาดทรัพยากร และการขาดระบบข้อมูลเชื่อมโยง

### ข้อเสนอแนะ

#### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

- 1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ที่เชื่อมโยงระหว่างทีม 3 หมอ เพื่อลดภาระงานด้านการบันทึกข้อมูลซ้ำซ้อน โดยเฉพาะแอปพลิเคชันที่ใช้งานง่ายสำหรับอสม. สูงวัย
- 2) หน่วยบริการปฐมภูมิควรจัดสรรบุคลากรและทรัพยากรให้เหมาะสมกับภาระงาน โดยเฉพาะการเพิ่มแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เนื่องจากผลการศึกษาชี้ว่าคุณภาพบริการของแพทย์มีอิทธิพลสูงสุดต่อความพึงพอใจ
- 3) กระทรวงสาธารณสุขควรพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมทักษะดิจิทัลที่เหมาะสมกับ อสม. วัยสูงอายุ พร้อมจัดตั้งระบบพี่เลี้ยง (Mentoring) และช่องทางสื่อสารที่รวดเร็วระหว่างทีม 3 หมอ

#### 2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบการดำเนินงานนโยบาย 3 หมอระหว่างจังหวัดที่มีบริบทแตกต่างกัน เช่น พื้นที่เกาะ ชายแดน และเมือง
- 2) ควรศึกษาผลกระทบระยะยาวด้วยการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Design) ติดตามตัวชี้วัดสุขภาพของประชาชน เช่น อัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ
- 3) ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความยั่งยืนของอสม. โดยเฉพาะแรงจูงใจ ภาระงาน และสุขภาพจิต



### เอกสารอ้างอิง

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2565). นโยบาย 3 หมอ คนไทยทุกคนรอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน. สืบค้นจาก <https://prgroup.hss.moph.go.th/medias/article/1175>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2564). นโยบายคนไทยทุกคนรอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- ทินกร โนรี, ณรงค์ สหเมธาพัฒน์, และสุภาณี หาญเผชิญ. (2565). การถอดบทเรียนการดำเนินนโยบายคนไทยทุกคนรอบครัว มีหมอประจำตัว 3 คน ใน 4 จังหวัดของประเทศไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ถวิล เลิกชัยภูมิ. (2567). ประสิทธิภาพการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมอคนที่ 1 ในระบบสุขภาพปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 7. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ), 34(1), 20-27.
- พารินทร์ แก้วสวัสดิ์. (2565). แรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิชาการทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 2(2), 1-12.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด. (2566). รายงานสถานการณ์สุขภาพจังหวัดตราด ประจำปี 2566. ตราด: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด.
- Animashaun, E., Hassan, K. A., Karbo, S., Aremu, O., Opare-Henaku, A., Obeng-Nti, F., & Agyepong, I. A. (2025). Thailand's universal health coverage reform as a policy process roadmap for countries pursuing bold health system change. *Discover Public Health*, 22, 669. <https://doi.org/10.1186/s12982-025-01080-w>
- Chaitiang, N., Satyasomboon, T., & Tunsuchart, K. (2024). Primary health care system development according to Thailand's health policy. *Public Health Policy and Laws Journal*, 10(3), 655-666. [https://doi.org/10.14456/journal\\_law.2024.52](https://doi.org/10.14456/journal_law.2024.52)
- Cochran, W. G. (1977). *Sampling techniques* (3rd ed.). John Wiley & Sons.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743-1748.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2019). *Multivariate data analysis* (8th ed.). Cengage Learning.
- Khanthavudh, C., Grealish, A., Tzouvara, V., & Leamy, M. (2025). Supporting healthcare in rural communities in Thailand: An exploratory qualitative study to understand the role and current mental health practices of village health volunteers. *PLOS ONE*, 20(3), e0320559. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0320559>
- Kowitt, S. D., Emmerling, D., Fisher, E. B., & Tanasugarn, C. (2015). Community health workers as agents of health promotion: Analyzing Thailand's village health volunteer program. *Journal of Community Health*, 40(4), 780-788. <https://doi.org/10.1007/s10900-015-9999-y>



- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Singweratham, N., Sriratanaban, J., Komwong, D., Maneechay, M., & Siewchaisakul, P. (2025). The lack of impact of primary care units on screening services in Thailand and the transition to local administrative organization policy. *Healthcare*, 13(5), 1884. <https://doi.org/10.3390/healthcare13051884>
- Sumriddetchkajorn, K., Shimazaki, K., Ono, T., Kusaba, T., Sato, K., & Kobayashi, N. (2019). Universal health coverage and primary care, Thailand. *Bulletin of the World Health Organization*, 97(6), 415-422. <https://doi.org/10.2471/BLT.18.223693>
- Tangcharoensathien, V., Witthayapipopsakul, W., Panichkriangkrai, W., Patcharanarumol, W., & Mills, A. (2018). Health systems development in Thailand: A solid platform for successful implementation of universal health coverage. *The Lancet*, 391(10126), 1205-1223. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30198-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30198-3)
- Van Meter, D. S., & Van Horn, C. E. (1975). The policy implementation process: A conceptual framework. *Administration & Society*, 6(4), 445-488.
- World Bank. (2021). Thailand public revenue and spending assessment: Promoting an inclusive and sustainable economy. World Bank.
- World Health Organization. (2017). Primary health care systems (PRIMASYS): Case study from Thailand, abridged version. WHO Regional Office for South-East Asia. <https://iris.who.int/handle/10665/341041>
- World Health Organization. (2018). Strengthening primary health care for universal health coverage. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.41>
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis* (3rd ed.). Harper & Row.



## DEVELOPMENT OF SERVICE MODEL FOR UNCONTROLLED HYPERTENSION CLINIC AT OUTPATIENT DEPARTMENT, PHU RUEA HOSPITAL, LOEI PROVINCE

Buarisakorn Saenta  
Phu Ruea Hospital, Loei Province

### ABSTRACT

Hypertension is a major public health problem. Phu Ruea Hospital found that only 33.2% of patients could control blood pressure to target levels, lower than the Ministry of Public Health's goal of 50%. Objectives: To study situation and factors affecting hypertension control, develop an effective service model, and evaluate effectiveness of the developed model. Methodology: This research and development study used a one-group pretest-posttest design. Samples were 72 uncontrolled hypertension patients at Phu Ruea Hospital outpatient department, selected by systematic random sampling from 819 eligible patients. Data were collected using questionnaires on knowledge (KR-20=0.91) and self-care behavior (Cronbach's  $\alpha$ =0.88), and standardized blood pressure measurements. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, McNemar's test, and Cohen's d effect size.

Results: The developed model was "3-Phase Integrated Hypertension Care Model" consisting of: Phase 1-Screening, assessment and care planning; Phase 2-Intensive care and monitoring; Phase 3-Evaluation and plan adjustment. After 12-week implementation, knowledge scores increased from  $10.8 \pm 3.6$  to  $17.2 \pm 2.1$  (mean difference=6.4, 95%CI: 5.7-7.1, Cohen's  $d=2.17$ ,  $p<0.001$ ), self-care behavior scores increased from  $72.4 \pm 18.2$  to  $116.8 \pm 14.6$  (mean difference=44.4, 95%CI: 39.2-49.6, Cohen's  $d=2.69$ ,  $p<0.001$ ), systolic blood pressure decreased from  $156.8 \pm 12.4$  to  $132.6 \pm 8.2$  mmHg (mean difference=-24.2, 95%CI: -26.3 to -22.1, Cohen's  $d=2.31$ ,  $p<0.001$ ), and diastolic blood pressure decreased from  $96.2 \pm 8.6$  to  $82.4 \pm 6.4$  mmHg (mean difference=-13.8, 95%CI: -15.3 to -12.3, Cohen's  $d=1.82$ ,  $p<0.001$ ). Blood pressure control rate increased from 0% to 80.6% ( $p<0.001$ ). All 72 participants completed the study with no dropout.

Conclusion: The 3-Phase Integrated Hypertension Care Model demonstrated significant effectiveness in improving hypertension management outcomes. However, interpretation should consider the absence of a control group and potential regression to the mean effects. This model can be adapted for use in other community hospitals with similar contexts.

**Keywords:** Blood pressure control, Community hospital, Hypertension, Self-care behavior, Service model

\*Corresponding Author: buarisakorn2580w@gmail.com

## การพัฒนารูปแบบบริการคลินิกความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลภูเรือ จังหวัดเลย

บัววิสากรณ์ แสนตา  
โรงพยาบาลภูเรือ จังหวัดเลย

### บทคัดย่อ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โรงพยาบาลภูเรือพบว่าผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายมีเพียงร้อยละ 33.2 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ร้อยละ 50 การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง พัฒนารูปแบบบริการคลินิกความดันโลหิตสูงที่มีประสิทธิภาพ และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เป็นการวิจัยและพัฒนา ศึกษากลุ่มเดี่ยวยุติก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูเรือ จำนวน 72 คน จากประชากร 819 คน สุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามความรู้ (KR-20=0.91) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Cronbach's  $\alpha$ =0.88) และแบบบันทึกความดันโลหิตตามมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา paired t-test McNemar's test และค่าขนาดอิทธิพล Cohen's d

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นคือ “รูปแบบบริการคลินิกความดันโลหิตสูงแบบบูรณาการ 3 ระยะ” ประกอบด้วย ระยะที่ 1 การคัดกรอง ประเมิน และวางแผนการดูแล ระยะที่ 2 การดูแลและติดตามแบบเข้มข้น ระยะที่ 3 การประเมินผลและปรับเปลี่ยนแผน หลังการใช้รูปแบบเป็นเวลา 12 สัปดาห์ พบว่า คะแนนความรู้เพิ่มขึ้น (ผลต่าง=6.4, 95%CI: 5.7-7.1, Cohen's d=2.17,  $p<0.001$ ) คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น (ผลต่าง=44.4, 95%CI: 39.2-49.6, Cohen's d=2.69,  $p<0.001$ ) ความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง (ผลต่าง=-24.2 mmHg, 95%CI: -26.3 ถึง -22.1, Cohen's d=2.31,  $p<0.001$ ) ความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลง (ผลต่าง=-13.8 mmHg, 95%CI: -15.3 ถึง -12.3, Cohen's d=1.82,  $p<0.001$ ) อัตราการควบคุมความดันโลหิตได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0 เป็นร้อยละ 80.6 ( $p<0.001$ ) กลุ่มตัวอย่างทั้ง 72 คนเข้าร่วมครบถ้วนไม่มีการสูญหาย

สรุป รูปแบบบริการคลินิกความดันโลหิตสูงแบบบูรณาการ 3 ระยะ มีประสิทธิผลในการพัฒนาการจัดการโรคความดันโลหิตสูง อย่างไรก็ตาม การตีความผลควรพิจารณาข้อจำกัดของการไม่มีกลุ่มควบคุมและผลจากการถดถอยสู่ค่าเฉลี่ย สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลชุมชนอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้

**คำสำคัญ:** การควบคุมความดันโลหิต, โรคความดันโลหิตสูง, โรงพยาบาลชุมชน, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, รูปแบบบริการ



## บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่าในปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั่วโลกมากกว่า 1.28 พันล้านคน โดยส่วนใหญ่อยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง มีเพียงร้อยละ 42 ของผู้ป่วยทั่วโลกที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา และมีผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้เพียงร้อยละ 21 (World Health Organization, 2023) สาเหตุสำคัญของโรคความดันโลหิตสูงมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง การสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกาย ภาวะอ้วน ความเครียดสะสม และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อประชากรโลกกว่า 1.2 พันล้านคน และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตกว่า 10.4 ล้านรายต่อปี การควบคุมความดันโลหิตที่ไม่ได้ตามเป้าหมายส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งในแต่ละปีทำให้มีผู้เสียชีวิตประมาณ 7.6 ล้านคนทั่วโลก หรือคิดเป็นร้อยละ 13.5 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด (Han et al., 2022) ทั้งนี้ข้อมูลจาก Global Burden of Disease Study พบว่าในระหว่างปี ค.ศ. 2010-2015 อุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นร้อยละ 24.1 (Forouzanfar et al., 2017) จากสถานการณ์ดังกล่าว องค์การอนามัยโลกจึงได้กำหนดเป้าหมายลดความชุกของโรคความดันโลหิตสูงลงร้อยละ 33 ภายในปี ค.ศ. 2030 เทียบกับปีฐาน ค.ศ. 2010

จังหวัดเลยเป็นจังหวัดที่มีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยของประเทศ จากรายงานประจำปีของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย พ.ศ. 2566 (ข้อมูลปี 2565) พบว่ามีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 32.8 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศที่ร้อยละ 29.6 โดยพบในเพศชายร้อยละ 30.2 และเพศหญิงร้อยละ 35.4 สอดคล้องกับข้อมูลของกองโรคไม่ติดต่อที่รายงานว่าจังหวัดเลยเป็นหนึ่งใน 10 จังหวัดที่มีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงสูงสุดของประเทศไทย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย, 2566) อัตราการควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายของผู้ป่วยในจังหวัดเลยอยู่ที่ร้อยละ 35.1 โรงพยาบาลภูเรือเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ให้บริการประชาชนในอำเภอภูเรือและพื้นที่ใกล้เคียง จากข้อมูลของโรงพยาบาลภูเรือ พ.ศ. 2566 พบว่ามีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาในคลินิกความดันโลหิตสูงจำนวน 2,358 คน คิดเป็นร้อยละ 11.8 ของประชากรทั้งอำเภอ ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย (<140/90 mmHg) ร้อยละ 33.2 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ร้อยละ 50 และต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัดเลย (ร้อยละ 35.1) และค่าเฉลี่ยของประเทศ (ร้อยละ 37.2) อีกทั้งยังพบว่ามีผู้ป่วยร้อยละ 23.5 ที่มีภาวะแทรกซ้อนแล้ว เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคไตเรื้อรัง และมีผู้ป่วยที่มีโรคร่วมเป็นเบาหวานร้อยละ 32.1

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีงานวิจัยจำนวนหนึ่งศึกษาการพัฒนา รูปแบบบริการเพื่อเพิ่มอัตราการควบคุมความดันโลหิต เช่น การศึกษาของอังศุมาลิน โคตรสมบัติและเพชรรัตน์ ศรีสุรัตน์ (2563) ที่พัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่มีโรคร่วม การศึกษาของชลธาร ทองแสงและคณะ (2567) ที่พัฒนารูปแบบการดูแลตนเองในระดับชุมชน และการศึกษาของ Carter et al. (2009) ที่เน้นความร่วมมือระหว่างแพทย์กับเภสัชกร อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่มุ่งเน้นเพียงมิติเดียว เช่น การให้ความรู้ หรือการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ยังขาดการศึกษาที่บูรณาการแนวคิด Chronic Care Model, Patient-Centered Care และ Self-Management Support ร่วมกับการทำงานแบบสหวิชาชีพอย่างครบวงจร โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

จากการวิเคราะห์ปัญหาในการดำเนินงานคลินิกความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลภูเรือ พบประเด็นสำคัญที่อาจเป็นสาเหตุให้อัตราการควบคุมความดันโลหิตได้ต่ำ ได้แก่ ขาดระบบการคัดกรองและจำแนกกลุ่มผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยง ขาดระบบการติดตามผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง การให้ความรู้และการสร้างเสริมทักษะการจัดการตนเองยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ รวมถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยยังน้อย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการพัฒนาแบบบริการคลินิกความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์และแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้รูปแบบการบริการที่เฉพาะเจาะจงกับบริบทพื้นที่ที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย และสามารถนำไปใช้ได้จริงอย่างยั่งยืน

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่ออัตราการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่อำเภอภูเรือ จังหวัดเลย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบบริการคลินิกความดันโลหิตสูงที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทพื้นที่
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบบริการคลินิกความดันโลหิตสูงที่พัฒนาขึ้น

### สมมติฐาน

1. หลังการใช้รูปแบบบริการคลินิกความดันโลหิตสูงที่พัฒนาขึ้น ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น
2. หลังการใช้รูปแบบบริการคลินิกความดันโลหิตสูงที่พัฒนาขึ้น ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น
3. หลังการใช้รูปแบบบริการคลินิกความดันโลหิตสูงที่พัฒนาขึ้น ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลง และมีอัตราการควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายเพิ่มขึ้น

### กรอบแนวคิดการวิจัย

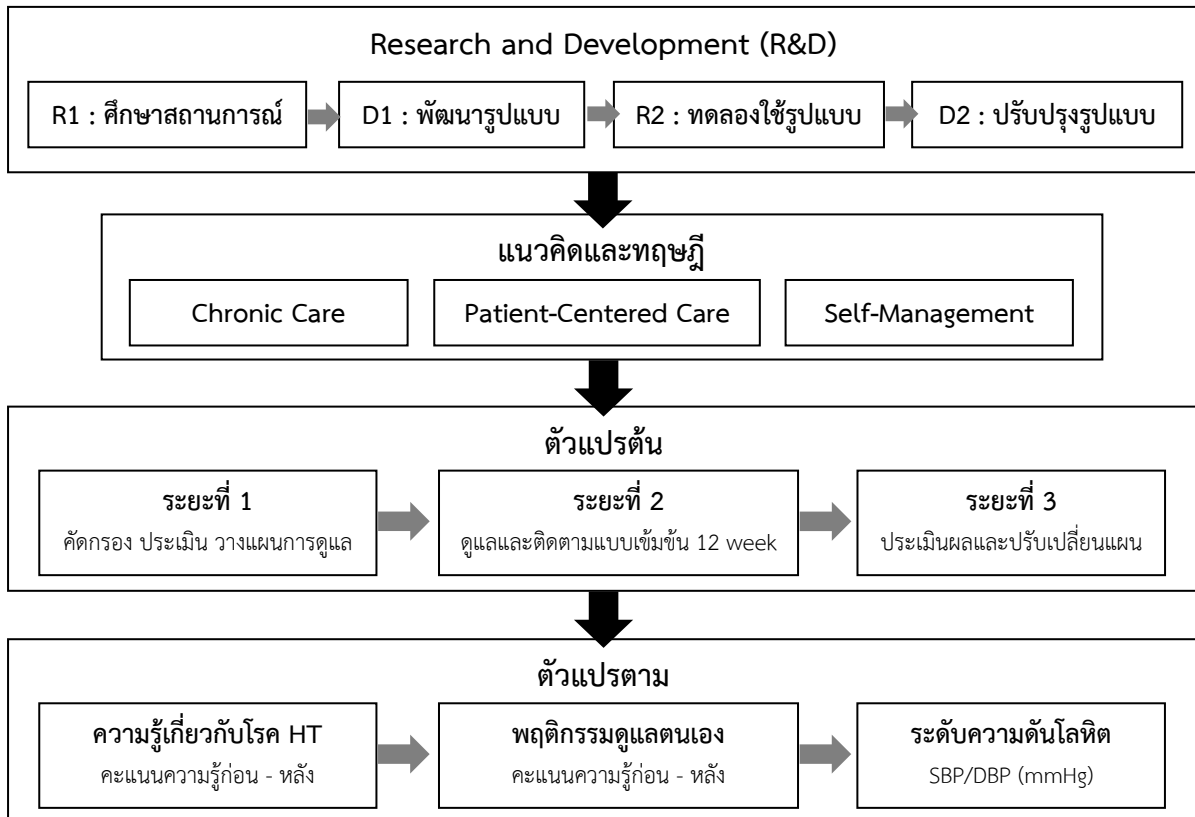
การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ตามแนวทางของ Greenhalgh et al. (2004) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ R1 (การศึกษาสถานการณ์และปัญหา) D1 (การพัฒนารูปแบบบริการ) R2 (การทดลองใช้รูปแบบ) และ D2 (การปรับปรุงรูปแบบ) โดยบูรณาการ 3 แนวคิดทฤษฎีหลัก ดังนี้

1) แนวคิด Chronic Care Model (CCM) ของ Wagner et al. (2001) ซึ่งเน้นองค์ประกอบ 6 ด้านในการดูแลโรคเรื้อรัง ได้แก่ การจัดระบบบริการสุขภาพ การสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก การออกแบบระบบบริการ ระบบสารสนเทศ การสนับสนุนการจัดการตนเอง และการเชื่อมโยงทรัพยากรชุมชน แนวคิดนี้ใช้เป็นกรอบหลักในการออกแบบองค์ประกอบของรูปแบบบริการทั้ง 3 ระยะ



2) แนวคิด Patient-Centered Care (Institute of Medicine, 2001) ที่เน้นการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและกำหนดเป้าหมายสุขภาพพร้อมกับทีมสุขภาพ แนวคิดนี้ใช้ในการออกแบบกระบวนการวางแผนการดูแลเฉพาะบุคคลในระยะที่ 1 และการปรับแผนในระยะที่ 3

3) แนวคิด Self-Management Support ของ Lorig & Holman (2003) ที่เน้นการเสริมสร้างความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการโรคเรื้อรังด้วยตนเอง ครอบคลุมทักษะการแก้ปัญหา การตัดสินใจ การใช้ทรัพยากร การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ให้บริการ และการลงมือปฏิบัติ แนวคิดนี้ใช้เป็นแนวทางในการออกแบบกิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเองในระยะที่ 2



## ระเบียบวิธีวิจัย

### 1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยขั้นตอนการประเมินประสิทธิผล (R2) ใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One-group pretest-posttest design) เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการใช้รูปแบบบริการคลินิกความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์

### 2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อายุระหว่าง 35-70 ปี ที่ขึ้นทะเบียนและเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูเรือ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 จำนวน 819 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test) โดยใช้โปรแกรม G\*Power version 3.1.9.7 กำหนดระดับนัยสำคัญ ( $\alpha$ ) = 0.05 อำนาจ

การทดสอบ  $(1-\beta) = 0.80$  และค่าขนาดอิทธิพล (effect size:  $d$ ) = 0.34 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลปานกลาง ตาม Cohen (1988) อ้างอิงจากงานวิจัยที่คล้ายคลึงของกรุดา ยังวิลัย (2563) ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 55 คน ปรับเพิ่มร้อยละ 30 สำหรับการสูญหายระหว่างการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่าง 72 คน สุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) จากบัญชีรายชื่อผู้ป่วย 819 คน โดยมีช่วงการสุ่ม  $k = 819/72 \approx 11$

#### เกณฑ์การคัดเข้า

- 1) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีค่าความดันโลหิตสูงกว่า 140/90 มม.ปรอท ติดต่อกันอย่างน้อย 2 ครั้งในระยะเวลา 3 เดือนก่อนเข้าร่วมวิจัย
- 2) อายุระหว่าง 35-70 ปี
- 3) ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 6 เดือน
- 4) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและลงนามยินยอม

#### เกณฑ์การคัดออก

- 1) ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่ต้องได้รับการรักษาเร่งด่วน
- 2) ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่สามารถสื่อสารได้
- 3) ผู้ป่วยที่มีการย้ายออกนอกพื้นที่หรือไม่สามารถติดตามได้

### 3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 17 ข้อ ครอบคลุมข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก (ถูก/ผิด) ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับโรค ภาวะแทรกซ้อน การรักษา การดูแลตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
- 3) แบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเอง จำนวน 30 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ (คะแนนเต็ม 150 คะแนน) ครอบคลุมพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การจัดการความเครียด การงดสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ และการติดตามค่าความดันโลหิต
- 4) แบบบันทึกค่าความดันโลหิตโดยเจ้าหน้าที่ ใช้เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ Omron HEM-7156 ที่ผ่านการสอบเทียบ (calibration) โดยวัดที่แขนข้างที่มีค่าสูงกว่า ในท่านั่งพักอย่างน้อย 5 นาที วัด 2 ครั้ง ห่างกัน 1-2 นาที ใช้ค่าเฉลี่ยของการวัดทั้ง 2 ครั้ง ตามแนวปฏิบัติของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย

### 4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

- 1) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.89
- 2) การตรวจสอบความเที่ยง โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน ในโรงพยาบาลท่าลี่ แบบทดสอบความรู้หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธี Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้ค่า 0.91 และแบบประเมินพฤติกรรมหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่า 0.88



## 5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการวิจัยตามแนวทางการวิจัยและพัฒนา (R&D) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอน R1 (การศึกษาสถานการณ์): ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมความดันโลหิต โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กับทีมสหวิชาชีพ จำนวน 10 คน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และแพทย์แผนไทย ใช้คำถามกึ่งโครงสร้าง 8 ข้อ ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 12 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามแนวทางของ Graneheim & Lundman (2004)

ขั้นตอน D1 (การพัฒนารูปแบบ) พัฒนารูปแบบบริการโดยการสนทนากลุ่มร่วมกับทีมสหวิชาชีพ จำนวน 3 ครั้ง นำข้อมูลจาก R1 มาบูรณาการกับหลักฐานเชิงประจักษ์และแนวคิดทฤษฎี เพื่อออกแบบรูปแบบบริการ และให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบก่อนนำไปใช้

ขั้นตอน R2 (การทดลองใช้รูปแบบ) ทดลองใช้รูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้นเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ (3 เดือน ตั้งแต่เดือนมกราคม-มีนาคม 2568) เก็บข้อมูลก่อนเริ่มใช้รูปแบบ (pretest) และหลังครบ 12 สัปดาห์ (posttest) ระหว่างดำเนินการมีการติดตามทุก 2 สัปดาห์และโทรศัพท์ติดตามทุกสัปดาห์

ขั้นตอน D2 (การปรับปรุงรูปแบบ) ปรับปรุงรูปแบบตามผลการประเมินและข้อเสนอแนะจากทีมสหวิชาชีพ

## 6. การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรม และระดับความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 พร้อมรายงานค่าเฉลี่ยผลต่าง (Mean difference) ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% Confidence Interval) และค่าขนาดอิทธิพล Cohen's d

3) วิเคราะห์เปรียบเทียบสัดส่วนการควบคุมความดันโลหิตได้ก่อนและหลังด้วย McNemar's test ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการแจกแจงแบบปกติของข้อมูล (Normality assumption) โดยพิจารณาจากค่าความเบ้ (Skewness) และค่าความโด่ง (Kurtosis) ซึ่งพบว่าตัวแปรผลลัพธ์หลักทั้งหมดมีการแจกแจงใกล้เคียงโค้งปกติ โดยมีค่า Skewness อยู่ระหว่าง -0.42 ถึง 0.38 และค่า Kurtosis อยู่ระหว่าง -0.81 ถึง 0.62 ซึ่งอยู่ในช่วงที่ยอมรับได้ ( $\leq 2.0$ )

## 7. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เลขที่ ECLOEI 069/2568 วันที่ 20 พฤษภาคม 2568

## ผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 72 คนเข้าร่วมการวิจัยครบถ้วนตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ ไม่มีการสูญหายระหว่างการวิจัย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 61.1 มีอายุเฉลี่ย  $56.8 \pm 8.4$  ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 56-65 ปี ร้อยละ 38.9 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 72.2 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 52.8 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 58.3 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน  $8,650 \pm 4,280$  บาท มีระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย  $8.2 \pm 4.6$  ปี มีโรคร่วมไขมันในเลือดสูงร้อยละ 50.0 และโรคเบาหวานร้อยละ 38.9

### 2. ผลการศึกษาสถานการณ์และปัจจัย (R1)

จากการสนทนากลุ่มกับทีมสหวิชาชีพและการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ป่วย พบปัจจัย 6 ด้านที่ส่งผลต่อการควบคุมความดันโลหิตสูง ได้แก่

- 1) ด้านความรู้และความเข้าใจ: ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและภาวะแทรกซ้อน
- 2) ด้านพฤติกรรมสุขภาพ: ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็ม/หวานสูง และขาดการออกกำลังกาย
- 3) ด้านการใช้ยา: ผู้ป่วยบางส่วนรับประทานยาไม่สม่ำเสมอหรือหยุดยาเอง
- 4) ด้านระบบบริการ: ขาดระบบคัดกรองความเสี่ยงและการติดตามอย่างเป็นระบบ
- 5) ด้านครอบครัวและสังคม: ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยน้อย
- 6) ด้านจิตใจและอารมณ์: ผู้ป่วยบางส่วนมีความเครียดจากปัญหาเศรษฐกิจและสังคม

### 3. รูปแบบบริการคลินิกความดันโลหิตสูงที่พัฒนาขึ้น (D1)

ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบบริการร่วมกับทีมสหวิชาชีพโดยการสนทนากลุ่ม 3 ครั้ง ได้รูปแบบบริการชื่อ “รูปแบบบริการคลินิกความดันโลหิตสูงแบบบูรณาการ 3 ระยะ” ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 การคัดกรอง ประเมิน และวางแผนการดูแล ประกอบด้วย การคัดกรองและประเมินความเสี่ยงเบื้องต้น การประเมินครอบคลุม (Comprehensive Assessment) การจำแนกกลุ่มความเสี่ยง (Risk Stratification) เป็น 3 ระดับ (สูง ปานกลาง ต่ำ) และการวางแผนการดูแลเฉพาะบุคคลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว

ระยะที่ 2 การดูแลและติดตามแบบเข้มข้น ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย การปรับยาและติดตามผลการรักษาโดยแพทย์ทุก 2 สัปดาห์ การให้ความรู้และคำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกร การให้คำปรึกษาด้านโภชนาการและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยนักโภชนาการ การส่งเสริมการจัดการตนเอง (Self-Management Support) การติดตามทางโทรศัพท์ทุกสัปดาห์ และการให้ความรู้แบบกลุ่มเดือนละ 1 ครั้ง

ระยะที่ 3 การประเมินผลและปรับเปลี่ยนแผน ประกอบด้วย การประเมินผลลัพธ์การรักษา การปรับแผนการดูแลต่อเนื่อง และการวางแผนการติดตามระยะยาว

### 4. ประสิทธิภาพของรูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้น (R2)

ผลการประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้น โดยเปรียบเทียบคะแนนความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบบริการคลินิกความดันโลหิตสูงแบบบูรณาการ 3 ระยะ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยวิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test รายงานค่าเฉลี่ยผลต่าง (Mean difference) ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และค่าขนาดอิทธิพล Cohen's d สำหรับตัวแปรต่อเนื่อง และวิเคราะห์ด้วย McNemar's test สำหรับอัตราการควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย ดังแสดงในตารางที่ 1 และตารางที่ 2



ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการใช้รูปแบบบริการ (n=72)

ตัวแปร	ก่อนใช้รูปแบบ (Mean±SD)	หลังใช้รูปแบบ (Mean±SD)	Mean diff (95%CI)	Cohen's d	p-value
คะแนนความรู้ (เต็ม 20)	10.8±3.6	17.2±2.1	6.4 (5.7-7.1)	2.17	<0.001*
คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง (เต็ม 150)	72.4±18.2	116.8±14.6	44.4 (39.2-49.6)	2.69	<0.001*

\* $p < 0.05$  โดย Paired t-test

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตก่อนและหลังการใช้รูปแบบบริการ (n=72)

ตัวแปร	ก่อนใช้รูปแบบ (Mean±SD)	หลังใช้รูปแบบ (Mean±SD)	Mean diff (95%CI)	Cohen's d	p-value
SBP (mmHg)	156.8±12.4	132.6±8.2	-24.2 (-26.3 to -22.1)	2.31	<0.001*
DBP (mmHg)	96.2±8.6	82.4±6.4	-13.8 (-15.3 to -12.3)	1.82	<0.001*
อัตราการควบคุม BP ได้ (%)	0.0	80.6	-	-	<0.001+

\* $p < 0.05$  โดย Paired t-test,  $tp < 0.05$  โดย McNemar's test

จากตารางที่ 1 และ 2 พบว่า หลังการใช้รูปแบบบริการคลินิกความดันโลหิตสูงแบบบูรณาการ 3 ระยะ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ผลต่าง=6.4, 95%CI: 5.7-7.1, Cohen's d=2.17,  $p < 0.001$ ) มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ผลต่าง=44.4, 95%CI: 39.2-49.6, Cohen's d=2.69,  $p < 0.001$ ) มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ผลต่าง=-24.2 mmHg, 95%CI: -26.3 ถึง -22.1, Cohen's d=2.31,  $p < 0.001$ ) มีค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ผลต่าง=-13.8 mmHg, 95%CI: -15.3 ถึง -12.3, Cohen's d=1.82,  $p < 0.001$ ) และมีอัตราการควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0 เป็นร้อยละ 80.6 ( $p < 0.001$  โดย McNemar's test) ค่า Cohen's d ของทุกตัวแปรอยู่ในระดับสูงมาก (>0.8) แสดงว่ารูปแบบบริการมีขนาดอิทธิพลที่มีนัยสำคัญทางคลินิก สำหรับผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย จำนวน 14 คน (ร้อยละ 19.4) พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหลายโรค (เบาหวาน ร่วมกับไขมันในเลือดสูง) มีระยะเวลาเจ็บป่วยนานกว่า 10 ปี และมีความดันโลหิตซิสโตลิกก่อนเข้าร่วมวิจัยสูงกว่า 170 mmHg ซึ่งกลุ่มนี้ต้องการการติดตามที่เข้มข้นและระยะเวลาเพิ่มขึ้น

### การอภิปรายผล

การพัฒนาารูปแบบบริการคลินิกความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูเรือ จังหวัดเลย ในครั้งนี้ได้นำแนวคิด Chronic Care Model ของ Wagner et al. (2001), Patient-Centered Care (Institute of Medicine, 2001) และ Self-Management Support (Lorig & Holman, 2003) มาบูรณาการในการพัฒนาารูปแบบบริการอย่างเป็นระบบ ผลการวิจัยสามารถอภิปรายตามประเด็นสำคัญ ดังนี้

ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าขนาดอิทธิพลสูงมาก (Cohen's  $d=2.17$ ) สอดคล้องกับแนวคิด Chronic Care Model ที่เน้นการสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกและการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ (Bodenheimer et al., 2002) การที่ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ภาวะแทรกซ้อน และความสำคัญของการควบคุมความดันโลหิต จะส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับ van Dulmen et al. (2008) และอนัญญา มานิตย์ (2562) ที่พบว่ารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีการให้ความรู้อย่างเป็นระบบทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ การใช้สื่อการสอนที่หลากหลายและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งการตรวจสอบความเข้าใจเป็นระยะ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้และเข้าใจข้อมูลได้ดีขึ้น ทั้งนี้ การพัฒนาความรู้ของผู้ป่วยควรเป็นกระบวนการต่อเนื่องและมีการเสริมแรงอย่างสม่ำเสมอ (Lauffenburger et al., 2020)

ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Cohen's  $d=2.69$ ) สะท้อนถึงประสิทธิผลของการนำแนวคิด Self-Management Support มาประยุกต์ใช้ ตามที่ Lorig & Holman (2003) เน้นย้ำว่าการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการโรคของตนเองเป็นกลยุทธ์สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การที่ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ จะส่งผลโดยตรงต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต (Coleman et al., 2009) สอดคล้องกับงานวิจัยของ ภูรดา ยังวิสัย (2563) และชลธาร ทองแสงและคณะ (2567) ที่พบว่ารูปแบบการดูแลตนเองที่พัฒนาขึ้นช่วยเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การใช้แนวคิด Patient-Centered Care ที่ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและกำหนดเป้าหมายการรักษา ร่วมกับทีมสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองมากขึ้น (Institute of Medicine, 2001) ผลการวิจัยของจันทร์ทิต เพียรกายลุนและคณะ (2567) ยังสนับสนุนแนวคิดนี้

ด้านระดับความดันโลหิต ผู้ป่วยมีความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (SBP: Cohen's  $d=2.31$ , DBP: Cohen's  $d=1.82$ ) และอัตราการควบคุมความดันโลหิตได้เพิ่มจากร้อยละ 0 เป็นร้อยละ 80.6 สอดคล้องกับ Mills et al. (2016) ที่พบว่า การปรับปรุงระบบบริการและสนับสนุนการจัดการตนเองสามารถเพิ่มอัตราการควบคุมความดันโลหิตได้ สอดคล้องกับอังศุมาลิน โคตรสมบัติและเพชรรัตน์ ศรีสุรัตน์ (2563) และภัทระศุภโชติชัย (2567) การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพสอดคล้องกับแนวคิด Collaborative Care ของ Gittel et al. (2000) และ Carter et al. (2009) ที่พบว่าทีมสหวิชาชีพช่วยเพิ่มอัตราการควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่าการดูแลแบบปกติ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยร้อยละ 19.4 ยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหลายโรคและมีระยะเวลาเจ็บป่วยนาน สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจต้องการระยะเวลาในการติดตามที่นานขึ้นและ/หรือการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์การรักษาเพิ่มเติม ซึ่งสอดคล้องกับ Walsh et al. (2012) ที่ระบุว่าผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหัวใจและหลอดเลือดมักต้องการการดูแลที่ซับซ้อนและระยะเวลานานกว่าในการบรรลุเป้าหมาย

ข้อพิจารณาสำคัญในการตีความผล การวิจัยนี้ใช้แบบแผน one-group pretest-posttest design ซึ่งมีข้อจำกัดด้านความตรงภายใน (internal validity) หลายประการที่ต้องพิจารณา ได้แก่ 1) ผล regression to the mean: เนื่องจากคัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ( $BP>140/90$  mmHg)



ค่าความดันโลหิตที่วัดได้ขณะคัดเลืออาจสูงกว่าค่าจริง (true value) ดังนั้น ค่าที่ลดลงหลังการทดลอง ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากการถดถอยสู่ค่าเฉลี่ย ไม่ใช่จากผลของ intervention เพียงอย่างเดียว 2) ผล Hawthorne effect: ผู้ป่วยอาจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเนื่องจากรู้ว่าตนเองถูกสังเกต 3) ผลจากการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ (maturation/history): การเปลี่ยนแปลงบางส่วนอาจเกิดจากปัจจัยอื่นในช่วงเวลา 12 สัปดาห์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับรูปแบบบริการ 4) การไม่มีกลุ่มควบคุม ทำให้ไม่สามารถสรุปความเป็นเหตุเป็นผลได้อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม ค่าขนาดอิทธิพลที่สูงมาก (Cohen's  $d > 1.8$  ทุกตัวแปร) บ่งชี้ว่าแม้จะมีผลจาก regression to the mean บ้าง แต่รูปแบบบริการน่าจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ

### สรุปผลการศึกษา

รูปแบบบริการคลินิกความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้มีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง และลดระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย โดยมีค่าขนาดอิทธิพลสูงมากในทุกตัวแปร การบูรณาการแนวคิดทางทฤษฎีที่หลากหลาย ได้แก่ Chronic Care Model, Patient-Centered Care และ Self-Management Support ร่วมกับการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ เป็นกุญแจสำคัญของความสำเร็จ อย่างไรก็ตาม การตีความผลควรพิจารณาข้อจำกัดด้านการออกแบบวิจัยที่ไม่มีกลุ่มควบคุม และผลจากการถดถอยสู่ค่าเฉลี่ย รูปแบบบริการนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลชุมชนอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน โดยอาจต้องมีการปรับให้เหมาะสมกับบริบทเฉพาะของแต่ละพื้นที่

### ข้อจำกัดของการศึกษา

1. การวิจัยนี้ใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียวไม่มีกลุ่มควบคุม จึงไม่สามารถสรุปความเป็นเหตุเป็นผลได้อย่างชัดเจน และอาจมีผลจากการถดถอยสู่ค่าเฉลี่ย (regression to the mean)
2. การศึกษาเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ อาจไม่เพียงพอสำหรับการประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์ในระยะยาว
3. การวิจัยดำเนินการในพื้นที่เฉพาะ (อำเภอภูเรือ จังหวัดเลย) ซึ่งเป็นพื้นที่ชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จึงอาจมีข้อจำกัดในการนำผลไปใช้กับพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน
4. เกณฑ์การคัดเข้าใช้จุดตัดที่  $BP > 140/90$  mmHg สำหรับผู้ป่วยทุกกลุ่ม แต่การประเมินผลลัพธ์ใช้เกณฑ์เดียวกัน ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับแนวปฏิบัติที่กำหนดเป้าหมายที่ต่ำกว่าสำหรับผู้ป่วยที่มีโรคร่วม

### ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

#### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

- 1) ควรนำรูปแบบบริการคลินิกความดันโลหิตสูงแบบบูรณาการ 3 ระยะ ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในโรงพยาบาลภูเรืออย่างต่อเนื่อง โดยมีการติดตามและประเมินผลเป็นระยะ
- 2) ควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะทักษะการให้คำปรึกษาและการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย

3) ควรสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิและชุมชน เพื่อให้การติดตามดูแลมีความต่อเนื่องและครอบคลุม

4) ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน

## 2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบบริการโดยใช้แบบแผนการวิจัยที่มีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial หรือ Quasi-experimental design) เพื่อเพิ่มความตรงภายในและสามารถสรุปความเป็นเหตุเป็นผลได้ชัดเจนขึ้น

2) ควรศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบบริการในระยะยาว (6-12 เดือน) เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์

3) ควรศึกษาการขยายผลรูปแบบบริการไปยังพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อยืนยันประสิทธิผลและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในวงกว้าง

4) ควรศึกษาการนำเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟน หรือระบบการติดตามทางไกล มาประยุกต์ใช้ร่วมกับรูปแบบบริการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูเรือ ทีมสหวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย ที่ให้การรับรองโครงการวิจัย

## เอกสารอ้างอิง

จันทร์ทิต เพียรภายลุน, ยุวดี คาศิวี และพนิตา จิตจักร. (2567). ผลของโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจ เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิต คลินิกความดันโลหิตสูง งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเขาวง. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 7(1), 45-58.

ชลธาร ทองแสง, อารี บุตรสอน และอนันต์ ไชยกุลวัฒนา. (2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตำบลบึงมะแลง อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 54(2), 234-248.

ภัทรระ ศุภโชติชัย. (2567). ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการโรงพยาบาลนครชัยศรี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 42(1), 112-125.

ภุรดา ยังวิสัย. (2563). การเปรียบเทียบผลของการชี้แนะและการสอนสุขศึกษาต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี. วารสารพยาบาลทหารบก, 21(2), 78-89.



- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย. (2566). รายงานประจำปี พ.ศ. 2566. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย.
- อนัญญา มานิตย์. (2562). การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 29(3), 156-170.
- อังศุมาลิน โคตรสมบัติ และเพชรรัตน์ ศรีสุรัตน์. (2563). การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ร่วมกับภาวะไตเรื้อรังระยะ 3b และหรือภาวะหัวใจล้มเหลว ในจังหวัดยโสธร. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 50(1), 89-103.
- Bodenheimer, T., Wagner, E. H., & Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA*, 288(14), 1775-1779. <https://doi.org/10.1001/jama.288.14.1775>
- Carter, B. L., Ardery, G., Dawson, J. D., James, P. A., Bergus, G. R., Doucette, W. R., Chrischilles, E. A., Franciscus, C. L., & Xu, Y. (2009). Physician and pharmacist collaboration to improve blood pressure control. *Archives of Internal Medicine*, 169(21), 1996-2002. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2009.358>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Coleman, M. T., & Newton, K. S. (2009). Supporting self-management in patients with chronic illness. *American Family Physician*, 71(8), 1503-1510.
- Forouzanfar, M. H., Liu, P., Roth, G. A., Ng, M., Biryukov, S., Marczak, L., ... & Murray, C. J. (2017). Global burden of hypertension and systolic blood pressure of at least 110 to 115 mm Hg, 1990-2015. *JAMA*, 317(2), 165-182. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.19043>
- Gittell, J. H., Fairfield, K. M., Bierbaum, B., Head, W., Jackson, R., Kelly, M., ... & Zuckerman, J. (2000). Impact of relational coordination on quality of care, postoperative pain and functioning, and length of stay. *Medical Care*, 38(8), 807-819.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *The Milbank Quarterly*, 82(4), 581-629. <https://doi.org/10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x>
- Han, H., Guo, W., Lu, Y., Wang, M., Chen, X., & Zhao, D. (2022). Global burden of hypertension: A systematic analysis of Global Burden of Disease Study 2019. *International Journal of Epidemiology*, 51(5), 1533-1545. <https://doi.org/10.1093/ije/dyab113>
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. National Academy Press.

- Lauffenburger, J. C., Ghazinouri, R., Jan, S., Makanji, S., Weinstein, A. R., & Choudhry, N. K. (2020). Impact of a novel pharmacist-delivered behavioral intervention for patients with poorly-controlled diabetes. *Diabetes Care*, 43(12), 2966-2972. <https://doi.org/10.2337/dc20-0053>
- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7. [https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601\\_01](https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01)
- Mills, K. T., Bundy, J. D., Kelly, T. N., Reed, J. E., Kearney, P. M., Reynolds, K., Chen, J., & He, J. (2016). Global disparities of hypertension prevalence and control. *Circulation*, 134(6), 441-450. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.115.018912>
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38-48. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-12.1.38>
- Rodriguez, H. P., Rodday, A. M., Marshall, R. E., Nelson, K. L., Rogers, W. H., & Safran, D. G. (2008). Relation of patients' experiences with individual physicians to malpractice risk. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(1), 5-12. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm052>
- van Dulmen, S., Sluijs, E., van Dijk, L., de Ridder, D., Heerdink, R., & Bensing, J. (2008). Furthering patient adherence: A position paper of the international expert forum on patient adherence. *BMC Health Services Research*, 8, 47. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-47>
- Wagner, E. H., Austin, B. T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., & Bonomi, A. (2001). Improving chronic illness care: Translating evidence into action. *Health Affairs*, 20(6), 64-78. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.20.6.64>
- Walsh, M. N., Bove, A. A., Cross, R. R., Ferdinand, K. C., Forman, S. A., Freeman, A. M., ... & Weintraub, W. S. (2012). ACCF 2012 health policy statement on patient-centered care in cardiovascular medicine. *Journal of the American College of Cardiology*, 59(23), 2125-2143. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2012.03.016>
- World Health Organization. (2023). Hypertension: Key facts. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>



## Development of an Integrated Proactive Health Promotion Model for Reducing Adverse Infant Outcomes Associated with Maternal Methamphetamine Use during Pregnancy at Chiangkhan Hospital, Loei Province

Anchalee Hongsa<sup>1\*</sup>, Rapeepan Chanouan<sup>2</sup>

Chiangkhan Hospital, Loei Province

### ABSTRACT

Methamphetamine use among pregnant women in Chiangkhan District, Loei Province a Thai-Lao border area was 3.78%, exceeding the national average, resulting in high rates of preterm birth (42.59%), low birth weight (51.85%), and neonatal abstinence syndrome (NAS; 35.19%). This study aimed to develop and evaluate an integrated proactive health promotion model for reducing adverse infant outcomes. A quasi-experimental study with retrospective historical control, based on the research and development framework of Borg and Gall integrated with the PDSA cycle, was conducted over 24 months (July 2023–July 2025) in four phases: situation analysis using mixed methods (n=37), model development validated by five experts (IOC=0.89), quasi-experimental implementation comparing retrospective historical controls (n=54) and prospective intervention group (n=35), and model evaluation. Data were analyzed using SPSS version 26.0.

The CHIANGKHAN MODEL (5 components: C-H-I-A-N) significantly improved outcomes. Quality ANC increased from 48.15% to 77.14% (OR=3.63, p=0.005); continuous substance use decreased from 44.44% to 14.29% (OR=0.21, p=0.002). Preterm birth declined from 42.59% to 20.00% (Adjusted OR=0.29, p=0.017; NNT=4.4); birth weight increased by 329 grams (d=0.68); and Finnegan scores decreased from 8.47 to 5.83 (d=0.97). Hospital stay was reduced by 3.1 days and treatment costs decreased by 17,340 baht per case. Multiple testing correction using the Benjamini-Hochberg false discovery rate method confirmed significance in 11 of 12 outcomes (91.7%), demonstrating robust findings. Appropriateness ( $\bar{x}$ =4.23), feasibility ( $\bar{x}$ =4.18), and satisfaction ( $\bar{x}$ =4.35) were rated at high or highest levels.

The CHIANGKHAN MODEL demonstrated statistically and clinically significant effectiveness with moderate-to-large effect sizes (d=0.52–1.21), robust to multiple testing corrections, and suitable as a clinical practice guideline for community hospitals in border areas.

**Keywords:** *Methamphetamine, Pregnancy, Neonatal Abstinence Syndrome, Integrated Health Promotion, Chiangkhan Model*

\*Corresponding Author: noi\_hongsa@hotmail.com

## การพัฒนาแบบการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกแบบบูรณาการเพื่อลดผลกระทบของทารก จากมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนระหว่างตั้งครรภ์ โรงพยาบาลเชียงคาน จังหวัดเลย

อัญชลี หงษา<sup>1\*</sup>, ระพีพรรณ จันทร์อ้วน<sup>2</sup>

<sup>1</sup>โรงพยาบาลเลย จังหวัดเลย, <sup>2</sup>โรงพยาบาลเชียงคาน อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย

### บทคัดย่อ

การใช้สารเมทแอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทวีความรุนแรง อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย พบอัตราร้อยละ 3.78 ส่งผลให้ทารกมีอัตราการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 42.59 น้ำหนักแรกเกิดต่ำ ร้อยละ 51.85 และภาวะถอนยาในทารกแรกเกิด (NAS) ร้อยละ 35.19 มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผล แบบการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกแบบบูรณาการ เป็นการวิจัยและพัฒนาตามแนวคิด Borg and Gall ร่วมกับวงจร PDSA ระยะเวลา 24 เดือน (กรกฎาคม 2566-กรกฎาคม 2568) แบ่ง 4 ระยะ โดยระยะที่ 3 ใช้แบบแผน กึ่งทดลองเปรียบเทียบกลุ่มย้อนหลัง (n=54) กับกลุ่มทดลอง (n=35) และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS version 26.0

ผลการวิจัย รูปแบบ CHIANGKHAN MODEL (5 องค์ประกอบ: C-H-I-A-N) มีประสิทธิผลอย่างมีนัยสำคัญ อัตราฝากครรภ์คุณภาพเพิ่มจากร้อยละ 48.15 เป็น 77.14 (OR=3.63, p=0.005) อัตราใช้สารต่อเนื่องลดจากร้อยละ 44.44 เป็น 14.29 (OR=0.21, p=0.002) คลอดก่อนกำหนดลดจากร้อยละ 42.59 เป็น 20.00 (Adjusted OR=0.29, p=0.017; NNT=4.4) น้ำหนักแรกเกิดเพิ่ม 329 กรัม (d=0.68) คะแนน Finnegan ลดจาก 8.47 เป็น 5.83 (d=0.97) วันนอนโรงพยาบาลลด 3.1 วัน และค่ารักษาลด 17,340 บาทต่อราย การวิเคราะห์ Multiple Testing Correction ด้วยวิธี Benjamini-Hochberg FDR พบว่า 11 จาก 12 ตัวแปร (ร้อยละ 91.7) ยังคงมีนัยสำคัญ ความเหมาะสม ( $\bar{x}$ =4.23) ความเป็นไปได้ ( $\bar{x}$ =4.18) และความพึงพอใจ ( $\bar{x}$ =4.35) อยู่ในระดับมากขึ้นไป

สรุป รูปแบบ CHIANGKHAN MODEL มีประสิทธิผลทั้งทางสถิติและคลินิกด้วยขนาดอิทธิพลระดับปานกลางถึงใหญ่ (d=0.52-1.21) และมีความแข็งแกร่งต่อการวิเคราะห์ Multiple Testing เหมาะสำหรับเป็นแนวปฏิบัติในโรงพยาบาลชุมชนพื้นที่ชายแดน

**คำสำคัญ:** เมทแอมเฟตามีน, การตั้งครรภ์, ภาวะถอนยาในทารกแรกเกิด, การสร้างเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ, รูปแบบเชียงคาน



## บทนำ

ปัญหาการใช้สารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์เป็นวิกฤตด้านสาธารณสุขระดับโลกที่ทวีความรุนแรง โดยเฉพาะสารเมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine) รายงาน World Drug Report 2024 ระบุว่าทั่วโลกมีผู้ใช้สารกลุ่มแอมเฟตามีนสูงถึง 30.7 ล้านคน และปริมาณเมทแอมเฟตามีนที่ถูกจับกุมในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ออก และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้สูงสุดเป็นประวัติการณ์ถึง 190 ตันในปี ค.ศ. 2023 (UNODC, 2024) สำหรับประเทศไทย สำนักงาน ป.ป.ส. (2567) รายงานว่าในปี พ.ศ. 2567 มีผู้ใช้สารเสพติดประมาณ 1.9 ล้านคน เพิ่มขึ้นร้อยละ 207.7 จากปี พ.ศ. 2562 และมีแนวโน้มขยายตัวไปสู่กลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์เพิ่มมากขึ้น การศึกษาเชิงภาคตัดขวางในจังหวัดอุดรธานี (n=1,850) พบว่าร้อยละ 17.6 ของหญิงตั้งครรภ์มีประวัติใช้เมทแอมเฟตามีน และร้อยละ 7.3 ใช้ขณะตั้งครรภ์ (สิทธิศักดิ์ อนุสรณ์ธีรกุล และคณะ, 2566)

ผลกระทบของเมทแอมเฟตามีนต่อทารกในครรภ์มีหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวนมาก การศึกษาแบบ Meta-analysis พบความสัมพันธ์กับน้ำหนักแรกเกิดต่ำ คลอดก่อนกำหนด และความผิดปกติทางพัฒนาการ (Kalaitzopoulos et al., 2018) การศึกษาขนาดใหญ่ในรัฐแคลิฟอร์เนีย (ปี ค.ศ. 2008–2019) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้เมทแอมเฟตามีนมีความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดสูงขึ้น 2.85 เท่า และทารกต้องเข้ารับรักษาใน NICU สูงขึ้น 2.46 เท่า (Hayer et al., 2024) เมื่อเปรียบเทียบกับสารเสพติดชนิดอื่น เมทแอมเฟตามีนมีผลกระทบต่อพัฒนาการทางสติปัญญาของเด็กรุนแรงกว่าแอลกอฮอล์และกัญชา แต่ใกล้เคียงกับโคเคน ตามการศึกษาในโครงการ IDEAL (Infant Development, Environment, and Lifestyle) (Smith et al., 2015) ในระยะยาว การสัมผัสเมทแอมเฟตามีนก่อนคลอดสัมพันธ์กับความสามารถทางสติปัญญาที่ต่ำกว่า (d=0.89) ปัญหาการแก้ไข้ปัญหา (d=0.82) ความจำระยะสั้นบกพร่อง (d=0.91) และพัฒนาการทางภาษาล่าช้า (d=0.74) ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานสังเคราะห์ล่าสุดในกลุ่มสารโอปิออยด์และเมทแอมเฟตามีน (Wouldes & Lester, 2023) ด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ค่ารักษาทารกที่มีภาวะ NAS ในสหรัฐอเมริกาเฉลี่ย 22,552 ดอลลาร์ต่อราย สูงกว่าทารกปกติ 6.5 เท่า (Winkelman et al., 2018) ในบริบทประเทศไทย ระบบหลักประกันสุขภาพใช้ระบบ DRG-RW ในการคิดค่าใช้จ่าย โดยในปีงบประมาณ 2567 ทารกคลอดก่อนกำหนดที่ต้องเข้ารับรักษาใน NICU มีค่า Relative Weight (RW) สูงถึง 6.8–9.2 เปรียบเทียบกับการคลอดปกติที่ RW เพียง 0.8–1.2 ขณะที่ทารกที่มีภาวะ NAS เพิ่มค่า RW อีก 1.5–2.5 เท่า (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2567) เมื่อคำนวณในอัตราชดเชย 12,000–15,000 บาทต่อ RW จะเห็นว่าภาระค่าใช้จ่ายต่อทารก 1 รายที่มีภาวะ NAS อาจสูงถึง 80,000–120,000 บาท ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการดูแลที่มีประสิทธิผลจึงมีความสำคัญทั้งในมิติสุขภาพและเศรษฐศาสตร์

จากการทบทวนวรรณกรรม แม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของเมทแอมเฟตามีนจำนวนมาก แต่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังหรือระบาดวิทยา (Wouldes & Lester, 2023) การศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกแบบบูรณาการยังมีจำกัดในบริบทโรงพยาบาลชุมชนพื้นที่ชนบทชายแดน การศึกษาในประเทศไทยที่โรงพยาบาลโซพิสัย (วรภิรมณ์ ไผยริน และคณะ, 2567) และจังหวัดเพชรบูรณ์ (ศุภสิทธิ์ สุชี,



2567) ส่วนใหญ่เน้นการดูแลระยะหลังคลอดหรือมีบริบทต่างกัน ยังไม่มีรูปแบบที่ครอบคลุมตั้งแต่การค้นหาเชิงรุกจนถึงการติดตามหลังคลอดในพื้นที่ชายแดนที่มีการแพร่ระบาดสูง

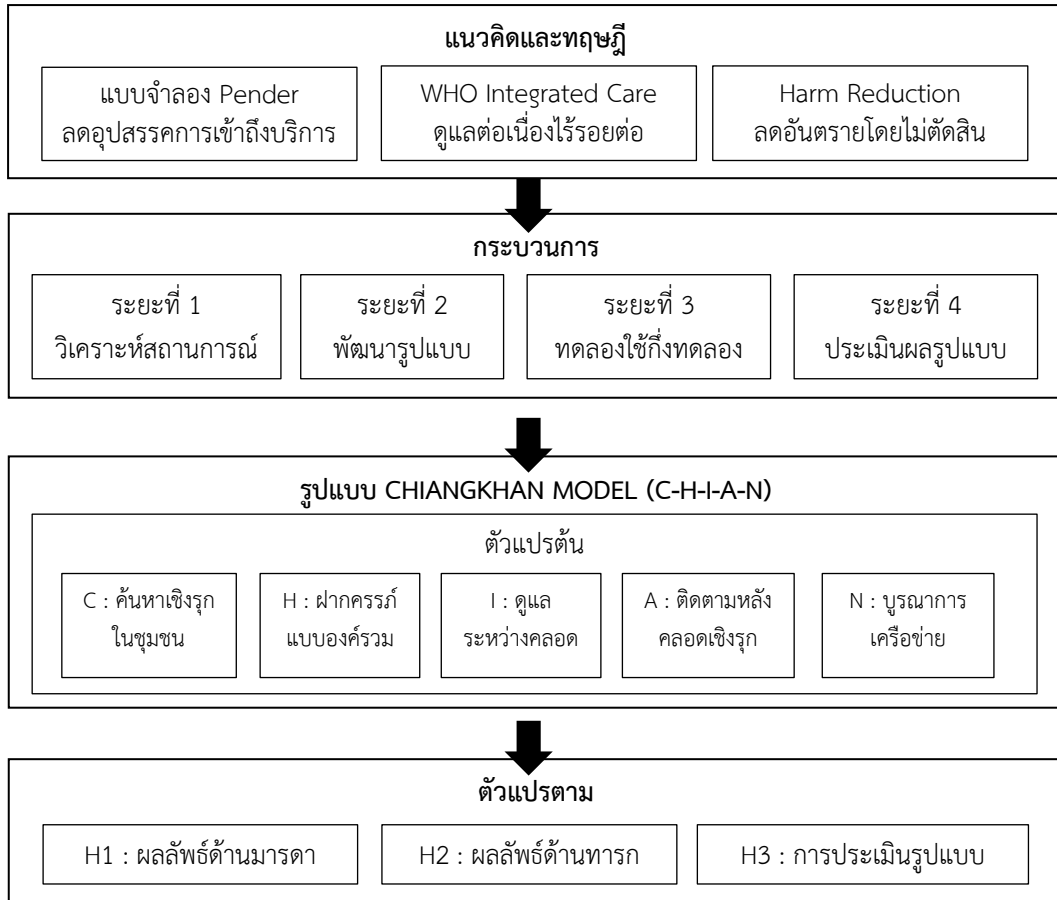
อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย เป็นพื้นที่ชายแดนติดแม่น้ำโขงและสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ซึ่งเป็นเส้นทางลำเลียงยาเสพติดเข้าสู่ประเทศไทย ข้อมูลย้อนหลังจากระบบสารสนเทศโรงพยาบาลเชียงคาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564–2566 พบหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนร้อยละ 3.78 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ ส่งผลให้ทารกมีอัตราคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 42.59 น้ำหนักแรกเกิดต่ำร้อยละ 51.85 และอุบัติการณ์ NAS ร้อยละ 35.19 จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าวนำไปสู่คำถามการวิจัยว่า 'รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกแบบบูรณาการที่พัฒนาขึ้นสำหรับบริบทพื้นที่ชายแดนสามารถลดผลกระทบต่อทารกจากมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนระหว่างตั้งครรภ์ได้หรือไม่ และมีประสิทธิผลเพียงใด

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา บริบท และความต้องการในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนและทารกแรกเกิดในพื้นที่อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกแบบบูรณาการเพื่อลดผลกระทบของทารกจากมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนระหว่างตั้งครรภ์
3. เพื่อทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในบริบทโรงพยาบาลเชียงคาน
4. เพื่อประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากมุมมองของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (R&D) ตามแนวคิดของ Borg and Gall (1989) ร่วมกับวงจร PDSA ดำเนินการ 4 ระยะ โดยบูรณาการแนวคิดหลัก 3 ประการ ได้แก่ (1) แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ Pender ที่มุ่งลดอุปสรรคการรับบริการโดยเฉพาะตราบาป (stigma) และเสริมสร้างอิทธิพลระหว่างบุคคลผ่านระบบ Case Manager และเครือข่ายชุมชน ซึ่งเชื่อมโยงกับองค์ประกอบ C และ H ของรูปแบบ (2) การดูแลสุขภาพแบบบูรณาการขององค์การอนามัยโลก ที่เน้นความต่อเนื่องไร้รอยต่อตลอดระยะก่อนระหว่าง และหลังคลอด สอดคล้องกับองค์ประกอบ I และ A และ (3) แนวทาง Harm Reduction ที่เน้นการลดอันตรายโดยไม่ตัดสิน สร้างความไว้วางใจระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ เชื่อมโยงกับองค์ประกอบ N ตัวแปรอิสระ คือ รูปแบบ CHIANGKHAN MODEL 5 องค์ประกอบ (C-H-I-A-N) ตัวแปรตาม ได้แก่ ผลลัพธ์ด้านมารดาและทารก รวมถึงการประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความพึงพอใจ ดังภาพกรอบแนวคิด



ภาพที่ 1 แผนภาพกรอบแนวคิดการวิจัย

## ระเบียบวิธีวิจัย

### 1. รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ตามแนวคิดของ Borg and Gall (1989) ผสมผสานกับวงจร PDSA ดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2568 รวม 24 เดือน แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์และบริบท (R1) ด้วยวิธีวิจัยแบบผสมผสาน ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ (D1) โดยบูรณาการผลการศึกษากับหลักฐานเชิงประจักษ์ ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบ (R2) ด้วยแบบแผนกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) เปรียบเทียบข้อมูลกลุ่มทดลองแบบไปข้างหน้า (Prospective) กับข้อมูลกลุ่มเปรียบเทียบกับย้อนหลัง (Retrospective Historical Control) และระยะที่ 4 ประเมินผลรูปแบบ (D2)

### 2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 3 ใช้ Total Purposive Sampling คัดเลือกหญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่ตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีนและมาฝากครรภ์หรือคลอดที่โรงพยาบาลเชียงคานในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2567–2568 เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 35 ราย เปรียบเทียบกับข้อมูลย้อนหลังในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2564–2566 จำนวน 54 ราย ซึ่งทำหน้าที่เป็น Retrospective Historical Control Group เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์

ไม่น้อยกว่า 28 สัปดาห์ ตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะด้วยวิธีมาตรฐาน และฝากครรภ์และ/หรือคลอดที่โรงพยาบาลเชียงคาน เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมรุนแรง ปัญหาสุขภาพจิตรุนแรงที่ต้องการการรักษาเฉพาะทาง ครรภ์แฝด และทารกพิการแต่กำเนิดรุนแรง

### 3. ข้อจำกัดด้านการออกแบบและการควบคุมความลำเอียง

การวิจัยนี้ใช้กลุ่มเปรียบเทียบบย้อนหลัง (Retrospective Historical Control) ซึ่งอาจเกิด Historical Bias อย่างไรก็ตาม การสุ่มกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถดำเนินการได้ด้วยเหตุผลทางจริยธรรมในบริบทกลุ่มประชากรเปราะบาง ผู้วิจัยดำเนินการ Secular Trend Analysis ใน 2 ด้าน คือ (1) ด้านนโยบายยาเสพติด พบแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไปโดยไม่มี Abrupt Shift และ (2) ด้านระบบบริการสุขภาพ ไม่มีการเปลี่ยนแปลง Service Capability ที่สำคัญ โดยอัตราการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ทั่วไปที่ไม่ใช้สารเสพติด ไม่แตกต่างกันระหว่างสองช่วงเวลา (ร้อยละ 8.2 เทียบกับ 7.9;  $p=0.824$ ) ยืนยันว่าผลลัพธ์ที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้เกิดจาก Systemwide Change นอกจากนี้ Post-hoc Power Analysis ด้วยโปรแกรม G\*Power 3.1.9.7 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่าง  $n=89$  ให้อำนาจการทดสอบ 0.82 สำหรับตัวแปรต่อเนื่อง และ 0.78 สำหรับ Binary outcomes ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ 0.80 เล็กน้อยสำหรับตัวแปรหลังนี้

### 4. เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

รูปแบบ CHIANGKHAN MODEL 5 องค์ประกอบผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน (IOC เฉลี่ย 0.89, พิสัย 0.84–0.95) เครื่องมือประเมิน Finnegan Neonatal Abstinence Scoring System มีค่า Inter-rater Reliability  $r=0.82-0.94$  แบบสอบถามความเหมาะสมความเป็นไปได้ และความพึงพอใจมีค่า Cronbach's Alpha  $\alpha=0.89-0.93$  ผ่านเกณฑ์  $\alpha \geq 0.70$  ทุกฉบับ (Nunnally & Bernstein, 1994)

### 5. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยโปรแกรม IBM SPSS Statistics version 26.0 ใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square Test, Fisher's Exact Test, Independent t-test และ Binary Logistic Regression โดยควบคุมตัวแปรกวน (อายุมารดา รายได้ จำนวนครั้งฝากครรภ์ ชนิดสารเสพติด) รายงาน Odds Ratio พร้อมช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ขนาดอิทธิพลด้วย Cohen's d และ Cramér's V กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่  $\alpha=0.05$  ดำเนินการ Sensitivity Analysis 3 รูปแบบ (Base/Adjusted/Stringent Model) สำหรับการทดสอบสมมติฐานหลายตัวแปรพร้อมกัน ผู้วิจัยไม่ปรับค่า Multiple Testing Correction สำหรับ Primary Outcomes ที่กำหนดไว้ล่วงหน้า ตามแนวปฏิบัติของ EMA (2017) และ ICH E9 แต่รายงาน Multiple Testing Correction ใน Secondary Outcomes เป็นผลการวิเคราะห์หลักใน Section 5.7

### 6. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เลขที่ ECLOEI 034/2566 ลงวันที่ 25 กรกฎาคม 2566 กลุ่มทดลองทุกรายลงนามในเอกสารให้ความยินยอม (Informed Consent) สำหรับข้อมูลกลุ่มย้อนหลังได้รับการยกเว้นความยินยอม (Waiver of Consent) เนื่องจากเป็นการใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากเวชระเบียนที่ถอดรหัสประจำตัวผู้ป่วยแล้ว (De-identified Data)



## ผลการวิจัย

### 1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์และการพัฒนารูปแบบ (ระยะที่ 1-2)

การวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง ปีงบประมาณ 2564-2566 พบหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน 54 ราย จาก 1,427 ราย (ร้อยละ 3.78) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ( $p$  for trend=0.023) การวิจัยเชิงคุณภาพ ( $n=37$ ) ค้นพบ 4 ประเด็นหลัก ได้แก่

- 1) อุปสรรคการเข้าถึงบริการจากความกลัวการถูกตีตราและดำเนินคดี (ร้อยละ 80)
- 2) ช่องว่างในระบบการดูแลที่ขาดกลไกเชื่อมต่อระหว่างคลินิกยาเสพติดและแผนกฝากครรภ์
- 3) ความต้องการการสนับสนุนแบบองค์รวม
- 4) ศักยภาพของ อสม. ในการค้นหาเชิงรุก

การพัฒนา CHIANGKHAN MODEL นำสู่รูปแบบ 5 องค์ประกอบ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC เฉลี่ย 0.89, พิสัย 0.84-0.95) ได้แก่ (C) การค้นหาเชิงรุกในชุมชนผ่านเครือข่าย อสม. (H) การฝากครรภ์แบบองค์รวมที่บูรณาการ Motivational Interviewing, CBT และระบบ Case Manager (I) การดูแลระหว่างคลอดแบบบูรณาการด้วย Finnegan Scoring (A) การติดตามหลังคลอดเชิงรุกที่บ้านโดย Case Manager ร่วมกับ อสม. และ (N) การบูรณาการเครือข่ายผ่านคณะกรรมการ Case Conference รายเดือน

### 2. คุณลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการเปรียบเทียบคุณลักษณะพื้นฐานระหว่างกลุ่มย้อนหลัง ( $n=54$ ) และกลุ่มทดลอง ( $n=35$ ) พบว่าทั้งสองกลุ่มมีคุณลักษณะไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ( $p>0.05$ ) ยกเว้นอายุครรภ์เฉลี่ยที่เริ่มฝากครรภ์ของกลุ่มทดลองเร็วกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ( $11.4\pm 3.2$  สัปดาห์ เทียบกับ  $16.2\pm 4.8$  สัปดาห์;  $p<0.001$ ) ซึ่งเป็นผลจากองค์ประกอบ C ของรูปแบบ แสดงในตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคุณลักษณะพื้นฐานของกลุ่มย้อนหลังและกลุ่มทดลอง

คุณลักษณะ	กลุ่มย้อนหลัง ( $n=54$ )	กลุ่มทดลอง ( $n=35$ )	p-value
อายุ (ปี; $\bar{x}\pm SD$ )	24.6 $\pm$ 6.2	25.1 $\pm$ 5.8	0.697
ครรภ์แรก (ร้อยละ)	38.89	42.86	0.712
รายได้ <10,000 บาท/เดือน (ร้อยละ)	72.22	65.71	0.514
การศึกษา <ม.ปลาย (ร้อยละ)	61.11	54.29	0.523
ใช้ยาสูบเป็นหลัก (ร้อยละ)	81.48	77.14	0.623
ใช้สาร $\geq 2$ ชนิด (ร้อยละ)	25.93	20.00	0.526
GA เริ่มฝากครรภ์ (สัปดาห์; $\bar{x}\pm SD$ )	16.2 $\pm$ 4.8	11.4 $\pm$ 3.2	<0.001*

หมายเหตุ: \* $p<0.05$ ; GA = Gestational Age

### 3. ผลลัพธ์ด้านสุขภาพมารดา

ผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านสุขภาพมารดา พบว่ากลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ดีกว่ากลุ่มย้อนหลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวชี้วัด ( $p<0.05$ ) อัตราฝากครรภ์คุณภาพเพิ่มจากร้อยละ 48.15 เป็น 77.14 (OR=3.63; 95% CI: 1.40-9.42;  $p=0.005$ ) จำนวนครั้งฝากครรภ์เฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1.9 ครั้ง มีขนาดอิทธิพลระดับใหญ่ ( $d=1.21$ ;  $p<0.001$ ) และอัตราการใช้สารเสพติดต่อเนื่องลดลงจากร้อยละ 44.44 เหลือ 14.29 (OR=0.21; 95% CI: 0.07-0.61;  $p=0.002$ ) แสดงในตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านสุขภาพมารดา ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

ตัวชี้วัด	ก่อน(n=54)	หลัง(n=35)	OR/MD (95% CI)	p-value
ฝากครรภ์คุณภาพ (ร้อยละ)	48.15	77.14	OR=3.63 (1.40–9.42)	0.005*
ฝากครรภ์ ≤12 สัปดาห์ (ร้อยละ)	37.04	62.86	OR=2.89 (1.19–7.02)	0.012*
ฝากครรภ์ ≥5 ครั้ง (ร้อยละ)	59.26	85.71	OR=4.22 (1.42–12.52)	0.004*
จำนวนครั้ง ANC ( $\bar{x}\pm SD$ )	4.2±1.8	6.1±1.3	MD=1.9 (1.20–2.60) d=1.21 (ใหญ่)	<0.001*
ใช้สารเสพติดต่อเนื่อง (ร้อยละ)	44.44	14.29	OR=0.21 (0.07–0.61)	0.002*

หมายเหตุ: \* $p<0.05$ ; OR=Odds Ratio; MD=Mean Difference; d=Cohen's d

#### 4. ผลลัพธ์ด้านสุขภาพทารก

ผลลัพธ์ด้านสุขภาพทารกแบ่งเป็น 2 ส่วน ตารางที่ 3 แสดงตัวแปรจัดประเภท พบว่ากลุ่มทดลอง มีอัตราการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 20.00 ต่ำกว่ากลุ่มย้อนหลังที่มีร้อยละ 42.59 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR=0.34; 95% CI: 0.13–0.90;  $p=0.021$ ) อัตราทารกน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม ลดลงจากร้อยละ 51.85 เหลือร้อยละ 28.57 (OR=0.37;  $p=0.027$ ) สำหรับอุบัติการณ์ NAS ลดลงจากร้อยละ 35.19 เหลือร้อยละ 17.14 แต่ยังไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติในการวิเคราะห์ univariate ( $p=0.056$ ) ซึ่งอาจเป็นผลจากอำนาจการทดสอบไม่เพียงพอ (Power=0.78) แสดงในตารางที่ 3 ดังนี้

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์ด้านสุขภาพทารก: ตัวแปรจัดประเภท

ตัวชี้วัด	ย้อนหลัง (n=54)	ทดลอง (n=35)	OR (95% CI)	p-value	Cramér's V
คลอดก่อนกำหนด (ร้อยละ)	42.59	20.00	0.34 (0.13–0.90)	0.021*	0.23
น้ำหนักแรกเกิด <2,500 g (ร้อยละ)	51.85	28.57	0.37 (0.15–0.92)	0.027*	0.23
อุบัติการณ์ NAS (ร้อยละ)	35.19	17.14	0.38 (0.13–1.04)	0.056+	0.19

หมายเหตุ: \* $p<0.05$ ; + $p=0.056$  (marginally significant); OR<1.0=ปัจจัยป้องกัน; ค่า CI ของ NAS คำนวณด้วย Fisher's Exact Test

ตัวแปรต่อเนื่อง พบว่า ทารกกลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ดีกว่าในทุกตัวชี้วัด ( $p<0.05$ ) น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ยสูงกว่า 329 กรัม ( $d=0.68$ ) คะแนน Finnegan ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก จาก 8.47 เป็น 5.83 คะแนน ( $d=0.97$  ระดับใหญ่) โดยเฉลี่ยต่ำกว่าเกณฑ์การให้ยาบำบัด ( $\geq 8$ ) ส่งผลให้วันนอนโรงพยาบาลลดลง 3.1 วัน ( $d=0.81$ ) และค่ารักษาพยาบาลลดลง 17,340 บาทต่อราย ( $d=0.72$ ) โดยรวมขนาดอิทธิพลของตัวแปรต่อเนื่องทั้ง 7 ตัวชี้วัดอยู่ในระดับปานกลางถึงใหญ่ ( $d=0.52-0.97$ ) แสดงในตารางที่ 4 ดังนี้



ตารางที่ 4 ผลลัพธ์ด้านสุขภาพทารก: ตัวแปรต่อเนื่อง

ตัวชี้วัด	กลุ่มย้อนหลัง ( $\bar{x} \pm SD$ ; n=54)	กลุ่มทดลอง ( $\bar{x} \pm SD$ ; n=35)	MD (95% CI); d	p-value
GA เมื่อคลอด (สัปดาห์)	36.8±2.4	38.2±1.6	1.4 (0.50–2.30)d=0.69	0.003*
น้ำหนักแรกเกิด (กรัม)	2,456±548	2,785±412	329 (113–545)d=0.68	0.003*
Apgar score 1 นาที	7.3±1.8	8.1±1.2	0.8 (0.14–1.46)d=0.52	0.018*
Apgar score 5 นาที	8.6±1.3	9.2±0.8	0.6 (0.13–1.07)d=0.56	0.012*
Finnegan score	8.47±3.21	5.83±2.15	-2.64 (-4.80, -0.48)d=0.97 (ใหญ่)	0.018*
วันนอนโรงพยาบาล (วัน)	8.3±4.6	5.2±2.8	-3.1 (-4.96, -1.24)d=0.81 (ใหญ่)	0.001*
ค่ารักษาพยาบาล (บาท)	45,680±18,250	28,340±12,430	-17,340 (-25,120, -9,560)d=0.72	0.002*

หมายเหตุ: \* $p < 0.05$ ; d=Cohen's d (0.20=เล็ก, 0.50=ปานกลาง,  $\geq 0.80$ =ใหญ่); MD=Mean Difference

### 5. ปัจจัยทำนายผลลัพธ์: Binary Logistic Regression

ผลการวิเคราะห์ Binary Logistic Regression สำหรับการคลอดก่อนกำหนดแสดงความเหมาะสมกับข้อมูล (Hosmer-Lemeshow  $\chi^2=5.82$ ,  $p=0.668$ ) อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 25.3 (Nagelkerke  $R^2=0.253$ ) พบว่า CHIANGKHAN MODEL ลดโอกาสคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 71 (Adj.OR=0.29; 95% CI: 0.10–0.80;  $p=0.017$ ) สำหรับสมการทำนาย NAS (Hosmer-Lemeshow  $\chi^2=4.15$ ,  $p=0.762$ ; Nagelkerke  $R^2=0.312$ ) รูปแบบลดโอกาสการเกิด NAS ร้อยละ 66 (Adj.OR=0.34; 95% CI: 0.12–0.97;  $p=0.044$ ) ยืนยันว่า CHIANGKHAN MODEL เป็นปัจจัยป้องกันอิสระแม้ควบคุมตัวแปรกวนแล้ว แสดงในตารางที่ 5 ดังนี้

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ Binary Logistic Regression ปัจจัยทำนายการคลอดก่อนกำหนด (บน) และภาวะ NAS (ล่าง)

ตัวแปร	B	Adj.OR	95% CI	Wald	p-value
CHIANGKHAN MODEL	-1.24	0.29	0.10–0.80	5.69	0.017*
ใช้สารต่อเนื่องระหว่างครรภ์	1.18	3.25	1.27–8.33	6.07	0.014*
ฝากครรภ์ $\geq 5$ ครั้ง	-0.94	0.39	0.16–0.95	4.27	0.039*
อายุมารดา	0.03	1.03	0.95–1.12	0.49	0.482

ตัวแปร	B	Adj.OR	95% CI	Wald	p-value
CHIANGKHAN MODEL	-1.08	0.34	0.12–0.97	4.05	0.044*
ใช้สารต่อเนื่องไตรมาส 3	1.62	5.05	1.79–14.24	9.47	0.002*
รายได้ <10,000 บาท	0.68	1.97	0.72–5.41	1.73	0.189

หมายเหตุ: \* $p < 0.05$ ; ควบคุมตัวแปรกวน: อายุมารดา รายได้ จำนวนครั้งฝากครรภ์ ชนิดสารเสพติด

## 6. ผลการประเมินรูปแบบ

ความเหมาะสมของรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{x}=4.23$ , S.D.=0.48) มิติสอดคล้องกับนโยบาย มีคะแนนสูงสุด ( $\bar{x}=4.42$ ) ความเป็นไปได้อยู่ในระดับมาก ( $\bar{x}=4.18$ , S.D.=0.53) มิติการสนับสนุนจากผู้บริหาร มีคะแนนสูงสุด ( $\bar{x}=4.38$ ) ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ประเมิน ( $F=0.42$ ,  $p=0.738$ ) ความพึงพอใจ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{x}=4.35$ , S.D.=0.52) กลุ่มหญิงตั้งครรภ์มีความพึงพอใจสูงสุด ( $\bar{x}=4.52$ ) สะท้อน การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

## 7. การวิเคราะห์ Multiple Testing Correction

เนื่องจากการศึกษานี้ทดสอบตัวแปรผลลัพธ์ 12 ตัวแปรพร้อมกัน จึงมีความเสี่ยงต่อความคลาดเคลื่อน ประเภทที่ 1 (Type I Error) ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิเคราะห์ Multiple Testing Correction เป็นส่วนหนึ่งของ ผลการวิจัยหลัก ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ Multiple Testing Correction สำหรับตัวแปรผลลัพธ์ 12 ตัวแปร

ตัวแปรผลลัพธ์	p-value	ลำดับ (Rank)	Bonferroni $\alpha=0.004$	BH-FDRq=0.05	ผ่านเกณฑ์ (BH)	หมายเหตุ
จำนวนครั้ง ANC	<0.001	1	ผ่าน	0.004	ผ่าน	Primary outcome สนับสนุน
ฝากครรภ์คุณภาพ	0.002	2	ผ่าน	0.008	ผ่าน	
ใช้สารต่อเนื่อง	0.002	3	ผ่าน	0.013	ผ่าน	
ฝากครรภ์ $\geq 5$ ครั้ง	0.004	4	ผ่าน	0.017	ผ่าน	
วันนอนโรงพยาบาล	0.001	5	ผ่าน	0.021	ผ่าน	
ค่ารักษาพยาบาล	0.002	6	ผ่าน	0.025	ผ่าน	
น้ำหนักแรกเกิด (g)	0.003	7	ผ่าน	0.029	ผ่าน	
GA เมื่อคลอด	0.003	8	ผ่าน	0.033	ผ่าน	
คลอดก่อนกำหนด	0.021	9	ไม่ผ่าน	0.038	ผ่าน	Primary outcome ผ่าน BH-FDR
ฝากครรภ์ $\leq 12$ สัปดาห์	0.012	10	ไม่ผ่าน	0.042	ผ่าน	
Finnegan score	0.018	11	ไม่ผ่าน	0.046	ผ่าน	
อุบัติการณ์ NAS	0.056	12	ไม่ผ่าน	0.050	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่านทั้งสองวิธี; Power 0.78

หมายเหตุ: Bonferroni threshold  $\alpha=0.004$  ( $\alpha/12$ ); BH-FDR threshold = (rank/12) $\times$ 0.05; = ผ่านเกณฑ์; =ไม่ผ่านเกณฑ์

ผลการวิเคราะห์แสดงว่าเมื่อใช้วิธี Bonferroni correction ( $\alpha=0.004$ ) ซึ่งเข้มงวดที่สุด มี 7 จาก 12 ตัวแปร (ร้อยละ 58.3) ที่ยังคงมีนัยสำคัญ ขณะที่วิธี Benjamini-Hochberg False Discovery Rate (BH-FDR;  $q=0.05$ ) ซึ่งเหมาะสมกว่าสำหรับตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันทางพยาธิสรีรวิทยา (Perneger, 1998; Armstrong, 2014) มี 11 จาก 12 ตัวแปร (ร้อยละ 91.7) ที่ยังคงมีนัยสำคัญ โดยมีเพียงอุบัติการณ์ NAS



เท่านั้นที่ไม่ผ่านเกณฑ์ทั้งสองวิธี ซึ่งสอดคล้องกับการที่ค่า  $p=0.056$  อยู่เหนือเกณฑ์ตัดสิน ผลการวิเคราะห์โดยรวมยืนยันว่าประสิทธิผลของรูปแบบ CHIANGKHAN MODEL มีความแข็งแกร่งสูง (high robustness) และไม่ได้เป็นผลจาก Type I Error ผู้วิจัยเลือกไม่ปรับค่าสำหรับ Primary Outcomes ที่กำหนดไว้ล่วงหน้า (การคลอดก่อนกำหนด และ NAS) ตามแนวปฏิบัติของ EMA (2017) และ ICH E9

### การอภิปรายผล

1. ด้านสถานการณ์และรูปแบบที่พัฒนาขึ้น อัตราหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนในพื้นที่ (ร้อยละ 3.78) สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ (ร้อยละ 2.5–3.0) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ( $p$  for trend=0.023) สอดคล้องกับรายงาน UNODC (2024) การพัฒนา CHIANGKHAN MODEL ผ่านกระบวนการ R&D อย่างเป็นระบบ ค่า IOC เฉลี่ย 0.89 สะท้อนความตรงเชิงเนื้อหาในระดับดี (Polit & Beck, 2017) จุดเด่นของรูปแบบคือการบูรณาการแนวคิด Health Promotion Model, Integrated Care และ Harm Reduction ครอบคลุมการดูแลตั้งแต่ระยะก่อนคลอดจนถึงหลังคลอดอย่างไร้รอยต่อ

2. ด้านผลลัพธ์สุขภาพมารดา อัตราฝากครรภ์คุณภาพเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 48.15 เป็น 77.14 (OR=3.63,  $p=0.005$ ) อธิบายจาก 3 กลไก ได้แก่ การค้นหาเชิงรุกที่พบกลุ่มเสี่ยงเร็วขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าโปรแกรมเชิงรุกเพิ่มอัตราฝากครรภ์คุณภาพได้ 2–4 เท่า (Smid et al., 2019) ระบบ Case Manager ที่เพิ่มจำนวนครั้งฝากครรภ์จาก 4.2 เป็น 6.1 ครั้ง ( $d=1.21$ ) สอดคล้องกับ Meta-analysis ของ Milligan et al. (2010) และบรรยากาศไม่ตีตราตามหลัก Harm Reduction สอดคล้องกับ Stone (2015) อัตราใช้สารต่อเนื่องลดจากร้อยละ 44.44 เป็น 14.29 (OR=0.21,  $p=0.002$ ) ซึ่งเป็นผลจากการบูรณาการ MI และ CBT ใกล้เคียงกับ Jones et al. (2020)

3. ด้านผลลัพธ์สุขภาพทารก อัตราคลอดก่อนกำหนดลดจากร้อยละ 42.59 เป็น 20.00 (OR=0.34,  $p=0.021$ ; NNT=4.4) หมายความว่า การดูแลหญิงตั้งครรภ์ตามรูปแบบทุก 4–5 ราย จะป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้ 1 ราย Binary Logistic Regression ยืนยันเป็นปัจจัยป้องกันอิสระ (Adj.OR=0.29,  $p=0.017$ ) กลไกสำคัญคือการลดการใช้สารซึ่งลดภาวะ vasoconstriction ต่อก (Sankaran et al., 2022) สอดคล้องกับ ไพลิน เกษมสินธุ์ (2568) ที่โรงพยาบาลสกลนคร น้ำหนักแรกเกิดเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 329 กรัม ( $d=0.68$ ,  $p=0.003$ ) มีนัยสำคัญทางคลินิก เนื่องจากทุก 100 กรัมที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับการลดอัตราตายทารกร้อยละ 5–10 (Wilcox, 2001) ผลลัพธ์ที่โดดเด่นที่สุดคือคะแนน Finnegan ลดจาก 8.47 เป็น 5.83 ( $d=0.97$ ) ค่าเฉลี่ยที่ลดต่ำกว่าเกณฑ์การให้ยาบำบัด ( $\geq 8$ ) นำไปสู่การลดวันนอน 3.1 วัน ( $d=0.81$ ) และค่ารักษา 17,340 บาทต่อราย สอดคล้องกับหลักฐานสังเคราะห์ล่าสุดของ Wouldes and Lester (2023) สำหรับอุบัติการณ์ NAS ที่ค่า  $p=0.056$  อยู่ที่ขอบเขตนัยสำคัญ แม้ Binary Logistic Regression ยืนยันความสัมพันธ์ภายหลังควบคุมตัวแปรกวน (Adj.OR=0.34, 95% CI: 0.12–0.97,  $p=0.044$ ) แต่ควรตีความด้วยความระมัดระวัง Post-hoc Power Analysis คำนวณค่ากำลัง 0.78 บ่งชี้ว่าผลลัพธ์นี้น่าจะเกิดจากอำนาจการทดสอบไม่เพียงพอมากกว่าไม่มีผลจริง การวิเคราะห์ Multiple Testing Correction ด้วย BH-FDR ยืนยันว่า

ประสิทธิผลของรูปแบบมีความแปรสูง โดย 11 จาก 12 ตัวแปร (ร้อยละ 91.7) ผ่านเกณฑ์ การที่ Bonferroni correction มีเพียง 7 ตัวแปรผ่านเกณฑ์นั้น เป็นเพราะวิธีนี้เข้มงวดเกินไปสำหรับตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันทางพยาธิวิทยา (Perneger, 1998) วิธี BH-FDR จึงมีความเหมาะสมกว่าในบริบทนี้

4. ด้านความเหมาะสมและการเชื่อมโยงทฤษฎี ความเหมาะสมระดับมากที่สุด ( $\bar{x}=4.23$ ) ความเป็นไปได้ระดับมาก ( $\bar{x}=4.18$ ) ทุกกลุ่มผู้ประเมินไม่แตกต่างกัน ( $F=0.42, p=0.738$ ) ความพึงพอใจระดับมากที่สุด ( $\bar{x}=4.35$ ) หญิงตั้งครรภ์พึงพอใจสูงสุด ( $\bar{x}=4.52$ ) สะท้อน Patient-Centered Care ผลวิจัยสนับสนุนทฤษฎีทั้ง 3 แนวคิด คือ Health Promotion Model ของ Pender, Integrated Care ของ WHO และวงจร PDSA

5. ข้อจำกัดของการวิจัย การออกแบบกึ่งทดลองที่ใช้ Historical Control อาจเกิด Historical Bias การขาด Randomization ทำให้ไม่สามารถยืนยัน Causal Inference ได้อย่างเด็ดขาด ผู้วิจัยใช้คำว่า 'สัมพันธ์กับ' ตลอดทั้งบทความ ขนาดกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างเล็ก ( $n=89$ ) อาจส่งผลให้อำนาจการทดสอบไม่เพียงพอสำหรับตัวแปรบางตัว External Validity จำกัดเฉพาะบริบทโรงพยาบาลชุมชนพื้นที่ชายแดน ติดตามผลเพียง 6 สัปดาห์หลังคลอด ยังไม่ครอบคลุมผลกระทบระยะยาวต่อพัฒนาการทารก และการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลยังไม่สมบูรณ์ เนื่องจากยังไม่ได้คำนวณต้นทุนการดำเนินรูปแบบ (เช่น ค่าอบรม ค่าตอบแทน Case Manager ค่าวัสดุ) อย่างเป็นระบบ

### สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา ทดลองใช้ และประเมินรูปแบบ CHIANGKHAN MODEL ในการลดผลกระทบต่อทารกจากการดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลเชียงคาน จังหวัดเลย สรุปผลได้ดังนี้ การศึกษาสถานการณ์ปัญหาพบอัตราหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้เมทแอมเฟตามีนร้อยละ 3.78 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยมีอุปสรรคสำคัญคือความกลัวตราบาปและช่องว่างในระบบการดูแล รูปแบบ CHIANGKHAN MODEL 5 องค์ประกอบ (C-H-I-A-N) ได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบและผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC=0.89) รูปแบบมีประสิทธิผลทั้งด้านมารดาและทารกด้วยขนาดอิทธิพลปานกลางถึงใหญ่ ( $d=0.52-0.97$ ) Binary Logistic Regression ยืนยันว่าเป็นปัจจัยป้องกันอิสระ และ Multiple Testing Correction ยืนยันความแปรสูงของผลลัพธ์ (ร้อยละ 91.7 ผ่าน BH-FDR) ผลการประเมินด้านความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความพึงพอใจอยู่ในระดับมากขึ้นไปทุกด้าน สมมติฐานการวิจัยทั้ง 3 ข้อได้รับการสนับสนุนจากหลักฐานเชิงประจักษ์

### ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยบริการสุขภาพที่นำรูปแบบไปใช้ควรจัดสรรผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) เฉพาะทาง พัฒนาศักยภาพบุคลากรในเทคนิค Motivational Interviewing และ Finnegan Scoring System โดยจัดอบรมทบทวนอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง สร้างเครือข่ายชุมชนเชิงรุกและ MOU ระหว่างหน่วยงาน และพัฒนาระบบบันทึกข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์แบบบูรณาการ



2. ควรศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบด้วย Randomized Controlled Trial หรือ Multi-center Study เพื่อเพิ่มความตรงภายนอกของผลการวิจัย
3. ควรทดสอบ External Validation ของรูปแบบในโรงพยาบาลชุมชนริมแม่น้ำโขงที่มีบริบทใกล้เคียง เช่น โรงพยาบาลเชียงของ อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย และโรงพยาบาลบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ ซึ่งมีลักษณะพื้นที่ชายแดน-แม่น้ำโขง และปัญหาเสพติดคล้ายคลึงกัน การศึกษาดังกล่าวจะช่วยยืนยัน Generalizability ของรูปแบบในระดับภูมิภาค
4. ควรติดตามผลระยะยาว 2-5 ปี ครอบคลุมพัฒนาการของทารกและอัตราการกลับมาใช้สารเสพติดซ้ำของมารดา
5. ควรวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล (Cost-Effectiveness Analysis) อย่างเป็นระบบ รวมถึงต้นทุนการดำเนินรูปแบบเปรียบเทียบกับมาตรฐานปกติ
6. ควรขยายการศึกษาไปยังกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดชนิดอื่น เช่น กัญชา หรือการใช้สารหลายชนิดร่วมกัน
7. ควรพัฒนาระบบ mHealth สำหรับการติดตามดูแลและให้คำปรึกษาทางไกล เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการในพื้นที่ห่างไกล
8. ควรดำเนิน Mediation Analysis เพื่อยืนยันกลไกเชิงสาเหตุของรูปแบบว่าองค์ประกอบใดมีบทบาทสำคัญที่สุดต่อผลลัพธ์

#### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงคาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงคาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลเชียงคาน เจ้าหน้าที่รพ.สต. ทุกแห่ง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน และหญิงตั้งครรภ์พร้อมครอบครัวทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย

#### เอกสารอ้างอิง

- ไพลิน เกษมสินธุ์. (2568). ผลของการเสพสารเมทแอมเฟตามีนในหญิงระหว่างตั้งครรภ์ที่ส่งผลต่อการคลอดและเด็กแรกเกิด. *วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3*, 22(2), 152-161. <https://doi.org/10.14456/r3medphj.2025.16>
- วริภรณ์ ไพบาริน, สมจิตร์ หร่งบุตรศรี, และกาญจนา สุกุลเพชร. (2567). รูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดจากมารดาที่ใช้สารเสพติดในโรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 42(2), 88-97.
- ศุภสิทธิ์ สุชี. (2567). การพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนในจังหวัดเพชรบูรณ์. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 54(3), 312-325.



สิทธิศักดิ์ อนุสรณ์ธีรกุล, ปิยะวรรณ ศรีสุพรรณ, และนันทกา สวัสดิพานิชย์. (2566). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้สารเมทแอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 17(4), 523–536.

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2566). คำสั่ง คอ.ปส. ที่ 2/2566 เรื่องแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชน. สำนักงาน ป.ป.ส.

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2567). รายงานสถานการณ์ยาเสพติด ประจำปี 2567. สำนักงาน ป.ป.ส.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2567). คู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2567. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

*Alphabetical order by first author's surname (A–Z)*

Armstrong, R. A. (2014). When to use the Bonferroni correction. *Ophthalmic and Physiological Optics*, 34(5), 502–508. <https://doi.org/10.1111/opo.12131>

Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173–1182. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173>

Bauer, A. M., Kenney, M. K., & Tong, V. T. (2021). Costs of neonatal abstinence syndrome in the United States. *Pediatrics*, 148(4), Article e2021050540. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-050540>

Benjamini, Y., & Hochberg, Y. (1995). Controlling the false discovery rate: A practical and powerful approach to multiple testing. *Journal of the Royal Statistical Society: Series B*, 57(1), 289–300. <https://doi.org/10.1111/j.2517-6161.1995.tb02031.x>

Borg, W. R., & Gall, M. D. (1989). *Educational research: An introduction* (5th ed.). Longman.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

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

European Medicines Agency. (2017). *Guideline on multiplicity issues in clinical trials* (EMA/CHMP/44762/2017). European Medicines Agency.

Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G\*Power 3.1. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149–1160. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>



- Fritz, M. S., & MacKinnon, D. P. (2007). Required sample size to detect the mediated effect. *Psychological Science, 18*(3), 233–239. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2007.01882.x>
- Hayer, S., Garg, B., Wallace, J., Prewitt, K. C., Lo, J. O., & Caughey, A. B. (2024). Prenatal methamphetamine use increases risk of adverse maternal and neonatal outcomes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 231*(3), 356.e1–356.e15. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2024.05.033>
- Jones, H. E., Kraft, W. K., & Kaltenbach, K. (2020). Pharmacological treatment of opioid and methamphetamine use disorders in pregnancy. *Drug and Alcohol Dependence, 211*, Article 107974. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.107974>
- Kalaitzopoulos, D. R., Chatzistergiou, K., Amylidi, A. L., Kokkinidis, D. G., & Goulis, D. G. (2018). Effect of methamphetamine hydrochloride on pregnancy outcome: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Addiction Medicine, 12*(3), 220–226. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000391>
- Lester, B. M., Andreozzi-Fontaine, L., Tronick, E., & Bigsby, R. (2014). Assessment and evaluation of the high-risk neonate: The NICU Network Neurobehavioral Scale. *Journal of Visualized Experiments, (90)*, Article e3368. <https://doi.org/10.3791/3368>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. SAGE Publications.
- Milligan, K., Niccols, A., Sword, W., Thabane, L., Henderson, J., & Smith, A. (2010). Maternal substance use and integrated treatment programs for women with substance abuse issues and their children: A meta-analysis. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 5*, Article 21. <https://doi.org/10.1186/1747-597X-5-21>
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). McGraw-Hill.
- Oei, J. L., Melhuish, E., Uebel, H., Azzam, N., Breen, C., Burns, L., Hilder, L., Bajuk, B., Lim, Y., Ward, M., Croft, M., Ward, M., Feller, J. M., Flaherty, M., Abdel-Latif, M. E., & Wright, I. M. (2017). Neonatal abstinence syndrome and high school performance. *Pediatrics, 139*(2), Article e20162651. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-2651>
- Perneger, T. V. (1998). What's wrong with Bonferroni adjustments. *BMJ, 316*(7139), 1236–1238. <https://doi.org/10.1136/bmj.316.7139.1236>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Wolters Kluwer.

- Sankaran, D., Lakshminrusimha, S., & Manja, V. (2022). Methamphetamine: Burden, mechanism and impact on pregnancy, the fetus, and newborn. *Journal of Perinatology*, 42(3), 293–299. <https://doi.org/10.1038/s41372-021-01279-0>
- Smid, M. C., Terplan, M., Engstrom, A., & McAllister, J. M. (2019). Prenatal care for women with substance use disorders. *Seminars in Perinatology*, 43(3), 162–167. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2019.01.005>
- Smith, L. M., LaGasse, L. L., Derauf, C., Grant, P., Shah, R., Arria, A., Huestis, M., Haning, W., Strauss, A., Della Grotta, S., Fallone, M., Liu, J., & Lester, B. M. (2008). Prenatal methamphetamine use and neonatal neurobehavioral outcome. *Neurotoxicology and Teratology*, 30(1), 20–28. <https://doi.org/10.1016/j.ntt.2007.09.005>
- Smith, L. M., Diaz, S., LaGasse, L. L., Wouldes, T., Derauf, C., Newman, E., Arria, A., Huestis, M. A., Haning, W., Strauss, A., Della Grotta, S., Liu, J., & Lester, B. M. (2015). Developmental and behavioral consequences of prenatal methamphetamine exposure: A review of the Infant Development, Environment, and Lifestyle (IDEAL) Study. *Neurotoxicology and Teratology*, 51, 57–65. <https://doi.org/10.1016/j.ntt.2015.07.006>
- Stone, R. (2015). Pregnant women and substance use: Fear, stigma, and barriers to care. *Health & Justice*, 3(1), Article 2. <https://doi.org/10.1186/s40352-015-0015-5>
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2024). *World drug report 2024*. UNODC. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2024.html>
- Wilcox, A. J. (2001). On the importance—and the unimportance—of birthweight. *International Journal of Epidemiology*, 30(6), 1233–1241. <https://doi.org/10.1093/ije/30.6.1233>
- Winkelman, T. N. A., Villapiano, N., Kozhimannil, K. B., Davis, M. M., & Patrick, S. W. (2018). Incidence and costs of neonatal abstinence syndrome among infants with Medicaid: 2004–2014. *Pediatrics*, 141(4), Article e20173520. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3520>
- Wouldes, T. A., & Lester, B. M. (2023). Opioid, methamphetamine, and polysubstance use: Perinatal outcomes for the mother and infant. *Frontiers in Pediatrics*, 11, Article 1305508. <https://doi.org/10.3389/fped.2023.1305508>



## Development of Pressure Injury Prevention Guidelines for Elderly Intubated Patients in Internal Medicine Ward 2, Female Geriatric Unit, Loei Hospital

Warisra Dawongsa  
Loei Hospital, Loei Province

### Abstract

Pressure injuries (PIs) are a critical patient safety concern among older adults in intermediate care units. Intubated patients face a 2.5–3.5-fold higher risk than general ward patients. Ward-level surveillance data (2023) revealed a PI incidence of 3.67% (15/409 admissions), exceeding the Healthcare Accreditation Institute (HA) benchmark ( $\leq 2.0\%$ ), with 26.7% incidence among high-risk eligible patients. This study aimed to develop and evaluate an evidence-based PI prevention guideline for elderly intubated patients. Methods A participatory action research (PAR) design guided by Kemmis and McTaggart's (2005) framework was employed, with four iterative cycles from October 2023 to July 2024 in a 33 bed intermediate care unit, Loei Hospital, Thailand. Participants included 20 registered nurses and 42 unique elderly female intubated patients (15 at baseline; 27 post-intervention unique patients, yielding 59 patient-cycle observations). Ethics approval was obtained from the Human Research Ethics Committee, Loei Hospital (No. [xxx/2566]). Seven instruments were validated (CVI  $\geq 0.83$ ; Cronbach's alpha = 0.92; inter-rater agreement = 92.6%). Data were analyzed using descriptive statistics, Fisher's Exact Test ( $\alpha = 0.05$ ), and qualitative content analysis.

The finalized guideline comprised seven core components. PI incidence decreased significantly from 26.7% (4/15; 95% CI: 7.8–55.1%) at baseline to 0% in cycles 3–4 (0/37; 95% CI: 0–9.5%) ( $p = 0.005$ ). Guideline adherence reached 93.5–98.4% in cycle 4. Nurses reported the highest satisfaction (mean = 4.68/5.0, SD = 0.32; 100% response rate). Qualitative analysis identified four key learning themes — documentation burden, repositioning technique, nutrition coordination, and MDRPI awareness — that guided iterative guideline refinement.

PAR enabled development of a contextually appropriate, evidence-based guideline achieving zero PI incidence in high-risk patients. The guideline demonstrates transferability to similar intermediate care contexts with appropriate local adaptation.

**Keywords:** Pressure injury prevention; Endotracheal intubation; Mechanical ventilation; Participatory action research; Elderly patients; Nursing care; Intermediate care unit

*Corresponding author: wrisrada@gmail.com*

## การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการบาดเจ็บจากแรงกดในผู้ป่วยสูงอายุที่ใส่ท่อช่วยหายใจ หอผู้ป่วยอายุ กรรมหญิง 2 โรงพยาบาลเลย

วริศรา ดาวงษา  
โรงพยาบาลเลย จังหวัดเลย

### บทคัดย่อ

การบาดเจ็บจากแรงกด (Pressure Injury: PI) เป็นปัญหาความปลอดภัยที่สำคัญในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุที่ใส่ท่อช่วยหายใจซึ่งมีความเสี่ยงสูงกว่าผู้ป่วยทั่วไป 2.5–3.5 เท่า ข้อมูลการเฝ้าระวังปี 2566 พบอุบัติการณ์ร้อยละ 3.67 สูงกว่าเกณฑ์ สรพ. ( $\leq$  ร้อยละ 2.0) และพบอุบัติการณ์ร้อยละ 26.7 ในกลุ่มผู้ป่วยที่ตรงเกณฑ์ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการป้องกัน PI ที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่ใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) โดยใช้กรอบแนวคิด Kemmis and McTaggart (2005) ดำเนินการ 4 วงจรต่อเนื่อง ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 ถึงกรกฎาคม 2567 ในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต 33 เตียง โรงพยาบาลเลย ผู้เข้าร่วมวิจัยประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 20 คน และผู้ป่วยสูงอายุหญิงที่ใส่ท่อช่วยหายใจ 42 ราย เฉพาะตัว (Baseline 15 ราย; หลังแทรกแซง 27 ราย เฉพาะตัว รวม 59 ราย) สังเกตการณ์ผู้ป่วย-วงจร) การวิจัยได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเลย เลขที่ [xxx/2566] เครื่องมือ 7 ชุด ผ่านการตรวจสอบ CVI  $\geq$  0.83 Cronbach's alpha = 0.92 และ Inter-rater Agreement = ร้อยละ 92.6 วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา Fisher's Exact Test และ Content Analysis

ผลการศึกษา แนวปฏิบัติฉบับสมบูรณ์ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบหลัก อุบัติการณ์ PI ลดลงอย่างมีนัยสำคัญจากร้อยละ 26.7 (4/15 ราย) ในระยะ Baseline เป็นร้อยละ 0 ในวงจรที่ 3–4 (0/37 ราย) (Fisher's Exact Test,  $p = 0.005$ ) การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในวงจรที่ 4 อยู่ที่ร้อยละ 93.5–98.4 ความพึงพอใจของพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.68/5.0$ ,  $SD = 0.32$ ) และการวิเคราะห์เชิงคุณภาพระบุ 4 ประเด็นการเรียนรู้สำคัญที่นำไปสู่การปรับปรุงแนวปฏิบัติในแต่ละวงจร

สรุป กระบวนการ PAR ช่วยพัฒนาแนวปฏิบัติที่อิงหลักฐาน เหมาะสมกับบริบท บรรลุวัตถุประสงค์ศูนย์ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง และมีศักยภาพในการถ่ายโอนไปยังหน่วยงานอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

**คำสำคัญ:** การป้องกันการบาดเจ็บจากแรงกด, ท่อช่วยหายใจ, เครื่องช่วยหายใจ, การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม, ผู้สูงอายุ, การพยาบาล, หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต



## บทนำ

การบาดเจ็บจากแรงกด (Pressure Injury: PI) เป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ด้านความปลอดภัยที่องค์การอนามัยโลก (WHO, 2021) กำหนดเป็นเป้าหมายหลักในแผนปฏิบัติการความปลอดภัยผู้ป่วยโลก พ.ศ. 2564–2573 ซึ่ง PI เกิดจากแรงกด แรงเฉือน และแรงเสียดทานที่กระทำต่อผิวหนังและเนื้อเยื่ออ่อนอย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดความเสียหายตั้งแต่รอยแดงของผิวหนังจนถึงการทำลายเนื้อเยื่อลึกถึงกระดูก (EPUAP, NPIAP, & PPIA, 2019; Edsberg et al., 2016) การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานโดย Li et al. (2020) รายงานความชุกร้อยละ 12.8 และอุบัติการณ์ร้อยละ 5.4 ในโรงพยาบาลทั่วโลก โดยหน่วยวิกฤตและกึ่งวิกฤตพบสูงถึงร้อยละ 15–25 (Mervis & Phillips, 2019)

ในประเทศไทย สรพ. (2564) กำหนดเกณฑ์ PI ในโรงพยาบาลตติยภูมิไม่เกินร้อยละ 2.0 แต่ข้อมูลรายงานทั่วประเทศยังคงอยู่ที่ร้อยละ 3–8 (ลัดดา ยาเหลา, 2564) สะท้อนช่องว่างที่ยังดำรงอยู่ระหว่างมาตรฐานและการปฏิบัติจริง งานวิจัยก่อนหน้าในไทยส่วนใหญ่ดำเนินการในหน่วยวิกฤตผู้ใหญ่ทั่วไป (สุภาพร แสงทอง, 2564; ศุภลักษณ์ วงศ์ชนะ และคณะ, 2563) ยังขาดแนวปฏิบัติเฉพาะสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่ใส่ท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตระดับจังหวัด นี่คือนช่องว่างความรู้ที่การวิจัยครั้งนี้มุ่งเติมเต็ม

กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่ใส่ท่อช่วยหายใจ (ETT) และได้รับเครื่องช่วยหายใจ (MV) มีความเสี่ยงสูงกว่าผู้ป่วยทั่วไป 2.5–3.5 เท่า เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงเกิดพร้อมกันหลายประการ ได้แก่ การนอนท่าเดิมนาน การได้รับยาระงับความรู้สึก การใช้ Vasopressors ภาวะโภชนาการบกพร่อง และข้อจำกัดการเปลี่ยนท่า (Cox, 2020; Coleman et al., 2014) ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยาตามวัย เช่น ผิวหนังบางลง ความยืดหยุ่นลดลง และภูมิคุ้มกันเสื่อมถอย (Jaul & Barron, 2017)

หอผู้ป่วยอายุกรรมหญิง 2 โรงพยาบาลเลย เป็นหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต 33 เตียง พบอุบัติการณ์ PI ร้อยละ 3.67 ในปี 2566 และพบร้อยละ 26.7 ในกลุ่มผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ การวิเคราะห์สาเหตุด้วย Fishbone Diagram และสัมภาษณ์พยาบาล ระบุปัจจัยสำคัญ ได้แก่ การขาดแนวปฏิบัติเฉพาะกลุ่ม การใช้ Braden Scale เพียงอย่างเดียว ความไม่สม่ำเสมอในการเปลี่ยนท่า การขาดแนวทาง MDRPI และระบบโภชนาการที่ไม่เชิงรุก ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ PAR ตามกรอบแนวคิด Kemmis and McTaggart (2005) เพื่อให้พยาบาลมีส่วนร่วมในฐานะหุ้นส่วนการเปลี่ยนแปลง ก่อให้เกิดความเป็นเจ้าของและความยั่งยืนของการปฏิบัติ (Burns, 2010; Koshy et al., 2010)

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกัน PI ที่อิงหลักฐานและเหมาะสมกับบริบทสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่ใส่ท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต โดยใช้กระบวนการ PAR 4 วงจร
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ในด้าน (1) อุบัติการณ์ PI (2) ความสอดคล้องในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ (3) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ และ (4) ประสิทธิภาพและการเรียนรู้ของทีมพยาบาลในกระบวนการ PAR

## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ใช้กรอบแนวคิด Kemmis and McTaggart (2005) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลักในแต่ละวงจร ได้แก่ การวางแผน (Planning) → การปฏิบัติ (Acting) → การสังเกต (Observing) → การสะท้อนผล (Reflecting) ดำเนินการ 4 วงจรต่อเนื่อง ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 ถึงกรกฎาคม 2567 (10 เดือน) ในหอผู้ป่วยอายุกรรมหญิง 2 โรงพยาบาลเลย

## 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

### กลุ่มที่ 1: พยาบาลวิชาชีพ

พยาบาลวิชาชีพ 20 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุกรรมหญิง 2 เป็นประชากรศึกษาทั้งหมด (Total Population Census Approach) เข้าร่วมกระบวนการ PAR ครบทุกวงจรในฐานะผู้ร่วมวิจัย (Co-researchers) การเลือกใช้ประชากรทั้งหมดมีเหตุผลเชิงระเบียบวิธีที่ชัดเจน 2 ประการ ประการแรก ขนาดประชากรมีจำกัด ( $n = 20$ ) ทำให้การใช้ตัวอย่างย่อยจะเพิ่มความคลาดเคลื่อนโดยไม่จำเป็น ประการที่สอง กระบวนการ PAR ต้องการการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา ออกแบบ และปรับปรุงแนวปฏิบัติจากผู้ปฏิบัติงานทุกคน เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่ครอบคลุมมุมมองของทีมอย่างสมบูรณ์ (Burns, 2010; Koshy et al., 2010)

### กลุ่มที่ 2: ผู้ป่วย

ผู้ป่วยสูงอายุหญิงที่ใส่ท่อช่วยหายใจ 42 รายเฉพาะตัว (Unique Patients): Baseline 15 ราย; หลังพัฒนาแนวปฏิบัติ 27 รายเฉพาะตัว เนื่องจากผู้ป่วยบางรายมีระยะเวลาใส่ท่อช่วยหายใจยาวนานคาบเกี่ยวระหว่างวงจร จำนวนรวมในแต่ละวงจรจึงได้แก่ วงจร 1: 8, วงจร 2: 14, วงจร 3: 19, วงจร 4: 18 รวมเป็น 59 รายสังเกตการณ์ผู้ป่วย-วงจร (Patient-Cycle Observations) การวิเคราะห์ประสิทธิผลหลักใช้กลุ่มผู้ป่วยที่ตรงเกณฑ์ในวงจรที่ 3-4 รวม 37 ราย

### การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างและความเพียงพอทางสถิติ

กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ( $n = 20$ ): ใช้ Census Approach (ประชากรทั้งหมด) ทำให้ Sampling Error = 0 และไม่จำเป็นต้องคำนวณขนาดตัวอย่าง การมีส่วนร่วมของพยาบาลทุกคนยังเป็นข้อกำหนดเชิงระเบียบวิธีของ PAR ที่ต้องการฉันทามติของทีม (Team Consensus) ในการปรับปรุงแนวปฏิบัติแต่ละวงจร

กลุ่มผู้ป่วย ( $n = 42$  ราย/59 Patient-Cycle Observations): คำนวณขนาดตัวอย่างขั้นต่ำสำหรับการเปรียบเทียบอุบัติการณ์สองกลุ่มด้วยวิธี Two Independent Proportions บนพื้นฐาน ดังนี้

### ตารางที่ 1 การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

พารามิเตอร์	ค่าที่ใช้คำนวณ/เหตุผล
$p_1$ (อุบัติการณ์กลุ่ม Baseline)	0.267 — จากข้อมูลการเฝ้าระวังระดับหอผู้ป่วย ปี 2566
$p_2$ (อุบัติการณ์ที่คาดหวังหลังแทรกแซง)	0.050 — อ้างอิง Gonzalez et al. (2020) ที่พบการลดลงร้อยละ 78 จากแนวปฏิบัติครอบคลุม
Effect size (Cohen's h)	$h = 2[\arcsin(\sqrt{0.267}) - \arcsin(\sqrt{0.050})] = 2[0.542 - 0.226] = 0.632$ (ขนาดผลใหญ่: $h > 0.50$ )
ระดับนัยสำคัญ ( $\alpha$ )	0.05 (two-tailed)
กำลังทางสถิติ ( $1-\beta$ )	0.80 ( $\beta = 0.20$ )
ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำต่อกลุ่ม	$n = (Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 / h^2 = (1.96 + 0.84)^2 / 0.632^2 = 7.84 / 0.399 \approx 20$ ราย
ขนาดตัวอย่างที่ได้จริง	Baseline: $n=15$   วงจร 3-4: $n=37$ กลุ่มหลังแทรกแซงเกินขั้นต่ำ (1.85 เท่า)

หมายเหตุ: คำนวณด้วยสูตร  $n = (Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 / h^2$  (Cohen, 1988); Cohen's  $h = 2[\arcsin(\sqrt{p_1}) - \arcsin(\sqrt{p_2})]$ ;  $Z_{0.025} = 1.96$ ,  $Z_{0.20} = 0.84$



### การตีความผลการคำนวณ

1) กลุ่มหลังแทรกแซง วงจรที่ 3-4 ( $n = 37$ ) เกินขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ ( $n = 20$ ) ถึง 1.85 เท่า บ่งชี้ว่าการวิเคราะห์เปรียบเทียบหลักมีกำลังทางสถิติเพียงพอ

2) กลุ่ม Baseline ( $n = 15$ ) ต่ำกว่าขั้นต่ำเล็กน้อย เนื่องจากเป็น Prospective Consecutive Enrollment ที่รวมผู้ป่วยตรงเกณฑ์ทั้งหมดในช่วงเวลา Baseline โดยไม่มีการคัดออก อย่างไรก็ตาม Fisher's Exact Test ซึ่งมีประสิทธิภาพสูงกว่า Chi-square Test ในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กและเมื่อ Expected Cell Count  $< 5$  (Field, 2013) ช่วยรักษากำลังทางสถิติได้

3) Effect size ที่ได้ ( $h = 0.632$ ) จัดอยู่ในระดับ Large Effect ตามเกณฑ์ Cohen (1988) ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะการวิจัยพัฒนาแนวปฏิบัติที่มุ่งลดอุบัติการณ์อย่างเป็นรูปธรรม การวิเคราะห์ Post-hoc Power ที่ผลการวิจัยจริง ( $p_1 = 0.267$ ,  $p_2 = 0$ ,  $n_1 = 15$ ,  $n_2 = 37$ ) ให้ค่า  $h = 1.085$  และกำลังทางสถิติ = 0.998 ยืนยันความเข้มแข็งของผลการวิจัย

การพิจารณาขนาดตัวอย่างในบริบท PAR: กรอบแนวคิด PAR มีลักษณะเฉพาะที่ขนาดตัวอย่างสะสมทั่วทุกวงจร (cumulative  $n$ ) มีความหมายมากกว่าการเปรียบเทียบแบบจุดเดียว กระบวนการวิจัย 4 วงจรรวม 59 รายสังเกตการณ์ผู้ป่วย-วงจร และข้อมูลเชิงคุณภาพจาก 20 พยาบาล  $\times$  4 วงจรสะท้อนผล (80 รายการสะท้อนผล) มีความเพียงพอสำหรับการอิ่มตัวของข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data Saturation) ตามแนวทาง Guest et al. (2006) ซึ่งระบุว่า 12-20 กรณีมักเพียงพอสำหรับการอิ่มตัวในบริบทที่เป็นเนื้อเดียวกัน (Homogeneous Context) เช่น ทีมพยาบาลหน่วยงานเดียว

### เกณฑ์การคัดเข้า

- 1) อายุ 60 ปีขึ้นไป เพศหญิง
- 2) ใส่ท่อช่วยหายใจและได้รับ Mechanical Ventilation
- 3) คาดว่าจะต้องใส่ท่อช่วยหายใจอย่างน้อย 48 ชั่วโมง
- 4) ไม่มี PI ขณะเข้ารับการรักษา (NPIAP Stage 0) ตรวจสอบโดยพยาบาลที่มีประสบการณ์  $\geq 5$  ปี
- 5) ผู้ป่วยหรือผู้แทนโดยชอบธรรมให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

### เกณฑ์การคัดออก

- 1) มี PI อยู่ก่อน (NPIAP Stage 1 ขึ้นไป) ณ เวลาเข้ารับการรักษา
- 2) มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่เป็นข้อห้ามในการเปลี่ยนท่า (กระดูกสันหลังหักไม่เสถียร บาดเจ็บไขสันหลัง ระยะสุดท้าย DNR)
- 3) ถูกย้ายหรือถอดท่อช่วยหายใจภายใน 48 ชั่วโมงแรก
- 4) เสียชีวิตภายใน 48 ชั่วโมงแรกหลังเข้าร่วมการวิจัย

## 2. เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือ 7 ชุด ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต 5 ท่าน (ประสบการณ์  $\geq 10$  ปี) ทุกชุดมีค่า CVI  $\geq 0.83$  แบบประเมินความพึงพอใจ (Likert 5 ระดับ 20 ข้อ) ได้ค่า Cronbach's alpha = 0.92 การสังเกตปฏิบัติตามแนวปฏิบัติโดยผู้วิจัยและ Champions มีค่า Inter-rater Agreement = ร้อยละ 92.6 (Cohen's Kappa = 0.89) ได้แก่ (1) แบบประเมินความเสี่ยงบูรณาการ (Braden

Scale + ปัจจัยเสี่ยงเพิ่มเติม 5 ข้อ) (2) Skin Assessment & Care Flow Sheet (3) แบบบันทึกการเปลี่ยนท่านอน (4) Medical Device Map (5) Checklist การเปลี่ยนท่าอย่างปลอดภัย (6) แบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ และ (7) แบบประเมินความพึงพอใจ

### 3. กระบวนการวิจัย 4 วงจร

#### วงจรที่ 1 (ต.ค.-พ.ย. 2566): ร่างแนวปฏิบัติฉบับที่ 1

รวบรวมข้อมูลพื้นฐาน วิเคราะห์สาเหตุด้วย Fishbone Diagram ทบทวนวรรณกรรมและแนวปฏิบัติสากล ร่างแนวปฏิบัติฉบับที่ 1 จัดอบรมพยาบาล 20 คน (ทฤษฎี 4 ชั่วโมง ปฏิบัติ 3 ชั่วโมง) ทดลองใช้ 14 วัน กับผู้ป่วย 8 ราย ผลสะท้อนพบภาระงานบันทึกสูงและความไม่มั่นใจในเทคนิค

#### วงจรที่ 2 (พ.ย. 2566-ม.ค. 2567): ปรับปรุงเป็นฉบับที่ 2

จำแนกความถี่การเปลี่ยนท่าตามระดับความเสี่ยง ปรับแบบฟอร์มให้กระชับ เพิ่มระบบเตือนความจำ แต่งตั้ง Pressure Ulcer Champions 6 คน นำไปใช้ 5 สัปดาห์ กับผู้ป่วย 14 ราย (อุบัติการณ์ 7.1%, 95% CI: 0.2-33.9%) สะท้อนผลพบความต้องการระบบโภชนาการและแนวทาง MDRPI

#### วงจรที่ 3 (ม.ค.-มี.ค. 2567): แนวปฏิบัติฉบับสมบูรณ์

เพิ่มท่าทางเลือกสำหรับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัด บูรณาการนักโภชนาการ เพิ่มแนวทางเฉพาะสำหรับผู้ใช้ Vasopressors นำไปใช้ 8 สัปดาห์ กับผู้ป่วย 19 ราย (ไม่พบ PI; 95% CI: 0-17.6%)

#### วงจรที่ 4 (มี.ค.-ก.ค. 2567): ยืนยันและประเมินผลสมบูรณ์

ใช้แนวปฏิบัติฉบับสมบูรณ์ต่อเนื่อง 8 สัปดาห์ กับผู้ป่วย 18 ราย ประเมินผลครบทุกด้าน ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ จัดทำคู่มือฉบับสมบูรณ์ (ไม่พบ PI; 95% CI: 0-18.5%)

### 4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการตามกรอบแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (2005) บูรณาการข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพต่อเนื่องตลอด 4 วงจร (ตุลาคม 2566 - กรกฎาคม 2567) รวม 10 เดือน ในระยะ Baseline รวบรวมข้อมูลอุบัติการณ์ PI จากระบบ Electronic Health Record ย้อนหลังปี 2566 ข้อมูลลักษณะพื้นฐานผู้ป่วย (n = 15) จากเวชระเบียน และวิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบด้วย Fishbone Diagram ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกพยาบาล 20 คน ในระยะ PAR วงจรที่ 1-4 เก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยเครื่องมือ 7 ชุด ได้แก่ (1) แบบประเมินความเสี่ยงบูรณาการ (Braden Scale + ปัจจัยเสี่ยงเฉพาะ 5 ข้อ) ทุก 12 ชั่วโมง (2) Skin Assessment & Care Flow Sheet ทุก 8 ชั่วโมง (ทุก 4 ชั่วโมงในผู้ใช้ Vasopressors) (3) แบบบันทึกการเปลี่ยนท่านอนทุกครั้ง (4) Medical Device Map ทุกกะงาน (5) Checklist การเปลี่ยนท่าปลอดภัย (6) แบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ สังเกตสุ่มอย่างน้อย 2 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยพยาบาลวิชาชีพประจำเวรและ Pressure Ulcer Champions 6 คน และ (7) แบบประเมินความพึงพอใจ 20 ข้อ เก็บสิ้นวงจรที่ 4 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บต่อเนื่องทุกวงจรผ่านการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (30-45 นาทีต่อครั้ง) และการประชุมสะท้อนผล (60-90 นาที) ตามกรอบ ORID บันทึกเป็น Verbatim Record การควบคุมคุณภาพข้อมูลดำเนินการ 4 มาตรการ ได้แก่ Inter-rater Agreement Testing ทุกวงจร (Cohen's Kappa = 0.89) Data Completeness Check ตรวจสอบแบบฟอร์มทุกวันและแก้ไขภายใน 24 ชั่วโมง Triangulation เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างแบบฟอร์ม EHR และการสังเกต



โดยตรง และ Member Checking ให้พยาบาลยืนยันข้อสรุปเชิงคุณภาพก่อนสรุปผล แบบประเมินความพึงพอใจกรอกในสภาพแวดล้อมที่เป็นส่วนตัวโดยไม่มีผู้วิจัยอยู่ด้วย เพื่อลด Social Desirability Bias (อัตราตอบกลับร้อยละ 100)

### 5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ: สถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ  $\bar{X}$  SD) และ 95% CI แบบ Clopper-Pearson Exact Method การเปรียบเทียบอุบัติการณ์ระหว่าง Baseline (n=15) กับวงจรที่ 3-4 (n=37) ใช้ Fisher's Exact Test ( $\alpha = 0.05$ ) ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสังเกต การสัมภาษณ์ และการประชุมสะท้อนผล วิเคราะห์ด้วย Content Analysis ตามแนวทาง Krippendorff (2018) แบบ Inductive Approach

หมายเหตุ: อัตราอุบัติการณ์ระดับหอผู้ป่วย 3.67% (15/409 ราย) เป็นข้อมูลบริบทพื้นหลังการเปรียบเทียบทางสถิติหลักดำเนินการในกลุ่มตัวอย่างที่ตรงเกณฑ์คัดเข้าเดียวกันเท่านั้น

### ผลการวิจัย

#### 1. ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะคล้ายคลึงกันในทุกตัวแปรสำคัญ บ่งชี้ว่าการเปลี่ยนแปลงอุบัติการณ์น่าจะเป็นผลของการแทรกแซง มิใช่ความแตกต่างเบื้องต้นของประชากร ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการแทรกแซง

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	ก่อนแทรกแซง (n=15)	หลังแทรกแซง วงจร 3-4 (n=37)
อายุเฉลี่ย (ปี $\pm$ SD)	72.4 $\pm$ 8.2	71.8 $\pm$ 9.1
คะแนน Braden เฉลี่ย ( $\pm$ SD)	10.2 $\pm$ 2.1	10.5 $\pm$ 2.3
ระยะเวลาใส่ท่อเฉื่อย (ชั่วโมง $\pm$ SD)	96.3 $\pm$ 42.1	98.7 $\pm$ 44.6
ผู้ใช้ Vasopressors ร้อยละ (ราย)	46.7 (7/15)	43.2 (16/37)
ภาวะโภชนาการไม่เพียงพอ ร้อยละ (ราย)	53.3 (8/15)	51.4 (19/37)
โรคร่วม $\geq$ 2 โรค ร้อยละ (ราย)	60.0 (9/15)	59.5 (22/37)
<b>อุบัติการณ์แผลกดทับ ร้อยละ (ราย)</b>	<b>26.7 (4/15)</b>	<b>0 (0/37)*</b>

หมายเหตุ: ข้อมูลแสดงในรูปแบบ Mean  $\pm$  SD หรือจำนวนราย (ร้อยละ); \* Fisher's Exact Test: p = 0.005

กลุ่มก่อนแทรกแซง (n = 15) และกลุ่มหลังแทรกแซงวงจรที่ 3-4 (n = 37) มีลักษณะพื้นฐานคล้ายคลึงกันในทุกตัวแปร ได้แก่ อายุเฉลี่ย (72.4  $\pm$  8.2 และ 71.8  $\pm$  9.1 ปี) คะแนน Braden เฉลี่ย (10.2  $\pm$  2.1 และ 10.5  $\pm$  2.3) ระยะเวลาใส่ท่อช่วยหายใจเฉลี่ย (96.3  $\pm$  42.1 และ 98.7  $\pm$  44.6 ชั่วโมง) สัดส่วนผู้ใช้ Vasopressors (ร้อยละ 46.7 และ 43.2) ภาวะโภชนาการไม่เพียงพอ (ร้อยละ 53.3 และ 51.4) และโรคร่วมตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป (ร้อยละ 60.0 และ 59.5) ความคล้ายคลึงกันของลักษณะพื้นฐานในทุกด้านบ่งชี้ว่าทั้งสองกลุ่มมีความเปรียบได้กัน (Comparable Groups) และการลดลงของอุบัติการณ์ PI จากร้อยละ 26.7 เป็นร้อยละ 0 (p = 0.005) น่าจะเป็นผลของการแทรกแซงด้วยแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น มิใช่ความแตกต่างเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง

## 2. แนวปฏิบัติการป้องกัน PI ที่พัฒนาขึ้น

แนวปฏิบัติฉบับสมบูรณ์ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

- 1) การประเมินความเสี่ยง: ใช้ Braden Scale ทุก 12 ชั่วโมง ร่วมกับปัจจัยเสี่ยงเพิ่มเติม 5 ข้อ (Sedation, Vasopressors, Edema, การใส่ท่อ >48 ชั่วโมง, ข้อจำกัดการจัดท่า) จำแนกเป็น 3 ระดับ (สูงมาก/สูง/ปานกลาง)
- 2) การตรวจและดูแลผิวหนัง: ตรวจผิวหนังทั้งหมดทุก 8 ชั่วโมง (ทุก 4 ชั่วโมงสำหรับผู้ใส่ Vasopressors) ใช้สเปรย์ pH 5.5-7.0 บันทึกด้วย Body Map พร้อม Check Box
- 3) การจัดท่าและการเปลี่ยนท่านอน: กำหนดความถี่ตามระดับความเสี่ยง (สูงมาก: ทุก 2 ชั่วโมง; สูง: ทุก 2-3 ชั่วโมง; ปานกลาง: ทุก 3-4 ชั่วโมง) ท่ามาตรฐาน 4 ท่าหมุนเวียน ใช้บุคลากร 2-3 คน Preoxygenate ก่อน ใช้ Slide Sheet
- 4) การใช้อุปกรณ์ลดแรงกด: ความเสี่ยงสูงมาก-สูงใช้ Active Air Mattress ความเสี่ยงปานกลางใช้ High-Specification Foam ทุกรายใช้หมอนรองสันเท้า
- 5) การจัดการโภชนาการ: ผู้ป่วยที่มี Braden  $\leq 12$ , Albumin  $< 3.0$  g/dL หรือ BMI  $< 18.5$  ประเมินโดยนักโภชนาการ เป้าหมาย 30-35 kcal/kg/day โปรตีน 1.25-1.5 g/kg/day ติดตามทุกสัปดาห์
- 6) การป้องกัน MDRPI: Medical Device Map บันทึกตำแหน่งและเวลา ตรวจผิวหนังรอบอุปกรณ์ ทุก 4-8 ชั่วโมง เปลี่ยนตำแหน่งอุปกรณ์ตามกำหนด ใช้แผ่นซิลิโคนโฟมรองบริเวณเสี่ยง
- 7) การบันทึกและติดตามผล: บันทึกครบทุกแบบฟอร์มทุกวงจร รายงาน PI ทันทีเมื่อพบ ดำเนินการ Root Cause Analysis ทุกกรณี

## 3. ประสิทธิภาพ ผลเชิงปริมาณ

### 3.1 อุบัติการณ์การบาดเจ็บจากแรงกด

อุบัติการณ์ PI ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.005$ ) และทางคลินิก (ตารางที่ 2) การบรรลุอุบัติการณ์ศูนย์ในวงจรที่ 3-4 หมายความว่าในทุก 37 ผู้ป่วยที่รับไว้ สามารถป้องกัน PI ได้อย่างน้อย 9.9 ราย ซึ่งมีนัยสำคัญต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและภาระค่าใช้จ่าย

ตารางที่ 3 อุบัติการณ์การบาดเจ็บจากแรงกดพร้อม 95% CI ในแต่ละวงจรของการวิจัย

วงจร	จำนวนผู้ป่วย (n)	เกิด PI (ราย)	อุบัติการณ์ (%)	95% CI (%)
Baseline (กลุ่มตรงเกณฑ์)	15	4	26.7	7.8-55.1
วงจรที่ 1	8	2	25.0	3.2-65.1
วงจรที่ 2	14	1	7.1	0.2-33.9
วงจรที่ 3	19	0	0	0-17.6
วงจรที่ 4	18	0	0	0-18.5
วงจรที่ 3-4	37	0	0	0-9.5

หมายเหตุ: Fisher's Exact Test เปรียบเทียบ Baseline กับวงจรที่ 3-4:  $p = 0.005$ ; 95% CI คำนวณด้วย Clopper-Pearson Exact Method



อุบัติการณ์ PI แสดงแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องตลอดกระบวนการวิจัย โดยลดลงจากร้อยละ 26.7 (4/15 ราย; 95% CI: 7.8–55.1) ในระยะ Baseline เป็นร้อยละ 25.0 (2/8 ราย; 95% CI: 3.2–65.1) ในวงจรที่ 1 และร้อยละ 7.1 (1/14 ราย; 95% CI: 0.2–33.9) ในวงจรที่ 2 และบรรลุอุบัติการณ์ร้อยละ 0 ในวงจรที่ 3 และ 4 (0/37 ราย; 95% CI: 0–9.5) การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม Baseline (4/15 ราย) กับกลุ่มวงจรที่ 3–4 รวม (0/37 ราย) พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Fisher's Exact Test,  $p = 0.005$ ) พึงสังเกตว่าค่า 95% CI ของวงจรที่ 1 มีช่วงกว้างมาก (3.2–65.1) เนื่องจากขนาดกลุ่มตัวอย่างมีเพียง 8 ราย จึงควรตีความผลในวงจรนี้เป็นข้อมูลเบื้องต้นเท่านั้น มิใช่ข้อสรุปที่มั่นคง ในขณะที่ผลในวงจรที่ 3–4 ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างรวม 37 ราย มีความน่าเชื่อถือเพียงพอสำหรับการสรุปผล

### 3.2 ความสอดคล้องในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ

การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกองค์ประกอบ วงจรที่ 4 อยู่ในระดับดีมากทุกด้าน (ร้อยละ 93.5–98.4 ค่าเฉลี่ยรวมร้อยละ 96.) เวลาเปลี่ยนท่าลดลงจาก  $12.8 \pm 2.4$  เป็น  $7.6 \pm 1.2$  นาที เวลาบันทึกต่อครั้งลดลงจาก 3.5 เป็น 1.5 นาที (ลดลงร้อยละ 57.1) ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ร้อยละการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติแยกรายองค์ประกอบ เปรียบเทียบระหว่างวงจร

องค์ประกอบแนวปฏิบัติ	วงจรที่ 2 (ร้อยละ)	วงจรที่ 3 (ร้อยละ)	วงจรที่ 4 (ร้อยละ)
การประเมินความเสี่ยง (ถูกต้องครบถ้วน)	83.2	91.4	98.2
การตรวจและดูแลผิวหนัง	79.6	88.5	96.8
การเปลี่ยนท่านอนตามเวลาที่กำหนด	68.4	82.1	93.5
การเปลี่ยนท่าอย่างถูกต้องและปลอดภัย	81.3	90.6	98.4
การใช้อุปกรณ์ลดแรงกด	75.8	86.2	97.6
การจัดการโภชนาการ	—	72.4	94.2
การป้องกัน MDRPI	—	78.3	95.8
<b>ค่าเฉลี่ยรวม</b>	<b>77.7</b>	<b>84.2</b>	<b>96.4</b>

หมายเหตุ: — หมายถึงองค์ประกอบยังไม่ได้เพิ่มในวงจรนั้น; MDRPI = Medical Device-Related Pressure Injury

การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกองค์ประกอบตลอดวงจรที่ 2–4 โดยค่าเฉลี่ยรวมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 77.7 ในวงจรที่ 2 เป็นร้อยละ 84.2 ในวงจรที่ 3 และร้อยละ 96.4 ในวงจรที่ 4 ในวงจรที่ 4 ทุกองค์ประกอบอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 93.5–98.4) โดยองค์ประกอบที่มีการปฏิบัติตามสูงสุด คือ การเปลี่ยนท่าอย่างถูกต้องและปลอดภัย (ร้อยละ 98.4) และการประเมินความเสี่ยง (ร้อยละ 98.2) ส่วนองค์ประกอบที่มีค่าต่ำสุดแต่ยังอยู่ในเกณฑ์ดีมากคือการเปลี่ยนท่านอนตามเวลาที่กำหนด (ร้อยละ 93.5) องค์ประกอบด้านการจัดการโภชนาการและการป้องกัน MDRPI ซึ่งเพิ่มเข้ามาในวงจรที่ 3 มีการปฏิบัติตามในวงจรที่ 4 ร้อยละ 94.2 และ 95.8 ตามลำดับ นอกจากนี้ เวลาเฉลี่ยในการเปลี่ยนท่าลดลงจาก  $12.8 \pm 2.4$  นาทีในวงจรที่ 1 เป็น  $7.6 \pm 1.2$  นาทีในวงจรที่ 4 และเวลาบันทึกต่อครั้งลดลงจาก 3.5 เป็น 1.5 นาที (ลดลงร้อยละ 57.1) สะท้อนพัฒนาการด้านทักษะและประสิทธิภาพของทีมพยาบาลที่เพิ่มขึ้นตามลำดับวงจร

### 3.3 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ

พยาบาล 20 คน (อัตราตอบกลับร้อยละ 100) มีความพึงพอใจระดับมากที่สุดทุกด้าน  $\bar{X}$  รวม = 4.68/5.0 (SD = 0.32) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น (n = 20)

ด้านที่ประเมิน	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ความชัดเจนและความครอบคลุมของแนวปฏิบัติ	4.76	0.28	มากที่สุด
ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง	4.72	0.31	มากที่สุด
ประโยชน์ที่ได้รับในการดูแลผู้ป่วย	4.68	0.34	มากที่สุด
ความง่ายในการใช้เครื่องมือและแบบฟอร์ม	4.56	0.41	มากที่สุด
<b>คะแนนรวมทุกด้าน</b>	<b>4.68</b>	<b>0.32</b>	<b>มากที่สุด</b>

หมายเหตุ: เกณฑ์การแปลผล:  $\bar{X}$  4.50–5.00 = มากที่สุด;  $\bar{X}$  3.50–4.49 = มาก

พยาบาลวิชาชีพทั้ง 20 คน (อัตราตอบกลับร้อยละ 100) มีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นในระดับมากที่สุดทุกด้าน ( $\bar{X}$  รวม = 4.68, SD = 0.32) ด้านที่ได้คะแนนสูงสุดคือความชัดเจนและความครอบคลุมของแนวปฏิบัติ ( $\bar{X}$  = 4.76, SD = 0.28) รองลงมาคือความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง ( $\bar{X}$  = 4.72, SD = 0.31) และประโยชน์ที่ได้รับในการดูแลผู้ป่วย ( $\bar{X}$  = 4.68, SD = 0.34) ตามลำดับ ด้านที่ได้คะแนนต่ำสุดแต่ยังคงอยู่ในระดับมากที่สุดคือความง่ายในการใช้เครื่องมือและแบบฟอร์ม ( $\bar{X}$  = 4.56, SD = 0.41) สะท้อนให้เห็นว่าแนวปฏิบัติที่ได้รับการพัฒนาผ่านกระบวนการ PAR มีความเหมาะสมกับบริบทการปฏิบัติงานจริงและได้รับการยอมรับจากพยาบาลวิชาชีพในระดับสูง

### 4. ผลเชิงคุณภาพ: ประสบการณ์การเรียนรู้ของทีมพยาบาล

Content Analysis ระบุ 4 ประเด็นการเรียนรู้หลัก (Learning Themes) ที่นำไปสู่การปรับปรุงแนวปฏิบัติ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 6 ประเด็นการเรียนรู้หลักและการปรับปรุงที่ดำเนินการในแต่ละวงจร PAR

ประเด็นการเรียนรู้	ปัญหาที่พบจากการสะท้อนผล	การปรับปรุงที่ดำเนินการ
ภาระงานบันทึกสูง	แบบฟอร์มซับซ้อน ใช้เวลานาน	ปรับแบบฟอร์มให้กระชับ (วงจรที่ 2)
	บันทึกขาดตกบกพร่อง	เวลาบันทึกลดลงจาก 3.5 → 1.5 นาที/ครั้ง
เทคนิคการเปลี่ยนท่า	ไม่มั่นใจในการเปลี่ยนท่าผู้ป่วยหนัก	อบรม Hands-on + แต่งตั้ง Champions (วงจรที่ 2)
	ใช้เวลานาน	เวลาเปลี่ยนท่าลดลงจาก 12.8 → 7.6 นาที
การประสานงาน โภชนาการ	ไม่มีระบบส่งต่อนักโภชนาการที่ชัดเจน	บูรณาการนักโภชนาการพร้อมเกณฑ์ชัดเจน (วงจรที่ 3) Braden ≤12, Albumin <3.0 g/dL
	ความรู้ MDRPI	ไม่ทราบว่าคุณสมบัติทางการแพทย์ก่อให้เกิด PI ได้

หมายเหตุ: สรุปลงจาก Content Analysis การประชุมสะท้อนผล 4 วงจร และการสัมภาษณ์พยาบาล



การเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมของทีมพยาบาลเป็นผลสำคัญของ PAR พยาบาลสะท้อนว่า "ก่อนหน้านี้เราทำตามคำสั่งแพทย์เท่านั้น แต่ตอนนี้เราคิดเรื่องการป้องกัน PI ตั้งแต่วินาทีแรกที่รับผู้ป่วย" (พยาบาล Champion, วงจรที่ 4) "แบบฟอร์มที่กระชับขึ้นทำให้เราบันทึกได้ไม่ขาด เมื่อก่อนมักข้ามเพราะใช้เวลานาน" (พยาบาลประจำเวร, วงจรที่ 3)

## การอภิปรายผล

### 1. ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติ: นัยสำคัญทางสถิติและทางคลินิก

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า แนวปฏิบัติ 7 องค์ประกอบสามารถลด PI ได้อย่างมีนัยสำคัญทั้งทางสถิติ ( $p = 0.005$ ) และทางคลินิก การบรรลุอุบัติการณ์ศูนย์เกินเกณฑ์ สรพ. ( $\leq$  ร้อยละ 2.0) อย่างมาก สอดคล้องกับ Gonzalez et al. (2020) ที่พบว่าแนวปฏิบัติครอบคลุมลดอุบัติการณ์ในผู้ป่วย MV ได้ร้อยละ 78 และ Lahmann et al. (2021) ที่ยืนยันประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติเฉพาะกลุ่มผู้ป่วย ในแง่มีนัยสำคัญทางคลินิก การป้องกัน PI 1 รายสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายการรักษาได้ประมาณ 267,000–890,000 บาท (ประมาณการจาก Padula & Delarmente, 2019) ลดวันนอนเฉลี่ย 4–10 วัน และลดความเสี่ยง Sepsis ซึ่งมีอัตราเสียชีวิตสูง (Sullivan & Schoelles, 2013) ผลดังกล่าวมีนัยสำคัญต่อระบบสาธารณสุขจังหวัดเลย

### 2. กลไกสำคัญที่ทำให้แนวปฏิบัติมีประสิทธิภาพ

ความสำเร็จเกิดจากการรวม 3 กลไกเข้าด้วยกัน ได้แก่ (1) ความครอบคลุมทางหลักฐาน: การเพิ่มปัจจัยเสี่ยงเฉพาะ 5 ข้อเสริม Braden Scale ทำให้ระบุกลุ่มเสี่ยงสูงพิเศษได้แม่นยำขึ้น (Coleman et al., 2014) (2) การบูรณาการสหวิชาชีพ: นักโภชนาการในวงจรที่ 3 เป็นปัจจัยสำคัญเนื่องจากโปรตีนมีบทบาทในการสร้างคอลลาเจน (สุภาพร สังสว่าง และคณะ, 2563) และ (3) ครอบคลุม MDRPI: Alderden et al. (2020) รายงานว่า MDRPI คิดเป็นร้อยละ 46 ของ PI ทั้งหมดใน ICU การเพิ่ม Medical Device Map จึงเป็นองค์ประกอบที่ขาดไม่ได้

### 3. บทบาทของ PAR และการมีส่วนร่วมของพยาบาล

กระบวนการ PAR ส่งผลให้การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติสูงร้อยละ 93.5–98.4 สูงกว่าค่าเฉลี่ยในวรรณกรรมที่มีอยู่ที่ร้อยละ 70–85 (Sullivan & Schoelles, 2013) การแต่งตั้ง Pressure Ulcer Champions ในวงจรที่ 2 เป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพตามหลัก Peer-to-Peer Learning (สุภาพร แสงทอง, 2564; Burns, 2010) การวิจัยครั้งนี้มีส่วนสนับสนุนองค์ความรู้ 2 ประการ ได้แก่ (1) ยืนยันว่า PAR เหมาะสมสำหรับการพัฒนาแนวปฏิบัติในโรงพยาบาลระดับจังหวัดที่มีทรัพยากรจำกัด และ (2) แสดงให้เห็นว่าการบูรณาการ MDRPI Prevention เข้าสู่แนวปฏิบัติตั้งแต่ต้น ส่งผลต่อประสิทธิภาพอย่างมีนัยสำคัญ

### 4. การพิจารณา Hawthorne Effect

มาตรการลดผลกระทบประกอบด้วย (1) การสังเกตการณ์โดย Champions ในฐานะเพื่อนร่วมงาน (2) การบันทึกจาก EHR ซึ่งมีความเป็นกลาง (3) การดำเนินการวิจัย 10 เดือน และ (4) Inter-rater Agreement = ร้อยละ 92.6 (Kappa = 0.89) อย่างไรก็ตาม การตัด Hawthorne Effect ออกได้ทั้งหมดยังไม่สามารถทำได้ในการออกแบบนี้ ซึ่งต้องพิจารณาในการแปลผล

## สรุปและข้อเสนอแนะ

### สรุป

การวิจัย PAR ครั้งนี้พัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกัน PI สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบหลักและเครื่องมือ 7 ชุดที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ แนวปฏิบัติลดอุบัติการณ์อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งทางสถิติ ( $p = 0.005$ ) และทางคลินิก การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติดีมาก (ร้อยละ 93.5–98.4) และพยาบาล พึ่งพอใจสูงสุด ( $\bar{X} = 4.68/5.0$ ) กระบวนการ 4 วงจรที่บูรณาการผลเชิงปริมาณและคุณภาพ เป็นจุดแข็งสำคัญที่ทำให้แนวปฏิบัตินี้มีทั้งความถูกต้องทางหลักฐานและความเหมาะสมกับบริบท แนวปฏิบัตินี้มีศักยภาพในการ ถ่ายโอน (Transferability) ไปยังหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอื่นที่มีบริบทใกล้เคียง ภายใต้เงื่อนไขการปรับบริบทให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้

### ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การดำเนินการในหอผู้ป่วยเพียงแห่งเดียว (Single Setting) ทำให้ Generalizability จำกัด
2. ขนาดกลุ่มตัวอย่างวงจรถัดที่ 1 ( $n=8$ ) เล็กมาก ค่า 95% CI กว้าง (3.2–65.1%) ควรตีความเป็นข้อมูลเบื้องต้น
3. ไม่มีการสุ่มและกลุ่มควบคุม (No RCT) ต้องพิจารณาความเป็นไปได้ของ Confounders
4. Hawthorne Effect อาจส่งผลให้ระดับการปฏิบัติสูงกว่าปกติ แม้จะมีมาตรการลด Bias แล้ว
5. ไม่มีการติดตามผลระยะยาวหลังสิ้นสุดโครงการ ความยั่งยืนต้องได้รับการยืนยัน

### ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

1. ขยายผลไปยังหอผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยอายุกรรมชาย และหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอื่น โดยปรับบริบทตาม กระบวนการ PDSA
2. จัดระบบติดตามอุบัติการณ์รายเดือนและประชุม Pressure Ulcer Team ทุก 3 เดือน
3. พัฒนาระบบ IT สนับสนุนการบันทึก เช่น ระบบแจ้งเตือนการเปลี่ยนท่าอัตโนมัติใน HER
4. จัด Refresher Training สำหรับพยาบาลใหม่ปีละ 1 ครั้ง และรักษาระบบ Pressure Ulcer Champions
5. จัดสรรงบประมาณสนับสนุน Active Air Mattress ให้เพียงพอสำหรับการขยายผล

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ดำเนินการ Multi-center Study ในโรงพยาบาลจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อเพิ่ม Generalizability
2. ศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (Cost-effectiveness Analysis) เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบาย
3. ติดตามผลระยะยาว 12 เดือนหลังสิ้นสุดโครงการ เพื่อประเมินความยั่งยืน
4. พัฒนาและทดสอบเทคโนโลยีสมัยใหม่ เช่น Smart Mattress, AI-based Risk Prediction, Mobile Application
5. ศึกษาผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและความพึงพอใจของครอบครัว



### เอกสารอ้างอิง

- ลัดดา ยาเหลา. (2564). อุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลตติยภูมิ ประเทศไทย. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 41(1), 14–25.
- ศุภลักษณ์ วงศ์ชนะ, มาลีรัตน์ วิเชียรสาร, และรุ่งอรุณ เจริญพร. (2563). การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันแผลกดทับในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. *พยาบาลสาร*, 47(4), 185–197.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2564). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4*. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล.
- สุภาพร แสงทอง. (2564). การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. *วารสารการพยาบาลทหารบก*, 22(2), 156–165.
- สุภาพร สังสว่าง, อรทัย ศรีสวัสดิ์, และนิภาพร สวัสดิ์ศรี. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการโภชนาการต่ออุบัติการณ์แผลกดทับในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. *วารสารการพยาบาลทหารบก*, 21(3), 45–56.
- อารี ชิวเกษมสุข, กาญจนา สุทธิเนียม, และพวงรัตน์ บุญญานรักษ์. (2562). ประสิทธิภาพของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 37(2), 8–18.
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2019). *Preventing pressure ulcers in hospitals: A toolkit for improving quality of care* (AHRQ Publication No. 11-0053-EF). U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/resource/pressureulcer/tool/index.html>
- Alderden, J., Zhao, Y. L., Zhang, Y., Thomas, D., & Butcher, R. (2020). Outcomes of using pressure injury prevention practices in adult intensive care units: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 111, Article 103763. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103763>
- Burns, A. (2010). *Doing action research in English language teaching: A guide for practitioners*. Routledge.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Coleman, S., Gorecki, C., Nelson, E. A., Closs, S. J., Defloor, T., Halfens, R., Briggs, M., & Nixon, J. (2014). Patient risk factors for pressure ulcer development: Systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(11), 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.09.019>
- Cox, J. (2020). Predictors of pressure ulcers in mechanically ventilated patients: A literature review. *Nursing in Critical Care*, 25(1), 31–38. <https://doi.org/10.1111/nicc.12426>

- Edsberg, L. E., Black, J. M., Goldberg, M., McNichol, L., Moore, L., & Sieggreen, M. (2016). Revised National Pressure Ulcer Advisory Panel pressure injury staging system: Revised pressure injury staging system. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 43(6), 585–597. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000281>
- European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel, & Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2019). *Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: Clinical practice guideline* (3rd ed., E. Haesler, Ed.). Cambridge Media.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics* (4th ed.). SAGE Publications.
- Gefen, A., Alves, P., Ciprandi, G., Coyer, F., Milne, C. T., Ousey, K., Ohura, N., Waters, N., & Kottner, J. (2020). Device-related pressure ulcers: SECURE prevention. *Journal of Wound Care*, 29(Suppl. 2a), S1–S52. <https://doi.org/10.12968/jowc.2020.29.Sup2a.S1>
- Gonzalez, E., Munoz, M., Rojas, J., Suarez, M., & Gonzalez, M. E. (2020). Effects of a comprehensive prevention protocol on pressure ulcer incidence in mechanically ventilated patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 57, Article 102792. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.09.006>
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, 18(1), 59–82. <https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>
- Jaul, E., & Barron, J. (2017). Age-related diseases and clinical and public health implications for the 85 years old and over population. *Frontiers in Public Health*, 5, Article 335. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00335>
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (2005). Participatory action research: Communicative action and the public sphere. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The SAGE handbook of qualitative research* (3rd ed., pp. 559–603). SAGE Publications.
- Koshy, V., Koshy, E., & Waterman, H. (2010). *Action research in healthcare*. SAGE Publications.
- Krippendorff, K. (2018). *Content analysis: An introduction to its methodology* (4th ed.). SAGE Publications.
- Lahmann, N. A., Halfens, R. J., & Dassen, T. (2021). Impact of prevention structures and process on pressure ulcer prevalence in nursing homes and acute care hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 30(1–2), 178–185. <https://doi.org/10.1111/jocn.15465>
- Li, Z., Lin, F., Thalib, L., & Chaboyer, W. (2020). Global prevalence and incidence of pressure injuries in hospitalised adult patients: A systematic review and meta-analysis.



- International Journal of Nursing Studies*, 105, Article 103546. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103546>
- Mervis, J. S., & Phillips, T. J. (2019). Pressure ulcers: Pathophysiology, epidemiology, risk factors, and presentation. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 81(4), 881–890. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.12.069>
- Moore, Z. E. H., & Patton, D. (2019). Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(1), Article CD006471. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006471.pub4>
- National Pressure Injury Advisory Panel. (2019). *NPIAP pressure injury stages*. <https://npiap.com/page/PressureInjuryStages>
- Padula, W. V., & Delarmente, B. A. (2019). The national cost of hospital-acquired pressure injuries in the United States. *International Wound Journal*, 16(3), 634–640. <https://doi.org/10.1111/iwj.13071>
- Pieper, B. (2020). Pressure ulcers in older adults: A care and prevention guide for home health nurses. *Home Healthcare Now*, 38(2), 86–93. <https://doi.org/10.1097/NHH.0000000000000836>
- Sullivan, N., & Schoelles, K. M. (2013). Preventing in-facility pressure ulcers as a patient safety strategy: A systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 158(5 Pt 2), 410–416. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00008>
- World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>

The Effect of the mission transfer from Chaloe Phrakiat 60<sup>th</sup> Anniversary  
Nawaminthrachini Health Station and Subdistrict Health Promoting Hospital  
to provincial administrative organization in Thailand.

Boonma Soontaraviratana<sup>1</sup> Tharapong Kappako<sup>2</sup>, Yodluck Sailungka<sup>3</sup>,

<sup>1,3</sup>Loei Provincial Public health Office. , <sup>2</sup>Nong Bua Lamphu Provincial Public health Office.

**Abstract**

This mixed-methods study aimed to examine the impacts on the public and health personnel resulting from the transfer of responsibilities for the Chalermphrakiat 60<sup>th</sup> Anniversary Her Majesty the Queen's Health Stations and Subdistrict Health Promoting Hospitals to Provincial Administrative Organizations in Thailand. The study was conducted between July and September 2023. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

The findings were: (1) Among service users, no quantitative differences were found in health services before and after the transfer across all measured items; however, qualitative data reflected a decline in some primary care services, such as chronic disease clinics and dental services. (2) For health personnel, the overall impact score was 3.65/5 (SD = 0.655). The mean satisfaction relative to personnel expectations was 3.44/5 (SD = 0.651). Qualitative findings indicated that drivers of the transfer included low morale regarding career advancement and budgeting processes that require routing through contracted main service units, which posed significant obstacles. Initial impacts included an imbalance between the number of staff and the transferred service units, and barriers arising from laws, regulations, rules, and memorandum of cooperation agreements.

Preparedness prior to transfer specifically clear regulations, procedures, memoranda of cooperation, and ensuring a balance between the number of transferred service units and the number of transferred health personnel is necessary to mitigate negative impacts on both service providers and service recipients.

**Keyword:** Effect, Public Health Personnel, Mission Transfer

*\*Corresponding Author: isntisnt@gmail.com*



ผลกระทบการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และ  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ประเทศไทย

บุญมา สุนทรวิรัตน์<sup>1</sup>, ธารพงษ์ กัปกโก<sup>2</sup>, ยอดลักษ์ สัยลังกา<sup>3</sup>

<sup>1,3</sup>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย, <sup>2</sup>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู

บทคัดย่อ

การวิจัยผสมผสานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบที่เกิดขึ้นกับประชาชนและบุคลากรสาธารณสุขจากการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ในประเทศไทย ศึกษาระหว่างกรกฎาคม-กันยายน 2566 ในประเทศไทย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มประชาชนผู้รับบริการได้รับบริการสุขภาพก่อนและหลังการถ่ายโอนไม่แตกต่างกันในทุกประเด็นในข้อมูลเชิงปริมาณ แต่เชิงคุณภาพสะท้อนบริการปฐมภูมิที่ลดลง เช่น คลินิกโรคเรื้อรังและบริการทันตกรรม 2) ผลกระทบต่อกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.65/5 (S.D.=0.655) ค่าคะแนนความพึงพอใจต่อระดับความคาดหวังของบุคลากรเฉลี่ย 3.44/5 (S.D.=0.651) และเชิงคุณภาพ พบสาเหตุการถ่ายโอนภารกิจเกิดจากความน้อยเนื้อต่ำใจในความก้าวหน้าในอาชีพ และการจัดสรรงบประมาณที่ต้องผ่านหน่วยบริการคู่สัญญาหลักเป็นอุปสรรคสำคัญ ผลกระทบที่พบในระยะแรกคือความไม่สมดุลระหว่างจำนวนบุคลากรกับสถานบริการที่ถ่ายโอน และอุปสรรคจากกฎหมาย ระเบียบ กฎเกณฑ์ และบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ

การเตรียมความพร้อมก่อนการถ่ายโอนภารกิจ ด้านระเบียบ กฎเกณฑ์ วิธีปฏิบัติ บันทึกข้อตกลงความร่วมมือ และความสมดุลระหว่างจำนวนสถานบริการที่ถ่ายโอนกับจำนวนบุคลากรสาธารณสุขที่ถ่ายโอนนับเป็นความจำเป็น ซึ่งจะช่วยลดผลกระทบต่อบุคลากรผู้ให้บริการและประชาชนผู้รับบริการ

คำสำคัญ: ผลกระทบ, บุคลากรสาธารณสุข, การถ่ายโอนภารกิจ

## บทนำ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มาตรา 250 ได้บัญญัติให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่และอำนาจดูแลและจัดบริการสาธารณะ และกิจกรรมสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นตามกฎหมายที่มีบทบัญญัติเกี่ยวกับกลไกและขั้นตอนในการกระจายหน้าที่และอำนาจ ตลอดจนงบประมาณและบุคลากรที่เกี่ยวกับหน้าที่และอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้ บทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 มาตรา 17 (19) กอปรกับกฎกระทรวงมหาดไทยซึ่งออกตามความในพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2540 ได้กำหนดให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีหน้าที่และอำนาจจัดให้มีโรงพยาบาลจังหวัด การรักษาพยาบาล การป้องกัน และบำบัดรักษาโรคติดต่อ รวมทั้งแผนการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) ให้กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนสถานีนามัย โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อม โดยในระยะสุดท้ายให้ถ่ายโอนภารกิจดังกล่าวให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด ซึ่งพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ให้ไว้ ณ วันที่ 11 พฤศจิกายน พ.ศ. 2542 กำหนดให้ดำเนินการถ่ายโอนภารกิจการให้บริการสาธารณะที่รัฐดำเนินการอยู่ในวันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภายในกำหนดเวลา อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานของรัฐบาลเพื่อการถ่ายโอนภารกิจภาครัฐตามพระราชบัญญัติมีอุปสรรคในการดำเนินงานในภาคปฏิบัติพอควร และมีการแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติและระเบียบที่เกี่ยวข้องมาอย่างต่อเนื่อง (พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, 2542) โดยในส่วนบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการถ่ายโอนภารกิจหน่วยบริการปฐมภูมิไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนี้

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	2551	2555	2557	2559	2566
เทศบาล	12	4	4	0	0
องค์การบริหารส่วนตำบล	16	13	0	1	0
เมืองพัทยา	0	0	1	0	0
องค์การบริหารส่วนจังหวัด	0	0	0	0	3,263

การถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ปีงบประมาณ 2566 มีจำนวนทั้งสิ้น 3,263 แห่ง ใน 49 จังหวัด จากทั้งสิ้น 9,787 แห่งทั่วประเทศ (สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี, 2564) โดยมีบุคลากรสาธารณสุขถ่ายโอน ดังนี้  
ข้าราชการ จำนวน 11,722 ราย

- ลูกจ้างประจำ จำนวน 20 ราย
- พนักงานราชการ จำนวน 5 ราย
- พนักงานกระทรวงฯ จำนวน 4,919 ราย
- ลูกจ้างชั่วคราว จำนวน 4,891 ราย
- ช่วยราชการ จำนวน 374 ราย



การถ่ายโอนภารกิจในปีงบประมาณ 2567 มี อบจ. ขอรับการถ่ายโอน รพ.สต. เพิ่มจำนวน 14 อบจ. ได้แก่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ชัยนาท สระบุรี ลพบุรี เพชรบุรี จันทบุรี ชลบุรี สุรินทร์ เลย หนองบัวลำภู นราธิวาส และยะลา หากแต่ในภายหลัง จังหวัดสุรินทร์ได้ขอยกเลิกจึงเหลือเพียง 13 อบจ. ซึ่งพบว่า การถ่ายโอนภารกิจในปีงบประมาณ 2567 จะมีการถ่ายโอนภารกิจตามหนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ที่ มท 0819.2/12256 ลงวันที่ 31 สิงหาคม 2566 เรื่องยืนยันข้อมูลการถ่ายโอนภารกิจฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 โดยพบว่า อบจ. เดิมที่ถ่ายโอนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 และถ่ายโอนเพิ่มเติมในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 อีกจำนวน 28 จังหวัด จำนวน 22 จังหวัด รวม 578 รพ.สต. บุคลากรถ่ายโอน 5,710 คน และ อบจ. ที่ดำเนินการถ่ายโอนใหม่เป็นครั้งแรกในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 จำนวน 13 จังหวัด จำนวน 327 แห่ง และมีบุคลากรที่ถ่ายโอนจำนวน 2,047 คน ภาพรวมการถ่ายโอนภารกิจในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 มีการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจรวม 35 จังหวัด 907 รพ.สต. บุคลากรถ่ายโอนทั้งหมด 7,757 คน ในจำนวนนี้เป็นข้าราชการทั้งสิ้น 5,215 คน บุคลากรอื่นๆ 2,542 คน (กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น, 2566; สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี, 2566)

การดำเนินงานที่ผ่านมา แม้ว่าจะมีคู่มือและแนวทางในการดำเนินงานถ่ายโอนภารกิจ แต่ในการนำสู่การปฏิบัติ พบว่า ยังต้องมีการดำเนินการที่สำคัญอีกหลายขั้นตอน เนื่องจากระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิมีความสำคัญและมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบอย่างยิ่ง ดังนั้น ที่ผ่านมากกว่า 24 ปี กระบวนการถ่ายโอน สอน. และ รพ.สต. ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น องค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาลยังมีจำนวนน้อยอยู่ กอปรกับในปัจจุบันได้มีพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ที่มีผลบังคับใช้ ดังนั้นหน่วยงานที่ดำเนินการจัดบริการในระดับปฐมภูมิจึงมีความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติให้สอดคล้อง หากรับการถ่ายโอน สอน. และ รพ.สต. ไปดำเนินการ และที่สำคัญว่าการถ่ายโอนไปคือการทำให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพตอบโจทย์ปัญหาสุขภาพในพื้นที่และสอดคล้องสอดคล้องกับระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิด้วย ตลอดจนขวัญกำลังใจและความก้าวหน้าบุคลากรสาธารณสุขซึ่งต้องวางแผนและออกแบบระบบร่วมกัน อาทิ กลไกการเงินการคลังของระบบหลักประกันสุขภาพ การบริหารงานบุคคล เป็นต้น ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง (กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

จากการรวบรวมข้อมูลการถ่ายโอนภารกิจที่ผ่านมา พบว่ายังมีปัญหาอุปสรรคด้านความพร้อมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ไม่มีกระบวนการเตรียมความพร้อมด้านต่างๆ อย่างเพียงพอ ไม่ได้ศึกษาหรือไม่ได้ปฏิบัติตามแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจที่คณะกรรมการกระจายอำนาจประกาศไว้ (The Coverage, 2566) โดยประเด็นสำคัญที่อาจต้องนำมาพิจารณา ได้แก่ บทบาทหน้าที่ การเตรียมความพร้อมในการถ่ายโอนภารกิจทรัพยากรบุคคล งบประมาณในการดำเนินการ และระบบบริหารจัดการหลังการถ่ายโอนภารกิจ ซึ่งในส่วนที่ได้ถ่ายโอนภารกิจไปแล้วมีทั้งที่ประสบผลสำเร็จสามารถดำเนินงานได้ แต่ยังมีบางส่วนที่มีข้อจำกัด โดยเฉพาะการประสานงานระหว่างพื้นที่ การสนับสนุนวิชาการ และบุคลากรที่ขาดองค์ความรู้ด้านการบริหาร การแพทย์และสาธารณสุข การงบประมาณที่ไม่เพียงพอส่งผลให้การจัดหาเครื่องมือทางการแพทย์ไม่ครบถ้วน

สมบูรณ์ อีกทั้งการกระจายอำนาจและถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีขนาดเล็กไม่สามารถรองรับภารกิจด้านการสาธารณสุขที่ถ่ายโอนลงไปได้อย่างเต็มที่ รวมทั้งขาดนโยบายและยุทธศาสตร์ในลักษณะแผนแม่บทที่กำหนดทิศทางการพัฒนาสุขภาพในระดับพื้นที่ และขาดช่องทาง/แพลตฟอร์มการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสุขภาพของพื้นที่ ซึ่งมีส่วนสำคัญในการร่วมกันออกแบบนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่ให้ได้อย่างแท้จริง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาผลกระทบที่เกิดขึ้นกับบุคลากรผู้ให้บริการและประชาชนผู้รับบริการหลังการถ่ายโอนภารกิจ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริงอันจะนำไปสู่การประเมินสถานการณ์และวางแผนการดำเนินการให้มีประสิทธิภาพรวมทั้งข้อเสนอแนะสำหรับการเตรียมความพร้อมทั้งกระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและ อบจ. รวมทั้ง กสพ. ในแต่ละจังหวัด ก่อนการถ่ายโอนภารกิจและภายหลังจากการถ่ายโอนภารกิจที่จะต้องดำเนินการในอนาคต

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลกระทบที่เกิดขึ้นกับประชาชนผู้รับบริการสุขภาพจากการถ่ายโอนภารกิจ สอน./รพ.สต. ให้แก่ อบจ.
2. เพื่อศึกษาผลกระทบที่เกิดขึ้นกับบุคลากรสาธารณสุขจากการถ่ายโอนภารกิจ สอน./รพ.สต. ให้แก่ อบจ.

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยผสมผสาน (Mixed Methodology Research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบการถ่ายโอนภารกิจ สอน.และ รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. โดยการวิเคราะห์ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อประชาชนผู้รับบริการและบุคลากรสาธารณสุข ผู้ให้บริการ ภายหลังจากการถ่ายโอนภารกิจ 12 เดือน โดยวิเคราะห์ด้านที่ส่งเสริมการถ่ายโอนภารกิจและด้านที่เป็นอุปสรรคต่อการถ่ายโอนภารกิจ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ 2 ชุด สำหรับประชาชนผู้รับบริการ 1 ชุด และสำหรับบุคลากรสาธารณสุขผู้ให้บริการ 1 ชุด ซึ่งสร้างขึ้นโดยนักวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติอนุมาน สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นสารสนเทศหลังจากนั้นเพิ่มเติมเพื่อยืนยันข้อสรุปด้วยวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้การสนทนากลุ่ม (Focus Groups Discussion) ซึ่งดำเนินการใน 2 กลุ่มคือกลุ่มประชาชนผู้รับบริการและกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขผู้ให้บริการ ในจังหวัดแพร่ สุพรรณบุรี ระยอง หนองบัวลำภู สกลนคร และนครพนม รวมทั้งหมด 12 กลุ่ม

#### 1. ขอบเขตการศึกษา

ศึกษาและเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และแนวคำถามสืบค้น ในการสนทนากลุ่ม โดยศึกษาจากประชาชนที่มารับบริการและบุคลากรสาธารณสุขใน สอน.และ รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในเขตบริการสุขภาพที่สามได้ ประกอบด้วย เขตสุขภาพที่ 1,5,6 และ8 จำนวน 6 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดแพร่ จังหวัดสุพรรณบุรี จังหวัดระยอง จังหวัดสกลนคร จังหวัดนครพนม และจังหวัดหนองบัวลำภู ในระยะเปลี่ยนผ่าน 12 เดือนแรกหลังการถ่ายโอน (ตุลาคม 2565 ถึง กันยายน 2566) โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือน กรกฎาคม – กันยายน 2566



### ระยะที่ 1 การศึกษาเชิงปริมาณ

ประเมินผลกระทบที่ประชาชนผู้รับบริการสุขภาพ และบุคลากรสาธารณสุข ผู้ให้บริการ ได้รับหลังการถ่ายโอนภารกิจ สอน.และ รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. โดยใช้การสุ่มแบบกลุ่มหลายขั้นตอน (Multi Stage Cluster Sampling) โดยใช้สูตรคำนวณ

$$N_0 = Z^2 pq / e^2 \times DEFF \text{ กลุ่มตัวอย่างมีค่า} = 384 \text{ คน}$$

ประกอบด้วย

1.1) กลุ่มประชาชนทั่วไปอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับบริการใน สอน. และรพ.สต. ในระยะไม่เกิน 1 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 384 คน (รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไป อบจ.แห่งละ 1 คน)

1.2) กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 384 คน (รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไป อบจ.แห่งละ 1 คน)

### ระยะที่ 2 การศึกษาเชิงคุณภาพ

นำเสนอข้อมูลที่วิเคราะห์เป็นสารสนเทศแล้ว เสนอต่อกลุ่มเป้าหมายในการสนทนากลุ่ม (Focus Groups Discussion) เพื่อการเพิ่มเติมข้อมูล และยืนยัน โดยดำเนินการสนทนากลุ่ม จำนวน 12 ครั้ง ใน 6 จังหวัด โดยการสุ่ม ประกอบด้วย

- 1) กลุ่มประชาชนผู้รับบริการ จำนวน 10 คน
- 2) กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 10 คน

## 2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

### 2.1 ประชากร

- 1) กลุ่มประชาชนทั่วไปที่อายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่ รพ.สต.ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยัง อบจ.
- 2) กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข ในพื้นที่ รพ.สต.ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยัง อบจ. รายละเอียด ดังนี้

จังหวัด	ทั้งหมด	ถ่ายโอน	คงเหลือ
สุพรรณบุรี	174	174	0
หนองบัวลำภู	83	83	0
แพร่	70	119	49
สกลนคร	168	144	24
นครพนม	151	15	136
ระยอง	95	50	45
<b>รวม</b>	<b>875</b>	<b>245</b>	<b>630</b>

หมายเหตุ จังหวัดสุพรรณบุรี และจังหวัดหนองบัวลำภู เป็นตัวแทนกลุ่มจังหวัดที่ถ่ายโอนภารกิจ 100% จังหวัดแพร่และจังหวัดสกลนคร เป็นตัวแทนกลุ่มจังหวัดที่ถ่ายโอนภารกิจมากกว่า 50% จังหวัดนครพนมและจังหวัดระยอง เป็นตัวแทนกลุ่มจังหวัดที่ถ่ายโอนภารกิจน้อยกว่า 50% โดยจังหวัดระยอง ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนี้ ปี 2562 ถ่ายโอน รพ.สต. 2 แห่ง (อบต.ตะพง คือ รพ.สต.ตะพง และ รพ.สต.ยายดา) ปี 2563 ถ่ายโอน รพ.สต. 5 แห่ง (รพ.สต.ทับมา ให้กับ เทศบาลตำบลทับมา ,รพ.สต.น้ำคอก ให้กับ เทศบาล

ตำบลน้ำคอก, รพ.สต.หนองจอก และ รพ.สต.บ้านดอน ให้กับ เทศบาลตำบลเชิงเนิน และ รพ.สต.เนินพระ ให้กับ เทศบาลตำบลเนินพระ) ปี 2564 ถ่ายโอน รพ.สต. 3 แห่ง (รพ.สต.มาบตาพุด ให้กับเทศบาลเมืองมาบตาพุด, รพ.สต.พลา ให้กับเทศบาลตำบลพลา และ รพ.สต.นิคมพัฒนา ให้กับเทศบาลตำบลมาบข่า) ปี 2566 ถ่ายโอนไปยัง อบจ.ระยอง จำนวน 40 แห่ง

## 1.2 กลุ่มตัวอย่าง

ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทน สอน./รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยัง อบจ.

### การวิจัยเชิงปริมาณ

ก) กลุ่มประชาชนทั่วไปที่อายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่ รพ.สต.ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยัง อบจ.จำนวน 384 คน

ข) กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข ในพื้นที่ รพ.สต.ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยัง อบจ. จำนวน 384 คน

### การวิจัยเชิงคุณภาพ

กลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่ม จำนวน 12 กลุ่ม ได้มาโดยกระบวนการ ดังนี้

ก) กลุ่มประชาชนทั่วไป ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย ในสถานบริการที่ถ่ายโอน จังหวัดละ 1 กลุ่ม โดยสุ่มรายจังหวัด สุ่มอำเภอและสุ่ม รพ.สต.ในอำเภอนั้น และประสาน รพ.สต.เป้าหมาย เพื่อประสานขอความร่วมมือผู้ที่เคยใช้บริการในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ดำเนินการ 10 ครั้ง รวม 10 คน รวม 5 กลุ่มๆละ 10 คน ใน 5 จังหวัด (จังหวัดสุพรรณบุรี ประสานการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นรายบุคคล จำนวน 10 คนแทนการสนทนากลุ่ม)

ข) กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข ใช้การสุ่มอย่างง่าย ในสถานบริการที่ถ่ายโอน โดยสุ่มรายจังหวัดละ 10 แห่ง เชิญตัวแทนแห่งละ 1 คน เพื่อเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม รวม 5 กลุ่มๆละ 10 คน ใน 5 จังหวัดเป้าหมาย (สุพรรณบุรี ประสานการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นรายบุคคล จำนวน 10 คนแทนการสนทนากลุ่ม)

## 1.3 เครื่องมือวิจัย

การศึกษาระยะที่ 1 การวิจัยนี้ใช้แบบสอบถาม รายละเอียด ดังนี้

### 1) สำหรับประชาชนทั่วไปผู้รับบริการ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อปี

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเข้ารับบริการ สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการจัดบริการสุขภาพที่ได้รับ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลการเกิดผลกระทบ ด้านส่งเสริมการจัดบริการจากการถ่ายโอนฯ, ด้านอุปสรรคการจัดบริการจากการถ่ายโอนฯ, เปรียบเทียบบริการที่ได้รับก่อนและหลังการถ่ายโอนฯ

ส่วนที่ 5 ข้อมูลความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพในภาพรวมในปัจจุบัน

การศึกษาระยะที่ 2 การศึกษาเชิงคุณภาพ ใช้คำถามสืบค้นเป็นแนวทางการสนทนากลุ่มซึ่งเป็นเครื่องมือในการวิจัย แนวคำถามสืบค้นการสนทนากลุ่ม แนวทางการสรุปผลการวิจัย รวมถึงวัสดุอุปกรณ์เสริมอื่นๆ เช่น กล้องถ่ายรูป เครื่องบันทึกเสียง นำมาอธิบายและเสนอมุมมองร่วมกัน และนักวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภาคสนามโดยมุ่งเน้นปรากฏการณ์ทางสังคมที่ปรากฏต่อหน้านักวิจัย ปราศจากแนวคิดทฤษฎีภายนอก ล้าทฤษฎีฐานราก (Grounded Theory) หากแต่ไม่นำเสนอหรือไม่มีความพยายามในการสร้างทฤษฎีใหม่จากปรากฏการณ์ (โพธิสิตา, 2552) คำถามสืบค้น ประกอบด้วย



(ก) แนวคำถามสืบค้นประชาชนทั่วไปผู้รับบริการ

(ข) แนวคำถามสืบค้นบุคลากรสาธารณสุข

- (1) “ท่านคิดเห็นอย่างไรต่อบริการสุขภาพของ รพ.สต. ก่อนการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไป อบจ.”
- (2) “ท่านคิดเห็นอย่างไรต่อบริการสุขภาพของ รพ.สต. หลังการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไป อบจ.”
- (3) “ภาพรวมการรับบริการ ก่อนและหลังการถ่ายโอนภารกิจ มีอะไรเปลี่ยนแปลงหรือไม่ อย่างไร”
- (4) “ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไป อบจ. ทั้งด้านบวกและด้านลบ”
- (5) “ภายใต้กรอบการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไป อบจ. ท่านมีข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาอย่างไร”
- (6) “มีสิ่งใดที่ท่านต้องการเพิ่มเติมนอกเหนือ จากที่กล่าวมา เพื่อเติมเต็มให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น”

#### 1.4 คุณภาพเครื่องมือวิจัย

เนื่องจากการวิจัยนี้ใช้แบบสอบถามและคำถามสืบค้นซึ่งใช้เป็นแนวทางการสนทนากลุ่มเป็นเครื่องมือวิจัยและดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย โดย

1) **แบบสอบถาม** สำหรับประชาชนทั่วไปผู้รับบริการ และแบบสอบถาม สำหรับบุคลากรสาธารณสุขผู้ให้บริการ โดย นักวิจัยทบทวนวรรณกรรม รวมทั้งกฎหมาย ระเบียบ แนวทางการดำเนินงานถ่ายโอนภารกิจ สอน.และรพ.สต.ให้แก่ อบจ. และสร้างเครื่องมือวิจัย ที่เชื่อมโยงและสามารถตอบวัตถุประสงค์การวิจัย เมื่อแล้วเสร็จได้ประสานผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คนเพื่อประเมินความสอดคล้องของเครื่องมือวิจัยกับวัตถุประสงค์การวิจัย (IOC: Index of Item Objective Congruence) และปรับข้อความตามที่ผู้เชี่ยวชาญประเมิน ชี้แนะ และนำเครื่องมือวิจัยทดลองใช้ในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 ชุด ด้วยวิธีการวัดค่าความแปรปรวนของคะแนนเป็นหลัก เพื่อทดสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของแบบสอบถาม สำหรับประชาชนทั่วไปผู้รับบริการ เท่ากับ 0.75 และได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของแบบสอบถาม สำหรับบุคลากรสาธารณสุขผู้ให้บริการ เท่ากับ 0.77 ทั้งนี้ใช้ทั้งวิธีการตัดข้อความและการปรับข้อความในแบบสอบถาม เพื่อให้ได้ข้อความที่มีความหมายชัดเจน แม่นตรงมีความหมายเดียว ได้คำตอบตรงตามความเป็นจริง

2) **แนวคำถามสืบค้น** สำหรับประชาชนทั่วไป และแนวคำถามสืบค้นสำหรับบุคลากรสาธารณสุข นักวิจัยทบทวนวรรณกรรม รวมทั้งกฎหมาย ระเบียบ แนวทางการดำเนินงานถ่ายโอนภารกิจ สอน.และ รพ.สต.ให้แก่ อบจ. และสร้างเครื่องมือวิจัย ที่เชื่อมโยงและสามารถตอบวัตถุประสงค์การวิจัย เมื่อแล้วเสร็จได้ประสานผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านช่วยตรวจสอบแนะนำ หรือปรับ คำถามสืบค้น เพื่อให้เกิดความเหมาะสม สร้างสรรค์ แม่นตรง และตอบวัตถุประสงค์การวิจัย อย่างไรก็ตาม นักวิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุดในการวิจัยนี้ เนื่องจากหลายส่วนต้องการการอิมตัวของข้อมูลและต้องปราศจากอคติในการดำเนินการวิจัย จึงต้องยืนยันข้อมูลไปและกลับหลายรอบ

#### 1.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยเชิงปริมาณ ดำเนินการเก็บข้อมูลโดย

1) ประสานส่งแบบสอบถามไปยัง รพ.สต.ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยัง อบจ. ณ วันที่ 2 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ทั้งหมด และตอบแบบสอบถามออนไลน์ ผ่านระบบอินเทอร์เน็ต จำนวน 384 แห่ง โดยแบ่งเป็น 2 ชุด



ชุดที่ 1 สำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต.ที่ถ่ายโอนภารกิจ

ชุดที่ 2 สำหรับประชาชนทั่วไป อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการใน รพ.สต.แห่งนั้น ในระยะเวลาไม่เกิน 1 เดือน โดย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ รพ.สต. เป็นผู้ทอดแบบสอบถามและจัดเก็บ

2) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ประสานการเก็บแบบสอบถามทั้ง 2 ชุด ใน รพ.สต.

3) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอรวบรวมแบบสอบถามและส่งกลับมายัง สสจ.

การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อเติมเต็มและยืนยัน ดำเนินการเก็บข้อมูลโดย

1) กลุ่มประชาชนทั่วไป ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย ในสถานบริการที่ถ่ายโอน จังหวัดละ 1 กลุ่ม โดยสุ่มรายจังหวัด สุ่มอำเภอและสุ่ม รพ.สต.ในอำเภอนั้น และประสาน รพ.สต.เป้าหมาย เพื่อประสานขอความร่วมมือผู้ที่เคยใช้บริการในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ดำเนินการ 10 ครั้ง รวม 10 คน รวม 5 กลุ่มๆละ 10 คน ใน 5 จังหวัด (จังหวัดสุพรรณบุรี ประสานการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นรายบุคคล จำนวน 10 คนแทนการสนทนากลุ่ม)

2) กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย ในสถานบริการที่ถ่ายโอน โดยสุ่มรายจังหวัดละ 10 แห่ง เชิญตัวแทนแห่งละ 1 คน เพื่อเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม รวม 5 กลุ่มๆละ 10 คน ใน 5 จังหวัดเป้าหมาย (จังหวัดสุพรรณบุรี ประสานการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นรายบุคคล จำนวน 10 คนแทนการสนทนากลุ่ม)

เกณฑ์การคัดเลือก

1) กลุ่มประชาชนผู้รับบริการ อายุ 15 ปีขึ้นไป และเคยเข้ารับบริการในระยะเวลาไม่เกิน 1 เดือนที่ผ่านมา, สามารถอ่านออกเขียนได้, กลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ สมครใจและยินดีให้ข้อมูล

2) กลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการ เป็นบุคลากรสาธารณสุข ปฏิบัติงานใน สอน.หรือ รพ.สต.ที่ถ่ายโอนภารกิจไป อบจ, กลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้และสมครใจ ยินดีเข้าร่วม ให้ข้อมูล

### 1.6 จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ผ่านการตรวจสอบและได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ในปี พ.ศ.2566

## ผลการศึกษา

### 1. วิจัยเชิงปริมาณ

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มประชาชนผู้รับบริการเป็นหญิง ร้อยละ 70.31 อายุเฉลี่ย 47.16 ปี (S.D.=14.20) ศาสนาพุทธร้อยละ 96.09 การศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 41.67 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 38.60 รายได้ต่อปีน้อยกว่า 50,000 บาทร้อยละ 48.70 เข้ารับบริการตรวจรักษาโรคทั่วไป ร้อยละ 85.94 สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 66.41 ภาพรวมคะแนนความพึงพอใจต่อการจัดบริการของ สอน./รพ.สต. มีค่าคะแนนค่าเฉลี่ย 4.35 (S.D.=0.608) ทราบถึงการถ่ายโอนภารกิจ ร้อยละ 92.45 บริการสุขภาพก่อนและหลังการถ่ายโอนไม่แตกต่างกัน ร้อยละ 72.14 โดยคุณภาพบริการก่อนและหลังการถ่ายโอนไม่แตกต่างกัน ร้อยละ 67.97 ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการก่อนและหลังการถ่ายโอน ไม่แตกต่างกันร้อยละ 75.00 วัตถุประสงค์ในการจัดบริการก่อนและหลังการถ่ายโอนไม่แตกต่างกัน ร้อยละ 61.98 สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ ก่อนและหลังการถ่ายโอนไม่แตกต่างกันร้อยละ 71.88 ส่วนคะแนนภาพรวมผลกระทบที่เกิดกับประชาชน



ผู้รับบริการก่อนและหลังการถ่ายไอออนพบว่า คะแนนเฉลี่ย 0.58 คะแนน (S.D.=0.558) กลุ่มบุคลากรสาธารณสุขผู้ให้บริการ เป็นหญิง ร้อยละ 60.94 อายุเฉลี่ย 47.58 ปี (S.D.=11.326) ศาสนาพุทธร้อยละ 96.09 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 76.04 ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 54.95 เป็นผู้บริหาร ร้อยละ 47.92 โดยเป็นข้าราชการ ร้อยละ 78.91 อายุงานเฉลี่ย 18.24 ปี (S.D.=11.22) รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 38,254 บาท (S.D.=14,585) แหล่งความรู้หลักเกี่ยวกับการถ่ายไอออนได้จากคู่มือการถ่ายไอออน ร้อยละ 65.10 และสื่อออนไลน์ ร้อยละ 41.93 ส่วนใหญ่ร้อยละ 77.86 ได้ศึกษาการถ่ายไอออนมาก่อน แต่ก็ยังเป็นแบบเข้าใจบ้าง/ไม่เข้าใจบ้าง ร้อยละ 67.97 ภาพรวมคะแนนผลกระทบต่อการจัดบริการของ สอน./รพ.สต.มีคะแนนค่าเฉลี่ย 3.61 (S.D.=0.577) ผลกระทบต่อบุคลากรมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.65 (S.D.=0.655) ค่าคะแนนความพึงพอใจต่อระดับความคาดหวังของบุคลากรเฉลี่ย 3.44 (S.D.=0.651)

## 2. วิจัยเชิงคุณภาพ

ก). ผลการสนทนากลุ่มประชาชนผู้รับบริการ เพื่อประเมินผลกระทบการถ่ายไอออนภารกิจ ทั้งด้านที่เป็นการส่งเสริมและด้านที่เป็นอุปสรรค โดยพบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้พูดคุย เพื่อละลายพฤติกรรม นำสู่การสนทนา ผลที่ได้รับ สิ่งที่ปรากฏ เมื่อสอน./รพ.สต.ถ่ายไอออนภารกิจฯ ไปยัง อบจ. ผ่านไป 12 เดือน

ผลลัพธ์การจัดบริการของ สอน./รพ.สต.ภายหลังการถ่ายไอออนภารกิจไป อบจ. พบมีความแตกต่างกันในแต่ละจังหวัด หรือแม้แต่ในจังหวัดเดียวกันแต่ต่างเครือข่ายบริการ การจัดบริการก็แตกต่างกัน มีทั้งเครือข่ายบริการที่พยายามคงระบบบริการให้เหมือนเดิมก่อนการถ่ายไอออนภารกิจ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการเช่นเดิม อย่างไรก็ตามในหลายเครือข่ายบริการเปลี่ยนไปจากเดิม เนื่องจากมีความกังวลในระเบียบกฎหมายที่ยังไม่มีอะไรมารองรับในการจัดบริการ การสนับสนุนจากแม่ข่ายหรือการจัดบริการในพื้นที่ สอน./รพ.สต.ที่ถ่ายไอออนภารกิจ ประชาชนที่มารับบริการสะท้อนบริการที่เปลี่ยนไปหลายประเด็น เช่น สอน./รพ.สต.ไม่มีการจัดบริการทันตกรรม งดการจัดบริการคลินิกโรคเรื้อรังเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ในบางจังหวัด จำนวนสถานบริการที่ถ่ายไอออนภารกิจ ไม่สอดคล้องกับจำนวนบุคลากร จะประสบปัญหาขาดบุคลากรในการจัดบริการโดยผู้รับบริการมักมีระยะเวลารอคอยที่นานขึ้น หรือจำนวนวันในการจัดบริการ คลินิกบริการลดลง แต่ในบางจังหวัดกลับมีทรัพยากรในการจัดบริการเพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจน บุคลากรสายสนับสนุนมีมากขึ้น โดยเฉพาะการเงินและพัสดุ และเจ้าหน้าที่ธุรการ ส่งผลให้วิชาชีพต่างๆสามารถจัดบริการที่ดีให้กับประชาชนมากขึ้น อาคารสถานที่ได้รับการปรับปรุงให้ดีขึ้นมีความเหมาะสมในการจัดบริการมากขึ้น มีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกมากขึ้น เครื่องมือแพทย์ได้รับการสนับสนุน ซึ่งประเด็นที่กล่าวมา แตกต่างกันในแต่ละจังหวัด แต่ละบริบท

- “มีเจ้าหน้าที่เยอะขึ้นนะ มีรถยนต์ใหม่ ตึกใหม่ สวยงามน่าอยู่ แต่ป่าไม้คั่นเคย มีแต่เจ้าหน้าที่ใหม่”
- “ไม่ได้มีความแตกต่างกัน เหมือนเดิมบริการก็เหมือนเดิม” ยืนยันก่อน/หลังถ่ายไอออนบริการเช่นเดิม”
- “ก็เหมือนเดิมครับ แต่ไม่มีบริการทันตกรรม” บริการไม่แตกต่างกันแต่ชนิดบริการลดลง
- “ป่าต้องไปตรวจเบาหวานอยู่โรงบาล อนามัยไม่บริการแล้ว ไปโรงบาลมันไกล รอนาน”
- “อสม.ทำงานยากขึ้น ประสานยากขึ้น เขาไม่ประสานให้ ต้องไปอำเภอตลอด”



ข). ผลการสนทนากลุ่มบุคลากรสาธารณสุขผู้ให้บริการเพื่อประเมินผลกระทบการถ่ายโอนภารกิจ พบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้พูดคุย เพื่อละลายพฤติกรรม นำสู่การสนทนา ความเป็นมา บอกเล่า ฟังฟัง จากปฐมบทสู่การถ่ายโอนภารกิจฯ

“เราไม่เคยมีตัวตนในกระทรวงสาธารณสุข” มีภาวะความรู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจ

“กระทรวงสาธารณสุขทอดทิ้งพวกเรา ไม่เคยดูแล” นำเสียง แหวดดา ขอลาก่อน

“เราเป็นชี้เข้า KPI มานาน ทั้งที่ชาวบ้านไม่ได้อะไร” สะท้อนความต้องการภาครัฐกับภาคประชาชน ไปคนละทาง”

“CUP ก็คับจริง ๆ มันคับอกคับใจ คับแค่น อยากรู้ให้รู้ ไม่อยากให้อะไรไม่รู้” ความรู้สึกในการทำงานภายใต้ CUP

เสมือนการถ่ายโอนภารกิจฯ ครั้งนี้มีจุดเริ่มต้นจากความน้อยเนื้อต่ำใจของบุคลากรระดับล่าง โดยเฉพาะประเด็นความก้าวหน้าของบุคลากร จึงแสวงหาทางออกเพื่อแสวงหาความก้าวหน้า อีกทั้งกรอบขั้นสูงของเงินเดือนข้าราชการระดับเดียวกันในสังกัด กพ.ต่ำกว่าข้าราชการที่สังกัด กค. อย่างมาก สาเหตุอีกประการคือแบบแผนการจัดสรรงบประมาณ ที่ประเทศไทยกำหนดให้มีหน่วยบริการประจำที่เป็นคู่สัญญาหลัก (Contacting Unit For Primary Care: CUP) และส่งผลให้เกิดความเลื่อมล้ำแตกต่าง ไม่มีมาตรฐานในการจัดสรรเงินสู่ รพ.สต. ในมุมมองของบุคลากร รพ.สต. ซึ่งหากรูปแบบการจัดสรรงบประมาณ เชื่อมตรงระหว่าง สป.สช.ในฐานะผู้ซื้อบริการ (Purchaser) กับ รพ.สต.ในฐานะผู้ขายบริการ (Provider) ปัญหาการจัดสรรเงินสนับสนุน รพ.สต.กับ โรงพยาบาลแม่ข่าย จะหมดไป

(1) “ในมุมมองของท่าน ท่านคิดเห็นอย่างไรต่อกระบวนการการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไป อบจ.”

กระบวนการถ่ายโอนภารกิจฯ เป็นสิ่งท้าทาย และเป็นโอกาสในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งการจัดบริการปฐมภูมิจึงมีความสะดวก คล่องตัว ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในระดับพื้นที่ ลดภาระงานที่ไม่จำเป็น ลดการบันทึกข้อมูลตามตัวชี้วัดที่ไม่มีประโยชน์หรือไม่ได้ใช้ประโยชน์ จากข้อมูล ลดการประชุม การฝึกอบรมที่มีจำนวนมากจนไม่มีเวลาบริการประชาชน อีกทั้งยังเป็นโอกาสในความก้าวหน้าของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ทั้งระดับชำนาญการพิเศษและระดับเชี่ยวชาญ รวมทั้งค่าตอบแทนวิชาชีพที่เป็นธรรม ในระยะสั้นอาจมีข้อขัดข้อง/กระทบต่อบริการและบุคลากรบ้าง แต่ในระยะยาวจะเป็นผลดี มีประสิทธิภาพมากขึ้น

(2) “ท่านคิดเห็นอย่างไรต่อบริการสุขภาพของ รพ.สต. หลังการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไป อบจ.”

บุคลากรให้ทัศนคติโดยนักวิจัยประเมินแยกกลุ่มได้ประมาณ 3 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 จังหวัดที่เพิ่มประสิทธิภาพในการจัดบริการ มักจะเป็นกลุ่มของจังหวัดที่ถ่ายโอนภารกิจแบบค่อยเป็นค่อยไป ดำเนินการถ่ายโอนจำนวนไม่มากนัก สามารถดำเนินการบริหารจัดการได้ และมีทรัพยากรเพียงพอในการสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ มีการประสานงาน ใน กสพ.ที่ดีและ อบจ.และ สสจ. มีนโยบายร่วมดำเนินการโดยใช้ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขเช่นเดิม และ สสจ.สนับสนุนการจัดบริการในพื้นที่ของ รพ.สต.ที่ถ่ายโอนเช่นเดิม และไม่มีข้อจำกัดในการจัดบริการ ทั้งนี้ ปรากฏในบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ



กลุ่มที่ 2 จังหวัดที่ประสิทธิภาพในการจัดบริการเช่นเดิมมักจะเป็นกลุ่มของจังหวัดที่ถ่ายโอนภารกิจแบบค่อยเป็นค่อยไป ดำเนินการถ่ายโอนจำนวนไม่มากนักยังคงดำเนินการจัดบริการเช่นเดิม ใกล้เคียงกลุ่มที่ 1 เพียงแต่ศักยภาพด้านงบประมาณของ อบจ.อาจน้อยกว่ากลุ่มที่ 1 การดำเนินงานในเชิงสร้างสรรค์ในการจัดบริการจึงยังคงดำเนินการได้ไม่มากนัก และบางบริกรยังคงพบข้อจำกัดด้านระเบียบและงบประมาณ

กลุ่มที่ 3 จังหวัดที่ประสิทธิภาพในการจัดบริการลดลง มักจะเป็นกลุ่มของจังหวัดที่ถ่ายโอนภารกิจแบบถ่ายโอนไปมากกว่าร้อยละ 50 หรือถ่ายโอนทั้งหมด มักประสบปัญหาบุคลากรที่ถ่ายโอนไปไม่เพียงพอต่อการจัดบริการ ขาดบุคลากร การประสานการทำงานของ สสจ.และอบจ. โดย กสพ.ไม่ได้เป็นไปอย่างราบรื่น ขาดการสนับสนุนซึ่งกันและกัน บันทึกข้อตกลงความร่วมมือไม่ครอบคลุมเช่นบริการทันตกรรม การสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ประสบปัญหา ไม่มีการสนับสนุนการจัดบริการใน รพ.สต.ที่ถ่ายโอนภารกิจ โดยอาจเกิดข้อขัดแย้งในระดับจังหวัด หรือระดับอำเภอ ต่างคนต่างทำงาน ขาดการประสานงานที่เหมาะสม

(3) “ภาพรวมการจัดบริการ ก่อนและหลังการถ่ายโอนภารกิจ มีอะไรเปลี่ยนแปลงหรือไม่ อย่างไร”

การจัดบริการของ รพ.สต.ก่อนและหลังการถ่ายโอนภารกิจ แตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัดในแต่ละจังหวัด เนื่องจากรูปแบบการเตรียมความพร้อมในการถ่ายโอนภารกิจในแต่ละจังหวัดไม่เหมือนกัน และประสบปัญหาแตกต่างกัน ในมุมมองนักวิจัยอาจต้องใช้เวลาในการปรับตัวและแก้ไขข้อขัดข้อง 3-5 ปี เช่น อบจ.อาจต้องเตรียมความพร้อมด้านบุคลากร การจ้างแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกรในสังกัด เพื่อกำกับดูแลและสนับสนุนการดำเนินงานของ รพ.สต. การเตรียมความพร้อมของ อบจ.เพื่อขอเป็นหน่วยบริการประจำที่เป็นคู่สัญญาหลัก (Contacting Unit For Primary care: CUP) เพื่อการสนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของ รพ.สต.ในระยะยาว

(4) “ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับท่านจากการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไป อบจ. ทั้งด้านบวกและด้านลบ”

ผลกระทบด้านบวก ในมุมมองของบุคลากรที่ถ่ายโอนมุ่งหวังความก้าวหน้าในตำแหน่ง เช่นการประเมินในระดับชำนาญการพิเศษ และระดับเชี่ยวชาญ สายวิชาชีพอื่นๆได้รับเงินประจำตำแหน่งในระดับชำนาญการ และคาดหวังในการบริหารงบประมาณที่ได้รับเพิ่มเติม หากแต่ในปัจจุบันยังคงไม่มีการดำเนินการใดๆ และอีกประการที่สำคัญคือโดยรวมได้รับการยอมรับนับถือในเชิงสังคมมากขึ้นในส่วนของบุคคล

ผลกระทบทางด้านลบ สืบเนื่องจากการเตรียมความพร้อมในการถ่ายโอนภารกิจ โดยเฉพาะระเบียบข้อบังคับต่างๆที่ยังไม่ชัดเจนหรือไม่มีระเบียบปฏิบัติ โดยคู่มือการถ่ายโอนภารกิจกำหนดให้ดำเนินการโดยอนุโลม หากแต่ในทางปฏิบัติ มีทั้งหน่วยที่กล้าปฏิบัติตามคู่มือและหน่วยที่ยังไม่กล้าปฏิบัติ เช่นการจ่ายค่าตอบแทนต่างๆ ซึ่งเดิมใช้ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข และ อบจ.ยังไม่ได้ออกระเบียบรองรับ

(5) “ภายใต้กรอบการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไป อบจ. ท่านมีข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาหรือแก้ไขข้อขัดข้องที่เกิดขึ้นหรือไม่ อย่างไร”

ประเด็นที่ต้องเร่งดำเนินการหรือต้องเตรียมความพร้อมสำหรับจังหวัดที่ถ่ายโอนไปแล้ว และกำลังจะถ่ายโอนภารกิจคือ กฎหมาย ระเบียบข้อบังคับต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน ซึ่ง อบจ.ไม่เคยดำเนินการ เพราะไม่เคยมีหน่วยงานในสังกัดที่เป็นหน่วยบริการสาธารณสุข ทั้งระเบียบที่เกี่ยวกับค่าตอบแทนต่างๆ และระเบียบปฏิบัติเกี่ยวกับงานบริหารบุคคล การมอบอำนาจในการลา การไปราชการ การเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ ระเบียบทางการเงิน การพัสดุ เป็นอุปสรรคอย่างมากในระยะเปลี่ยนผ่าน

## (6) “มีสิ่งใดที่ท่านต้องการเพิ่มเติมนอกเหนือ จากที่กล่าวมา เพื่อเพิ่มเติมให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น”

การประสานงานระหว่าง สสจ.และ อบจ.ด้วยกัลยาณมิตร ช่วยส่งเสริมสนับสนุนซึ่งกันและกัน โดยมีเป้าหมายสำคัญร่วมกันคือการจัดบริการพี่น้องประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุดจากงบประมาณที่เป็นเงินภาษีของพี่น้องประชาชน และเป็นการสร้างขวัญ กำลังใจแก่บุคลากรสาธารณสุข

สิ่งที่ปรากฏจากการกระจายอำนาจในครั้งนี้ปรากฏชัดในประเด็นความแตกต่างของบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิที่ประชาชนได้รับ ซึ่งไม่สามารถตอบโจทย์ ความเป็นธรรมทางสุขภาพ ในแต่ละพื้นที่ ซึ่งเป็นไปในทิศทางที่ขึ้นอยู่กับทรัพยากรที่มีขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาจกล่าวได้ว่าพื้นที่ที่มีทรัพยากรเพียงพอหรือมีการเตรียมความพร้อมมากกว่า จะได้รับบริการที่ดีกว่าพื้นที่ที่มีทรัพยากรน้อยกว่าหรือไม่ได้มีการเตรียมความพร้อม หรือมีความพร้อมน้อยกว่า ปรากฏความแตกต่างในประเด็นดังกล่าวอย่างชัดเจน

### อภิปรายผล

#### วิจัยเชิงปริมาณ

ภาพรวมผลกระทบที่เกิดกับประชาชนผู้รับบริการก่อนและหลังการถ่ายโอนมีแนวโน้มมีบริการที่คุณภาพในเชิงบวกค่าคะแนนเฉลี่ย 0.58/1 คะแนน (S.D.=0.558) หากไม่เกิดภาวะอคติจากการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Selection Bias) เพราะกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูล ได้จากบุคลากรใน รพ.สต.เป็นผู้เลือกตามเกณฑ์คัดเข้าก็อาจกล่าวได้ว่าการถ่ายโอนภารกิจสามารถตอบโจทย์บริการของประชาชน ซึ่งโดยปกติการจัดบริการของ รพ.สต. ยังไม่ได้กำหนดตัวชี้วัดในการปฏิบัติงานอย่างชัดเจน ในมุมมองบุคลากรสาธารณสุข จะมีเวลาในการให้บริการประชาชนมากขึ้น ลดการบันทึกข้อมูลที่ไม่จำเป็น การประชุมและการปฏิบัติงานบางประเด็นที่เป็นการดำเนินงานตามตัวชี้วัดแต่ไม่ตอบโจทย์ความต้องการของประชาชน

ผลการศึกษากลุ่มบุคลากรสาธารณสุข ก่อนถ่ายโอนได้ศึกษาการถ่ายโอนมาก่อน แต่ส่วนใหญ่ก็เป็นแบบเข้าใจบ้าง/ไม่เข้าใจบ้าง ส่วนประเด็นผลกระทบที่เกิดขึ้นกับบุคลากรยังไม่ปรากฏชัดเจน ค่าคะแนนส่วนใหญ่อยู่ในระดับกลางๆ อาจเนื่องมาจากระยะเวลาที่ผ่านมาเพียง 6 เดือนซึ่งยังน้อยเกินไปสำหรับการประเมินผลกระทบเพราะยังไม่ปรากฏปัญหาหรือปัจจัยส่งเสริมที่ชัดเจน มีเพียงข้อสังเกตบางประการจากข้อมูลคือในบางพื้นที่การสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์จากเครือข่ายเริ่มประสบปัญหา สืบเนื่องจากความไม่ชัดเจนของกฎหมาย ระเบียบปฏิบัติรวมทั้งบันทึกความเข้าใจ ระหว่าง สสจ.กับ อบจ. ภายใต้การประสานงานใน กสพ. ที่ไม่สามารถนำสู่การปฏิบัติที่ชัดเจน และบริการทันตกรรม มีกรอบการปฏิบัติงานที่แคบลงเมื่อเทียบก่อนการถ่ายโอน จากการปฏิเสธการลงนามในบันทึกความเข้าใจโดยทันตแพทย์ เนื่องจากไม่สามารถควบคุมกำกับได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตามในภาพรวมยังมีการดำเนินงานที่ดี ไม่มีผลกระทบมากนักทั้งในด้านการส่งเสริมและด้านที่เป็นอุปสรรค

#### วิจัยเชิงคุณภาพ

ผลการสนทนากลุ่ม ประชาชนผู้รับบริการ โดยทั่วไปสภาพที่พบในการเข้ารับบริการ โดยส่วนใหญ่แทบจะไม่มีเปลี่ยนแปลงทั้งด้านที่ดีขึ้นหรือด้านที่ด้อยลง แต่มีเสียงสะท้อนประเด็นการจัดบริการทันตกรรม ทั้งจัดบริการบางรายการ และในบางพื้นที่มีประเด็นยาและเวชภัณฑ์ไม่เพียงพอต่อบริการโดยบุคลากรแจ้งประเด็นยาขาด ต้องรอ และประเด็นการงดบริการคลินิกโรคเรื้อรัง ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องไปรับบริการคลินิก



โรคเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชน และประเด็น อสม.ปฏิบัติงานยากลำบากขึ้นในบางพื้นที่ ซึ่งไม่สามารถประสานการทำงานหรือบริการในระดับ รพ.สต.ได้ ต้องเข้าไปประสานที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ กรณีคนในครอบครัว อสม.ป่วย และประสงค์ใช้สิทธิ อสม.ในการยืนยันสิทธิหรือหนังสือรับรองสิทธิ แต่โดยส่วนใหญ่ยังคงประสานการทำงานในระดับพื้นที่ได้ดีเช่นเดิม

การสนทนากลุ่มบุคลากรสาธารณสุข พบว่าในมุมมองของบุคลากรสาธารณสุข นัยของสาเหตุในการถ่ายโอนภารกิจครั้งนี้มีสาเหตุจาก 2 ประเด็นหลักที่สำคัญคือ 1) ความน้อยเนื้อต่ำใจของบุคลากรใน รพ.สต. ที่มีมุมมองว่ากระทรวงสาธารณสุขไม่ได้ให้ความสำคัญ โดยเฉพาะความก้าวหน้าบุคลากร ซึ่งที่ผ่านมาถูกนำไปเปรียบเทียบกับข้าราชการใน รพ.สต. กับข้าราชการครูในโรงเรียนชุมชน ในหมู่บ้าน ตำบล ซึ่งแต่ก่อนอยู่ในระดับเดียวกัน แต่ในปัจจุบัน ข้าราชการครูอยู่ในระดับชำนาญการพิเศษและระดับเชี่ยวชาญ ในขณะที่ ผอ.รพ.สต.ยังคงอยู่ในระดับชำนาญการ ในบางจังหวัดมี ผอ.รพ.สต.ในระดับชำนาญการพิเศษเพียงคนเดียว แตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง และ 2) แบบแผนการจัดสรรงบประมาณ ที่ประเทศไทยกำหนดให้มีหน่วยบริการประจำที่เป็นคู่สัญญาหลัก (Contacting Unit For Primary care: CUP) โดย รพ.สต.เป็นลูกข่ายของโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ ปัญหาคือการจัดสรรงบประมาณในการดำเนินงาน ทั้งรายจ่ายประจำ (Fixed Cost) และรายจ่ายเพื่อการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรค (Prevention and Promotion aria base) ในบางพื้นที่เกิดความเหลื่อมล้ำแตกต่าง ไม่มีมาตรฐานในการจัดสรรเงินแก่ รพ.สต. หลายกรณีใช้ดุลยพินิจของผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นหลัก ไม่เป็นไปตามเจตนารมณ์แห่งแนวคิดการจัดบริการสุขภาพแบบเครือข่าย ในมุมมองของบุคลากร รพ.สต. ซึ่งหากการจัดสรรงบประมาณ เชื่อมตรงระหว่าง สป.สช. ในฐานะผู้ซื้อบริการ (Purchaser) กับ รพ.สต.ในฐานะผู้ขายบริการ (Provider) ปัญหาการจัดสรรเงินสนับสนุน รพ.สต.กับ โรงพยาบาลแม่ข่าย จะหมดไป แต่ไม่สามารถดำเนินการเช่นนั้นได้ เนื่องจาก สป.สช.กำหนดหลักเกณฑ์เอาระบบบริการปฐมภูมิไปผูกติดไว้กับบริการทุติยภูมิ ในทางกลับกัน ในด้านภาระงานตามตัวชี้วัดต่างๆ จากกระทรวงสาธารณสุข เขตบริการสุขภาพและจังหวัด กลับมีจำนวนมาก ทั้งที่สอดคล้องและไม่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ หลายกรณีเป็นการบันทึกข้อมูลที่มีข้อเท็จจริงต่ำ ประชาชนในพื้นที่ไม่ได้รับประโยชน์อะไรจากตัวชี้วัดที่กำหนด เสียทรัพยากร เสียเวลาในการทำงานและไม่ตอบสนองความต้องการของประชาชน นอกจากตัวชี้วัด ยังมีการจัดประชุม การฝึกอบรมของหน่วยงานบังคับบัญชาซึ่งมีจำนวนมากจนไม่มีเวลาจัดบริการที่เหมาะสมตามความจำเป็นทางสุขภาพให้กับประชาชน

ผลกระทบจากการถ่ายโอนภารกิจต่อประชาชน ปรากฏไม่ชัดเจนนัก อาจเกิดขึ้นในกรณีบางพื้นที่ที่ไม่สามารถประสานการสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ได้อย่างครบถ้วน ส่งผลให้ยาและเวชภัณฑ์บางรายการไม่เพียงพอต่อการจัดบริการประชาชน บริการทางทันตกรรมไม่สามารถจัดบริการได้ในบางพื้นที่ เนื่องจาก จพ.ทันตะและนักวิชาการทันตะ ให้บริการภายใต้การกำกับดูแลของทันตแพทย์ กรณีการจัดบริการคลินิกโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง) ในบาง รพ.สต.ไม่จัดบริการเพราะภาวะการณ์ขาดแคลนบุคลากรที่ให้บริการหรือขาดการสนับสนุนที่เหมาะสมจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ในภาพรวมการจัดบริการในบางพื้นที่จึงงดบริการบางอย่าง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อประชาชนในพื้นที่ต้องเดินทางไปรับบริการที่ไกลขึ้น และความแออัดมากขึ้น มีระยะเวลารอคอยนานขึ้น ค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายเอง (Out of Pocket) เพิ่มขึ้นมากกว่าแต่ก่อน

ผลกระทบที่ปรากฏต่อบุคลากรที่ชัดเจนมีหลายประเด็น เช่น ความไม่สมดุลระหว่าง รพ.สต. ที่ถ่ายโอน เมื่อเทียบกับบุคลากรที่ถ่ายโอน กล่าวคือ มีจำนวน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนจำนวนมาก แต่บุคลากรถ่ายโอนไปจำนวนไม่เพียงพอต่อการจัดบริการ โดยที่ไม่ประสงค์ช่วยราชการ ส่งผลให้จำนวนบุคลากรใน รพ.สต. ไม่เหมาะสมในการจัดบริการ เช่น เดิมมีบุคลากรอยู่ 8 คน ประสงค์ถ่ายโอนเพียง 4 คน อีก 4 คนขอเข้าไปปฏิบัติราชการใน สสอ. หรือโรงพยาบาลชุมชน ส่งผลให้ รพ.สต. นั้นมีบุคลากรเพียง 4 คน และไม่เพียงพอต่อการจัดบริการ และไม่สามารถหาบุคลากรมาทดแทนได้ ในทางตรงกันข้าม ใน สสอ. มีบุคลากรอยู่ปฏิบัติราชการมากกว่า 20 คน ซึ่งไม่มีภารกิจที่เหมาะสม ส่งผลกระทบชัดเจนต่อบุคลากรสาธารณสุขที่ไม่ถ่ายโอน เพราะขาดรายได้ตามปกติ เช่น เงินค่าตอบแทน พตส. เวชปฏิบัติครอบครัว ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานล่วงเวลา และ ฉ.11 ซึ่งประเด็นนี้ กสพ.ที่กำลังจะดำเนินการถ่ายโอนภารกิจต้องร่วมพิจารณาให้เหมาะสมระหว่างจำนวน รพ.สต. ที่ถ่ายโอน และบุคลากรที่ถ่ายโอน เพื่อลดผลกระทบด้านความสมดุลระหว่างจำนวนบุคลากรกับจำนวน สอน./รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจ การเตรียมความพร้อมด้านต่างๆ ก่อนการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจ ควรมีกระบวนการประสานความร่วมมือระหว่าง อบจ. และ สสจ. ในการเตรียมการด้านต่างๆ ผ่านบันทึกความเข้าใจ และร่วมแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างสร้างสรรค์ เพื่อลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อประชาชนและบุคลากรสาธารณสุข ทั้งระเบียบ ข้อบังคับ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง และการมอบอำนาจ ควรนำมาพิจารณา ร่วมกันในการดำเนินการก่อนการถ่ายโอน เพราะจะเป็นอุปสรรคสำคัญลำดับต้นๆ ของการถ่ายโอนภารกิจในระยะแรก ระเบียบกฎเกณฑ์ในการจ่ายเงินจาก สป.สช. ไปยังหน่วยบริการคู่สัญญาหลักยังคงค้างท่อ ไม่มีระเบียบรองรับที่ทำให้สามารถดำเนินการได้ ในขณะที่ รพ.สต. ก็ยังคงขาดแคลนงบประมาณ ในขณะที่คู่มือ "แนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด" ซึ่งออกโดยสำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ในบางพื้นที่ก็ไม่กล้าปฏิบัติตามคู่มือที่ระบุให้สามารถปฏิบัติได้โดยอนุโลม หากแต่ยังไม่มีการออกระเบียบรองรับจาก อบจ. ทำให้คู่มือก็ยังคงเป็นเพียงเสือกระดาษ ไม่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างแท้จริง ไม่กล้าปฏิบัติตามเพราะกลัวว่าเมื่อปฏิบัติแล้วต้องมารับผิดในภายหลัง โดยภาพรวมเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของ รังสรรค์ อินทน์จันทน์ เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความก้าวหน้าการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: ศึกษาเฉพาะกรณีองค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) ในจังหวัดนครปฐม ที่พบข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ได้แก่ (1) สร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจให้แก่ทุกฝ่ายเข้าใจได้ตรงกัน (2) ปรับปรุงข้อกำหนดให้ทันสมัย (3) ไม่ควรกำหนดเงื่อนไขการทำงานที่รัดตัวผู้ปฏิบัติมากเกินไป และ (4) พัฒนาทรัพยากรบุคคลของท้องถิ่นทุกระดับ โดยเฉพาะผู้บริหาร อบต. ที่ต้องมีภาวะผู้นำ (รังสรรค์ อินทน์จันทน์, 2558)

ความเป็นธรรมทางสุขภาพในแต่ละพื้นที่ ซึ่งเป็นไปในทิศทางที่ขึ้นอยู่กับทรัพยากรที่มีขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาจกล่าวได้ว่าพื้นที่ที่มีทรัพยากรเพียงพอหรือมีการเตรียมความพร้อมมากกว่า จะได้รับบริการที่ดีกว่าพื้นที่ที่มีทรัพยากรน้อยกว่าหรือไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมเท่าที่ควร ภาครัฐควรมีมาตรการในการรับรองมาตรฐานขั้นต่ำของบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อไม่ให้เกิดความเหลื่อมล้ำแตกต่างในแต่ละพื้นที่ หรือแม้กระทั่งระหว่างพื้นที่ของ อบจ. และกระทรวงสาธารณสุข เพื่อรองรับความเป็นธรรมทางสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 4 และมาตรา 55 (รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560) รวมทั้งสอดคล้องกับแนวทางการจัดการการเงินการคลังด้านสุขภาพในบริบทการกระจายอำนาจ (World Health Organization, n.d.)



## สรุป

ผลกระทบต่อบุคลากรจากการถ่ายโอนภารกิจ ฯ ในระยะแรก 12 เดือน พบว่าในพื้นที่จังหวัดที่จำนวน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไม่สอดคล้องกับจำนวนบุคลากรที่ถ่ายโอนจะเกิดภาวะการขาดแคลนบุคลากร โดยเฉพาะ พยาบาลวิชาชีพ ซึ่งแก้ไขโดยการประสานขอสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งการถ่ายโอนภารกิจฯ ในระยะต่อไปควรมีการประสานข้อมูลจำนวน รพ.สต.และบุคลากรให้เหมาะสม ไม่ขาดหรือไม่เกิน จำนวน ที่ควรเป็นตามมาตรฐานการจัดบริการ

ผลกระทบต่อประชาชน ไม่ปรากฏภาพชัดเจน ทั้งด้านที่ดีขึ้นและลดประสิทธิภาพลง อาจพบบางจังหวัด ที่ อบจ. มีทรัพยากรอย่างเพียงพอสามารถจัดหาบุคลากรอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งสายวิชาชีพและสายสนับสนุน ครบพร้อมในการจัดบริการ หากแต่ในบางจังหวัดกลับพบว่า บางคลินิกบริการต้องปิดตัวลง จากการขาด ทั้งบุคลากร และประสบปัญหาการ ภาวะการณ์ขาดยาและเวชภัณฑ์ ที่ไม่ต่อเนื่อง

## ข้อเสนอแนะ

1. การเตรียมความพร้อมก่อนการถ่ายโอนภารกิจด้านต่างๆให้มีความพร้อม เช่น ด้านระเบียบ กฎเกณฑ์ วิชาชีพปฏิบัติ บันทึกข้อตกลงความร่วมมือ และการประสานการดำเนินงานของ กสพ. เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องดำเนินการ เพื่อลดผลกระทบในระยะ 3-5 ปีแรกของการถ่ายโอนภารกิจ

2. การประสานข้อมูลและพิจารณาร่วมกันระหว่าง อบจ.และ สสจ.ประเด็นความสอดคล้องระหว่างจำนวน สถานบริการที่ถ่ายโอนกับจำนวนบุคลากรสาธารณสุขที่ถ่ายโอน มีความสำคัญจำเป็น เพราะจะช่วยลด ผลกระทบต่อบุคลากรและประชาชน เนื่องจากปรากฏเหตุการณ์ สอน./รพ.สต.ที่ถ่ายโอนภารกิจ มีบุคลากร ไม่เพียงพอ ในการจัดบริการ

3. ในระยะเปลี่ยนผ่านควรมีระเบียบ/กฎหมาย/ข้อบังคับพิเศษในกระบวนการถ่ายโอนภารกิจ ทั้งการ ถ่ายโอนจากกระทรวงสาธารณสุขไป อบจ.และการขอโอนย้ายกลับจาก อบจ.มาสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้เป็นไปโดยสะดวกและสามารถดำเนินการได้โดยความประสงค์ของบุคลากร ไม่มีข้อจำกัดเรื่องเลขตำแหน่ง เพราะเป็นประเด็นละเอียดอ่อนต่อความรู้สึก/ขวัญกำลังใจบุคลากร ในอนาคตจะเป็นอุปสรรคสำคัญในการ กระจายอำนาจ

4. ส่งเสริมความร่วมมือในการเตรียมความพร้อมในการถ่ายโอนภารกิจ ระหว่าง อบจ.และสสจ. รวมทั้ง กสพ. คณะอนุกรรมการของ กสพ. โดยเฉพาะประเด็นข้อตกลงความร่วมมือและการสนับสนุนจากแม่ข่าย รวมทั้งแนวทางหรือหลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณ จาก สป.สช.

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับแนวคิด ข้อเสนอแนะและการสนับสนุนทรัพยากรวิจัยจากหลายฝ่าย ที่มิวิจัยขอขอบคุณ ทุกท่านที่ให้การสนับสนุนการดำเนินการวิจัยรวมทั้งข้อเสนอแนะ รวมทั้งขอขอบคุณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และองค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร นครพนม หนองบัวลำภู ระยอง สุพรรณบุรี และแพร่ ในการประสาน การวิจัย

### เอกสารอ้างอิง

- กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. (2566, 31 สิงหาคม). หนังสือที่ มท 0819.2/12256 เรื่อง ยืนยันข้อมูลการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 [หนังสือราชการ]. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2566). สรุปข้อเสนอเพื่อการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด [เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ, 16-17 มกราคม 2566, โรงแรมเคนซิงตันอิงลิชการ์เด้นรีสอร์ท เขาใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา]. กระทรวงสาธารณสุข.
- พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542. (2542, 17 พฤศจิกายน). ราชกิจจานุเบกษา, 116(114ก).
- โพธิสิตา, ข. (2552). ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 4). อมรินทร์พริ้นติ้ง.
- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 4 และมาตรา 55. (2560, 6 เมษายน). ราชกิจจานุเบกษา, 134(40ก).
- สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี. (2564). แนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด [เอกสารราชการ]. สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี.
- สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี. (2566, 6 กันยายน). หนังสือที่ นร.0107/6609 [หนังสือราชการ]. สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี.
- อินทน์จันทน์, ร. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อความก้าวหน้าการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: ศึกษาเฉพาะกรณีองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ในจังหวัดนครปฐม [วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศรีปทุม].
- The Coverage. (2566, 8 มิถุนายน). ปัญหาใหญ่ถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. คือ 'ทัศนคติ' ที่มองว่า ย้ายสังกัด= ททรยระบบสาธารณสุข. <https://www.thecoverage.info/news>
- World Health Organization. (n.d.). *Health financing and public financial management in decentralized settings*. Retrieved September 9, 2023, from <https://www.who.int>

# วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

## การปฏิเสธความรับผิดชอบ

“วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย (ชื่อย่อ JOLOPO) ไม่มีส่วนรับผิดชอบต่อข้อผิดพลาดหรือความไม่ถูกต้องของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารหรือต่อความเสียหายใดๆ ที่เกิดจากการใช้เนื้อหาในวารสาร ซึ่งทรงคนะและความคิดเห็นที่ปรากฏในวารสารเป็นของผู้เขียนและไม่จำเป็นต้องสะท้อนถึงบรรณาธิการหรือผู้จัดพิมพ์ ผู้เขียนหรือผู้แต่งมีหน้าที่รับผิดชอบในการขออนุญาตใช้ อ้างอิงหรือขอลิขสิทธิ์การใช้ สำหรับเนื้อหาที่เผยแพร่หรือรวมอยู่ในบทความของแต่ละผู้พิมพ์ ผลการวิจัยและความคิดเห็นที่แสดงในบทความเป็นทรงคนะส่วนบุคคลของผู้เขียนและผู้แต่งที่ต้องรับผิดชอบต่อความถูกต้อง โดยทางวารสาร JOLOPO จะไม่รับผิดชอบต่อความเสียหายใดๆ ที่เกิดจากการใช้หรือการใช้เนื้อหาของวารสารหรือจากการละเมิดสิทธิ์ของบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องกับวารสาร”

วารสารไม่รับรองหรือรับประกันไม่ว่าโดยชัดแจ้งหรือโดยปริยาย เกี่ยวกับความถูกต้องเหมาะสม เช่น ความถูกต้องของการเลือกใช้ระเบียบวิธีวิจัย ความเหมาะสมอื่น ๆ ความน่าเชื่อถือ และจะไม่รับผิดชอบต่อความเสียหายใด ๆ แม้ว่าจะได้รับแจ้งว่าอาจเกิดความเสียหาย สูญเสียและหรือได้รับความเดือดร้อน หรือค่าใช้จ่ายใด ๆ ดังนั้น ผู้ใช้ ผู้อ่าน ยอมรับและตกลงโดยชัดแจ้งว่า อีกทั้งต้องตระหนักดีว่าวารสารฯ บรรณาธิการและกองบรรณาธิการจะไม่ต้องรับผิดชอบต่อการกระทำใดของผู้ใช้ ผู้อ่านเอกสารวิชาการนี้ทั้งสิ้น อนึ่ง บทความที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารฯ ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายลิขสิทธิ์

คณะบรรณาธิการ

## DISCLAIMER

*The Journal of Loei Provincial Public Health Office (JOLOPO) is not responsible for any errors or inaccuracies in the articles published in the journal or for any damages arising from the use of the journal's content. The views and opinions expressed in the journal are those of the authors and do not necessarily reflect those of the editor or publisher. The authors or writers are responsible for obtaining permission, referencing, or obtaining copyright for the content published or included in each author's article. The research results and opinions expressed in the articles are the personal views of the authors and writers who are responsible for their accuracy. JOLOPO will not be liable for any damages arising from the use or application of the journal's content or from the infringement of the rights of others involved with the journal.*

*The journal does not certify or guarantee, either expressly or implicitly, the appropriateness or suitability, such as the correctness of the selection of research methodology, other suitability, reliability, and will not be liable for any damages, even if notified that damage, loss and/or distress or any expenses may be incurred. Therefore, users and readers expressly accept and agree that they must be well aware that the journal, editors, and editorial board shall not be responsible for any actions of the users or readers of this academic document. Articles published in the journal are protected under copyright law*



วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย  
JOURNAL OF LOEI PROVINCIAL PUBLIC HEALTH OFFICE

