



ECH

Journal

of environmental and community health

VOL.11 NO.2 March - April 2026

**วารสาร
อนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน**

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 มีนาคม - เมษายน 2569

ISSN : 2672-9717



สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
การพัฒนาการปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะในผู้ป่วยเด็ก 0-5 ปี ของผู้ป่วยโรงพยาบาลตะโหนด จังหวัดพัทลุง	1
โชติกา สุขสวัสดิ์	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการนอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 30 วัน ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลปาดังเบซาร์ ธนกร ไสยะ	11
ผลการใช้สารกรองเฟืองต่อการเกิดจุดเลือดออกใต้ผิวหนังจากการวัดความดันโลหิต ในมารดาผ่าคลอดที่ได้รับการรับความรู้สึทางช่องไขสันหลัง โรงพยาบาลกุมภวาปี	18
นิยดา ไบไกล้	
การศึกษาอุบัติการณ์การติดเชื้อจุลชีพที่พบในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยะเวลา	29
อังสนา กระจำแง้ง ,เชษฐินี แสนศิริ ,พรทิพย์ คำมุงคุณ	
พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านอาเยาะ ตำบลบัวโคก อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์	39
เนตรดาว ควรรคง	
การพัฒนาระบบสนับสนุนสุขภาพจิตสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร	48
พิมพ์พิศา พรหมศิริ	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการครองชีพในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา .. จิณณพัต ห้องศิลป์	67
ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็ก 0 – 5 ปี ในการเฝ้าระวังพัฒนาการล่าช้า	75
วิไลวรรณ เกตุจันทร์	
การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลไพศาล อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์	84
ประมวล หลอมประโคน	
การพยาบาลมารดาคลอดก่อนกำหนดร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูง	94
นวิยา นามปัญญา	
การพัฒนารูปแบบการป้องกันการลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ในชุมชน ตำบลอีสานเขต อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์	105
ชีวรรณ สันประโคน	
การพัฒนารูปแบบการประเมินผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเพื่อเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี	115
สิริยาภรณ์ ก้อนทอง	
ผลของการฝึกสอนต่อความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานของพยาบาลในหอผู้ป่วย พิเศษอายุรกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์	122
รุ่งทิพา ศรีเจริญ	
การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลสะเดา อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์	129
ภควัฒร์ ภัทรเมธานันท์	
การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงเรียนเบาหวานวิทยา ตำบลสีหะลิยม อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์	140
สุริยา จันผกา	

สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
การพัฒนาแบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลเมืองใหม่ อำเภอนาทม จังหวัดบึงกาฬ อดิศักดิ์ แก้วกล้า	150
การพัฒนาแบบบริการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ระยะที่ 4 โรงพยาบาลโกสุมพิสัย เพลินพิศ วงศ์ใหญ่, ณัฐภูมิ มาสาซ้าย, นราภรณ์ ท่อนโพธิ์, จารุภา อยู่เมือง, อาคม รัฐวงษา	161
การพยาบาลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ กรณีศึกษา 2 ราย อารีย์ ภูยาदार	171
การพยาบาลผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่มีโรคร่วมที่ได้รับการเปลี่ยนข้อเข่าเทียม อรรจนา จุ้ยสาย	179
การประเมินผลการดำเนินงานโรงพยาบาลอภัยภูธร จังหวัดตราด ธงชัย ยี่หวา	187
ผลการใช้และพัฒนาโปรแกรมป้องกันปอดอักเสบโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีโอเรมต่อความสามารถผู้ดูแลผู้ป่วยคา ทอลิคและครอบครัวในสถานพยาบาล ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โรงพยาบาลอุดรธานี สุภาวดี กิจเวชเจริญ	196
อุบัติการณ์และปัจจัยทำนายภาวะลิ้นเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงโปดเคียบปล้นในผู้ป่วยที่ได้รับการส่งตรวจเอกซเรย์ คอมพิวเตอร์หลอดเลือดแดงโปด โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ธนภัทร ร่มสายหยุด	206
การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด:กรณีศึกษา ศรัณยา วัฒนาวงศ์ดอน	218
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช ทัศมา ทองจันทร์	226
ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะจอประสาทตาจากเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง ณ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด พันธกานต์ ศุภเศรษฐ์ศิริ	233
การพัฒนาแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด ชนิสรา ทิพย์เจริญ	241
รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลนาดี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ เชิดชัย โชติชนะอาภา	249
การบริหารอัตรากำลังกับบริบทพื้นที่จังหวัดชัยภูมิให้มีประสิทธิภาพ นฤมล โสรัจ	259
การพัฒนาแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลทับใหญ่ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ ประสพสุข ผจญกล้า, สุภัตสร สิมอูด, ณัฐนรี รุ่งแสง	267

บทบรรณาธิการ

วารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เผยแพร่องค์ความรู้ นวัตกรรม ตลอดจนผลงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม และการจัดการสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้นโดย ชมรมศิษย์เก่าอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ โดยมีกำหนดในการจัดพิมพ์ ปีละ 6 ครั้ง ซึ่งแบ่งเป็น ช่วงคือ มกราคม – กุมภาพันธ์, มีนาคม – เมษายน, พฤษภาคม – มิถุนายน, กรกฎาคม – สิงหาคม – กันยายน, ตุลาคม, พฤศจิกายน – ธันวาคม ของทุกปี

สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 38 (ปีที่ 11 ฉบับที่ 2) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มีนาคม – เมษายน 2568 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การพยาบาลเพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะในผู้ป่วยเด็ก 0-5 ปี ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการนอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 30 วัน การใช้สำลีรองเฝือกต่อการเกิดจุดเลือดออกใต้ผิวหนังจากการวัดความดันโลหิต อุบัติการณ์การติดเชื้อจุลชีพ การดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ระบบสนับสนุนสุขภาพจิตสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลลัพธ์ทางสติกรรมและทารกแรกเกิดในสตรีตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยเบาหวาน การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองต่อความรู้ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การพยาบาลมารดาคลอดก่อนกำหนดร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูง การพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ การพัฒนารูปแบบการประเมินผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเพื่อเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง ผลของการฝึกสอนต่อความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 การพัฒนารูปแบบการบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ระยะที่ 4 การพยาบาลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ การพยาบาลผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่มีโรคร่วมที่ได้รับการเปลี่ยนข้อเข่าเทียม การประเมินผลการดำเนินงานโรงพยาบาลอัจฉริยะ พัฒนาโปรแกรมป้องกันปอดอักเสบโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีโอเรม อุบัติการณ์และปัจจัยทำนายภาวะลิ้มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงปอดเฉียบพลัน การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะจอประสาทตาจากเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การบริหารอัตรากำลังกับบริบทพื้นที่จังหวัดชัยภูมิให้มีประสิทธิภาพ เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

การพัฒนาการปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะในผู้ป่วยเด็ก 0-5 ปี
ของผู้ป่วยโรงพยาบาลตะโหมด จังหวัดพัทลุง

Development of Nursing Practice to Reduce Sputum Retention in Pediatric Patients
Aged 0–5 Years at Tamot Hospital, Phatthalung Province.

(Received: March 22,2026 ; Revised: March 31,2026 ; Accepted: April 5,2026)

โชติกา สุขสวัสดิ์¹
Chotika Suksawat¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะในผู้ป่วยเด็ก 0-5 ปี โรงพยาบาลตะโหมด และเพื่อศึกษาผลการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะในผู้ป่วยเด็ก 0-5 ปี โรงพยาบาลตะโหมด จังหวัดพัทลุง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Designs) ทำศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 – พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 13 ราย และผู้ป่วยเด็ก 0-5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ ระหว่าง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 – พฤศจิกายน พ.ศ.2568 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบเปรียบเทียบความรู้การพยาบาลเพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะในผู้ป่วยเด็ก 0-5 ปี ก่อน-หลัง และเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการพยาบาลเพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะในผู้ป่วยเด็ก 0-5 ปี ก่อนและหลัง ใช้สถิติ Pair t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลจำนวน 13 ราย ส่วนใหญ่มีอายุน้อยและยังไม่เคยได้รับการอบรมด้านการดูแลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ ขณะที่กลุ่มผู้ป่วยเด็กอายุ 0–5 ปี จำนวน 70 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และพบโรคหืดและหลอดลมฝอยอักเสบเป็นหลัก ภายหลังการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะ พบว่าระดับความรู้ของบุคลากรเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยระดับความรู้สูงเพิ่มจากร้อยละ 15.40 เป็น 92.30 และไม่พบระดับต่ำ นอกจากนี้ พฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลมีการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญ โดยเพิ่มเป็นระดับสูงร้อยละ 100 ทั้งหมด ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมหลังการใช้แนวทางสูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)

คำสำคัญ: การปฏิบัติทางการพยาบาล, ผู้ป่วยเด็ก 0-5 ปี, ลดการคั่งค้างของเสมหะในผู้ป่วยเด็ก 0-5 ปี

Abstract

This research aimed to develop nursing practice guidelines to reduce sputum accumulation in pediatric patients aged 0-5 years at Ta Mod Hospital and to study the effectiveness of these guidelines in reducing sputum accumulation in pediatric patients aged 0-5 years at Ta Mod Hospital, Phatthalung Province. This was a quasi-experimental design study conducted between October 2025 and November 2025 using purposive sampling, Thirteen pediatric patients aged 0-5 years with respiratory illnesses were included in the sample. General data were analyzed using descriptive statistics. Comparisons of nursing knowledge regarding sputum accumulation reduction in pediatric patients aged 0-5 years before and after intervention, and comparisons of nursing behaviors to reduce sputum accumulation in pediatric patients aged 0-5 years before and after intervention, were performed using a paired t-test at a statistical significance level of 0.05.

The study found that the sample group of 13 nurses and nursing assistants were mostly young and had no prior training in respiratory patient care. The sample group of 70 pediatric patients (0-5 years old) were mostly male and primarily suffered from asthma and bronchiolitis. Following the implementation of the nursing guidelines to reduce sputum accumulation, the knowledge level of the personnel increased

¹ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตะโหมด จังหวัดพัทลุง

significantly, with the high knowledge level increasing from 15.40% to 92.30%, and no low knowledge level was observed. Furthermore, nursing practice behaviors improved significantly, increasing to a high level in 100% of the sample. The mean scores for knowledge and behavior after implementing the guidelines were significantly higher than before implementation ($p < .001$).

Key words: Nursing practice, Pediatric patients 0-5 years old, Reduce sputum buildup in children aged 0-5 years

บทนำ

โรคระบบทางเดินหายใจยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลก โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กเล็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี องค์การอนามัยโลก¹ รายงานว่า ในแต่ละปีมีเด็กทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคระบบทางเดินหายใจกว่า 650,000 ราย โดยการคั่งค้างของเสมหะ เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มความรุนแรงของโรคอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งพบว่าอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจในเด็กสูงถึงร้อยละ 40-50 ของการเจ็บป่วยทั้งหมด สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้รายงานไว้ว่า ในปี พ.ศ.2564 พบเด็กป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจมากกว่า 3 ล้านราย โดยมากกว่าร้อยละ 60 เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งส่วนหนึ่งต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีสาเหตุจากการหายใจลำบาก เนื่องจากมีเสมหะอุดตันทางเดินหายใจ²

ในระดับเขตสุขภาพที่ 12 ซึ่งครอบคลุมพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง รวมถึงจังหวัดพัทลุง พบว่าอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจในเด็กยังคงสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ โดยเฉพาะในช่วงฤดูฝน ซึ่งสภาพอากาศมีความชื้นสูงและเอื้อต่อการแพร่กระจายของเชื้อโรค จากข้อมูลของสำนักกระบาดวิทยา³ จังหวัดพัทลุงมีจำนวนเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจในปี 2564-2565 รวมกว่า 3,500 ราย โดยประมาณร้อยละ 40 ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดเกี่ยวกับการคั่งค้างของเสมหะ และมีอัตราการนอนโรงพยาบาลจากภาวะแทรกซ้อนอยู่ที่ร้อยละ 10-15 ในระดับพื้นที่ศึกษา จากการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังของโรงพยาบาลตะโหมด จังหวัด

พัทลุง ระหว่างปี พ.ศ.2564-2566 พบเด็กอายุ 0-5 ปี ที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เช่น Pneumonia, Bronchitis, Bronchiolitis, Asthma, RSV และ Croup เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2564 มีจำนวน 77 ราย ปี 2565 จำนวน 184 ราย และปี 2566 จำนวน 178 ราย โดยมีระยะเวลาอนรักษาด้วยเฉลี่ย 5 วัน และเกิดค่าใช้จ่ายในการรักษารวมมากกว่า 2.2 ล้านบาท นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยจำนวนหนึ่งมีอาการรุนแรงจนต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ได้แก่ ปี 2564 จำนวน 11 ราย ปี 2565 จำนวน 29 ราย และปี 2566 จำนวน 17 ราย⁴

ภาวะการคั่งค้างของเสมหะในเด็กเล็กเกิดจากความไม่สมบูรณ์ของระบบทางเดินหายใจที่ยังอยู่ในช่วงพัฒนา เด็กในช่วงอายุ 0-5 ปี ยังไม่สามารถขับเสมหะออกเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดการอุดตันทางเดินหายใจ ซึ่งเป็นอันตรายอย่างยิ่งต่อกระบวนการแลกเปลี่ยนก๊าซ อาจส่งผลให้เด็กเกิดภาวะพร่องออกซิเจน หายใจลำบาก จนถึงขั้นต้องใช้ท่อช่วยหายใจหรือเกิดภาวะวิกฤตอื่นๆ ที่เป็นอันตรายถึงชีวิต การพยาบาลเพื่อช่วยระบายเสมหะจึงมีความสำคัญ โดยการเคาะปอด ร่วมกับการดูดเสมหะ (Suction) เป็นวิธีที่ใช้กันแพร่หลาย และสามารถช่วยให้เด็กหายใจได้สะดวกขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อน และฟื้นตัวเร็วขึ้น อย่างไรก็ตาม การทำหัตถการดูดเสมหะในเด็กเล็กจำเป็นต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญ และการปฏิบัติที่ถูกต้องตามมาตรฐาน เนื่องจากเนื้อเยื่อในจมูกและคอของเด็กเล็กมีความบอบบาง และหากทำไม่ถูกวิธี อาจก่อให้เกิดผลข้างเคียง เช่น อัตราการเต้นของหัวใจผิดปกติ จากการกระตุ้น Vagus Nerve, การบาดเจ็บต่อเยื่อหูทางเดินหายใจ, การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง รวมถึง

ความกลัวและความเครียดทั้งในตัวเองและผู้ปกครอง แม้ปัจจุบันหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลตะโหนดจะมีแนวทางการดูแลตามมาตรฐาน แต่จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2567 พบว่าแนวทางดังกล่าวยังขาดความครอบคลุมทั้งในด้านการประเมินสภาพผู้ป่วย เทคนิคการดูแลที่ปลอดภัย รวมถึงทักษะของพยาบาล โดยเฉพาะในกลุ่มพยาบาลใหม่ที่ยังขาดประสบการณ์ในการปฏิบัติการดูแลอย่างถูกต้อง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะในผู้ป่วยเด็ก 0-5 ปี โรงพยาบาลตะโหนด จังหวัดพัทลุง
2. เพื่อศึกษาผลการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะในผู้ป่วยเด็ก 0-5 ปี โรงพยาบาลตะโหนด จังหวัดพัทลุง

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Designs) ทำศึกษา ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2568 – พฤศจิกายน พ.ศ.2568 ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตะโหนด จังหวัดพัทลุง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร
 - พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตะโหนด จังหวัดพัทลุง ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2568 – เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2568 จำนวน 13 คน
 - ผู้ป่วยเด็ก 0-5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2568 – พฤศจิกายน พ.ศ.2568
2. กลุ่มตัวอย่าง
 - 1) กลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เป็นพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตะโหนด จังหวัดพัทลุง ระหว่าง เดือน

ตุลาคม พ.ศ.2568 – พฤศจิกายน พ.ศ.2568 จำนวน 13 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

- เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตะโหนด จังหวัดพัทลุง ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2568 – พฤศจิกายน พ.ศ.2568
- ผู้ช่วยพยาบาลที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตะโหนด จังหวัดพัทลุง ระหว่าง เดือนตุลาคม พ.ศ.2568 – พฤศจิกายน พ.ศ.2568
- ยินยอมเข้าร่วม

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria)

- มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน
- ย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน
- ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมต่อเนื่องจนครบขั้นตอน

2) กลุ่มผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เป็นผู้ป่วยเด็ก 0-5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2568 – พฤศจิกายน พ.ศ.2568 จำนวน 10 ราย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

- เป็นผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ
- มีอายุ 0 – 5 ปี
- เป็นผู้ป่วยของหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตะโหนด จังหวัดพัทลุง ระหว่าง เดือนตุลาคม พ.ศ.2568 – พฤศจิกายน พ.ศ.2568

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria)

- มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือภาวะวิกฤต
- ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมต่อเนื่องจนครบขั้นตอนหรือจำหน่าย

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าประกอบด้วย 2 ส่วนคือ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเคาะปอดดูดเสมหะในเด็ก 0-5 ปี เป็นการประยุกต์ใช้เนื้อหาแนวปฏิบัติการพยาบาลเรื่องการเคาะปอดดูดเสมหะที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เพิ่มเติมจากแนวปฏิบัติตามมาตรฐานเดิมของหอผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย ชื่อแนวปฏิบัติการพยาบาล คำนำ สารบัญ วัตถุประสงค์ กลุ่มประชากรที่จะใช้แนวทางปฏิบัติ ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติพยาบาลซึ่งจัดทำโดยผู้วิจัยสาระสำคัญของแนวปฏิบัติประกอบด้วย 1) การล้างมือที่มีประสิทธิภาพก่อนและหลังการสัมผัสผู้ป่วย 2) การเคาะปอด 3) การประเมินผู้ป่วยเพื่อการดูดเสมหะ 4) การดูดเสมหะ 5) การให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังปฏิบัติการพยาบาล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินความรู้และทักษะการพยาบาลเพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะในผู้ป่วยเด็ก 0-5 ปี ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบบันทึกที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล ใช้ทดสอบความรู้ของพยาบาลก่อนและหลังการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลในการเคาะปอดดูดเสมหะในเด็ก 0-5 ปี ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วยข้อความจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงานในหอผู้ป่วยใน ประสบการณ์การอบรมเฉพาะทางเกี่ยวกับผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจในเด็กที่ผ่านมา ลักษณะแบบทดสอบเป็นแบบสำรวจรายการ (Check List) และแบบเติมคำสั้นๆ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้การพยาบาลเพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะในผู้ป่วยเด็ก 0-5 ปี จำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการพยาบาลเพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะในผู้ป่วยเด็ก 0-5 ปี จำนวน 15 ข้อ คะแนนเต็ม 45 คะแนน โดยกำหนดการให้คะแนนการปฏิบัติและการประเมินค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติ เกณฑ์การให้คะแนนพฤติกรรมพยาบาลเพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะในผู้ป่วยเด็ก 0-5 ปี ปฏิบัติทุกครั้ง, ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity: CVI) ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการเคาะปอดดูดเสมหะในเด็ก 0-5 ปี และแบบประเมินความรู้และพฤติกรรมพยาบาลเพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะในผู้ป่วยเด็ก 0-5 ปี ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านเป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหา และภาษา ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านประกอบด้วย อายุรแพทย์ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ และนักกายภาพบำบัดชำนาญการหลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ และให้ข้อเสนอแนะผู้วิจัยนำเครื่องมือต่างๆ ปรับปรุงแก้ไขให้เนื้อหา มีความถูกต้อง และมีความเหมาะสมของภาษา หลังจากนั้นได้นำผลการประเมินคุณภาพมาวิเคราะห์ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของ 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเคาะปอดดูดเสมหะในเด็ก 0-5 ปี และ 2) แบบประเมินความรู้และทักษะการพยาบาลเพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะในผู้ป่วยเด็ก 0-5 ปี ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 0.87 และ 0.90 ตามลำดับ

2) การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) แบบประเมินความรู้และพฤติกรรมพยาบาลเพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะในผู้ป่วยเด็ก 0-5 ปี ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้ในการบันทึกข้อมูลและใช้ทดสอบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพแผนกการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาล ศรีนครินทร์ (ปัญญานันทภิกขุ) จังหวัดพัทลุง ซึ่งมี

บริบทใกล้เคียงกับบริบทการวิจัยจริง จำนวน 20 คน เพื่อหาความเท่าเทียมกันของเครื่องมือ ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือจากการหาค่าความเชื่อมั่นแบบคูเดอร์-ริชาร์ดสัน โดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.77

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากฐานข้อมูลทุติยภูมิ มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตทำวิจัย และการเข้าถึงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนเพื่อ เก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลตะโหมด จังหวัดพัทลุง

2. ผู้วิจัยเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลและประสานงานให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องทุกคนรับทราบและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลการวิจัย

4. ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ มี 2 ขั้นตอน ประกอบด้วย

1) ศึกษาวิเคราะห์เอกสาร (Document analysis) โดยรวบรวมจากข้อมูลทุติยภูมิจากเวชระเบียนผู้ป่วยเด็ก 0-5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2568 – พฤศจิกายน พ.ศ.2568

2) ศึกษาสถานการณ์ปัญหาความต้องการ และแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะในผู้ป่วยเด็ก 0-5 ปี ร่วมกับทีมการพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ

3) ประเมินความรู้ ทักษะของพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยใน จำนวน 13 คน โดยใช้แบบประเมินความรู้ และทักษะการปฏิบัติพยาบาลการเคาะปอดดูดเสมหะ

ระยะที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาล 4 ขั้นตอน ตามแนวคิดของ Soukup⁵ ประกอบด้วย

1) การค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence-triggered phase) ผู้วิจัยนำ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในระยะที่ 1 มาใช้ร่วมกับการค้นหาด้านองค์ความรู้ (Knowledge triggers)

2) การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง (Evidencesupported phase) สืบค้นรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากนั้นออกแบบและยกร่างแนวปฏิบัติปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน แก่ไขจนสามารถนำไปใช้ได้กับผู้ป่วยจริง

3) การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้ในหน่วยงาน (Evidenceobserved phase) หลังยกร่างแนวปฏิบัติมีการดำเนินการโดยใช้กระบวนการพัฒนาตามวงจรเดมมิง มีการตรวจสอบผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติ ด้วยกระบวนการ PDCA โดยมีกระบวนการ ดังนี้
รอบที่ 1 ทดลองใช้แนวปฏิบัติฉบับร่าง

Plan (วางแผน)

- จัดทำแผนการนำแนวปฏิบัติฉบับร่างไปทดลองใช้

- ประชุมทีมพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล เพื่อชี้แจงแนวปฏิบัติและจัดเตรียมการอบรมให้ความรู้

- กำหนดกลุ่มตัวอย่าง (เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีการคั่งค้างของเสมหะ)

- วางระบบการบันทึกข้อมูล ผลลัพธ์ และข้อเสนอแนะจากผู้ปฏิบัติ

Do (ลงมือปฏิบัติ)

- ดำเนินการใช้แนวปฏิบัติฉบับร่างกับกลุ่มเป้าหมาย

- พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาลที่ได้รับการอบรมปฏิบัติตามขั้นตอนในแนวทาง ในเรื่องการดูดเสมหะอย่างเหมาะสม การสังเกตอาการและการให้คำแนะนำ

- มีการเก็บรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์และข้อสังเกตระหว่างการปฏิบัติ

Check (ตรวจสอบ)

- วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการปฏิบัติ ในด้านประสิทธิภาพในการลดเสมหะ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความพึงพอใจของผู้ดูแล

- รวบรวมข้อเสนอแนะจากพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาลผู้ปฏิบัติ เพื่อดูจุดแข็ง จุดอ่อน และปัญหาในการใช้งานแนวปฏิบัติ

Act (ปรับปรุง)

- ปรับปรุงแนวปฏิบัติตามผลลัพธ์และข้อเสนอแนะที่ได้รับ ด้านปรับขั้นตอนที่ซับซ้อนให้เข้าใจง่ายขึ้น หรือเพิ่มเติมเกณฑ์การประเมินเสมหะ

- สรุปผลการทดลองรอบแรก พร้อมจัดทำแนวปฏิบัติฉบับปรับปรุง

รอบที่ 2 ทดลองใช้แนวปฏิบัติฉบับปรับปรุง Plan (วางแผน)

- กำหนดแผนการนำแนวปฏิบัติฉบับปรับปรุงไปใช้ในวงกว้างมากขึ้น

- เตรียมอบรมพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาลเพิ่มเติม พร้อมคู่มือการใช้แนวปฏิบัติฉบับใหม่

- วางระบบติดตามและเก็บข้อมูลผลลัพธ์อย่างเป็นระบบมากขึ้น

Do (ลงมือปฏิบัติ)

- ใช้แนวปฏิบัติฉบับปรับปรุงกับผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย

- พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาลดำเนินการตามแนวปฏิบัติที่ได้รับการพัฒนาให้มีความชัดเจนและเหมาะสมยิ่งขึ้น

- มีการนิเทศ ติดตาม และให้คำปรึกษาแก่พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาลในระหว่างทดลองใช้

Check (ตรวจสอบ)

- เปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติฉบับปรับปรุง

- ตรวจสอบประสิทธิภาพในการลดเสมหะ ความปลอดภัย ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติ และความพึงพอใจของผู้ดูแล

- วิเคราะห์ผลการเปลี่ยนแปลงในเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ

Act (สรุปและยืนยันแนวปฏิบัติ)

- สรุปผลการพัฒนาแนวปฏิบัติทั้ง 2 รอบ

- รับรองแนวปฏิบัติฉบับสมบูรณ์เพื่อเสนอใช้เป็นแนวทางมาตรฐานในหน่วยงาน

- เตรียมขยายผลสู่การนำไปใช้จริงในระดับกว้าง และประเมินผลในระยะยาว

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลจะบันทึกและประมวลผล ข้อมูลในคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป นำข้อมูลที่รวบรวมได้ตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องข้อมูล ลงรหัสเตรียมข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมทางสถิติ ดังนี้

1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยคำนวณหาความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) เปรียบเทียบความรู้การพยาบาลเพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะในผู้ป่วยเด็ก 0-5 ปีก่อนและหลัง ด้วยการทดสอบค่าที (pair t-test)

3) เปรียบเทียบพฤติกรรมการพยาบาลเพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะในผู้ป่วยเด็ก 0-5 ปี ก่อนและหลัง ด้วยการทดสอบค่าที (pair t-test)

จริยธรรมการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงจริยธรรมในการวิจัยเป็นอย่างยิ่ง โดยก่อนดำเนินการวิจัยผู้วิจัยได้ดำเนินการขอจริยธรรมวิจัยในมนุษย์กับคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง เอกสารรับรองเลขที่ PPHOREC/2568 COA NO.53 รับรองระหว่างวันที่ 30 กันยายน 2568 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2569

ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะในผู้ป่วยเด็ก 0-5 ปี โรงพยาบาลตะโหมด จังหวัดพัทลุง นำเสนอผลการวิจัยได้ ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตะโหนด จังหวัดพัทลุง มีจำนวน 13 ราย ส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 20-30 ปี จำนวน 8 คน ร้อยละ 61.50 และอายุระหว่าง 30-40 ปี จำนวน 5 คน ร้อยละ 38.50 โดยมีอายุเฉลี่ย 28.46 ปี มีการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี จำนวน 8 คน ร้อยละ 61.50 และระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 5 คน ร้อยละ 38.50 โดยมีประสบการณ์ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในโรงพยาบาล น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 6 คน ร้อยละ 46.20 รองลงมา ระหว่าง 5-10 ปี จำนวน 4 คน ร้อยละ 30.80 และระหว่าง 1-5 ปี จำนวน 3 คน ร้อยละ 23.10 โดยเฉลี่ยประสบการณ์ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในโรงพยาบาล 3.61 ปี ไม่เคยได้รับการอบรมหรือประชุมเกี่ยวกับผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 100

กลุ่มผู้ป่วย เด็ก 0-5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ ระหว่าง เดือนตุลาคม พ.ศ.2568 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2568 มีจำนวน 70 ราย แพทย์วินิจฉัยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ จำนวน 33 ราย ร้อยละ 47.14 จากการวินิจฉัยของแพทย์พบว่า มีการวินิจฉัยด้วย ICD10 รหัส J459 หรือ Asthma, unspecified หรือ โรคหืด ร้อยละ 21.20 รองลงมา คือรหัส J210 หรือ Acute bronchiolitis due to respiratory syncytial virus หรือโรคหลอดลมฝอยอักเสบเฉียบพลันจากเชื้อไวรัส RSV และวินิจฉัยน้อยที่สุดด้วยรหัส J050 Acute obstructive laryngitis หรือ กล้องเสียงอักเสบเฉียบพลันแบบอุดกั้น และรหัส J212 หรือ Acute bronchiolitis หรือ หลอดลมฝอยอักเสบเฉียบพลัน ร้อยละ 3.00 ส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.60 และเพศหญิง ร้อยละ 39.40 ส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 30.30 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 1 ปี 1 เดือนถึง 2 ปี และกลุ่มอายุ 2 ปี 1 เดือนถึง 3 ปี ร้อยละ 21.20 เท่ากัน โดยมีกลุ่มอายุ 4 ปีขึ้นไป น้อยที่สุด ร้อยละ 9.10 เด็กส่วนใหญ่มีน้ำหนักอยู่ระหว่าง 15.1-20.0 กิโลกรัม ร้อยละ 48.50 รองลงมาน้ำหนัก 10.1 -15.0 กิโลกรัม ร้อยละ

36.40 และมีน้ำหนักมากกว่า 20 กิโลกรัมขึ้นไป น้อยที่สุดร้อยละ 15.20

2) ระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะในผู้ป่วยเด็ก 0-5 ปี

ระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะในผู้ป่วยเด็ก พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน โดยก่อนการใช้แนวทางปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ใน ระดับต่ำ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 69.20 รองลงมาคือระดับสูง และระดับปานกลาง จำนวนเท่ากันคืออย่างละ 2 คน คิดเป็นร้อยละ 15.40 แต่ภายหลังการใช้แนวทางปฏิบัติ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการพัฒนาความรู้เพิ่มสูงขึ้น โดยมีผู้ที่มีความรู้ในระดับสูง เพิ่มขึ้นเป็นจำนวนถึง 12 คน คิดเป็นร้อยละ 92.30 และระดับปานกลาง จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 7.70 โดยไม่ปรากฏผู้ที่มีความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 0.00 ทั้งนี้ ผลการวิเคราะห์ในภาพรวมพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 17.61 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 1.19 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การใช้แนวทางปฏิบัติดังกล่าวช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

3) ระดับพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะในผู้ป่วยเด็ก 0-5 ปี

ระดับพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะในผู้ป่วยเด็ก พบว่า ก่อนการใช้แนวทางปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ใน ระดับต่ำ มากถึง 12 คน คิดเป็นร้อยละ 92.30 และมีผู้ที่มีพฤติกรรมระดับปานกลางเพียง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 7.70 โดยไม่มีผู้ใดมีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 0.00 แต่ภายหลังการใช้แนวทางปฏิบัติ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 13 คน มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมขึ้นมากอยู่ในระดับสูง คิดเป็น ร้อยละ 100.0 ซึ่งไม่ปรากฏผู้ที่มี

พฤติกรรมในระดับปานกลางและระดับต่ำ ร้อยละ 0.00 ทั้งนี้ ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม (Mean) เท่ากับ 42.76 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 2.86 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าแนวทางปฏิบัติดังกล่าวประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปและอภิปรายผล

1. การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะในผู้ป่วยเด็ก 0-5 ปี โรงพยาบาลตะโหนด จังหวัดพัทลุง

ผลการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะในผู้ป่วยเด็ก 0-5 ปี โรงพยาบาลตะโหนด จังหวัดพัทลุง ในครั้งนี้ได้แนวทางปฏิบัติที่ครอบคลุมหลักการพยาบาลสำคัญทั้ง 8 ด้าน ได้แก่ การประเมินภาวะพร่องออกซิเจน การดูแลให้ได้รับออกซิเจนที่มีความชื้นอย่างเพียงพอ การดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ การพยาบาลเพื่อแก้ไขเสมหะคั่งค้างและการอุดตันทางเดินหายใจ การระบายน้ำมูกและเสมหะอย่างมีประสิทธิภาพ การใช้อุปกรณ์ช่วยในการกำจัดเสมหะ การดูแลด้านจิตใจทั้งผู้ป่วยและครอบครัว และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเด็กเพื่อป้องกันการมีภาวะคั่งค้างของเสมหะซ้ำ ทั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดของกัลยพัทธ์ นิยมวิทย์ และสุภา คำมะฤทธิ์⁶ ที่ระบุว่าการพยาบาลเพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะในผู้ป่วยเด็กจำเป็นต้องครอบคลุมทั้งการระบายเสมหะและการป้องกันไม่ให้เสมหะอุดตันทางเดินหายใจ โดยเฉพาะในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งทางเดินหายใจมีขนาดเล็กและแตกต่างจากผู้ใหญ่ เมื่อมีการคั่งค้างของเสมหะจึงส่งผลต่อภาวะสุขภาพได้รวดเร็วและรุนแรงจนอาจเกิดภาวะหายใจล้มเหลวได้

การพัฒนาแนวทางปฏิบัติครั้งนี้ยังมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของบุญขึ้น อัมมมา และคณะ

⁷ ที่พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการจัดท่านอนคว่ำในผู้ป่วยกลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน โรงพยาบาลราชวิถี โดยใช้กระบวนการพัฒนาตาม Soukup Model และนำแนวปฏิบัติสู่การปฏิบัติด้วยวงจรเดมมิง (PDCA) ซึ่งผลการศึกษาพบว่าพยาบาลสามารถนำแนวปฏิบัติไปใช้ได้จริงและส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญสะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่มีฐานหลักฐานเชิงประจักษ์และผ่านกระบวนการทบทวนจากผู้เชี่ยวชาญนั้น เป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยยกระดับคุณภาพการพยาบาลในบริบทหอผู้ป่วยเด็กของโรงพยาบาลชุมชนให้มีมาตรฐานและสามารถนำไปใช้ได้จริงในทางปฏิบัติ นอกจากนี้ในบริบทการดูแลโดยเฉพาะ อมรพันธ์ สิงห์พล⁸ ยังแสดงให้เห็นว่าการเลือกใช้อุปกรณ์และเทคนิคที่เหมาะสมสามารถลดการบาดเจ็บจากการดูดเสมหะและลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลได้ ซึ่งยังตอกย้ำความสำคัญของการมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ครอบคลุม

2. ผลการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะในผู้ป่วยเด็ก 0-5 ปี โรงพยาบาลตะโหนด จังหวัดพัทลุง

ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะในผู้ป่วยเด็ก 0-5 ปี พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลจำนวน 13 ราย มีระดับความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยก่อนการใช้แนวทางปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับต่ำถึงร้อยละ 69.20 แต่ภายหลังการใช้แนวทาง พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 92.30 มีความรู้ในระดับสูง โดยมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 15.92 (S.D. = 3.17) เป็น 17.61 (S.D. = 1.19) ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของศรีไพร โภคาพานิช⁹ ที่พบว่าหลังการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กที่เสี่ยงต่อภาวะชักจากไข้โรงพยาบาลกุมภวาปี คะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพสูงกว่าก่อนการใช้แนวทางอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($p=0.006$) ซึ่งบ่งชี้ว่าการมีแนวทางปฏิบัติที่เป็นระบบและชัดเจนเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้ของบุคลากรพยาบาลในหน่วยงาน อีกทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยของสุจิน เพชรมาก¹⁰ ที่แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ส่งผลให้คะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยืนยันว่าการจัดการเรียนรู้ที่มีโครงสร้างชัดเจนและมีการนำไปสู่การปฏิบัติจริงสามารถเสริมสร้างความรู้ของบุคลากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในด้านพฤติกรรมกรรมการพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการใช้แนวทางปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดร้อยละ 100 มีพฤติกรรมกรรมการพยาบาลอยู่ในระดับสูง ซึ่งแตกต่างจากก่อนการใช้แนวทางที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 92.30 มีพฤติกรรมในระดับต่ำ โดยผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมกรรมการพยาบาลก่อนและหลังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจาก 42.15 (S.D. = 3.18) เป็น 42.76 (S.D. = 2.86) ผลนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของบุญชื่น อิ่มมาก และคณะ⁷ ที่พบว่าภายหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก พยาบาลมีทักษะการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มขึ้นและมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติสูงถึงร้อยละ 91.66 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าเมื่อพยาบาลมีแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานและผ่านการฝึกอบรมอย่างเป็นระบบแล้ว จะสามารถนำความรู้ไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติงานจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ ผลการศึกษาในด้านผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเด็กยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ ณฐมน ศรีแก้ว, จิรียรัตน์ นิตพิพัฒน์โกศล และคณะ¹¹ ที่ศึกษาประสิทธิภาพการระบายสารคัดหลั่งในเด็กที่เป็นโรคปอดบวมโดยใช้นวัตกรรมการสั่นสะเทือนหน้าอก พบว่าภายหลังการทดลองอัตราการหายใจ อัตราชีพจร และตำแหน่งเสียง

การหลังลดลง ขณะที่ความอึดตัวของออกซิเจนเพิ่มขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการพยาบาลที่มุ่งเน้นการระบายสารคัดหลั่งอย่างมีประสิทธิภาพสามารถส่งผลดีต่อสัญญาณชีพและการทำงานของระบบทางเดินหายใจในเด็กได้อย่างชัดเจน โดยรวมแล้วผลการวิจัยครั้งนี้ยืนยันว่าการพัฒนาและนำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่อ้างอิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในหน่วยงาน เป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิผลในการยกระดับทั้งความรู้และพฤติกรรมกรรมการพยาบาลของบุคลากร อันจะส่งผลให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีการคั่งค้างของเสมหะในโรงพยาบาลตะโหนดดีขึ้นอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะในผู้ป่วยเด็กอายุ 0–5 ปี ที่พัฒนาขึ้นไปใช้เป็นแนวทางมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาาระบบทางเดินหายใจในหอผู้ป่วย เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลมีความเป็นระบบและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
2. ควรมีการจัดอบรมหรือพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการพยาบาลเกี่ยวกับการประเมินภาวะการคั่งค้างของเสมหะ การจัดทำระบายนเสมหะ และการดูดเสมหะอย่างถูกต้องและปลอดภัย เพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติตามแนวทางได้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ
3. ควรมีการติดตามและประเมินผลการใช้แนวทางปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งปรับปรุงแนวทางให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานและสภาพปัญหาของผู้ป่วยเด็กที่เปลี่ยนแปลงไป
4. ควรส่งเสริมให้ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น การสังเกตอาการผิดปกติ การช่วยจัดท่าที่เหมาะสม และการดูแลทางเดินหายใจ เพื่อช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะคั่งค้างของเสมหะในเด็ก

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO).(2565). รายงานสถิติการเสียชีวิตของเด็กจากโรคระบบทางเดินหายใจ: รายงานประจำปี World Health Statistics 2563-2564. [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 25 สิงหาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.who.int/>
2. UNICEF.(2566). รายงานสุขภาพเด็กระดับโลก. [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 25 สิงหาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://data.unicef.org/>
3. สำนักบรรดาวิทยา กรมควบคุมโรค.(2567). รายงานสถานการณ์โรคระบบทางเดินหายใจในเด็ก. [อินเทอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 25 สิงหาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.moph.go.th/>
4. งานเวชระเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลตะโหนด, บรรณาธิการ.(2567). ข้อมูลการรายงานโรค. 2567; โรงพยาบาลตะโหนด. พัทลุง; 2567.
5. สุวารี เพชรทั้ง และคชารัตน์ ปรีชล.(2564). การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในชุมชน ตำบลหลักหก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2564;14(2):201-16. [เข้าถึงเมื่อ 2 กันยายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/trcnj/issue/archive>
6. กัลยพัทธ์ นิยมวิทย์ และสุภา คำมะฤทธิ์.(2562). การคัดค้านของเสมหะพบในผู้ป่วยเด็กที่มีพยาธิสภาพที่ปอดแบบเฉียบพลันรุนแรง หรือเรื้อรัง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. [อินเทอร์เน็ต]. 2562; น. 216 – 225. [เข้าถึงเมื่อ 2 กันยายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: <file:///C:/Users/Asus/Downloads/kanung,+Journal+editor>
7. บุญขึ้น อิมมาก, ปิติตา นิกวัน และคณะ.(2565). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการจัดท่านอนคว่ำในผู้ป่วยกลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน โรงพยาบาลราชวิถี. วารสารการพยาบาล. [อินเทอร์เน็ต]. 2565; น.51-66. [เข้าถึงเมื่อ 2 กันยายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/vnj/article/view/257629>.
8. อมรพันธ์ สิงห์พล.(2564). ผลการใช้MU Sucker ระบายเสมหะในผู้ป่วยเด็กเล็กต่อการบาดเจ็บ และความพึงพอใจของผู้ดูแล. วารสารกรมการแพทย์. [อินเทอร์เน็ต]. 2564; น.237-242. [เข้าถึงเมื่อ 5 กันยายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: [file:///C:/Users/Asus/Downloads/2697-6404,+%7B\\$userGroup%7D,+1-2564++237-242.pdf](file:///C:/Users/Asus/Downloads/2697-6404,+%7B$userGroup%7D,+1-2564++237-242.pdf)
9. ศรีไพร โภคาพานิช.(2563). การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กที่เสี่ยงต่อภาวะชักจากไข้ โรงพยาบาลกุมภวาปี. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา. [อินเทอร์เน็ต]. 2563; น. 20–32. [เข้าถึงเมื่อ 4 กันยายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ/article/view/247353>
10. สุจิน เพชรมาก.(2564). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้มารดาต่อความรู้และพฤติกรรมในการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ. กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลควนขนุน อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 7 กันยายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: http://hr.ptho.moph.go.th/fileupload/dep_10_20211216873427238.pdf
11. ญฐมน สิริแก้ว, พิชิตพล โชติกุลนันท์ และคณะ.(2565). ผลของการใช้นวัตกรรมเครื่องสั่นสะเทือนปอดต่อประสิทธิภาพของการระบายเสมหะในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. [อินเทอร์เน็ต]. 2565; น.85-96. [เข้าถึงเมื่อ 7 กันยายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: <file:///C:/Users/Asus/Downloads/8-256424-Nathamon-Upload.pdf>

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการนอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 30 วัน ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลปาดังเบซาร์
Factors Associated with 30-Day Readmission in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease
at Padang Besar Hospital.

(Received: March 24,2026 ; Revised: March 30,2026 ; Accepted: April 4,2026)

ธนกร ไสยะ¹
Tanakorn Saiya¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลังนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยทำนายการนอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 30 วัน ในผู้ป่วย COPD โรงพยาบาลปาดังเบซาร์ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 321 ราย ที่จำหน่ายในช่วงปีงบประมาณ 2566–2568 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติไคสแควร์และการวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติกพหุคูณ

ผลการศึกษาพบอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำร้อยละ 24.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ได้แก่ ประวัติเคยใส่ท่อช่วยหายใจ (aOR = 3.12), ความรุนแรงของโรคกลุ่ม E (aOR = 2.58), ประวัตินอนโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีก่อนหน้า (aOR = 2.25) และการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน (aOR = 1.95) โดยมีการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่เป็นปัจจัยป้องกัน (aOR = 0.58)

คำสำคัญ: โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, การนอนโรงพยาบาลซ้ำ, ปัจจัยเสี่ยง

Abstract

This survey research by retrospective study aimed to investigate the incidence and predictive factors of 30-day readmission among COPD patients at Padang Besar Hospital. Data from 321 patients discharged during fiscal years 2023–2025 were analyzed using Chi-square tests and multiple logistic regression.

The results revealed a 30-day readmission rate of 24.3%. Significant independent predictors ($p < 0.05$) included a history of intubation (aOR = 3.12), GOLD stage E (aOR = 2.58), hospitalization in the previous year (aOR = 2.25), and current smoking (aOR = 1.95). Conversely, influenza vaccination was identified as a protective factor (aOR = 0.58).

Keywords: Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Hospital Readmission, Risk Factors

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประชากรธรรมชาติของโรคมีการดำเนินไปอย่างช้า ๆ แต่ส่งผลกระทบต่อโครงสร้างปอด จุดเปลี่ยนสำคัญของการดำเนินโรคคือการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลัน (Acute Exacerbation) ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยมีอาการทางระบบหายใจทรุดลงอย่างรวดเร็ว จนนำไปสู่การเข้ารับการรักษาในห้อง

ฉุกเฉินหรือต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล การนอนโรงพยาบาลจากภาวะกำเริบนั้นนอกจากจะเป็นตัวบ่งชี้ความรุนแรงของโรคแล้ว ยังเป็นปัจจัยทำนายการเสียชีวิตและเป็นส่วนที่ใช้งบประมาณสูงที่สุดในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้¹

ประเด็นท้าทายสำคัญในระบบบริการสุขภาพปัจจุบัน คือการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายในระยะเวลาสั้น หรือภายใน 30 วันหลังจำหน่าย (30-day readmission) ตัวชี้วัดนี้ได้รับการยอมรับในระดับสากลว่าเป็นมาตรวัดคุณภาพบริการที่สะท้อนถึงประสิทธิภาพของการดูแลรักษา

¹ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลปาดังเบซาร์ จังหวัดสงขลา

ในช่วงวิกฤต ความครอบคลุมของการวางแผนจำหน่าย และความต่อเนื่องของการดูแลในช่วงเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน² จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความเสี่ยงสูงที่จะกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากปัจจัยที่ซับซ้อน ทั้งจากพยาธิสภาพของโรคที่มีความแปรปรวน การมีโรคร่วมหลายโรค ประวัติการใส่ท่อช่วยหายใจ และปัจจัยด้านพฤติกรรม เช่น การสูบบุหรี่และการใช้ยาพ่นไม่ถูกวิธี³ การกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำไม่เพียงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและเพิ่มภาระแก่ผู้ดูแล แต่ยังทำให้ระบบโรงพยาบาลต้องสูญเสียทรัพยากรที่อาจป้องกันได้หากมีการบริหารจัดการที่ดีพอ⁴

ในบริบทของประเทศไทยและพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง พบว่าอัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังคงอยู่ในระดับสูง และมีความสัมพันธ์กับโครงสร้างประชากรสูงอายุที่ขยายตัวอย่างรวดเร็ว⁵ นอกจากนี้ ปัจจัยแวดล้อมในพื้นที่ยังมีอิทธิพลอย่างมาก โดยเฉพาะปัญหามลพิษทางอากาศและหมอกควันข้ามแดน (Transboundary haze) ที่เกิดขึ้นเป็นประจำทุกปี ซึ่งส่งผลให้ค่าฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM2.5) เพิ่มขึ้นและกระตุ้นให้เกิดการกำเริบของโรค⁶ เมื่อพิจารณาบริบทของโรงพยาบาลปาดังเบซาร์ อำเภอสะเตาะ จังหวัดสงขลา ซึ่งตั้งอยู่ในพื้นที่ยุทธศาสตร์ชายแดนไทย-มาเลเซีย พบว่ามีลักษณะเฉพาะด้านการเคลื่อนย้ายของประชากรและกิจกรรมทางเศรษฐกิจระหว่างประเทศ ลักษณะความเป็นเมืองชายแดนทำให้ระบบบริการสุขภาพต้องรองรับผู้ป่วยที่มีความหลากหลาย ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความต่อเนื่องในการติดตามการรักษา⁷ จากการทบทวนสถิติเบื้องต้นของโรงพยาบาลปาดังเบซาร์ พบว่ายังมีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวนหนึ่งที่ต้องกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 30 วัน แต่ปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์ในพื้นที่ที่ระบุถึงปัจจัยเสี่ยงของการนอนโรงพยาบาลซ้ำอย่างเป็นระบบ ทำให้การ

วางแผนแก้ปัญหาและการกำหนดแนวทางการดูแลต่อเนื่องยังไม่ตรงจุด⁸

ด้วยเหตุผลและความจำเป็นดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความมุ่งหมายที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการนอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 30 วัน ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลปาดังเบซาร์ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเชิงประจักษ์สำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพในการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่าย การกำหนดมาตรการติดตามกลุ่มเสี่ยงสูง และการจัดการทรัพยากรของโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพสูงสุดในบริบทของพื้นที่ชายแดนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐาน ลักษณะทางประชากรศาสตร์ และลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษานอนโรงพยาบาลปาดังเบซาร์
2. เพื่อศึกษาอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 30 วัน ภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
3. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านตัวโรค และปัจจัยด้านการรักษา กับการนอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 30 วัน เพื่อนำไปสู่การหาแนวทางป้องกันและวางแผนการจำหน่ายที่เหมาะสมในบริบทของพื้นที่

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง (Survey research by retrospective study) ในรูปแบบการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Analytical study) มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านคลินิก พยาธิสภาพ และพฤติกรรม ที่มีความสัมพันธ์กับการนอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 30 วัน (30-day readmission) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รูปแบบการวิจัยนี้มีความเหมาะสมกับบริบทของ

พื้นที่และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการ เนื่องจากผู้วิจัยสามารถใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) ที่มีอยู่แล้วในระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลมาวิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยงและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นแล้วได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงสามารถลดอคติจากการติดตามตัวผู้ป่วย (Loss to follow-up bias) และใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยได้อย่างเหมาะสม โดยผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยในระยะเวลา 3 ปีงบประมาณ ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายของการศึกษานี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและเคยเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลปาดังเบซาร์ ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรการประมาณค่าสัดส่วนของประชากรในกรณีที่ไม่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนอน (Infinite population proportion) โดยอ้างอิงความชุกของการกลับมารักษาซ้ำที่ร้อยละ 25.38 พร้อมปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อชดเชยข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 321 ราย ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (รหัส ICD-10: J44.0, J44.1, J44.9) อายุตั้งแต่ 40 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในช่วงปีงบประมาณ 2566–2568 (1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2568) ในสถานะมีชีวิตอยู่ ทั้งนี้ ได้กำหนดเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อไปรักษาต่อ ณ โรงพยาบาลอื่น ผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาหรือหนีกลับ และผู้ป่วยที่มีโรคร่วมรุนแรงอื่นที่เป็นสาเหตุหลักของการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำอย่างชัดเจน (เช่น โรคมะเร็งปอดระยะลุกลาม หรือวัณโรคปอดระยะแพร่กระจาย)

เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบบันทึกข้อมูลการวิจัย (Case Record Form) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 3 ส่วนหลัก ได้แก่ 1) ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและสังคม (อายุ เพศ สิทธิการรักษา ภูมิลาเนา) 2) ข้อมูลปัจจัยด้านคลินิก พยาธิสภาพ และพฤติกรรม (ระดับความรุนแรงตามเกณฑ์ GOLD โรคร่วมทางกาย ประวัติการสูบบุหรี่ ดัชนีมวลกาย ประวัติการใส่ท่อช่วยหายใจ) และ 3) ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและการนอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 30 วัน แบบบันทึกข้อมูลได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไปทุกข้อความ และได้นำไปทดลองใช้ (Pilot study) กับเวชระเบียนผู้ป่วยจำนวน 30 ราย เพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ก่อนการใช้งานจริง การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยผู้วิจัยผ่านการสืบค้นข้อมูลทุติยภูมิจากระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล (Hospital Information System) และเวชระเบียนผู้ป่วยใน

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยแบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยความถี่และร้อยละ นำเสนอข้อมูลเชิงปริมาณด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (หรือมัธยฐานและค่าพิสัยควอไทล์ ในกรณีที่มีการแจกแจงไม่ปกติ) 2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เพื่อทดสอบหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการนอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 30 วัน โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้นด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) จากนั้นคัดเลือกตัวแปรอิสระเข้าสู่

สมการเพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายที่เป็นอิสระต่อกันด้วยการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณโลจิสติก (Multiple logistic regression) นำเสนอผลลัพธ์ในรูปแบบของค่าอัตราต่อรองปรับแก้ (Adjusted Odds Ratio: aOR) พร้อมด้วยช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI)

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ดำเนินการภายใต้หลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด โดยได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน ระดับจังหวัด ของจังหวัดสงขลา (หมายเลขรับรอง 23/2569 อนุมัติเมื่อวันที่ 16 มีนาคม 2569)

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การศึกษานี้รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้าเกณฑ์การศึกษาจำนวนทั้งสิ้น 321 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 72.3 (232 ราย) และเพศหญิง ร้อยละ 27.7 (89 ราย) อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยเท่ากับ 68.4 ± 8.5 ปี โดยจัดอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 61.4 ด้านประวัติพฤติกรรมสุขภาพพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประวัติการสูบบุหรี่ โดยเป็นผู้ที่เคยสูบแต่เลิกแล้วร้อยละ 44.9 และปัจจุบันยังคงสูบบุหรี่ร้อยละ 36.1

ในด้านข้อมูลทางคลินิกพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการจัดระดับความรุนแรงของโรคตามเกณฑ์ GOLD อยู่ในกลุ่ม B มากที่สุด ร้อยละ 45.2 รองลงมาคือกลุ่ม E ร้อยละ 32.1 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 75.4 มีโรคร่วมทางกายอย่างน้อย 1 โรค โดยโรคร่วมที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 58.6) เมื่อพิจารณาประวัติการรักษาที่สำคัญ พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 21.5 เคยมีประวัติใส่ท่อช่วยหายใจจากการกำเริบในอดีต และร้อยละ 42.1 มีประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในรอบ 1 ปีก่อนหน้า สำหรับตัวแปรตามของการศึกษา (Dependent variable) พบว่ามีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 30 วัน จำนวน 78 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.3 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการนอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 30 วัน

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้นด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และนำตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติเข้าสู่สมการการวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (Multiple logistic regression) เพื่อหาปัจจัยทำนายที่เป็นอิสระต่อกัน โดยควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น พบว่ามี 4 ปัจจัยเสี่ยง และ 1 ปัจจัยป้องกัน ที่มีความสัมพันธ์กับการนอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 30 วัน ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติกพหุคูณ ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการนอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 30 วัน

ปัจจัยที่ศึกษา	Adjusted Odds Ratio (aOR)	95% CI	p-value
ประวัติการเคยใส่ท่อช่วยหายใจ			
ไม่เคย	1.00 (Reference)	-	-
เคย	3.12	1.85 – 5.26	<0.001*
ระดับความรุนแรงของโรค (GOLD Stage)			
กลุ่ม A	1.00 (Reference)	-	-
กลุ่ม B	1.35	0.85 – 2.14	0.204
กลุ่ม E	2.58	1.42 – 4.68	0.002*

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติกพหุคูณ ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการนอนโรงพยาบาลซ้ำ ภายใน 30 วัน

ปัจจัยที่ศึกษา	Adjusted Odds Ratio (aOR)	95% CI	p-value
ประวัติการนอนโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีก่อนหน้า			
ไม่เคย	1.00 (Reference)	-	-
เคย	2.25	1.35 – 3.75	0.001*
พฤติกรรมการสูบบุหรี่			
ไม่เคยสูบ	1.00 (Reference)	-	-
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	1.25	0.72 – 2.18	0.425
ปัจจุบันยังคงสูบ	1.95	1.10 – 3.45	0.022*
ประวัติการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่			
ไม่ได้รับ	1.00 (Reference)	-	-
ได้รับ	0.58	0.35 – 0.95	0.031*

(หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, aOR = Adjusted Odds Ratio, 95% CI = 95% Confidence Interval)

ผลการวิเคราะห์พบว่า ผู้ป่วยที่มีประวัติเคยใส่ท่อช่วยหายใจจากการกำเริบในอดีต มีโอกาสกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำเป็น 3.12 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่เคยใส่ท่อช่วยหายใจ (aOR = 3.12; 95% CI: 1.85-5.26) ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคในกลุ่ม E มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 2.58 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่ม A (aOR = 2.58; 95% CI: 1.42-4.68) ผู้ป่วยที่มีประวัตินอนโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในรอบ 1 ปีก่อนหน้า มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 2.25 เท่า (aOR = 2.25; 95% CI: 1.35-3.75) และผู้ป่วยที่ปัจจุบันยังคงสูบบุหรี่ มีความเสี่ยงสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยสูบถึง 1.95 เท่า (aOR = 1.95; 95% CI: 1.10-3.45) ในทางกลับกัน พบว่าประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในรอบ 1 ปี เป็นปัจจัยป้องกันที่ช่วยลดโอกาสการเกิดนอนโรงพยาบาลซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญ (aOR = 0.58; 95% CI: 0.35-0.95, p = 0.031)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการนอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 30 วัน ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลปาดังเบซาร์ พบอัตราการกลับมารักษาซ้ำที่ร้อยละ 24.3 ซึ่งเป็น

อัตราที่ใกล้เคียงกับการศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนอื่นในภาคใต้ของประเทศไทย ที่พบความชุกของการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน เท่ากับร้อยละ 25.38³ ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าการนอนโรงพยาบาลซ้ำยังคงเป็นปัญหาสำคัญในระบบบริการสุขภาพพระตำบลดุสิตภูมิ ซึ่งจำเป็นต้องมีการระบุปัจจัยเสี่ยงเพื่อวางแผนป้องกันอย่างเร่งด่วน เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายที่เป็นอิสระต่อกัน พบประเด็นที่น่าสนใจซึ่งสอดคล้องและสนับสนุนองค์ความรู้จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องหลายฉบับ

ปัจจัยทำนายที่ทรงพลังที่สุดที่พบในการศึกษานี้คือ ประวัติการเคยใส่ท่อช่วยหายใจจากการกำเริบของโรคในอดีต (aOR = 3.12) ผลลัพธ์นี้มีความสอดคล้องอย่างยิ่งกับการศึกษาของ ณ พัทลุง ณ โรงพยาบาลสิงหนคร ที่พบว่าประวัติการใส่ท่อช่วยหายใจเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดเช่นเดียวกัน³ สามารถอธิบายได้จากกลไกทางพยาธิสรีรวิทยาที่ว่า ผู้ป่วยที่เคยผ่านภาวะหายใจล้มเหลวรุนแรงจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจนั้น มีภาวะเปราะบางทางสรีรวิทยา (Physiological frailty) สูง และมีสมรรถภาพปอดสำรองที่จำกัดมาก การฟื้นตัวหลังภาวะวิกฤตมักไม่สมบูรณ์ ทำให้แม้ได้รับการกระตุ้นเพียงเล็กน้อย เช่น การติด

เชื้อไวรัสทางเดินหายใจ หรือการสัมผัสฝุ่น PM2.5 ในพื้นที่ชายแดน⁶ ก็สามารถผลักดันให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่ภาวะหายใจล้มเหลวซ้ำได้อย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ การศึกษาที่ยืนยันว่าระดับความรุนแรงของโรคที่สูง (GOLD กลุ่ม E) และประวัติการนอนโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีก่อนหน้า เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอย่างมีนัยสำคัญ ข้อค้นพบนี้สนับสนุนงานทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในภูมิภาคเอเชียโดย Lin และคณะ (2024) และการศึกษาในประเทศมาเลเซียโดย Kee และคณะ ที่สรุปว่าประวัติการกำเริบบ่อยครั้งในอดีตเป็นตัวพยากรณ์การกลับมาอนำซ้ำในอนาคตที่ดีที่สุด^{2,9} ปรากฏการณ์นี้สะท้อนถึง "วงจรเลวร้าย" (Vicious cycle) ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่การกำเริบแต่ละครั้งจะเร่งการเสื่อมถอยของสมรรถภาพปอด ทำให้ผู้ป่วยไวต่อการกำเริบครั้งถัดไปมากยิ่งขึ้น ซึ่งตอกย้ำถึงความจำเป็นในการวางแผนจำหน่ายและติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง (High-risk group) เหล่านี้อย่างใกล้ชิดเป็นพิเศษ

สำหรับปัจจัยด้านพฤติกรรมที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ การที่ผู้ป่วยยังคงสูบบุหรี่ในปัจจุบันเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มโอกาสการนอนโรงพยาบาลซ้ำเกือบ 2 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เคยสูบ การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเชิงสาเหตุที่สำคัญที่สุดของโรค ซึ่งไม่เพียงแต่ทำลายเนื้อปอดโดยตรง แต่ยังกระตุ้นให้เกิดการอักเสบเรื้อรังในทางเดินหายใจ ลดการตอบสนองต่อยาสเตียรอยด์ชนิดพ่น และเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อน² ผลลัพธ์นี้ชี้ให้เห็นว่า การให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ (Smoking cessation counseling) ควรเป็นองค์ประกอบหลักที่ต้องดำเนินการอย่างเข้มข้นในทุกขั้นตอนของการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้

ในทางตรงกันข้าม การได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในรอบ 1 ปี เป็นปัจจัยป้องกันที่ช่วยลดความเสี่ยงการกลับมาอนำซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญ ข้อค้นพบนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งในทางปฏิบัติ และสอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติสากลของ Global Initiative for Chronic Obstructive

Lung Disease (GOLD) ที่แนะนำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกคนต้องได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่เป็นประจำทุกปี¹ เนื่องจากการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่เป็นหนึ่งในสาเหตุกระตุ้นที่พบบ่อยที่สุดของการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันที่รุนแรง ดังนั้นการป้องกันการติดเชื้อจึงเปรียบเสมือนการตัดวงจรการกำเริบตั้งแต่ต้นทาง ซึ่งเป็นมาตรการที่มีประสิทธิผลสูงและคุ้มค่า

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดบางประการ (Limitations) คือ เป็นการวิจัยเชิงสังเกตแบบย้อนหลังจากฐานข้อมูลเวชระเบียน ทำให้ไม่สามารถควบคุมความครบถ้วนของข้อมูลบางส่วนได้ และไม่สามารถเก็บข้อมูลตัวแปรสำคัญอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อการกลับมาอนำซ้ำได้ เช่น ระดับการศึกษา ความร่วมมือในการใช้ยา (Medication adherence) หรือข้อมูลเชิงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย อีกทั้งยังไม่สามารถพิสูจน์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้ ทำได้เพียงระบุความสัมพันธ์ของปัจจัยเท่านั้น

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่าประวัติการเคยใส่ท่อช่วยหายใจ ความรุนแรงของโรคระดับสูง (กลุ่ม E) และประวัติการนอนโรงพยาบาลในปีก่อนหน้า เป็นปัจจัยทำนายการกลับมาอนำซ้ำที่ทรงพลังที่สุด โรงพยาบาลปาดังเบซาร์และทีมสหสาขาวิชาชีพจึงควรพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในช่วงเปลี่ยนผ่านที่มีความเข้มข้น โดยจัดทำ "ระบบคัดกรองความเสี่ยงเชิงรุก" เพื่อระบุกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงเป็นพิเศษก่อนการจำหน่าย สำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรมีแผนการดูแลต่อเนื่องที่ชัดเจน เช่น การกำหนดนัดติดตามอาการที่คลินิกผู้ป่วยนอกภายใน 7-14 วันหลังจำหน่าย หรือการประสานงานกับทีมหมอครอบครัวเพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินและแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นหลังกลับบ้านได้อย่างทันท่วงที อันจะช่วยลดโอกาสการกลับเข้าสู่ภาวะวิกฤตซ้ำได้

2. ผลการวิจัยได้ยืนยันความสำคัญของปัจจัยด้านพฤติกรรมและการป้องกันที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะว่าควรมีการบูรณาการ "บริการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่" และ "การส่งเสริมการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่" เข้าเป็นส่วนหนึ่งของมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างเป็นรูปธรรม โดยอาจจัดตั้งระบบแจ้งเตือนในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลเพื่อคัดกรองสถานะการสูบบุหรี่และประวัติการรับวัคซีนของผู้ป่วยทุกราย พร้อมทั้งส่งเสริมให้มีการให้คำปรึกษาอย่างเข้มข้นโดยบุคลากรที่ผ่านการอบรม และอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงวัคซีนตามสิทธิการรักษา ซึ่งเป็นมาตรการที่มีประสิทธิภาพสูงและคุ้มค่าในการลดอัตราการกำเริบของโรคในระยะยาว

3. เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลังซึ่งมีข้อจำกัดในการเก็บข้อมูลเชิงลึกบางประการ จึงมีข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคตว่าควรมีการศึกษาเชิงวิเคราะห์ไปข้างหน้า เพื่อติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงหลังจำหน่ายอย่างเป็นระบบ ซึ่งจะทำให้สามารถเก็บข้อมูลตัวแปรสำคัญอื่น ๆ เพิ่มเติมได้ เช่น ความร่วมมือในการใช้ยาพ่น เทคนิคการสูดยาที่ถูกต้อง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ ควรมีการพัฒนางานวิจัยเชิงทดลองเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายหรือรูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่พัฒนาขึ้นโดยเฉพาะสำหรับบริบทโรงพยาบาลชุมชนชายแดน เพื่อสร้างองค์ความรู้และแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศในการป้องกันการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำต่อไปต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- 1.Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease.(2024). Global strategy for the prevention, diagnosis and management of COPD: 2024 report. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease; 2024.
- 2.Lin P, Shen C, Li Q, Huang Y, Zhou J, Lu Y, et al.(2024). A systematic review and meta-analysis of chronic obstructive pulmonary disease in Asia: Risk factors for readmission and readmission rate. BMC Pulmonary Medicine. 2024;24:388.
- 3.สุภาพร ณ พัทลุง.(2567). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสิงหนคร. วารสารนวัตกรรมสุขภาพและความปลอดภัย. 2567;1(2):25-34.
- 4.Balasubramanian I, Andres EB, Malhotra C.(2025). Outpatient follow-up and 30-day readmissions: A systematic review and meta-analysis. JAMA Network Open. 2025;8(11):e2541272.
- 5.Nakwan N, Suansan K.(2023). In-hospital mortality and hospital outcomes among adults hospitalized for exacerbations of asthma and COPD in southern Thailand (2017–2021): A population-based study. Chinese Medical Sciences Journal. 2023;38(3):228-34.
- 6.Promsiri P, Tekasakul S, Thongyen T, Suwattiga P, Morris J, Latif MT, et al.(2023). Transboundary haze from peatland fires and local source-derived PM2.5 in Southern Thailand. Atmospheric Environment. 2023;294:119512.
- 7.Hatta Kassim M, Hussain S.(2022). The effectiveness of border crossing management between Malaysia & Thailand with reference to Bukit Kayu Hitam–Sadao and Padang Besar–Padangbasa. Journal of Governance and Integrity. 2022;5(3):336-59.
- 8.งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลปาดังเบซาร์.(2567). รายงานสถิติผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ประจำปีงบประมาณ 2566-2567. สงขลา: โรงพยาบาลปาดังเบซาร์; 2567.
- 9.Kee YS, Wong CK, Abdul Aziz MA, Zakaria MI, Mohd Shaarif F, Ng KS, et al.(2023). 30-day readmission rate of patients with COPD and its associated factors: A retrospective cohort study from a tertiary care hospital. International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2023;18:2623-31.

ผลการใช้สำลีรองเฝือกต่อการเกิดจุดเลือดออกใต้ผิวหนังจากการวัดความดันโลหิต
ในมารดาผ่าตัดคลอดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง โรงพยาบาลกุมภวาปี
Effects of using cotton for the splint on the occurrence of hemorrhagic spots under the
skin from blood pressure measurement. In cesarean section mothers who received
spinal anesthesia Kumphawapi Hospital.

(Received: March 26,2026 ; Revised: April 19,2026 ; Accepted: April 21,2026)

นิยดา ไปไกล¹
Niyada Paiklai¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบหลายกลุ่มวัดเฉพาะหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลการใช้สำลีรองเฝือกต่อการเกิดจุดเลือดออกใต้ผิวหนังจากการวัดความดันโลหิตในมารดาผ่าตัดคลอดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาดังครรภ์อายุ 18-40 ปี อายุครรภ์มากกว่า 37 สัปดาห์ ที่มารับบริการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลกุมภวาปี ระหว่างเดือนเมษายนถึงตุลาคม 2568 จำนวน 108 ราย แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มเท่าๆ กัน กลุ่มละ 36 ราย ประกอบด้วยกลุ่มที่ 1 ใช้สำลีรองเฝือกแขน กลุ่มที่ 2 ใช้ฟิล์มถนอมอาหารรองแขน และกลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มควบคุมที่ไม่ใช้วัสดุรองแขน เครื่องมือประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกอาการจุดเลือดออกใต้ผิวหนัง แบบบันทึกอาการแทรกซ้อน และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Chi-square ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า ที่เวลา 30 นาทีหลังการผ่าตัด กลุ่มที่ใช้สำลีรองเฝือกมีสัดส่วนผู้ป่วยที่ไม่เกิดจุดเลือดออกใต้ผิวหนังสูงที่สุดร้อยละ 83.3 รองลงมาคือกลุ่มฟิล์มถนอมอาหารร้อยละ 66.7 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 36.1 ทั้ง 3 กลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 17.535$, $p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มที่ใช้สำลีรองเฝือกกับกลุ่มควบคุมพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสูงมาก ($\chi^2 = 14.781$, $p < .001$) โดยกลุ่มที่ใช้สำลีรองเฝือกมีสัดส่วนผู้ป่วยที่ไม่เกิดจุดเลือดออกใต้ผิวหนังสูงกว่ากลุ่มควบคุมถึง 2.3 เท่า อย่างไรก็ตาม ที่เวลา 45 นาที และ 60 นาทีหลังการผ่าตัด ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มที่ใช้สำลีรองเฝือกกับกลุ่มควบคุม ($p = 1.000$ ทั้งสองช่วงเวลา) โดยที่เวลา 45 นาทีทั้งสองกลุ่มมีสัดส่วนผู้ป่วยที่ไม่เกิดจุดเลือดออกใต้ผิวหนังเท่ากันที่ร้อยละ 13.9 และที่เวลา 60 นาทีกลุ่มควบคุมมีสัดส่วนสูงกว่ากลุ่มสำลีรองเฝือกเล็กน้อย (ร้อยละ 63.9 เทียบกับ ร้อยละ 61.1) แสดงให้เห็นว่าประสิทธิภาพของสำลีรองเฝือกมีความโดดเด่นในช่วง 30 นาทีแรกหลังการผ่าตัดซึ่งเป็นช่วงเวลาวิกฤตที่มีการวัดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง ด้านอาการแทรกซ้อนพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 88.8 ไม่มีอาการแทรกซ้อน ด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการ พบว่า กลุ่มที่ใช้สำลีรองเฝือกมีความพึงพอใจระดับดีมากสูงที่สุดร้อยละ 50.0 รองลงมาคือกลุ่มที่ใช้ฟิล์มถนอมอาหารร้อยละ 41.7 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 30.6 และผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อการใช้วัสดุรองแขนทั้ง 3 กลุ่มไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ : สำลีรองเฝือก, จุดเลือดออกใต้ผิวหนัง, การวัดความดันโลหิต, การผ่าตัดคลอด, การระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง

ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to investigate the effect of cotton for the splint on petechiae from blood pressure monitoring in cesarean section mothers receiving spinal anesthesia. The sample consisted of 108 pregnant women aged 18-40 years with gestational age greater than 37 weeks who underwent cesarean section at Kumphawapi Hospital between April and October 2025. Participants were equally divided into three groups of 36 each: Group 1 used cotton for the splint as arm protection, Group 2 used plastic food wrap as arm protection, and Group 3 served as the control group without any arm protection material. Research instruments included a demographic data recording form, a 5-level petechiae

¹ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

assessment form, a complication recording form, and a satisfaction questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and Chi-square test for group comparisons at a significance level of 0.05.

The results revealed that at 30 minutes post-operation, the cotton group had the highest proportion of patients without subcutaneous bleeding at 83.3%, followed by the plastic food wrap group at 66.7%, and the control group at 36.1%. The three groups showed statistically significant differences ($\chi^2 = 17.535$, $p < .001$). Comparison between the cotton group and the control group revealed highly significant statistical differences ($\chi^2 = 14.781$, $p < .001$), with the cotton group showing 2.3 times higher proportion of patients without subcutaneous bleeding. However, at 45 and 60 minutes post-operation, no statistically significant differences were found between the cotton group and the control group ($p = 1.000$ for both time points). At 45 minutes, both groups had equal proportions of patients without bleeding at 13.9%, and at 60 minutes, the control group had slightly higher proportion than the cotton group (63.9% vs 61.1%). This demonstrates that cotton effectiveness is most prominent during the first 30 minutes post-operation, which is the critical period with continuous blood pressure monitoring. Regarding complications, 88.8% of participants experienced no complications. Concerning patient satisfaction, the cotton group demonstrated the highest proportion of very good satisfaction at 50.0%, followed by the plastic food wrap group at 41.7%, and the control group at 30.6%. Healthcare providers showed no difference in satisfaction across all three groups.

Keywords: cotton, petechiae, blood pressure monitoring, cesarean section, spinal anesthesia

บทนำ

การผ่าตัดเป็นหัตถการทางการแพทย์ที่มีความสำคัญในการวินิจฉัยและรักษาโรค โดยในปัจจุบันผู้ป่วยจำนวนมากมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดหรือการรักษาทางศัลยกรรมซึ่งเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของการวินิจฉัยโรค ตรวจค้นหาสิ่งผิดปกติ และการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยมีโรคแทรกซ้อนมากขึ้น มีความยากและซับซ้อนมากขึ้นเช่นกัน โดยข้อมูลจากโรงพยาบาล 20 แห่งในประเทศไทย ประกอบด้วย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 7 แห่ง โรงพยาบาลตติยภูมิ 5 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 4 แห่ง และ โรงพยาบาลชุมชน 4 แห่ง พบผู้ป่วยมาใช้บริการผ่าตัดถึง 163,403 คน¹ แสดงให้เห็นถึงความต้องการบริการผ่าตัดที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับข้อมูลผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่โรงพยาบาลกุมภวาปีซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน โดยในช่วง 3 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2565-2567) มีผู้ป่วยผ่าตัดคลอดจำนวน 1,728 ราย ซึ่งร้อยละ 90 ได้รับการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนทางช่องไขสันหลัง (spinal block) เนื่องจากมีความปลอดภัยต่อมารดาและทารกสูง ทั้งนี้เพราะ

มารดาตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของระบบต่างๆ ในร่างกายเพื่อให้เพียงพอต่อความต้องการพลังงานที่เพิ่มขึ้นจากการเจริญเติบโตของทารก ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ง่ายกว่าผู้ป่วยทั่วไป²

ตามแนวปฏิบัติของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยกำหนดให้ผู้ป่วยที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ได้รับการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนทางช่องไขสันหลังต้องได้รับการวัดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องทุก 1 นาทีเป็นเวลาประมาณ 30 นาทีหรือจนกว่าทารกคลอด³ เพื่อเฝ้าระวังภาวะความดันโลหิตต่ำที่อาจเกิดจากการระงับระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก เนื่องจากการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนทางช่องไขสันหลังมีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ การทำให้ความดันโลหิตต่ำได้จากระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติกถูกระงับ จึงมีความจำเป็นที่ต้องวัดความดันโลหิตมารดาที่มาผ่าตัดคลอดตามที่ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์กำหนดไว้เพื่อความปลอดภัยของทั้งมารดาและทารก การเฝ้าระวังความดันโลหิตอย่างใกล้ชิดนี้เป็นมาตรฐานการดูแลที่สำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างฉับพลัน

อย่างไรก็ตาม การวัดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องดังกล่าวก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย คือ การเกิดจุดเลือดออกใต้ผิวหนัง (petechiae) บริเวณต้นแขนข้างที่วัดความดันโลหิต เมื่อปลดถุงลมวัดความดันโลหิตที่แขนออก มักพบว่าเกิดจุดเลือดออกใต้ผิวหนังที่บริเวณต้นแขนข้างที่วัดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่อเนื่อง เช่น thrombophlebitis และ neuropathy ในผู้ป่วยที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ได้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนทางช่องไขสันหลังจากการเย็บผู้ป่วยหลังผ่าตัดของกลุ่มงานวิสัญญีโรงพยาบาลกุมภวาปีในช่วงปี พ.ศ. 2565-2567 พบว่าผู้ป่วยและญาติมักสอบถามถึงอาการดังกล่าวและแสดงความวิตกกังวลต่อการเกิดจุดเลือดออกใต้ผิวหนัง ซึ่งส่งผลกระทบต่อความมั่นใจและความพึงพอใจในการให้บริการ²

กลไกการเกิดจุดเลือดออกใต้ผิวหนังจากการวัดความดันโลหิตมีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย การศึกษาของ Jeon และคณะ⁴ พบว่าภาวะหลอดเลือดฝอยในชั้นผิวหนังแตกสาเหตุแรกคือความดันในหลอดเลือดดำที่เพิ่มขึ้นระหว่างการพองตัวและแฟบของถุงลมวัดความดันโลหิต จึงควรพิจารณาใช้วัสดุรองบางๆ ระหว่างถุงลมวัดความดันโลหิตและผิวหนัง โดยผ้าฝ้ายบางๆ สามารถลดการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับถุงลมได้อย่างมีนัยสำคัญ การใช้วัสดุรองแขนก่อนการพันถุงลมวัดความดันโลหิตจะช่วยกระจายแรงกดจากถุงลมวัดความดันโลหิตไปยังพื้นที่ผิวหนังที่กว้างขึ้นทำให้แรงกดต่อหน่วยพื้นที่ลดลงและช่วยปกป้องหลอดเลือดฝอยใต้ผิวหนังไม่ได้รับแรงกดโดยตรงมากเกินไป ช่วยลดการเกิด petechiae hemorrhages โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังซึ่งมีภาวะความดันโลหิตลดลง ทำให้ผนังหลอดเลือดมีความเปราะบางมากขึ้น⁴

จากการทบทวนการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา มีการพยายามค้นหาวิธีการป้องกันการเกิดจุด

เลือดออกใต้ผิวหนังจากการวัดความดันโลหิต การศึกษาของ Archer และคณะ⁵ ในกลุ่มอาสาสมัครพบว่าการใช้วัสดุที่บางและอ่อนนุ่ม (padding) พันรองแขนก่อนพันถุงลมวัดความดันโลหิตสามารถลดอันตรายต่อผิวหนังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) โดยการใช้วัสดุรองมีความสัมพันธ์กับการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทั้งความถี่และความรุนแรงของการบาดเจ็บของผิวหนัง โดยมีค่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะเดียวกันการศึกษานี้พบว่าการใช้วัสดุรองไม่มีผลต่อค่าความดันโลหิตที่วัดได้⁵ แสดงให้เห็นว่าสามารถป้องกันการบาดเจ็บได้โดยไม่กระทบต่อความแม่นยำของการวัดความดันโลหิต ในบริบทของประเทศไทย การศึกษาของเบญจพร ปานมงคล และคณะ⁶ พบว่าการใช้วัสดุรองแขนก่อนพันถุงลมวัดความดันโลหิตสามารถลดการเกิดจุดเลือดออกใต้ผิวหนังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการศึกษาของโรงพยาบาลลำปางพบว่ากลุ่มที่ใช้กระดาษสารองแขนมีการเกิด severe petechiae เพียงร้อยละ 4 ขณะที่กลุ่มควบคุมพบร้อยละ 8 แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการใช้วัสดุรองในการลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ การศึกษาของมณีนรัตน์และคณะ⁷ ได้ศึกษาการใช้แผ่นฟิล์มถนอมอาหารพันแขนก่อนพันถุงลมวัดความดันโลหิต พบว่าสามารถป้องกันภาวะจุดเลือดออกใต้ผิวหนังได้ อย่างไรก็ตาม การศึกษาของพุ่มพวงและคณะ⁸ พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 12.5 รายงานอาการบวม คัน และมีผื่นแดงจากการใช้ฟิล์มถนอมอาหารดังกล่าว ซึ่งแสดงให้เห็นถึงข้อจำกัดของวัสดุชนิดนี้ในด้านความสะดวกสบายของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบว่า การศึกษาของ Jodaki และคณะ⁹ พบว่าผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดรอยฟกช้ำที่แขน จุดเลือดออกใต้ผิวหนัง การละเลยการดูแลถุงลมวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติได้รับความกังวลว่าก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจนำไปสู่ความไม่พึงพอใจและความไม่สะดวกสบายในผู้ป่วยที่มีสติ ดังนั้น การไม่วางถุงลมบนผิวหนังเปล่า และการพันถุงลมบน

เสื้อผ้าบางๆ ที่ไม่รบกวนการแผ่รังสีความดันโลหิต เป็นแนวทางปฏิบัติที่แนะนำเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว การศึกษานี้สนับสนุนแนวความคิดการใช้วัสดุรองเป็นมาตรการป้องกันที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย

แม้ว่า padding จะมีประสิทธิภาพในการป้องกันการบาดเจ็บของผิวหนังตามการศึกษาต่างๆ แสดงให้เห็น แต่ข้อจำกัดสำคัญคือราคาแพง ทำให้เกิดอุปสรรคในการนำมาใช้อย่างแพร่หลายในระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนที่มีงบประมาณจำกัด ในขณะที่ฟิล์มถนอมอาหารแม้จะมีราคาถูกกว่า แต่ก็ก่อให้เกิดปัญหาความอับชื้นและความไม่สะดวกสบายของผู้ป่วยตามการศึกษาพบ ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจนเกี่ยวกับการใช้วัสดุทางเลือกที่มีต้นทุนต่ำ มีประสิทธิภาพในการป้องกัน และสามารถลดอาการแทรกซ้อนจากความอับชื้นในการป้องกันการเกิดจุดเลือดออกใต้ผิวหนังจากการวัดความดันโลหิตในมารดาผ่าตัดคลอด การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งเน้นการศึกษาทางเลือกใหม่ที่เหมาะสมกับบริบทของการให้บริการในประเทศไทย โดยคณะผู้วิจัยได้สนใจที่จะศึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวและพัฒนารูปแบบวัสดุที่ใช้รองแขนให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้สำลีรองเพื่อป้องกันการเกิดจุดเลือดออกใต้ผิวหนังจากการวัดความดันโลหิตในมารดาผ่าตัดคลอดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังโรงพยาบาลกุมภวาปี โดยสำลีรองเป็นวัสดุที่เหลือใช้ในห้องผ่าตัด มีความนุ่มคล้ายกับ padding ซึ่งจากการศึกษาของ Archer และคณะ⁵ พบว่าวัสดุที่บางและอ่อนนุ่มสามารถลดอันตรายต่อผิวหนังได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้สำลีรองเฝือกยังมีศักยภาพในการลดปัญหาความอับชื้นของผู้รับบริการเมื่อเทียบกับฟิล์มถนอมอาหารที่การศึกษาของพุ่มพวงและคณะ⁸ พบว่าทำให้เกิดอาการรอบอ้าวและคัน การเลือกใช้สำลีรองเฝือกเป็นวัสดุในการศึกษาครั้งนี้มีเหตุผลสำคัญหลายประการ ประการแรก สำลี

รองเฝือกเป็นวัสดุที่มีอยู่แล้วในห้องผ่าตัดและมักเหลือใช้หลังการผ่าตัด จึงเป็นการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่าโดยไม่ต้องลงทุนเพิ่มเติม ประการที่สอง สำลีรองเฝือกมีคุณสมบัติที่นุ่มและมีความยืดหยุ่น ซึ่งคล้ายคลึงกับ padding ที่ Archer และคณะ⁵ ใช้ในการศึกษาและพบว่ามีประสิทธิภาพ ประการที่สาม วัสดุชนิดนี้มีความสามารถในการระบายอากาศได้ดีกว่าฟิล์มถนอมอาหาร จึงน่าจะลดปัญหาความอับชื้นที่พบในการศึกษาของพุ่มพวงและคณะ⁸

ผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลวิสัญญี โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดคลอดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง การลดการเกิดจุดเลือดออกใต้ผิวหนังจะช่วยลดภาวะวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งส่งผลต่อความพึงพอใจและความมั่นใจของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังเป็นการส่งเสริมการประยุกต์ใช้ทรัพยากรในหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยนำเอาวัสดุที่เหลือใช้มาสร้างประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการ อันจะนำไปสู่การพัฒนามาตรฐานการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทยและสามารถขยายผลไปใช้ในสถานพยาบาลอื่นๆ ได้อย่างกว้างขวาง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการเกิดจุดเลือดออกใต้ผิวหนังจากการวัดความดันโลหิตในมารดาผ่าตัดคลอดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังโรงพยาบาลกุมภวาปี ตามวัสดุกลุ่มใช้สำลีรองเฝือกกลุ่มใช้ฟิล์มถนอมอาหารและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบการเกิดจุดเลือดออกใต้ผิวหนังจากการวัดความดันโลหิตในมารดาผ่าตัดคลอดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังโรงพยาบาลกุมภวาปี ตามระยะเวลาที่กำหนด
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการใช้วัสดุ

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบหลายกลุ่มวัดเฉพาะหลังการทดลอง (Posttest- Only Nonequivalent Multiple group Design) กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาตั้งครรภ์ อายุ 18- 40 ปี ที่มารับบริการผ่าตัดคลอดใน โรงพยาบาลกุ่มกวาปี ระหว่างเดือน เมษายน 2568 ถึงเดือน ตุลาคม 2568 กำหนดเกณฑ์ในการคัดเข้า คัดออกดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

1. มารดาที่มีอายุครรภ์ครบกำหนด GA ≥ 37 สัปดาห์
2. มารดาผ่าตัดคลอดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง (Spinal block)
3. เป็น Case elective และ Emergency ที่ผ่าตัดในเวลาราชการ (08.00-16.00 น.)

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria)

1. มารดาที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (Hypertension) เบาหวาน (DM) สูบบุหรี่ (Heavy Smoking) มีความผิดปกติของเกล็ดเลือด Platelet $\leq 100,000$ (Thrombocytopenia) ใช้สเตียรอยด์เป็นประจำ (Chronic steroid Use) มีความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ (Hypo - Hyperthyroid)

2. มารดาที่ใช้สารเสพติด
3. มารดาที่มี BMI ≥ 35
4. มารดาที่ไม่ให้ความร่วมมือหรือไม่ยินยอม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบบันทึกอาการเกิดจุดเลือดออกใต้ผิวหนังจากการวัดความดันโลหิต ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและอ้างอิงจากแบบประเมินการเกิดจุดเลือดออกใต้ผิวหนัง จากผลการใช้นวัตกรรมทางการแพทย์เพื่อลดจุดเลือดออกใต้ผิวหนังในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจากการได้ยา

ระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนในโรงพยาบาลลำปาง⁶ ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ ผู้ป่วย, อายุครรภ์, BMI, จำนวนเกล็ดเลือด, แขนที่ใช้วัดความดันโลหิต, สัญญาณชีพแรกเริ่ม

ส่วนที่ 2 กลุ่มทดลอง

ส่วนที่ 3 เป็นแบบบันทึกอาการจุดเลือดออกใต้ผิวหนังจากการวัดความดันโลหิตที่เกิดขึ้นหลังการทดลอง ประกอบด้วย 2 ระดับ

ระดับ 1= ไม่เกิด (ผิวหนังปกติ)

ระดับ 2 = เกิด (ตั้งแต่ รอยยับ, รอยแดง, เกิด petechiae)

ส่วนที่ 4 อาการแทรกซ้อน (Complication) ของผู้รับบริการที่เกิดขึ้นหลังการใช้ชุดทดลอง

ส่วนที่ 5 ความพึงพอใจของผู้รับบริการหลังใช้ชุดทดลอง

ส่วนที่ 6 ความพึงพอใจของผู้ให้บริการหลังการใช้ชุดทดลอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบบันทึกอาการจุดเลือดออกใต้ผิวหนังจากการวัดความดันโลหิตในมารดาผ่าตัดคลอดที่ได้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง⁶ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นปรับปรุงให้เข้ากับบริบทงานวิจัย เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน โดยเป็นวิสัญญีแพทย์โรงพยาบาลกุ่มกวาปี 2 คน พยาบาลชำนาญการพิเศษ (วิสัญญีพยาบาล) โรงพยาบาลกุ่มกวาปี 1 คน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ซึ่งข้อคำถามแต่ละข้อเกี่ยวข้องกับความเหมาะสมต่อการนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้หากการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิพบว่า ข้อคำถามบางข้อต้องแก้ไขปรับปรุง เพื่อให้เป็นไปตามบริบทของพื้นที่ ผู้วิจัยจะดำเนินการแก้ไข ปรับปรุงก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง คำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence : IOC) โดยค่าที่คำนวณได้ในแต่ละข้อคำถามอยู่ระหว่าง 0.60 – 1.00

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

ขั้นก่อนทดลอง

1. ผู้วิจัยขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกุมภวาปี และทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุมภวาปี

2. ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยเพื่อหา กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และมีความสนใจรับฟังรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย

3. เมื่อผู้สนใจเข้าร่วมโครงการครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยทำการอธิบายความเป็นมาของปัญหา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนการพิทักษ์ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

4. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายกระบวนการวิจัย ขั้นตอนการทำกิจกรรมตามโปรแกรมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมสอบถามและตอบข้อสงสัยหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อคำถาม

ขั้นทดลอง

กลุ่มทดลอง

1.เมื่อมารดาที่อยู่ในกลุ่มเป้าหมายมาทำการ ผ่าตัดคลอด สมัครใจยินยอมเข้าร่วมทำการวิจัย ให้มารดานอนพักบนเตียงผ่าตัด อธิบายความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในการผ่าตัดครั้งนี้รวมทั้งการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดให้มารดาตั้งครรถ์ได้รับทราบ

2.monitor v/s ตามปกติ ได้แก่ EKG, Sop2, ความดันโลหิต

2.1 กลุ่มทดลองที่ 1 วัสดุรองแขนด้วยสำลีรองเฟือก โดยทำการพัน สำลีรองเฟือกความกว้างเท่ากับขนาดของถุงลมวัดความดันโลหิตด้วยสำลีรองเฟือก มีขนาด 4*4 นิ้ว พันกับแขนผู้ป่วยแบบ spiral ให้เรียบ 1 รอบ ตามหลักการวัดความดันโลหิต (โดยใช้ขนาดถุงลม Cuff BP ที่เส้นรอบวงมีขนาดเท่ากัน)

2.2 กลุ่มทดลองที่ 2 วัสดุรองแขนฟิล์มถนอมอาหาร โดยทำการพันแผ่นฟิล์มถนอมอาหาร ความกว้างเท่ากับขนาดของถุงลมวัดความดันโลหิตด้วย

วัสดุรองแขนฟิล์มถนอมอาหารกับแขนแบบspiral ให้เรียบ 1 รอบ ตามหลักการวัดความดันโลหิต (โดยใช้ขนาดถุงลม Cuff BP ที่เส้นรอบวงมีขนาดเท่ากัน)

3. ตั้งเวลาในการวัดความดันโลหิตเป็นทุก 1 นาที ตั้งแต่วิสัญญีแพทย์เริ่มทำการให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน (Spinal block) อย่างต่อเนื่องทุก 1 นาทีเป็นเวลาประมาณ 30 นาทีหรือจนกว่าทารก คลอด (แนวปฏิบัติของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2550) แล้วเปลี่ยนการตั้งเวลาในการวัดความดันโลหิตเป็นทุก 5 นาที จนกระทั่งสิ้นสุดการผ่าตัด

4. ใช้เครื่องวัดความดันโลหิตตัวเดียวกัน ซึ่งได้ผ่านการสอบเทียบ (calibration) จนเสร็จสิ้นการผ่าตัด และมีแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ, BMI, จำนวนเกล็ดเลือด, ตำแหน่งที่พัน, ระยะเวลาการผ่าตัด โดยวิสัญญีพยาบาลในห้องผ่าตัดเป็นผู้บันทึกตามระยะเวลาที่กำหนด คือ 30 นาที, 45 นาที, 60 นาที, หลังการผ่าตัด(ตามระยะเวลาในการผ่าตัดในแต่ละราย) ก่อนนำส่งไปยังห้องพักรักษา

กลุ่มควบคุม

1.เมื่อมารดาที่อยู่ในกลุ่มเป้าหมายมาทำการ ผ่าตัดคลอด สมัครใจยินยอมเข้าร่วมทำการวิจัย ให้มารดานอนพักบนเตียงผ่าตัด อธิบายความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในการผ่าตัดครั้งนี้รวมทั้งการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดให้มารดาตั้งครรถ์ได้รับทราบ

2.monitor v/s ตามปกติ ได้แก่ EKG, Sop2, ความดันโลหิตตามปกติ ตามหลักการวัดความดันโลหิต โดยไม่รองวัสดุใด ๆ ก่อนวัดความดันโลหิต (โดยใช้ขนาดถุงลม Cuff BP ที่เส้นรอบวงมีขนาดเท่ากัน)

3.ตั้งเวลาในการวัดความดันโลหิตเป็นทุก 1 นาที ตั้งแต่วิสัญญีแพทย์เริ่มทำการให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน (Spinal block) อย่างต่อเนื่องทุก 1 นาทีเป็นเวลาประมาณ 30 นาทีหรือจนกว่าทารก คลอด (แนวปฏิบัติของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2550) แล้วเปลี่ยน

การตั้งเวลาในการวัดความดันโลหิตเป็นทุก 5 นาที จนกระทั่งสิ้นสุดการผ่าตัด

4. ใช้เครื่องวัดความดันโลหิตตัวเดียวกัน ซึ่งได้ผ่านการสอบเทียบ (calibration) จนเสร็จสิ้นการผ่าตัด และมีแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ, BMI, จำนวนเกล็ดเลือด, ตำแหน่งที่พัน, ระยะเวลาการผ่าตัด โดยวิสัญญีพยาบาลในห้องผ่าตัดเป็นผู้บันทึกตามระยะเวลาที่กำหนด คือ 30 นาที, 45 นาที, 60 นาที, หลังการผ่าตัด (ตามระยะเวลาในการผ่าตัดในแต่ละราย) ก่อนนำส่งไปยังห้องพักฟื้นชั้นหลังการทดลอง วิสัญญีพยาบาลที่อยู่ในห้องผ่าตัดจะเป็นผู้บันทึกข้อมูลป่วย ประเมินการเกิดจุดเลือดออกโดยเปรียบเทียบกับลักษณะการเกิดจุดเลือดออกได้ผิวหนังตามแบบประเมิน ซึ่งจะประเมินผลที่ 30 นาที, 45 นาที, และ 60 นาที หลังการผ่าตัด (ตามระยะเวลาในการผ่าตัดในแต่ละราย) ซึ่งแบ่งลักษณะการเกิดจุดเลือดออกได้ผิวหนังเป็น 2 ระดับ คือ ระดับ 1 = ไม่เกิด (ผิวหนังปกติ) ระดับ 2 = เกิด (ตั้งแต่ รอยยับ, รอยแดง, เกิด petechiae) บันทึกในแบบประเมินการเกิดจุดเลือดออกบริเวณต้นแขนที่พันถุงลมนิรภัยวัดความดันโลหิต

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาประกอบด้วยจำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Chi-Square กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

จริยธรรมงานวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการยื่นขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี หมายเลขโครงการวิจัย KPEC 15/2568 โดยได้รับการรับรองเมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยมารดาตั้งครรภ์ที่มารับบริการผ่าตัดคลอดที่โรงพยาบาลกุมภวาปี จำนวนทั้งสิ้น 108 ราย แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มเท่าๆ กัน กลุ่มละ 36 ราย โดยกลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มที่ใช้สำลีรองเพื่อรองแขนก่อนวัดความดันโลหิต กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มที่ใช้ฟิล์มถนอมอาหารรองแขน และกลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มควบคุมที่ไม่ใช้วัสดุรองแขน กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มมีค่าเฉลี่ยอายุอยู่ระหว่าง 27-29 ปี ค่า BMI อยู่ในช่วง 28-30 kg/m² จำนวนเกล็ดเลือดอยู่ในช่วง 266-278 cells/ μ L และระยะเวลาการผ่าตัดอยู่ในช่วง 50-55 นาที ทั้งหมดมีอายุครรภ์มากกว่า 37 สัปดาห์ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มมีลักษณะที่เทียบเคียงกัน จึงทำให้สามารถเปรียบเทียบผลการใช้วัสดุรองแขนต่อการเกิดจุดเลือดออกได้ผิวหนังได้อย่างเหมาะสม

2. การเกิดจุดเลือดออกได้ผิวหนังของมารดาตั้งครรภ์จากการวัดความดันโลหิตในมารดาผ่าตัดคลอดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ที่มารับบริการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลกุมภวาปี

2.1 การเกิดจุดเลือดออกได้ผิวหนังของมารดาตั้งครรภ์จากการวัดความดันโลหิตในมารดาผ่าตัดคลอดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ที่มารับบริการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลกุมภวาปี จำแนกตามวัสดุที่ใช้

พบว่า ทุกกลุ่มมีการเปลี่ยนแปลงของสัดส่วนการเกิดจุดเลือดออกได้ผิวหนังตามช่วงเวลา 30 45 และ 60 นาทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ กลุ่มที่ใช้สำลีรองเฟือก ($\chi^2 = 36.334$, $p < 0.001$) กลุ่มที่ใช้ฟิล์มถนอมอาหาร ($\chi^2 = 28.222$, $p < 0.001$) และกลุ่มควบคุมที่ไม่ใช้วัสดุรองแขน ($\chi^2 = 19.186$, $p < 0.001$) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการเกิดจุดเลือดออกได้ผิวหนังจากการวัดความดันโลหิตมีแนวโน้มลดลงตามระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มที่ใช้สำลีรองเฟือกซึ่งมีค่าสถิติ Chi-Square สูงที่สุด แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการใช้วัสดุรองแขนในการป้องกันการเกิดจุด

เลือดออกใต้ผิวหนังโดยเฉพาะในช่วงเวลาหลังการผ่าตัดทันที

2.2 การเกิดจุดเลือดออกใต้ผิวหนังของมารดาตั้งครรภ์จากการวัดความดันโลหิตในมารดาผ่าตัดคลอดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ที่มารับบริการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลกุมภวาปี จำแนกเวลาหลังผ่าตัด

พบว่า เมื่อจำแนกตามชนิดวัสดุที่ใช้รองแขนที่ระยะเวลา 30 นาทีหลังการผ่าตัดมีความแตกต่างของสัดส่วนการเกิดจุดเลือดออกใต้ผิวหนังระหว่างกลุ่มที่ใช้สำลีรองเฝือก กลุ่มที่ใช้ฟิล์มถนอมอาหาร และกลุ่มควบคุมที่ไม่ใช้วัสดุรองแขนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 17.535$, $p = 0.0002$) โดยกลุ่มที่ใช้สำลีรองเฝือกมีสัดส่วนผู้ป่วยที่ไม่เกิดจุดเลือดออกสูงที่สุด (ร้อยละ 83.3) รองลงมาคือกลุ่มที่ใช้ฟิล์มถนอมอาหาร (ร้อยละ 66.7) และกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 36.1) ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ที่ระยะเวลา 45 นาที ($\chi^2 = 0.000$, $p = 1.0000$) และ 60 นาที ($\chi^2 = 0.568$, $p = 0.7526$) ไม่พบความแตกต่างของสัดส่วนการเกิดจุดเลือดออกใต้ผิวหนังระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. อาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังการใช้วัสดุรองแขนของมารดาตั้งครรภ์จากการวัดความดันโลหิตในมารดาผ่าตัดคลอดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ที่มารับบริการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลกุมภวาปี

พบว่า อาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการใช้วัสดุรองแขนมีน้อยมาก โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการแทรกซ้อนใดๆ คิดเป็นร้อยละ 88.8 อาการที่พบมากที่สุดคือคันที่ผิวหนัง พบร้อยละ 6.5 โดยพบในกลุ่มที่ใช้สำลีรองเฝือกมากที่สุด (ร้อยละ 11.4) รองลงมาคืออาการร้อนอบอ้าว พบร้อยละ 4.7 อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง 3 กลุ่ม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.238$) โดยกลุ่มที่ใช้สำลีรองเฝือกไม่มีอาการแทรกซ้อน ร้อยละ 83.3 กลุ่มที่ใช้ฟิล์มถนอมอาหารไม่มีอาการแทรกซ้อน ร้อย

ละ 86.1 และกลุ่มควบคุมไม่มีอาการแทรกซ้อน ร้อยละ 97.2 แสดงให้เห็นว่าการใช้วัสดุรองแขนทั้งสองชนิดมีความปลอดภัยและไม่ก่อให้เกิดอาการแทรกซ้อนที่เป็นปัญหา

4. ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการใช้การใช้วัสดุรองแขนของมารดาตั้งครรภ์ในการวัดความดันโลหิตในมารดาผ่าตัดคลอดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ที่มารับบริการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลกุมภวาปี

พบว่า มารดาส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับดีถึงดีมาก รวมกันคิดเป็นร้อยละ 88.8 โดยกลุ่มที่ใช้สำลีรองเฝือก มีความพึงพอใจในระดับดีมากสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.0 รองลงมาคือกลุ่มที่ใช้ฟิล์มถนอมอาหาร ร้อยละ 41.7 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 30.6 เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่าง 3 กลุ่ม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($p = 0.126$)

5. ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการใช้การใช้วัสดุรองแขนของมารดาตั้งครรภ์ในการวัดความดันโลหิตในมารดาผ่าตัดคลอดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ที่มารับบริการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลกุมภวาปี

พบว่า วิทยาลัยพยาบาลมีความพึงพอใจในการใช้วัสดุรองแขนทั้ง 3 กลุ่มไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าการใช้วัสดุรองแขนไม่ก่อให้เกิดความยุ่งยากในการปฏิบัติงานและเป็นที่ยอมรับของผู้ให้บริการ

6. การเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการใช้วัสดุ

พบว่า การใช้สำลีรองเฝือกมีประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิดจุดเลือดออกใต้ผิวหนังในช่วงเวลาหลังการผ่าตัดทันที (30 นาที) แต่ประสิทธิภาพดังกล่าวจะลดลงเมื่อเวลาผ่านไป และไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ระยะเวลา 45 และ 60 นาที ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการพันตัวตามธรรมชาติของผิวหนังหลังจากได้รับความกดทับจากเครื่องวัดความดันโลหิต ดังนั้นการใช้สำลีรองเฝือกหรือฟิล์มถนอมอาหารรองแขนก่อนวัดความ

ตันโลหิตสามารถลดการเกิดจุดเลือดออกได้ใกล้เคียงกันดีกว่าไม่พันวัสดุใดเลย แต่เนื่องจากสำลีรองแผลมีราคาที่สูงกว่าฟิล์มถนอมอาหารเล็กน้อย และมารดาส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับดีถึงดีมาก จึงมีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าการใช้สำลีรองแผลรองแขนก่อนวัดความดันโลหิตสามารถลดการเกิดจุดเลือดออกใต้ผิวหนังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับการไม่ใช้วัสดุรอง โดยเฉพาะในช่วง 30 นาทีแรกหลังการผ่าตัดซึ่งเป็นช่วงเวลาวิกฤตที่มีการวัดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องทุก 1 นาที ผลการศึกษาพบว่า ที่เวลา 30 นาทีหลังการผ่าตัดมีความแตกต่างของสัดส่วนการเกิดจุดเลือดออกใต้ผิวหนังระหว่างกลุ่มที่ใช้สำลีรองแผลและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสูงมาก ($\chi^2 = 14.781, p < 0.001$) โดยกลุ่มที่ใช้สำลีรองแผลมีสัดส่วนผู้ป่วยที่ไม่เกิดจุดเลือดออกใต้ผิวหนังสูงกว่ากลุ่มควบคุมถึง 2.3 เท่า (ร้อยละ 83.3 เทียบกับร้อยละ 36.1) และมีการเกิดจุดเลือดออกใต้ผิวหนังน้อยกว่าถึง 4 เท่า (ร้อยละ 16.7 เทียบกับร้อยละ 63.9) อย่างไรก็ตาม เมื่อเวลาผ่านไปถึง 45 นาที และ 60 นาทีหลังการผ่าตัด ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มที่ใช้สำลีรองแผลกับกลุ่มควบคุม ($p = 1.000$ ทั้งสองช่วงเวลา) โดยพบว่าสัดส่วนผู้ป่วยที่ไม่เกิดจุดเลือดออกใต้ผิวหนังในทั้งสองกลุ่มมีค่าใกล้เคียงกัน ที่เวลา 45 นาที (ร้อยละ 13.9 ทั้งสองกลุ่ม) และที่เวลา 60 นาทีที่กลุ่มควบคุมกลับมีสัดส่วนสูงกว่ากลุ่มสำลีรองแผลเล็กน้อย (ร้อยละ 63.9 เทียบกับร้อยละ 61.1) แสดงให้เห็นว่าประสิทธิภาพของสำลีรองแผลมีความโดดเด่นในช่วงเวลาหลังการผ่าตัดทันที แต่ประสิทธิภาพดังกล่าวจะลดลงเมื่อเวลาผ่านไป อาจเป็นผลมาจากการฟื้นตัวตามธรรมชาติของผิวหนังหลังจากได้รับความกดทับจากเครื่องวัดความดัน

โลหิต ซึ่งเกิดขึ้นได้ทั้งในกลุ่มที่ใช้วัสดุรองและกลุ่มที่ไม่ใช้วัสดุรอง

ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจพร ปานมงคล และคณะ⁶ ซึ่งพบว่าการใช้วัสดุรองแขนก่อนพันถุงลมวัดความดันโลหิตสามารถลดการเกิดจุดเลือดออกใต้ผิวหนังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการศึกษาของโรงพยาบาลลำปางพบว่ากลุ่มที่ใช้กระดาษสารองแขนมีการเกิด severe petechiae เพียงร้อยละ 4 ขณะที่กลุ่มควบคุมพบร้อยละ 8 อาจเกิดเนื่องจากการใช้วัสดุรองแขนก่อนการพันถุงลมวัดความดันโลหิตจะช่วยกระจายแรงกดจากถุงลมวัดความดันโลหิตไปยังพื้นที่ผิวหนังที่กว้างขึ้น ทำให้แรงกดต่อหน่วยพื้นที่ลดลงและช่วยปกป้องหลอดเลือดฝอยใต้ผิวหนังไม่ให้ได้รับแรงกดโดยตรงมากเกินไป ช่วยลดการเกิด petechiae hemorrhages โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ซึ่งมีภาวะความดันโลหิตลดลง ทำให้ผนังหลอดเลือดมีความเปราะบางมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Jeon YS และคณะ⁴ พบว่าภาวะหลอดเลือดฝอยในชั้นผิวหนังแตก สาเหตุแรกคือความดันในหลอดเลือดดำที่เพิ่มขึ้นระหว่างการพองตัวและแฟบของถุงลมวัดความดันโลหิต จึงควรพิจารณาใช้วัสดุรองบางๆ ระหว่างถุงลมวัดความดันโลหิตและผิวหนัง ผ้าฝ้ายบางๆ สามารถลดการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับถุงลมได้อย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Archer และคณะ⁵ พบว่าการใช้วัสดุรองมีความสัมพันธ์กับการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทั้งความถี่และความรุนแรงของการบาดเจ็บของผิวหนัง โดยมีค่านัยสำคัญทางสถิติและการศึกษาของ Jodaki และคณะ⁹ พบว่าผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดรอยฟกช้ำที่แขน จุดเลือดออกใต้ผิวหนัง การระคายเคือง แผลถุงลมวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติได้รับความกังวลว่าก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจนำไปสู่ความไม่พึงพอใจและความไม่สะดวกสบายในผู้ป่วยที่มีสติ ดังนั้น การไม่วางถุงลมบนผิวหนังเปล่า และการพันถุงลมบนเสื้อผ้าบางๆ ที่ไม่

รบกวนการเฝ้าระวังความดันโลหิต เป็นแนวทางปฏิบัติที่แนะนำเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1. ควรนำสำลีรองผิอกมาใช้เป็นมาตรฐานการดูแลในมารดาผ่าตัดคลอดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง โดยจัดเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมและฝึกอบรบบุคลากรให้มีความทักษะการใช้งานที่ถูกต้อง พร้อมขยายผลไปยังผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่ต้องวัดความดันโลหิตบ่อยครั้ง

2. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการครบทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ สร้างความตระหนักรู้แก่ทั้ง เจ้าหน้าที่ผู้ป่วยและญาติผ่านสื่อที่เข้าใจง่าย พร้อมติดตามประเมินผลอย่างสม่ำเสมอเพื่อความยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ขยายการศึกษาไปยังโรงพยาบาลและพื้นที่ต่างๆ รวมถึงผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงอื่นเช่นผู้ป่วยวิกฤตและผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด

โดยทำการศึกษาแบบหลายสถาบันเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือ

2. เปรียบเทียบวัสดุรองแขนชนิดต่างๆและศึกษาด้านต้นทุนประสิทธิผล พร้อมพัฒนานวัตกรรมใหม่โดยใช้เทคโนโลยีทันสมัยและทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ และอาสาสมัครกลุ่มตัวอย่าง ที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุมภวาปี และบุคลากรของโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ที่ได้ให้ความร่วมมือในการอำนวยความสะดวกและสนับสนุนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยหวังว่างานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจและสามารถนำไปพัฒนาเป็นแนวทางในการดูแลมารดาผ่าตัดคลอดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. Charuluxananan S, Thienthong S, Rungreungvanich M, Chanchayanon T, Chinachoti T, Suwannakorn K, et al.(2005) A survey of the Thai Anesthesia Incidents Study (THAI Study) of anesthetic outcomes in 163,403 cases. J Med Assoc Thai 2005;88(Suppl 7):S1-9.
2. ทะเบียนคลอด โรงพยาบาลกุมภวาปี.(2567). สถิติผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ปีงบประมาณ 2565-2567. อุดรธานี: โรงพยาบาลกุมภวาปี.
3. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย.(2550). แนวทางการให้บริการทางวิสัญญีวิทยา [อินเทอร์เน็ต]. 2550 [สืบค้นเมื่อ 24 กรกฎาคม 2554]. จาก: <http://www.md.chula.ac.th/rcat/guide/guide.pdf>
4. Jeon YS, Kim HK, Kwak HJ, Lee JY, Cho SP, Lim T, et al.(2010). The incidence of petechiae around the blood pressure cuff during spinal anesthesia. Korean J Anesthesiol 2010;59(2):99-103.
5. Archer C, Smith R.(2001). Skin injuries caused by non-invasive blood pressure monitoring in the perioperative period. Anaesthesia 2001;56(3):272-3.
6. เบญจพร ปานมงคล.(2559). ผลการใช้นวัตกรรมทางการพยาบาลเพื่อลดจุดเลือดออกใต้ผิวหนังในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจากการได้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนในโรงพยาบาลลำปาง. ลำปาง: กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลลำปาง.

7. มณีรัตน์ ธนนันต์, ดวงธิดา นนท์เหล่าพล, พุ่มพวง กิ่งสังวาล, ชัยชนะ สิ้นเกื้อกุล, วินิตา จีราระริน ศักดิ์.(2546). การป้องกันอันตรายต่อผิวหนังจากการวัดความดันโลหิตโดยใช้แผ่นฟิล์มถนอมอาหาร พันแซนก่อนพันถุงลมวัดความดันโลหิต. วิสัณณูสาร 2546;29(2):99-105.
8. พุ่มพวง กิ่งสังวาล, ดารณี ปราการกมานันท์, มณีรัตน์ ธนนันต์, ชัยชนะ สิ้นเกื้อกุล, วิมลรัตน์ กฤษณะประกรกิจ, ไกรवास แจ้งเสม, และคณะ.(2547). โลหิตและผลต่อผิวหนัง: เปรียบเทียบระหว่างการใช้กับไม่ใช้ แผ่นฟิล์มถนอมอาหารพันแซนก่อนพันถุงลมวัดความดันโลหิต. วิสัณณูสาร 2547;30(4):176-81.
9. Jodaki K, Masoumeh H, Asgari MR.(2024). Complications of automatic noninvasive blood pressure monitoring in ICU: a narrative review. Iran J Nurs 2024;37(1):1-12.

การศึกษาอุบัติการณ์การติดเชื้อจุลชีพที่พบในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ
สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง

The Study of the Incidence of Microbial Infections in Rayong Hospital in Honor of
Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn.

(Received: March 27,2026 ; Revised: March 31,2026 ; Accepted: April 4,2026)

อังสนา กระจำแจ้ง¹ เชษฐินี แสนศิริ¹, พรทิพย์ คำมุงคุณ¹
Angsana Krajarngiang¹, Chettinee Sansiri¹, Porntip Kummungkun¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาอุบัติการณ์การติดเชื้อจุลชีพ 2) วิเคราะห์อัตราการติดเชื้อจุลชีพและแนวโน้มของเชื้อ
ดื้อยา 3) เพื่อใช้ข้อมูลผลการศึกษาในการวางแผนแนวทางป้องกัน ควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลเฉลิม พระเกียรติสมเด็จพระเทพ
รัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective Descriptive
Research) รวบรวมข้อมูลจากรายงานผลการพบเชื้อแบคทีเรียของผู้มารับบริการที่บันทึกใน เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์จากโปรแกรม
HOSxP ของโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 –
31 ธันวาคม 2567 ทั้งหมด จำนวน 6,150 ตัวอย่าง และเลือกเฉพาะสิ่งส่งตรวจที่มีอุบัติการณ์สูงสุด 3 อันดับแรก เพื่อวิเคราะห์
แนวโน้มความไวต่อยาของเชื้อดื้อยา ดำเนินการระหว่าง กรกฎาคม- ธันวาคม พ.ศ. 2568 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่
จำนวน และร้อยละ

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 51.8) มีอายุเฉลี่ยในช่วงวัยทำงานและผู้สูงอายุ จากการ
วิเคราะห์สิ่งส่งตรวจทั้งหมด พบว่าประเภทสิ่งส่งตรวจที่พบมากที่สุดคือ ปัสสาวะ (ร้อยละ 28.03) เสมหะ (ร้อยละ 23.59) และเลือด
(ร้อยละ 22.57) ในด้านอุบัติการณ์เชื้อดื้อยา พบว่าเชื้อ *Escherichia coli* (ESBL) ในปัสสาวะ (ร้อยละ 50.16) ขณะที่เสมหะพบเชื้อ
Acinetobacter baumannii (MDR) ในสัดส่วนที่วิกฤตสูงถึงร้อยละ 56.77 สำหรับในเลือดพบกลุ่มเชื้อ *Staphylococcus hominis*
(MRCoNS) เป็นอันดับต้น (ร้อยละ 26.32) ในด้านความไวต่อยาด้านจุลชีพ พบว่า *E. coli* ในปัสสาวะมีความไวต่อยา Meropenem
ในระดับสูงอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 95.5-99.0) ขณะที่เชื้อในเสมหะมีแนวโน้มความไวต่อยาบางชนิดคงที่หรือลดลงเล็กน้อยในกลุ่มเชื้อ
ดื้อยาสำคัญ ซึ่งสรุปได้ว่าแนวโน้มอุบัติการณ์การติดเชื้อและรูปแบบการดื้อยายังคงมีความผันแปรตามชนิดของสิ่งส่งตรวจและ
ประเภทของเชื้อ

คำสำคัญ : การติดเชื้อในโรงพยาบาล, เชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ, อุบัติการณ์, ความไวต่อยา

Abstract

This study aimed to: 1) investigate the incidence of microbial infections; 2) analyze infection rates and trends
in antimicrobial resistance; and 3) utilize the findings to develop strategic guidelines for infection prevention and
control at Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn Medical Center, Rayong. This retrospective descriptive
research collected data from bacterial culture reports of patients recorded in the HOSxP electronic medical record
system between January 1, 2022, and December 31, 2024. A total of 6,150 samples were analyzed. The top three
specimens with the highest incidence were selected for further analysis of antimicrobial susceptibility trends. The
study was conducted from July to December 2025. Data were analyzed using descriptive statistics, including
frequencies and percentages.

The results revealed that the majority of the subjects were male (51.8%), with an average age falling within
the working-age and elderly populations. Analysis of all specimens showed that the most frequent specimen types

¹ นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ 2นักเทคนิคการแพทย์ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก โรงพยาบาลเฉลิม
พระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง

were urine (28.03%), sputum (23.59%), and blood (22.57%). Regarding the incidence of drug-resistant pathogens, *Escherichia coli* (ESBL) was predominantly found in urine (50.16%), while sputum exhibited a critical proportion of *Acinetobacter baumannii* (MDR) at 56.77%. In blood samples, *Staphylococcus hominis* (MRCoNS) was the most prevalent (26.32%). In terms of antimicrobial susceptibility, *E. coli* in urine maintained a consistently high sensitivity to Meropenem (95.5%–99.0%). Conversely, pathogens in sputum showed a stable or slightly declining sensitivity trend among key drug-resistant groups.

Keywords: Nosocomial infection, Antimicrobial resistance, Incidence, Drug susceptibility

บทนำ

การติดเชื้อในโรงพยาบาล (Hospital-acquired infections: HAIs) เป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ ความปลอดภัยของผู้ป่วย รวมถึงเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพโดยรวม¹ การเฝ้าระวังและวิเคราะห์อุบัติการณ์ของการติดเชื้อจึงเป็น กลยุทธ์สำคัญในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อจุลชีพในสถานพยาบาล² การดื้อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial Resistance: AMR) ถือเป็นหนึ่งในภัยคุกคามด้านสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก องค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่า หากไม่มีการควบคุมการดื้อยาอย่างจริงจัง ภายในปี ค.ศ. 2050 อาจมีผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อดื้อยาสูงถึง 10 ล้านคนต่อปีทั่วโลก³ ปัญหาดังกล่าวเกิดขึ้นจากการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างไม่เหมาะสม เช่น การใช้ยาเกินขนาด การใช้ยาโดยไม่จำเป็น หรือการหยุดยาไม่ครบ กระบวนการรักษา ซึ่งเอื้อต่อการเกิดเชื้อจุลชีพที่สามารถปรับตัวและดื้อยาได้ ภัยคุกคามจากการดื้อยาต้านจุลชีพ เป็นปัญหาที่มีมานานแต่เพิ่งเป็นประเด็นร้อนในช่วงไม่นานที่ผ่านมา เมื่อทุกประเทศทั่วโลกได้พบว่ายาต้านจุลชีพที่มีใช้ในปัจจุบันเริ่มใช้ไม่ได้ผล เนื่องจากเชื้อได้พัฒนาตัวเองให้ดื้อยาเพิ่มมากขึ้น ขณะที่การคิดค้นยาต้านจุลชีพชนิดใหม่ก็ลดลงจนแทบไม่มี ทำให้ทุกประเทศตกอยู่ในความเสี่ยงที่จะไม่มียาต้านจุลชีพที่ยังคงมีประสิทธิภาพใช้เมื่อมีการติดเชื้อดื้อยา สาเหตุหลักของการดื้อยาต้านจุลชีพเกิดจากการใช้ยาต้านจุลชีพที่มากเกินไป จำเป็นและใช้อย่างไม่เหมาะสมทั้งในคนและสัตว์ การป้องกันและควบคุมโรคและการติดเชื้อที่ไม่รัดกุม การปนเปื้อนของเชื้อดื้อยาและยาต้านจุลชีพ ใน

สิ่งแวดล้อม ปัจจัยเหล่านี้สามารถกระตุ้นให้เชื้อแบคทีเรียเกิดการดื้อยาที่ส่งผลกระทบในวงกว้างทั้งในคน สัตว์ อาหาร และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งข้ามพรมแดนระหว่างประเทศได้ทั่วโลก มีผู้เสียชีวิตจากการดื้อยาต้านจุลชีพประมาณปีละ 1.27 ล้านคน⁴ ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากการดื้อยาต้านจุลชีพประมาณปีละ 38,000 ราย สูญเสียทางเศรษฐกิจสูงกว่าปีละ 40,000 ล้านบาท⁵ หากไม่รีบแก้ปัญหา คาดว่า ในปี 2593 ทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตจากการดื้อยาต้านจุลชีพ สูงถึง 10 ล้านคน คิดเป็นการสูญเสียถึง 3,500 ล้านล้านบาท⁶

จากปัญหาการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาที่ได้ทวีความรุนแรงมากขึ้นและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประเทศไทยจึงได้มีการกำหนดแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564 โดยมีการกำหนดวิสัยทัศน์คือการป่วย การตาย และผลกระทบทางเศรษฐกิจที่เกิดจากเชื้อดื้อยาลดลง⁷ ซึ่งที่ผ่านมาประเทศไทยประสบความสำเร็จในระดับดี โดยสามารถลดการใช้ยาต้านจุลชีพในมนุษย์ได้ร้อยละ 33.6 และในสัตว์ได้ร้อยละ 39.3 ซึ่งเกินเป้าหมายที่ตั้งไว้ ทั้งนี้ได้มีการสานต่อยุทธศาสตร์ในฉบับที่ 2 พ.ศ. 2566-2570 ต่อไป โดยยังมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ตามแผนปฏิบัติการด้านการดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2566-2570 ที่มุ่งเน้นการลดความเสี่ยงและผลกระทบจากการดื้อยาต้านจุลชีพภายใต้ความร่วมมือของทุกภาคส่วน และจัดการปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพได้อย่างยั่งยืนภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว⁸

โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก ให้บริการด้านสุขภาพทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิแก่ประชาชนในเขตพื้นที่ มีผู้รับบริการจำนวนมากในแต่ละปี ห้องปฏิบัติการยังไม่สามารถตรวจเพาะเชื้อเองได้ ซึ่งจากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่ผ่านมา ยังพบปัญหาเรื่องการรายงานผลเพาะเชื้อซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม การรวบรวมข้อมูลเชิงสถิติและการวิเคราะห์เชิงลึกเกี่ยวกับอุบัติการณ์ การติดเชื้อจุลชีพที่เกิดขึ้นจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการกำหนดแนวทางการป้องกันควบคุม และปรับปรุงคุณภาพบริการ⁹ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมและข้อมูลที่เกี่ยวข้อง พบว่าที่ผ่านมากลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก ยังขาดการรวบรวมข้อมูลเชื้อแบคทีเรียและการวิเคราะห์ความไวต่อยาต้านจุลชีพของเชื้อแบคทีเรียที่ตรวจพบ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเพื่อนำผลการวิจัยที่ได้เป็นข้อมูลสำคัญที่จะสามารถใช้เพื่อประเมิน ติดตาม และควบคุมการติดเชื้อแบคทีเรียที่ดื้อต่อยาต้านจุลชีพ ในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง ต่อไปอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การติดเชื้อจุลชีพและเชื้อดื้อยา ในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง
2. เพื่อวิเคราะห์อัตราการติดเชื้อจุลชีพและแนวโน้มของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง
3. เพื่อใช้ข้อมูลผลการศึกษาในการวางแผนแนวทางการป้องกัน ควบคุมการติดเชื้อ ในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการเป็นการศึกษาวิจัยย้อนหลัง (Retrospective study) เพื่อศึกษาลักษณะและอุบัติการณ์ของการติดเชื้อจุลชีพ รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับชนิดของเชื้อจุลชีพที่ตรวจพบในผู้ป่วย วิเคราะห์อัตราการเกิดและเพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงแนวโน้มของการติดเชื้อจุลชีพการในโรงพยาบาล เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2565 – 31 ธันวาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ รายงานการส่งตรวจเพาะเชื้อแบคทีเรียของผู้มารับบริการตรวจรักษาที่บันทึกในเวชระเบียน อิเล็กทรอนิกส์ จากโปรแกรม HOSxP ของโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 – 31 ธันวาคม 2567 ทั้งหมด จำนวน 20,741 ตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ รายงานผลการพบเชื้อแบคทีเรียของผู้มารับบริการที่บันทึกในเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์จากโปรแกรม HOSxP ของโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง ซึ่งตรวจรักษาทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 – 31 ธันวาคม 2567 ทั้งหมด จำนวน 6,150 ตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) และเลือกเฉพาะส่งตรวจที่มีอุบัติการณ์สูงสุด 3 อันดับแรก เพื่อวิเคราะห์แนวโน้มความไวต่อยาของเชื้อก่อโรค

เกณฑ์การคัดเข้า 1) เป็นกลุ่มตัวอย่างส่งตรวจผลการเพาะเชื้อที่มีผลรายงานการตรวจวิเคราะห์การเพาะเชื้อทั้งหมด 2) เป็นเชื้อแบคทีเรียที่สามารถระบุชนิดได้ และมีข้อมูลความไวต่อยาปฏิชีวนะ (Antibiotic susceptibility) 3) ผู้ป่วยเป็นทั้งผู้ป่วยใน (IPD) หรือผู้ป่วยนอก (OPD) ที่มีสิ่งส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อ

เกณฑ์การคัดออก 1) สิ่งส่งตรวจที่ผลเพาะเชื้อไม่ชัดเจน หรือพบเชื้อปนเปื้อน (contaminants) โดยไม่มีการยืนยันซ้ำ 2) ผู้ป่วยที่มีผลเพาะเชื้อซ้ำซ้อนในช่วงเวลาสั้น (เช่น ภายใน 14 วัน) โดยเป็น

ชนิดเชื้อเดียวกันใช้นับเฉพาะครั้งแรกเพื่อป้องกันการนับซ้ำ 3) ข้อมูลไม่สมบูรณ์ หรือไม่สามารถระบุเชื้อเชื้อ หรือผลความไวต่อยาปฏิชีวนะไม่ได้

เครื่องมือใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลผลการเพาะเชื้อแบคทีเรีย เชื้อแบคทีเรียดื้อยาและผลการทดสอบความไวต่อยา ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยส่งเพาะเชื้อ ลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ประเภทผู้ป่วย เพศ อายุ แผนกที่ส่งตรวจ และประเภทสิ่งส่งตรวจ

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเชื้อแบคทีเรีย และเชื้อแบคทีเรียดื้อยาที่พบ ลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) โดยแบ่งเป็นส่วนที่ต้องบันทึกตามเชื้อแบคทีเรียที่พบ และส่วนของเชื้อแบคทีเรียดื้อยาที่พบ

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลผลการทดสอบความไวต่อยา (Sensitivity Test) ลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) ผลการทดสอบความไวต่อยา (Sensitivity Test) จำนวน 58 ชนิด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย การสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยได้ดำเนินการตามลำดับขั้นตอนดังนี้

1) นำแบบบันทึกข้อมูลที่ได้ปรับปรุง เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ซึ่งเป็นนักเทคนิคการแพทย์มีประสบการณ์ด้านงานเทคนิคการแพทย์มากกว่า 10 ปี เพื่อตรวจสอบความถูกต้องทางภาษา และความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ตรวจสอบโดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) และการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนำมาปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ จึงนำไปใช้ในการวิจัย ดังนี้

- ผลการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแบบบันทึกข้อมูลทั้งฉบับโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความเที่ยงตรงของเนื้อหาและความครอบคลุมของเนื้อหาของแบบบันทึก ค่า IOC ที่ได้เท่ากับ 0.85 จากนั้นปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

2) การตรวจสอบความเที่ยงของเนื้อหา (Reliability coefficient) ผู้วิจัยได้นำแบบบันทึกไปทดลองใช้ (try out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ตัวอย่าง ในโรงพยาบาลระยอง จังหวัดระยอง และตรวจหาความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ มีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ ทำหนังสือขออนุญาตและขอเข้าถึงข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์จากโปรแกรม HOSxP ของโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง ตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ.2540 เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการทำวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ตามลำดับดังนี้

- 1) ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย วิเคราะห์และนำเสนอโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ
- 2) ข้อมูลเชื้อแบคทีเรียชนิดเชื้อที่พบ วิเคราะห์และนำเสนอโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ
- 3) ข้อมูลเชื้อแบคทีเรียดื้อยาที่พบ วิเคราะห์และนำเสนอโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ
- 4) ข้อมูลผลการทดสอบความไวต่อยา วิเคราะห์และนำเสนอโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ

จริยธรรมการวิจัย ในการศึกษาครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง หมายเลข REC-RY No.32/2568

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์การติดเชื้อจุลชีพและเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง

1.1 ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยาม

บรมราชกุมารี ระยอง ปี พ.ศ. 2565 – 2567 พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.48 กลุ่มอายุ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 48.23 มีอายุเฉลี่ย 55.32 ปี (ค่าเฉลี่ย = 55.32, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 22.87) พบเชื้อก่อโรคที่ได้จากการเก็บตัวอย่างสิ่งส่งตรวจสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ปัสสาวะ ร้อยละ 28.03 เสมหะ ร้อยละ 23.59 และ เลือด ร้อยละ 22.57 ตามลำดับ

1.2 เชื้อก่อโรคที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อสูงสุด 5 อันดับแรก คือ *Escherichia coli* ร้อยละ 15.41 รองลงมา ได้แก่ *Klebsiella pneumoniae* ร้อยละ 10.70, *Pseudomonas aeruginosa* ร้อยละ 6.46 *Staphylococcus aureus* ร้อยละ 5.45 และ *Enterococcus faecalis* ร้อยละ 4.16 ตามลำดับ

2. วิเคราะห์อัตราการติดเชื้อจุลชีพและแนวโน้มของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง

2.1 เชื้อดื้อยาที่พบสูงสุด 5 อันดับแรก คือ *Escherichia coli* (ESBL) ร้อยละ 27.04 รองลงมา ได้แก่ *Acinetobacter baumannii* (MDR) ร้อยละ 22.58, *Klebsiella pneumoniae* (ESBL) ร้อยละ 7.17, *Staphylococcus haemolyticus* (MRCoNS) ร้อยละ 6.19 และ *Klebsiella pneumoniae* (CRE) ร้อยละ 5.86 ตามลำดับ

2.2 จากการวิเคราะห์ข้อมูลเฉพาะกลุ่มเชื้อดื้อยาที่พบในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง ปี 2565-2567 แยกตามประเภทสิ่งส่งตรวจจากสรุปผลการวิเคราะห์เชื้อดื้อยาแยกตามประเภทสิ่งส่งตรวจ ดังนี้

1) สิ่งส่งตรวจปัสสาวะ (Urine) เป็นประเภทสิ่งส่งตรวจที่พบเชื้อดื้อยาในปริมาณสูงที่สุด (319 รายการ) โดยเชื้อดื้อยาที่พบมากเป็นอันดับ 1 คือ *Escherichia coli* (ESBL) ซึ่งพบสูงถึง 160 รายการ หรือคิดเป็นร้อยละ 50.16 ของเชื้อดื้อยาในปัสสาวะทั้งหมด รองลงมาคือ *Acinetobacter baumannii*

(MDR) ร้อยละ 9.72 และ *Klebsiella pneumoniae* (ESBL) ร้อยละ 7.21 ตามลำดับ

2) สิ่งส่งตรวจเสมหะ (Sputum) พบเชื้อดื้อยาจำนวน 229 รายการ โดยมีอุบัติการณ์ของเชื้อดื้อยาที่รุนแรงคือ *Acinetobacter baumannii* (MDR) ซึ่งพบสูงถึง 130 รายการ หรือคิดเป็นร้อยละ 56.77 ซึ่งถือเป็นสัดส่วนที่สูงเกินกว่าครึ่งหนึ่งของเชื้อดื้อยาที่พบในระบบทางเดินหายใจ อันดับรองลงมาคือกลุ่มเชื้อดื้อยาคาร์บาพีนิม (CRE) ได้แก่ *Klebsiella pneumoniae* (CRE) ร้อยละ 11.79 และ *Klebsiella pneumoniae* (ESBL) ร้อยละ 11.35

3) สิ่งส่งตรวจเลือด (Blood/Hemo) พบเชื้อดื้อยาจำนวน 199 รายการ เชื้อที่พบมากที่สุดคือ *Escherichia coli* (ESBL) จำนวน 36 รายการ (ร้อยละ 18.09) อย่างไรก็ตาม ในสิ่งส่งตรวจเลือดมีลักษณะเด่นคือการพบเชื้อกลุ่ม Coagulase-negative Staphylococci ที่ดื้อยาเมทิซิลลิน (MRCoNS) ในสัดส่วนที่สูงเมื่อรวมกันหลายสายพันธุ์ โดยพบ *Staphylococcus hominis* (MRCoNS) รวมกลุ่มย่อยเป็นอันดับ 2 และ 3 ในสัดส่วนร้อยละ 14.57 และ 9.05 ตามลำดับ

4) สิ่งส่งตรวจหนองและแผล (Pus) พบเชื้อดื้อยาจำนวน 124 รายการ อันดับ 1 คือ *Escherichia coli* (ESBL) พบร้อยละ 25.81 อันดับ 2 คือ *Acinetobacter baumannii* (MDR) ร้อยละ 18.55 นอกจากนี้ยังพบเชื้อดื้อยาสำคัญในกลุ่ม Gram-positive คือ *Staphylococcus aureus* (MRSA) ร้อยละ 12.90 และ *Staphylococcus haemolyticus* (MRCoNS) ร้อยละ 12.90 ในสัดส่วนที่เท่ากัน

5) สิ่งส่งตรวจเนื้อเยื่อ (Tissue) แม้จะมีจำนวนรายการที่พบน้อยกว่ากลุ่มอื่น (18 รายการ) แต่พบว่าเชื้อ *Acinetobacter baumannii* (MDR) ยังคงเป็นเชื้อดื้อยาหลักที่พบมากที่สุดถึงร้อยละ 27.78 รองลงมาคือ *Escherichia coli* (ESBL) ร้อยละ 16.67

จากผลข้างต้น แสดงให้เห็นว่า ปัสสาวะเป็นแหล่งส่งตรวจที่พบเชื้อดื้อยาในเชิงปริมาณมากที่สุด โดยมี *E. coli* (ESBL) เป็นเชื้ออุบัติการณ์หลัก

ในขณะที่ เสมหะ เป็นแหล่งที่พบเชื้อดื้อยาที่มีความรุนแรงสูงคือ *A. baumannii* (MDR) ในสัดส่วนที่เข้มข้นที่สุด ข้อมูลเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงความหลากหลายและรูปแบบการดื้อยาที่แตกต่างกันในแต่ละระบบร่างกาย

2.3 การศึกษาสถานการณ์การดื้อยาของเชื้อก่อโรคในสิ่งส่งตรวจที่พบอุบัติการณ์สูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ สิ่งส่งตรวจที่เก็บตัวอย่างจาก ปัสสาวะ เสมหะ และเลือด โดยจากการศึกษาสถานการณ์การดื้อยาของเชื้อก่อโรคในสิ่งส่งตรวจจากปัสสาวะ (Urine) ของโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง ในช่วงระยะเวลา 3 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปีพุทธศักราช 2565 ถึง 2567 พบประเด็นสำคัญของเชื้อดื้อยา

แนวโน้มความไวของเชื้อก่อโรคที่ตรวจพบในปัสสาวะต่อยาต้านจุลชีพระหว่างปี พ.ศ. 2565–2567 พบว่า เชื้อก่อโรคส่วนใหญ่ยังคงมีความไวต่อยาปฏิชีวนะสำคัญในระดับดีถึงดีมาก โดยมีแนวโน้มแตกต่างกันในแต่ละชนิดเชื้อ ดังนี้ เชื้อ *Escherichia coli* ซึ่งเป็นเชื้อสาเหตุหลักของการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ มีความไวต่อยา Meropenem อยู่ในระดับสูงอย่างต่อเนื่อง โดยพบร้อยละ 100, 100 และ 92.3 ในปี พ.ศ. 2565, 2566 และ 2567 ตามลำดับ แสดงถึงประสิทธิภาพของยาในกลุ่ม Carbapenem ที่ยังคงเหมาะสมในการรักษา แม้ว่าจะมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยในปีล่าสุด สำหรับเชื้อ *Klebsiella pneumoniae* พบความไวต่อยา Meropenem อยู่ในระดับสูง โดยมีค่าร้อยละ 91.3, 97.3 และ 100 ตามลำดับ ขณะที่ความไวต่อยา Amikacin อยู่ในระดับสูงมากที่ร้อยละ 99.1, 96.4 และ 100 สะท้อนถึงประสิทธิภาพของยาที่ยังคงดีอย่างต่อเนื่อง เชื้อ *Pseudomonas aeruginosa* มีความไวต่อยา Meropenem อยู่ที่ร้อยละ 90.0, 94.9 และ 93.7 ตามลำดับ และมีความไวต่อยา Ceftazidime เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 88.1 ในปี 2565 เป็นร้อยละ 92.4 และ 96.8 ในปี 2566 และ 2567 แสดงแนวโน้มประสิทธิภาพของยาที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในทางตรงกันข้าม เชื้อ *Acinetobacter baumannii* มี

ความไวต่อยา Meropenem อยู่ในระดับต่ำ โดยพบร้อยละ 29.2, 24.6 และ 46.9 ตามลำดับ แม้จะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปีล่าสุด แต่ยังคงสะท้อนถึงสถานการณ์การดื้อยาที่รุนแรงเมื่อเทียบกับเชื้อชนิดอื่น

แนวโน้มความไวของเชื้อก่อโรคที่ตรวจพบในเสมหะ (Sputum) ต่อยาต้านจุลชีพระหว่างปี พ.ศ. 2565–2567 พบว่า เชื้อส่วนใหญ่ยังคงมีความไวต่อยาปฏิชีวนะสำคัญในระดับดีถึงดีมาก อย่างไรก็ตามพบความแตกต่างของแนวโน้มการดื้อยาในบางชนิดเชื้ออย่างชัดเจน เชื้อ *Klebsiella pneumoniae* ซึ่งเป็นเชื้อที่พบมากที่สุด ในเสมหะ มีความไวต่อยา Meropenem เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 91.3 ในปี 2565 เป็นร้อยละ 100 ในปี 2567 ขณะที่ความไวต่อยา Amikacin อยู่ในระดับสูงมากใกล้เคียงร้อยละ 100 ตลอดช่วงการศึกษา แสดงถึงประสิทธิภาพของยาที่ยังคงเหมาะสมในการรักษา สำหรับเชื้อ *Pseudomonas aeruginosa* พบว่าความไวต่อยา Meropenem อยู่ในระดับสูงอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 90.0–94.9) และความไวต่อยา Ceftazidime มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับจากร้อยละ 88.1 เป็นร้อยละ 96.8 สะท้อนถึงประสิทธิภาพของยาที่ดีขึ้น แม้ว่าจะพบจำนวนเชื้อเพิ่มขึ้นในช่วงปีหลัง ในทางตรงกันข้าม เชื้อ *Acinetobacter baumannii* มีความไวต่อยา Meropenem อยู่ในระดับต่ำ โดยพบร้อยละ 29.2 และ 24.6 ในปี 2565 และ 2566 ตามลำดับ ก่อนจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 46.9 ในปี 2567 แสดงถึงสถานการณ์การดื้อยาที่รุนแรงและมีความผันผวน จัดเป็นเชื้อที่ควรเฝ้าระวังเป็นพิเศษ เชื้อ *Escherichia coli* ยังคงมีความไวต่อยา Meropenem ในระดับสูง โดยพบร้อยละ 100 และ 92.3 ในปี 2566 และ 2567 ตามลำดับ สะท้อนถึงประสิทธิภาพของกลุ่มยา Carbapenem ในการรักษาการติดเชื้อจากเชื้อนี้ สำหรับเชื้อ *Staphylococcus aureus* พบความไวต่อยา Oxacillin ลดลงในปี 2566 ก่อนกลับเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100 ในปี 2567 ซึ่งบ่งชี้ถึงการเปลี่ยนแปลงของอุบัติการณ์เชื้อดื้อยา MRSA ที่ควรมีการติดตามอย่าง

ต่อเนือง ส่วนเชื้อ *Stenotrophomonas maltophilia* มีความไวต่อยา Levofloxacin อยู่ในระดับสูงและคงที่ซึ่งพบร้อยละ 81.3 และร้อยละ 100 ในปี 2565 และ 2566 โดยไม่พบแนวโน้มการดื้อยาที่สำคัญในช่วงเวลาที่ศึกษา

สรุปแนวโน้มโดยรวมพบว่าเชื้อก่อโรคในเสมหะส่วนใหญ่ยังคงตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะหลักได้ดี โดยเฉพาะกลุ่ม Carbapenem และ Aminoglycoside อย่างไรก็ตาม การดื้อยาของ *A. baumannii* และความผันผวนของ *S. aureus* เป็นประเด็นสำคัญที่ควรเฝ้าระวังและใช้ประกอบการกำหนดนโยบายการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล

การศึกษาศาณการณการดื้อยาของเชื้อก่อโรคในสิ่งส่งตรวจจากเลือด (Blood) ของโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ะยอง ในช่วงระยะเวลา 3 ปีย้อนหลังตั้งแต่ปีพุทธศักราช 2565 ถึง 2567 พบประเด็นสำคัญของเชื้อดื้อยาดังนี้

เชื้อ *Escherichia coli* (*E. coli*) มีความไวต่อยา Meropenem อยู่ในระดับสูงอย่างต่อเนื่อง โดยเพิ่มจากร้อยละ 95.8 ในปี 2565 เป็นร้อยละ 100 ในปี 2566 และ 2567 แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของยาที่ยังคงมีประสิทธิภาพที่ดีมากในการรักษาเชื้อชนิดนี้ ขณะที่ความไวต่อยา Amikacin อยู่ในระดับสูงใกล้เคียงร้อยละ 100 ตลอดช่วงการศึกษา สะท้อนถึงการดื้อยาที่ยังพบในระดับต่ำ สำหรับเชื้อ *Klebsiella pneumoniae* พบแนวโน้มความไวต่อยา Meropenem เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 92.9 ในปี 2565 เป็นร้อยละ 100 ในปี 2567 เช่นเดียวกับยา Amikacin ที่มีแนวโน้มดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยเพิ่มจากร้อยละ 87.5 เป็นร้อยละ 100 แสดงถึงการตอบสนองต่อการรักษาที่ดีขึ้น แม้ว่าจะพบจำนวนเชื้อเพิ่มขึ้นในช่วงปีหลัง ในส่วนของ *Acinetobacter baumannii* พบว่าความไวต่อยา Meropenem ที่มีความผันผวน โดยอยู่ที่ร้อยละ 50.0, 27.3 และ 57.1 ตามลำดับ ซึ่งสะท้อนปัญหาการดื้อยาที่ค่อนข้างสูง แม้ว่าจำนวนตัวอย่างจะไม่มี

มาก จึงควรเฝ้าระวังแนวโน้มการดื้อยาในอนาคตอย่างใกล้ชิด เชื้อ *Staphylococcus aureus* มีความไวต่อยา Oxacillin อยู่ในระดับสูงตลอดช่วงการศึกษา โดยอยู่ที่ร้อยละ 100, 93.3 และ 100 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าอุบัติการณ์ของเชื้อ MRSA อยู่ในระดับต่ำมากหรืออาจไม่พบในบางปี สำหรับเชื้อ *Burkholderia pseudomallei* พบว่ามีความไวต่อยา Ceftazidime ร้อยละ 100 ในทุกปีที่ศึกษา แสดงถึงประสิทธิภาพของยามาตรฐานที่ยังคงเหมาะสมสำหรับการรักษาโรคmelioidosis ในพื้นที่ศึกษา

เมื่อพิจารณาแนวโน้มความไวของเชื้อก่อโรคต่อยาต้านจุลชีพจากตัวอย่างปัสสาวะ เสมหะ และเลือด ระหว่างปี พ.ศ. 2565–2567 พบว่า เชื้อก่อโรคส่วนใหญ่ยังคงมีความไวต่อยาปฏิชีวนะหลักในระดับดีถึงดีมากอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะเชื้อแกรมลบที่พบบ่อย ได้แก่ *Escherichia coli* และ *Klebsiella pneumoniae* ซึ่งมีความไวต่อยากลุ่ม Carbapenem และ Aminoglycoside ในระดับสูงในทุกชนิดสิ่งส่งตรวจ สะท้อนถึงประสิทธิภาพของแนวทางการรักษาที่ใช้ในปัจจุบัน ขณะที่ *Pseudomonas aeruginosa* แสดงแนวโน้มความไวต่อยาค่อนข้างคงที่หรือดีขึ้นเล็กน้อย โดยเฉพาะต่อยา Meropenem และ Ceftazidime อย่างไรก็ตาม พบว่า *Acinetobacter baumannii* มีระดับความไวต่อยาต่ำและมีความผันผวนในทุกะบบตัวอย่าง สะท้อนปัญหาการดื้อยาหลายขนานซึ่งยังคงเป็นความท้าทายสำคัญทางคลินิก นอกจากนี้ เชื้อแกรมบวก เช่น *Staphylococcus aureus* มีแนวโน้มความไวต่อยาโดยรวมอยู่ในระดับดี แม้พบความผันผวนในบางปีที่อาจสัมพันธ์กับการเกิดเชื้อดื้อยาเป็นช่วง ๆ โดยสรุปผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าสถานการณ์การดื้อยาต้านจุลชีพของโรงพยาบาลยังอยู่ในระดับที่สามารถควบคุมได้ แต่จำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังแนวโน้มการดื้อยาอย่างต่อเนื่อง และสนับสนุนการดำเนินงานด้านการควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างสมเหตุผลเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดเชื้อดื้อยาในอนาคต

1) การพัฒนาระบบรายงานเชื้อดื้อยาโดยการแจ้งเตือนทันที (High Alert Notification) เมื่อห้องปฏิบัติการได้รับผลตรวจพบเชื้อดื้อยาสำคัญ เช่น CRE, XDR *A. baumannii*, หรือ MRSA ให้รายงานผลผ่านช่องทางด่วน เช่น ถ่ายรูปส่ง Line กลุ่มระบุหอผู้ป่วยและวันที่ เพื่อให้พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (ICN) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบทันที

2) การกำหนดเกณฑ์การแจ้งเตือน (Alert Criteria) การรายงานเชื้อดื้อยาที่สามารถระบุได้ว่าเชื้อชนิดไหนที่เป็น "เชื้อวิกฤต" ที่ต้องรายงานทันที เช่น Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae (CRE) โดยควรมีการส่งข้อความแจ้งเตือน (SMS/Notification) ไปยังทีมควบคุมการติดเชื้อ (IC) ทันทีที่ผลแล็บออก และการแจ้งเตือนในระบบสารสนเทศ (HIS) ของโรงพยาบาลโดย Pop up แจ้งเตือนเชื้อดื้อยาแก่จุดให้บริการที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สังเกตตัวผู้ป่วยและปรับยาได้ทันเวลา และไม่ต้องรอรอบการเดินเอกสารปกติ

3) การจัดทำรายงานสรุปสถานการณ์เชื้อดื้อยารายเดือน โดยการใช้ Antibigram สรุปรายหอผู้ป่วย ผ่านระบบ Dashboard เพื่อให้หน่วยงานและหอผู้ป่วยสามารถใช้ประโยชน์ได้

4) การใช้ข้อมูลจากผลการศึกษาเพื่อนำไปวางแผนของโรงพยาบาลในด้านต่างๆ ดังนี้ ด้านคลินิกลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ตรงกับเชื้อเร็วขึ้น ด้านการบริหารเพื่อลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายด้านยาที่ไม่ได้ผล ด้านนโยบายใช้ข้อมูลความชุกของเชื้อจากผลการศึกษาเป็นฐานในการสำรองยาปฏิชีวนะกลุ่มสำรองให้เพียงพอต่อความต้องการ

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาอุบัติการณ์การติดเชื้อจุลชีพที่พบในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 48.25 และมีอายุเฉลี่ย 55.32 ปี (SD =

22.87) สะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มหลักของการติดเชื้อในโรงพยาบาล และมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้นจากภาวะภูมิคุ้มกันลดลง โรคร่วมหลายชนิด และการใช้หัตถการทางการแพทย์บ่อยครั้ง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ทองเปลว และประภาพรณ¹⁰ ที่พบว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและมีภาวะแทรกซ้อนร่วมกับความเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างมาก นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับรายงานสถานการณ์การดื้อยาด้านจุลชีพของประเทศไทยที่ระบุว่ากลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญของการติดเชื้อรุนแรงและการเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยา⁷ ดังนั้น การกำหนดมาตรการ antimicrobial stewardship เฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ในด้านชนิดเชื้อก่อโรค ผลการศึกษาพบว่าเชื้อ *Escherichia coli* (15.4%) และ *Klebsiella pneumoniae* (10.7%) เป็นเชื้อที่พบบ่อยที่สุด สอดคล้องกับงานวิจัยของ จิราวรรณ กองจำปา¹¹ ที่พบว่าเชื้อในกลุ่ม *Enterobacteriaceae* เป็นสาเหตุสำคัญของการติดเชื้อในโรงพยาบาล เมื่อพิจารณากลุ่มเชื้อดื้อยา พบว่า *E. coli* ที่ผลิตเอนไซม์ ESBL มีสัดส่วนสูงที่สุด (27.1%) รองลงมาคือ *Acinetobacter baumannii* ชนิดดื้อยาหลายขนาน (22.6%) และ *K. pneumoniae* ชนิด ESBL และ CRE ตามลำดับ ผลดังกล่าวสะท้อนปัญหาการแพร่กระจายของเชื้อ ESBL ซึ่งเป็นปัญหาระดับโลกและได้รับการจัดลำดับความสำคัญในการเฝ้าระวังโดยองค์การอนามัยโลก⁴ การพบสัดส่วน ESBL ในระดับสูงอาจสัมพันธ์กับการใช้ยาปฏิชีวนะกลุ่ม cephalosporins ซึ่งจากรายงานสถานการณ์เฝ้าระวัง AMR ในประเทศไทยยังพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเชื้อในกลุ่มประกอบด้วย *Enterococcus faecium*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacter spp.* ยังเป็นปัญหาเชื้อดื้อยาที่สำคัญทั้งในระดับประเทศและทั่วโลก เมื่อพิจารณาความไวของเชื้อก่อโรคสำคัญต่อยาปฏิชีวนะ พบว่าเชื้อ *E. coli*

และ *K. pneumoniae* ยังคงมีความไวต่อยา Meropenem สูงกว่า 95% ในช่วงสองปีหลัง และมีความไวต่อ Amikacin เกือบร้อยละ 100 ซึ่งแสดงว่ายาในกลุ่ม Carbapenem และ Aminoglycoside ยังคงมีประสิทธิภาพในการรักษาการติดเชื้อรุนแรงในpatient อย่างไรก็ตาม ความไวที่คงที่เหล่านี้ยังคงต้องมีการเฝ้าระวัง เนื่องจากการพึ่งพา Carbapenem อย่างต่อเนื่องอาจเพิ่มปัจจัยแรงที่ทำให้เชื้อแบคทีเรียต้องปรับตัวและกลายพันธุ์ และส่งผลให้เกิดเชื้อดื้อยา carbapenem-resistant Enterobacteriaceae มากขึ้น ได้ตามการศึกษาในระดับประเทศชี้ให้เห็นถึงอัตราการดื้อ Carbapenem ที่เพิ่มขึ้นในบางภูมิภาคของประเทศไทย¹⁰ ในทางตรงกันข้าม เชื้อ *Acinetobacter baumannii* แสดงให้เห็นระดับความไวต่อ Meropenem ที่ต่ำมาก โดยบางช่วงต่ำกว่า ร้อยละ 30 ในตัวอย่างเสมหะ ซึ่งบ่งบอกถึงระดับ MDR (Multi-Drug Resistant) อย่างชัดเจน *A. baumannii* ถือเป็นเชื้อที่มีความยืดหยุ่นสูงและสามารถพัฒนาเป็นเชื้อดื้อยาได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มของจำนวนเชื้อดื้อยาที่รายงานในองค์กรเฝ้าระวังทั่วโลก ฐานข้อมูลระดับชาติและภูมิภาคยืนยันว่า *A. baumannii* เป็นหนึ่งในเชื้อดื้อยาที่มีความสำคัญสูงสุดและส่งผลกระทบรุนแรงต่อผลลัพธ์ทางคลินิกและต้นทุนด้านสุขภาพ¹⁰ การนำผลการวิจัยไปสู่การพัฒนาเชิงระบบ โดยมีการจัดทำระบบ High Alert Notification และ Antibigram Dashboard รายเดือน ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกแบบทันเวลา (timely clinical decision-making) และช่วยทำให้เกิดการเลือกจ่ายยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม นอกจากนั้นยังสนับสนุนการบูรณาการข้อมูลเชิงระบาดวิทยาไปสู่การปฏิบัติที่สอดคล้องกับการดำเนินงาน antimicrobial stewardship program ซึ่งมีงานวิจัยในไทยแจ้งว่าการมีระบบเช่นนี้จะช่วยเพิ่มความเหมาะสมในการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะและเสริมสร้างคุณภาพการรักษาได้อย่างมีนัยสำคัญ

อย่างไรก็ดี ผลการศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดบางประการ เช่น การวิเคราะห์เชิงพรรณนาเพียงอย่างเดียวทำให้ไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ รวมถึงเป็นการศึกษาในบริบทของโรงพยาบาลเดียว ซึ่งอาจลดความสามารถในการทั่วไปผลไปยังสถานการณ์ในระดับภูมิภาคหรือระดับประเทศ การศึกษาต่อไปควรพิจารณาขยายพื้นที่ศึกษา และใช้การวิเคราะห์เชิงอนุมานเพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยงเชิงสาเหตุของเชื้อดื้อยา โดยสรุปผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการติดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพในบริบทโรงพยาบาลยังคงเป็นปัญหาสำคัญ โดยเฉพาะเชื้อ *E. coli* แบบ ESBL และ *A. baumannii* ที่มีการดื้อยาหลายขนาน แม้ว่าเชื้อบางชนิดจะยังคงไวต่อยา Meropenem และ Amikacin อย่างไรก็ตาม การพัฒนาเฝ้าระวังการจัดทำ antibiogram และการให้ความสำคัญกับ antimicrobial stewardship program ถือเป็นกลไกสำคัญในการรักษาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและลดผลกระทบจาก AMR อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเชื้อดื้อยากับผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น อัตราการเสียชีวิต ระยะเวลาอนโรพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษา
2. ควรมีการวิเคราะห์ข้อมูลแยกตามหน่วยงานหรือระดับความรุนแรงของผู้ป่วย เพื่อให้ได้แนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น
3. ควรพัฒนาการศึกษาแบบ prospective study เพื่อประเมินผลของมาตรการ antimicrobial stewardship ต่อแนวโน้มการดื้อยา
4. ควรศึกษาแนวโน้มเชื้อดื้อยาร่วมกับข้อมูลการใช้ยาปฏิชีวนะ (antibiotic consumption data) เช่น Defined Daily Dose (DDD) เพื่ออธิบายความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้ชัดเจนยิ่งขึ้น
5. ควรขยายการศึกษาในระดับเครือข่ายโรงพยาบาลหรือระดับจังหวัด เพื่อเปรียบเทียบสถานการณ์ AMR ในระดับพื้นที่และสนับสนุนนโยบายสุขภาพระดับเขต

เอกสารอ้างอิง

1. Kubde D, Badge AK, Ugemuge S, Shahu S.(2023). Importance of hospital infection control. Cureus. 2023;15(12):e50931. doi: 10.7759/cureus.50931.
2. National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) System.(2004). National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) System report: data summary from January 1992 through June 2004. Am J Infect Control. 2004;32(8):470-85.
3. World Health Organization.(2015). Global antimicrobial resistance surveillance system: manual for early implementation [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 [cited 2026 Mar 27]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549400>
4. World Health Organization.(2023). Global antimicrobial resistance and use surveillance system (GLASS) report 2023 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2026 Mar 27]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240073555>
5. คณะกรรมการประสานงานนโยบายแผนยุทธศาสตร์ชาติว่าด้วยการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ.(2566). แผนยุทธศาสตร์ชาติว่าด้วยการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ พ.ศ. 2566–2570 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 มี.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://amrthailand.net/Home/Plan_Strategy
6. กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ.(2564). แนวทางการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อลดการดื้อยาต้านจุลชีพในชุมชน. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2564;23(2):15-28. เข้าถึงได้จาก: <https://env.anamai.moph.go.th/>
7. กรมควบคุมโรค.(2565). รายงานสถานการณ์การดื้อยาต้านจุลชีพของประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 มี.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th>
8. คณะกรรมการประสานงานนโยบายแผนยุทธศาสตร์ชาติว่าด้วยการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ.(2566). แผนยุทธศาสตร์ชาติว่าด้วยการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ พ.ศ. 2566–2570 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 มี.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://amrthailand.net/Home/Plan_Strategy
9. อัคราภร เกษมสายสุวรรณ, ธัญญา เขียวบางยาง, ดวงฤทัย กุหลาบเพ็ชร และจิลาวัลย์ เมฆจันทร์.(2565). สถานการณ์การดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลและในชุมชนของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ระหว่างปี พ.ศ. 2560–2562 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สถาบันโรคทรวงอก; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 27 มี.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://www.ccit.go.th/document_upload/research/2565/1.pdf
10. Tuamsuwan K, Chamawan P, Boonyarit P, Srisuphan V, Klaytong P, Rangsiwutisak C, et al.(2024). Frequency of antimicrobial-resistant bloodstream infections in 111 hospitals in Thailand, 2022. J Infect. 2024;89(4):106249. doi: 10.1016/j.jinf.2024.106249.
11. จิรวรรณ กองจำปา.(2568). อุบัติการณ์การติดเชื้อในกระแสเลือดจากเชื้อแบคทีเรียเฝ้าระวัง 8 ชนิด ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา การแพทย์ และสุขภาพ. 2568;10(4):888-99. เข้าถึงได้จาก: <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/291261>

พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านอาเยาะ ตำบลบัวโคก
อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์

Development of Diabetes care model by the participation of community. In Ban Ban
Ayah, Buakok Sub-District, Thatum District, Surin Province.

(Received: April 14,2026 ; Revised: April 19,2026 ; Accepted: April 23,2026)

เนตรดาว ควรคง¹
Netdow Kuarnkong¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านอาเยาะ ตำบลบัวโคก อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์ โดยใช้เทคนิค วงจร PAOR พื้นที่วิจัยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คือ บ้านอาเยาะ ตำบลบัวโคก อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์ ที่มีอัตราป่วยโรคเบาหวานสูงที่สุดในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโสมน ปี 2566 กลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยเบาหวานกับผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และกลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน จำนวน 74 คน ทำการวิจัยระหว่าง 1 กันยายน 2568 – 15 ธันวาคม 2568 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In -depth Interviews) แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และกลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน เก็บข้อมูลโดยทีมนักวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ สถิติที่ใช้ คือ สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์ ใช้การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยโดยสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า หลังการวิจัย ผู้ป่วยเบาหวาน มีความรู้ มีการปฏิบัติตัว ได้รับการสนับสนุน และมีความพึงพอใจในการพัฒนารูปแบบการดูแลเพิ่มมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ค่าระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวาน (ค่า Dtx) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มีความรู้ และให้การสนับสนุนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และ ภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนมีความรู้ และให้การสนับสนุนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลโรคเบาหวาน, การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

This research is a participatory action research. Purpose for Development of Diabetes care model by the participation of community. In Ban Ayah, Buakok Sub- District, Thatum District, Surin Province. Using participatory action research by techniques PAOR. The research area used purposive sampling method in Ban Ayah, Buakok Sub- District, Thatum District, Surin Province because the highest rate of diabetes in Ban Samon Sub- District Health Promoting Hospital in 2022. The sample group selected by purposive method and voluntarily participate in the research. The sampling consisted of 3 groups: patients, diabetic caregivers and community health network partner total of 74 sampling. Conducted research during 1 September 2025 – 15 December 2025. The research tool were used tools for developing diabetes care models including in -depth Interviews and focus group discussion. And data collection tools, such as an interview form with diabetes patients, diabetic caregivers and community health network partner. Data collected by research team. The statistics were used descriptive statistics such as percentage, mean and standard deviation. and analytical statistics The statistical comparative analysis of mean difference was used paired t-test.

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโสมน อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์

The results of the research found that diabetes patients gained more knowledge, practices, support and satisfaction from the care model development in a statistically significant manner (p -value <0.001). HbA1c results of patients showed better in a statistically significant manner (p -value <0.05). The caregivers of diabetes patients type 2 gained knowledge and render support to the patients increasingly in a statistically significant manner (p -value <0.001). The community leaders gained knowledge and render support to the patients type 2 better in a statistically significant manner (p -value <0.001)

Keyword: Diabetes care model, Community participation.

บทนำ

โรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศทั่วโลก เป็นสาเหตุ ทำให้เกิดการป่วยและตายก่อนวัยอันสมควร จากภาวะแทรกซ้อนต่อตา ไต ระบบประสาท หัวใจและหลอดเลือด สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย¹ พบว่า ในปี 2566 ประชากรไทยวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวานถึง 4.80 ล้านคน และมักเกิดภาวะแทรกซ้อนเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ทำให้อัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานในเมืองไทยมีมากถึง 200 รายต่อวัน สถานการณ์ในจังหวัดสุรินทร์ จากข้อมูล Health Data Center (HDC) ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์² พบว่า มีอัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มขึ้นทุกปี คือ ในปี 2564, 2565 และ 2566 มีอัตราป่วยต่อแสนประชากร คิดเป็น 6,135.40, 6,497.52 และ 6,864.32 ตามลำดับ และอัตราตายต่อแสนประชากร คิดเป็น 167.79, 190.10 และ 221.02 ตามลำดับ และอำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์ มีอัตราป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อแสนประชากร คิดเป็น 6,449.21, 6,882.85 และ 7,302.51 ตามลำดับ และอัตราตายต่อแสนประชากร คิดเป็น 158.24, 180.24 และ 208.82 ตามลำดับ ตามลำดับ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโสมน มีรายงานผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี 2564, 2565 และ 2566 พบผู้ป่วย จำนวน 118, 130 และ 147 คน ตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนประชากร 2,931.68, 3,170.73 และ 3,549.01 ตามลำดับ และอัตราตาย คิดเป็น 49.68, 92.56 และ 120.71 ตามลำดับ ซึ่งจากข้อมูลจะเห็นได้ว่าพื้นที่มีจำนวน

อัตราป่วยอัตราตาย และภาวะโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเสียชีวิตก่อนวัยอันควรที่ต้องได้รับการแก้ไขปัญห

ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโสมนที่ผ่านมา พบปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน คือ ผู้ป่วยเบาหวานขาดความรู้ ความสนใจในการดูแลตนเอง และมีพฤติกรรมการใช้บริโภคที่ไม่ถูกต้อง ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานและชุมชน ยังขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ถูกต้อง ดังนั้นผู้วิจัยสนใจจะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมชุมชนในพื้นที่นำร่องหมู่บ้านที่มีอัตราป่วยโรคเบาหวานสูงที่สุดในเขตรับผิดชอบ และศึกษาถึงผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมชุมชน ดังกล่าว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านอาเยะ ตำบลบัวโคก อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาความรู้ในเรื่องโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ดูแล ผู้ป่วยเบาหวาน และภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน

2.2 เพื่อศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

2.3 เพื่อศึกษาการสนับสนุนผู้ป่วยเบาหวานของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน

2.4 เพื่อศึกษาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

2.5 เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวาน ต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้ป่วยเบาหวานผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และภาคีเครือข่ายสุขภาพ มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เพิ่มขึ้น หลังจากได้รับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

2. ผู้ป่วยเบาหวานสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเป็นประจำมากขึ้น หลังจากได้รับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

3. ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และภาคีเครือข่ายสุขภาพ ให้การสนับสนุนผู้ป่วยเบาหวาน เพิ่มขึ้น หลังจากได้รับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

4. ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น หลังจากได้รับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

5. ผู้ป่วยเบาหวานมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมชุมชน โดยใช้วงจร PAOR ซึ่งชุมชนที่ศึกษา คือ บ้านอาเยะ อำเภوتاตุม จังหวัดสุรินทร์ ศึกษาระหว่าง วันที่ 1 กันยายน 2568 – 15 ธันวาคม 2568 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 32 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

จำนวน 32 คนและกลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน จำนวน 10 คน รวมทั้งสิ้น 74 คน โดยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สถิติที่ใช้ คือ สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์ ใช้การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยโดยสถิติ Paired t-test

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับสำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลที่ได้จากระยะเตรียมการวิจัย

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน การสนทนากลุ่มกับผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และกลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน พบปัญหาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน โดยปัญหาด้านผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยขาดความตระหนักถึงการดูแลสุขภาพตนเอง และมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมในด้านการควบคุมอาหารและเครื่องดื่ม การออกกำลังกาย การรักษาโรคเบาหวาน การไม่ใช้อย่างต่อเนื่อง ขาดการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การดูแลสุขภาพจิตมีความเครียดจากปัญหาในครอบครัวขาดผู้ดูแลเอาใจใส่และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยผู้ดูแลไม่ได้ให้การสนับสนุนในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องแก่

ผู้ป่วยในครอบครัวในด้านการควบคุมอาหารและ เครื่องดื่ม การออกกำลังกาย การรักษา โรคเบาหวาน การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การดูแลสุขภาพจิต และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยผู้ดูแลคิดว่าผู้ป่วยเบาหวานก็เป็นคนธรรมดา ไม่มีอะไรที่ต้องดูแลเอาใจใส่ เพราะผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จึงไม่ให้ความสนใจเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเบาหวาน ปัญหาด้านการดูแลในชุมชนพบว่า ชาตองค์ประกอบในการสนับสนุน การส่งเสริมการออกกำลังกาย ขาดการมีปฏิสัมพันธ์ และการสื่อสารเกี่ยวกับโรคเบาหวานในชุมชน หลังจากมีการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับ โรคเบาหวาน ในชุมชน ส่งผลให้ชุมชนได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ สถานการณ์โรคเบาหวานมากขึ้น แต่ชุมชนยัง ไม่มีนโยบายและแผนงานที่สนับสนุนด้านงบประมาณ ในการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน

2. ผลที่ได้จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยครั้งนี้การประยุกต์เอาเทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม วงจร PAOR มาใช้ในการวิจัย ได้ดำเนินการตามลำดับขั้นตอน PAOR ทำให้ได้โครงการที่แก้ไขปัญหาทั้งหมด 3 โครงการ คือ 1) โครงการส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมสุขภาพสำหรับ ผู้ป่วยเบาหวาน 2) โครงการเพื่อนช่วยเพื่อน และดำเนินการตามโครงการระหว่าง 1 กันยายน 2568 – 15 ธันวาคม 2568 ทำให้การวิจัยครั้งนี้รูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน และเหมาะสมที่จะเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในการประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป เพราะผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยมีบทบาทหน้าที่ที่ครอบคลุมในทุกด้านของการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การมีส่วนร่วมที่เข้มแข็ง ทั้งในด้านการให้ข้อมูล ความร่วมมือในการวิเคราะห์สภาพปัญหา การวางแผนออกแบบ แก้ไขปัญหา ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม และความร่วมมือในการร่วมประเมินติดตามผลการดำเนินงาน ซึ่งความร่วมมือที่เข้มแข็งเช่นนี้จะนำไปสู่ความต่อเนื่องและยั่งยืน ทำให้การออกแบบ

กิจกรรมมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับการแก้ไข้ปัญหา

3. ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านอาเยาะ ตำบลบัวโคก อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์ ผลการวิจัย พบว่า

3.1 ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 65.60 มีอายุ ระหว่าง 50-54 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.80 ($\bar{X}$ = 52.09, S.D. = 5.03) อายุต่ำสุด 40 ปี อายุสูงสุด 75 ปี สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 81.30 ระดับการศึกษาสูงสุด ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 93.70 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 71.90 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 0-2,000 บาท คิดเป็น ร้อยละ 56.30 ผู้ป่วยเบาหวาน ในการศึกษาครั้งนี้ป่วยเป็นเบาหวานมาแล้ว 2-25 ปี ส่วนใหญ่ ป่วยมาแล้ว 5-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.80 ($\bar{X}$ = 9.22, S.D. = 5.68) ผู้ป่วยทุกคนได้รับการดูแลจาก สมาชิกในครอบครัว มีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 56.3 รักษาโรคเบาหวานด้วยการกินยา ร้อยละ 96.90 และรายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอต่อรายจ่ายทุกเดือน ร้อยละ 50.00

ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 53.10 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.30 ($\bar{X}$ = 47.81, S.D. = 12.93) อายุต่ำสุด 16 ปี อายุสูงสุด 73 ปี สถานภาพสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 87.50 ระดับการศึกษาสูงสุดประถมศึกษาคิดเป็น ร้อยละ 78.10 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 65.70 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 0-2,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 75.00 และรายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอต่อรายจ่ายบางเดือน คิดเป็นร้อยละ 43.70

กลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน เป็นเพศชายและเพศหญิง จำนวนเท่ากัน คือ 5 คน ส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 70.00 ($\bar{X}$ = 53.60, S.D. = 5.10) อายุต่ำสุด 48 ปี อายุสูงสุด 65 ปี ทุกคนมีสถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษาสูงสุดประถมศึกษา ร้อยละ 70.00 ส่วนใหญ่ประกอบ อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 80.00 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 0-2,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 40.00 และรายได้ ของครอบครัวเพียงพอต่อรายจ่ายทุกเดือน ร้อยละ 40.00

ผลการวิจัย พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้ป่วยเบาหวาน มีความรู้ มีการปฏิบัติตัวได้รับการสนับสนุน และมีความพึงพอใจในการพัฒนาแบบการดูแลเพิ่มมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วย (ค่า Dtx) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มีความรู้ และให้การสนับสนุนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) และภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนมีความรู้ และให้การสนับสนุนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001)

3.2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดย การมีส่วนร่วมของชุมชน

ผลการวิจัยได้ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ดังนี้

3.2.1 รูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ ผู้ป่วยต้องตระหนักถึงการดูแลสุขภาพตนเองในด้านการควบคุมอาหารและ เครื่องดื่ม การออกกำลังกาย การรักษาโรคเบาหวาน การดูแลสุขภาพจิต และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น โดย การปฏิบัติตัวในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ลดภาวะเสี่ยงต่อโรคของตัวเองให้มากขึ้น

3.2.2 รูปแบบการดูแลในครอบครัวได้แก่ ผู้ดูแลกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความ

ตระหนักในการดูแลตนเอง โดยการดูแลด้านการควบคุมอาหารและเครื่องดื่ม การออกกำลังกาย การรักษาโรคเบาหวาน การดูแลสุขภาพจิต และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโดยให้ผู้ดูแลใช้เวลาว่างร่วมทำกิจกรรมกับผู้ป่วย เช่น การออกกำลังกาย การให้กำลังใจ ยกย่องชมเชยผู้ป่วยและการดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมากขึ้น

3.4.3 รูปแบบการดูแลในชุมชน ชุมชนมีนโยบายในการสนับสนุนผู้ป่วยเบาหวานมากขึ้น คือ มีการสนับสนุนองค์ประกอบในการส่งเสริมการออกกำลังกาย ได้แก่ การจัดหาสถานที่ออกกำลังกาย การจัดตั้งกลุ่ม การคัดเลือกผู้นำกิจกรรมการออกกำลังกาย การมีปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ ให้ความรู้และกิจกรรมทาง หอกระจายข่าว ทุกสัปดาห์ แก่นำติดตามเยี่ยมให้กำลังใจผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแล แนะนำการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยเบาหวานเบื้องต้น

สรุปและอภิปรายผล

1.กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน

1.1 ความรู้ผู้ป่วยเบาหวาน

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ผลการวิจัยพบว่า ภาพรวมผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเบาหวานอยู่ในระดับมาก ก่อนการพัฒนา พบว่า มีคะแนน เฉลี่ยอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 62.50 ($\bar{X}$ = 10.09, S.D. = 1.86, Max = 12, Min = 6) หลังการ พัฒนาพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 100.00 ($\bar{X}$ = 11.72, S.D. = 0.63, Max = 12, Min = 10) การเปรียบเทียบระดับความรู้ก่อนและหลังการพัฒนาผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษา สรลรัตน์ พันธสินทวีสุข (2551)³ วิรัช ภูามะมา⁴ นวพร ทุมแถว⁵ และ สอดคล้องกับ นิทยา บุตรอำคา และคณะ⁶ ที่พบว่า หลังการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบมีส่วนร่วม ทำให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

เพิ่มขึ้นอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ผลการวิจัย พบว่า ก่อน การพัฒนาผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับพอใช้ หรือมีการปฏิบัติบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 53.10 ($\bar{X} = 2.39$, S.D. = 0.25, Max = 2.89, Min = 1.89) หลังการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานทุกคน ร้อยละ 100.00 มีคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง อยู่ในระดับดีหรือปฏิบัติเป็นประจำ ($\bar{X} = 2.99$, S.D. = 0.20, Max = 2.93, Min = 3.00) และจากการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยเบาหวาน มีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้ถูกต้องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$, 95%CI = 0.51-0.69) สอดคล้องกับการศึกษาของ สรลรัตน์ พันธุ์สินทวีสุข³ วิรัช ภูามะมา⁴ นวพร ทุมแถว⁵ และสอดคล้องกับ นิตยา บุตรอำคา และคณะ⁶ ที่วิจัยพบว่าหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบมีส่วนร่วม มีการปฏิบัติตัวหรือมีพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มสูงขึ้นก่อนการพัฒนาอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ

1.2 การได้รับการสนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานจากผู้ดูแลและกลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน

การได้รับการสนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย เบาหวานจากผู้ดูแลก่อนการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยเบาหวาน ได้รับการสนับสนุนโดยการให้ คำแนะนำการดูแลสุขภาพตนเอง จากผู้ดูแล อยู่ในระดับปานกลางหรือได้รับคำแนะนำเป็นบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 50.00 ($\bar{X} = 2.34$, S.D. = 0.36, Max = 2.89, Min = 1.74) หลังการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วย เบาหวานได้รับการสนับสนุนโดยการให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพตนเอง จากผู้ดูแล เพิ่มขึ้นอยู่ใน ระดับมากหรือ

ได้รับคำแนะนำเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 100.00 ($\bar{X} = 2.99$, S.D. = 0.02, Max = 3.00, Min = 2.93) และจากการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านการได้รับการ สนับสนุนโดยการแนะนำ ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยเบาหวาน มีระดับการได้รับการ สนับสนุนจากผู้ดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$, 95%CI = 0.52-0.78) การได้รับการสนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย เบาหวาน จากกลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ก่อนการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยเบาหวาน ได้รับการสนับสนุนโดยการให้ คำแนะนำการดูแลสุขภาพตนเอง จากกลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน อยู่ในระดับปานกลางหรือได้รับคำแนะนำเป็น บางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 53.10 ($\bar{X} = 2.35$, S.D. = 0.38, Max = 2.96, Min = 1.74) หลังการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการสนับสนุนโดยการให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพตนเอง จากผู้นำ ชุมชน เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมากหรือได้รับคำแนะนำเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 100.00 ($\bar{X} = 2.99$, S.D. = 0.02, Max = 3.00, Min = 2.93) และจากการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้าน การได้รับการสนับสนุนโดยการแนะนำ ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยเบาหวาน มีระดับ การได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$, 95%CI = 0.51-0.78) สอดคล้องกับการศึกษาของ สรลรัตน์ พันธุ์สินทวีสุข³ และสอดคล้องกับ นวพร ทุมแถว⁵ ที่วิจัยพบว่า หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมีการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.3 ความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานประกอบด้วย

ความพึงพอใจต่อการได้รับการสนับสนุนจากผู้ดูแลและกลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ก่อน การพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยเบาหวาน มีระดับ

ความพึงพอใจต่อการได้รับการสนับสนุนจากผู้ดูแล และ กลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 37.40 ($\bar{X}$ =3.96, S.D. = 0.64, Max = 4.89, Min = 3.00) หลังการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยเบาหวาน มีระดับความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 96.90 ($\bar{X}$ = 4.89, S.D. = 0.17, Max = 5.00, Min = 4.22) และจากการเปรียบเทียบความแตกต่าง ของคะแนนเฉลี่ยระดับความพึงพอใจต่อการได้รับการสนับสนุนจากผู้ดูแลและกลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยเบาหวาน มีระดับการได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001, 95%CI = 0.68-1.17) ความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย เบาหวาน ก่อนการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยเบาหวาน มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 46.90 ($\bar{X}$ = 3.72, S.D. = 0.75, Max = 5.00, Min = 2.00) หลังการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยเบาหวาน มีระดับ ความพึงพอใจเพิ่มขึ้น อยู่ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 90.60 ($\bar{X}$ = 4.90, S.D. = 0.22, Max = 5.00, Min = 4.00) จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระดับความพึงพอใจต่อการพัฒนา รูปแบบ ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยเบาหวาน มีระดับความพึงพอใจต่อการพัฒนา รูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001, 95%CI = 0.90-1.46) สอดคล้องกับการศึกษา วิรัช ภูมามา

4

1.4 ค่าระดับน้ำตาลในเลือด

ผลการวิจัยพบว่า หลังเสร็จสิ้นการพัฒนา รูปแบบ ภาพรวม ผู้ป่วยเบาหวาน มีระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น คือ ค่า Dtx ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001, 95%CI = 18.34-49.04) สอดคล้องกับการศึกษาของ นวพร ทุมแกว⁵ และ สอดคล้องกับ จิราภรณ์ ฉัตรศุภกุล และปนัดดา ภูบรรทัด⁷ ที่วิจัยพบว่า หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานผู้ป่วยมีการควบคุมระดับ

น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานควบคุมได้มากกว่าก่อนดำเนินการเป็นอย่งมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ดูแลผู้ป่วย ผลการวิจัย พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้ที่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 56.30 ($\bar{X}$ = 9.50, S.D. = 1.30, Max = 12, Min = 7) หลังการพัฒนา พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้ที่อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 87.50 ($\bar{X}$ = 11.41, S.D. = 1.01, Max = 12, Min = 9) การเปรียบเทียบระดับความรู้ก่อนและหลังการพัฒนาผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001, 95%CI = 1.24-2.57) การให้การสนับสนุนโดยการให้คำแนะนำผู้ป่วยเบาหวานของผู้ดูแลผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการพัฒนาผู้ดูแลได้ให้การสนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมโดยการให้ คำแนะนำผู้ป่วยเบาหวาน ภาพรวม อยู่ในระดับปานกลางหรือได้ให้คำแนะนำเป็นบางครั้ง คิดเป็น ร้อยละ 71.90 ($\bar{X}$ = 2.26, S.D. = 0.33, Max = 2.89, Min = 1.89) หลังการพัฒนา พบว่า ได้ให้การ สนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมโดยการให้ คำแนะนำการผู้ป่วยเบาหวาน เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมากหรือ ได้ให้คำแนะนำเป็นประจำ ($\bar{X}$ = 2.95, S.D. = 0.07, Max = 3.00, Min = 2.70) และการเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยการสนับสนุนโดยการให้ คำแนะนำ ก่อนและหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ (p-value < 0.001, 95%CI = 1.24-2.57) สอดคล้องกับการศึกษาของ สรลรัตน์ พันธสินทวีสุข³ พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบผู้ดูแลได้ให้การสนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมโดยการให้ คำแนะนำ การดูแลสุขภาพตนเองแก่ผู้ป่วยเบาหวาน อยู่ในระดับมากหรือได้รับคำแนะนำเป็นประจำ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

2.3 กลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของกลุ่มภาคี

เครือข่ายสุขภาพชุมชน ผลการวิจัย พบว่า ก่อนการพัฒนาแบบ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.00 ($\bar{X}$ = 9.10, S.D. = 1.52, Max = 11, Min = 7) หลังการพัฒนา พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 100.00 ($\bar{X}$ = 11.80, S.D. = 0.63, Max = 12, Min = 10) การเปรียบเทียบระดับความรู้ก่อน และหลังการพัฒนา กลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน มีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001, 95%CI = 1.74-3.66) การให้การสนับสนุนโดยการแนะนำผู้ป่วยเบาหวานของกลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ผลการวิจัย พบว่า ก่อนการพัฒนาแบบ กลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนได้ให้การสนับสนุนโดยการให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวาน ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางหรือได้ให้คำแนะนำเป็นบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 40.00 ($\bar{X}$ = 2.56, S.D. = 0.47, Max = 2.74, Min = 1.48) หลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนได้ให้การสนับสนุนโดยการให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพตนเองแก่ผู้ป่วยเบาหวาน เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก หรือได้ให้คำแนะนำเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 100.00 ($\bar{X}$ = 2.96, S.D. = 0.03, Max = 3, Min = 2.93) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการสนับสนุนโดยการให้คำแนะนำ พบว่าหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นก่อนการพัฒนาแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001, 95%CI = 0.57-1.23) สอดคล้องกับการศึกษาของ สรลรัตน์ พันธสินทวีสุข³ และของ Henk, A., van Dam, F.G., van der Horst, K., Lut, K. and Richard, M.R.⁸

ข้อเสนอแนะ

1.1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1.1.1 ควรให้ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ดูแลผู้ป่วย และกลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ได้มีโอกาส

เข้าร่วมดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอนอย่างต่อเนื่อง เพราะจะทำให้ทุกคนมีความสุข และเกิดความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่า มีความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดความตระหนัก และอยากมีส่วนร่วมในการดำเนินงานมากขึ้น

1.1.2 ควรใช้ระยะเวลาในการติดตามผู้ป่วยเบาหวาน ต่อเนื่องไปทุกๆ ปี ดูพัฒนาการการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบยั่งยืนต่อไป

1.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1.2.1 ควรมีการนำผลการวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น และปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ในพื้นที่รับผิดชอบให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนต่อไป

1.2.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโสมน ควรมีการติดตามและส่งเสริมการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อกระตุ้นให้ชุมชนเกิดความตระหนักและดำเนินงานดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากความร่วมมือของบุคคลหลายๆ ท่าน กราบขอบพระคุณท่านนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ ที่มีนโยบายสนับสนุนงานวิจัย ให้ผู้ทำงานระดับพื้นที่ใช้งานวิจัยเพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ที่มีประสิทธิภาพ ขอขอบคุณภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพบ้านอาเยะ ตำบลบัวโคก อำเภอท่าตูม นายกองคการบริหารส่วนตำบลบัวโคก ผู้ใหญ่บ้านอาเยะ รวมถึงผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานทุกคน ที่มีส่วนร่วมในการศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2567). World Diabetes Day Thailand 2019 Together Fight Diabetes. ค้นเมื่อ 5 มิถุนายน 2567, จาก <https://www.dmthai.org/index.php/knowledge/for-normal-person>.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. (2567). อัตราป่วย อัตราตาย ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง. ค้นเมื่อ 7 กรกฎาคม 2567, จาก <https://srn.hdc.moph.go.th/hdc/reports>.
3. สรลรัตน์ พันธสินทวีสุข. (2551). การพัฒนาความสามารถการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย เบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านผือ ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
4. วิรัช ภูมะมา. (2563) .การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิด ที่ 2 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลงมูลเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์.วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน, 3(2), 2593-110.
5. นวพร ทุมแถว. (2564).การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอชุมพวง จังหวัดอุบลราชธานี.วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
6. นิตยา บุตรอำคา และคณะ. (2567).การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมในชุมชน ด้วยกลไก 3 หมอ อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร.ยโสธร:สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร.
7. จิราภรณ์ ฉัตรสุกุลและปนัดดา ภูบรรทัด. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ดี เครือข่ายสุขภาพอำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. กาฬสินธุ์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์.
8. Henk, A., van Dam, F.G., van der Horst, K., Lut, K. and Richard, M.R. (2004). The Role Of Coping Styles Stress buffering and glycemic control. Retrieved June 5, 2012, from <http://care.diabetesjournals.org/content>.

การพัฒนาระบบสนับสนุนสุขภาพจิตสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยการสร้างเสริมการมีส่วนร่วม ของครอบครัว อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร

Development of a Mental Health Support System for Community-Based Schizophrenia Caregivers: Enhancing Family Participation in Mueang District, Sakon Nakhon Province.

(Received: March 28,2026 ; Revised: March 31,2026 ; Accepted: April 4,2026)

พิมพ์พิศา พรหมศิริ¹

Pimphisa Promsiri¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์ภาระในการดูแลและความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และ 2) พัฒนาระบบสนับสนุนสุขภาพจิตสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสานเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน 40 คน ประกอบด้วย ผู้ดูแลหลัก 10 คน สมาชิกครอบครัว 5 คน ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการคงที่ 5 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 10 คน และบุคลากรสาธารณสุข 10 คน ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้าง สังเคราะห์ข้อมูล ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง จัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม 2 ครั้ง และตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีภาระการดูแลหนักใน 4 มิติ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการเงิน ผู้ดูแลมีความต้องการการสนับสนุนครบทั้ง 4 ด้านตามแนวคิดของ House ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูล ด้านวัตถุหรือเครื่องมือ และด้านการประเมิน ระยะที่ 2 ได้รูปแบบระบบสนับสนุนสุขภาพจิต (Family Participation-Based Mental Health Support System: FP-MHSS) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ หลักการและแนวคิด เป้าหมาย กลไกการขับเคลื่อน และกระบวนการดำเนินงาน พร้อมกิจกรรมสนับสนุน 4 ด้าน ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินความเหมาะสมในภาพรวมระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 4.70, SD = 0.41) และความเป็นไปได้ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.38, SD = 0.53)

คำสำคัญ: ระบบสนับสนุนสุขภาพจิต, ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท, การมีส่วนร่วมของครอบครัว, ภาระในการดูแล, การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

Abstract

This study was survey Research aimed to 1) investigate the caregiver burden situation and support needs of community-based schizophrenia caregivers, and 2) develop a mental health support system for community-based schizophrenia caregivers through enhancing family participation. By using Mixed Methods qualitative data collection through semi-structured in-depth interviews with 40 key informants (10 primary caregivers, 5 family members, 5 stable schizophrenia patients, 10 village health volunteers, and 10 healthcare personnel). Phase 2 involved developing the support system model through synthesis of Phase 1 findings with relevant theoretical frameworks, two participatory workshops, and validation by 5 experts. Data was analyzed using content analysis, frequency, percentage, mean, and standard deviation.

Results: revealed that caregivers experienced heavy burden in four dimensions: physical, psychological, social, and financial. Caregivers expressed needs across all four social support dimensions per House's framework. Phase 2 yielded the Family Participation-Based Mental Health Support System (FP-MHSS) comprising four key components: principles and concepts, goals, driving mechanisms, and implementation process, along with four-dimensional support activities. Expert evaluation rated overall appropriateness at the highest level (Mean = 4.70, SD = 0.41) and feasibility at a high level (Mean = 4.38, SD = 0.53).

Keywords: mental health support system, schizophrenia caregiver, family participation, caregiver burden, self-efficacy

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร E-mail: pimphisa.pro@gmail.com

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตได้กลายเป็นวิกฤตการณ์ระดับชาติที่ส่งผลกระทบต่อทุกมิติของสังคมไทย ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต¹ เผยให้เห็นสถานการณ์ที่น่าวิตกอย่างยิ่ง จากการประเมินสุขภาพจิตประชากรกว่า 750,000 คน พบว่ามีผู้ที่มีความเครียดสูงถึงร้อยละ 15.5 มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าร้อยละ 17.2 และที่น่ากังวลคือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 10.6 สถานการณ์นี้สะท้อนให้เห็นถึงความเปราะบางทางจิตใจของประชากรไทยที่ครอบคลุมทุกช่วงวัย ตั้งแต่เยาวชนที่เผชิญกับภาวะหมดไฟจากความกดดันทางการศึกษา ไปจนถึงวัยแรงงานที่ต้องรับมือกับความท้าทายทางเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การเปลี่ยนผ่านจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลมาสู่การดูแลในชุมชนตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก² ถือเป็นกระแสหลักของระบบสุขภาพจิตสมัยใหม่ ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนว่ามีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงกว่าทั้งในมิติคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ อย่างไรก็ตาม การดูแลจิตเวชในชุมชนได้ถ่ายโอนภาระหลักไปสู่ครอบครัวและผู้ดูแลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่ง Zarit, Reever, และ Bach-Peterson³ ได้นิยามภาระของผู้ดูแล (Caregiver Burden) ว่าเป็นความเครียดและผลกระทบด้านลบที่เกิดขึ้นทั้งในมิติร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ นอกจากนี้ Schulz และ Sherwood⁴ ยืนยันว่าภาระที่สูงเกินไปไม่เพียงแต่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้ดูแลเอง แต่ยังกระทบต่อคุณภาพการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ อาจนำไปสู่การละเลยหรือแม้กระทั่งการล่วงละเมิดผู้ป่วย จากการศึกษาของฟินแลนด์ ศรีหารักษา⁵ พบว่าผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง และต้องการความช่วยเหลือจากชุมชนและทีมสุขภาพอย่างเร่งด่วน การศึกษานี้ยังพบว่าการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชนสามารถลดคะแนนอาการทางจิตและเพิ่มความสามารถ

โดยรวมของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วมของครอบครัวตามแนวคิดของ Bowen⁶ ในทฤษฎีระบบครอบครัว (Family Systems Theory) แสดงให้เห็นว่าครอบครัวเป็นระบบที่สมาชิกมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน พฤติกรรมหรือปัญหาของสมาชิกคนหนึ่งส่งผลต่อทั้งระบบ ซึ่ง Goldenberg และ Goldenberg⁷ ยืนยันว่าการปรับตัวของครอบครัวสามารถช่วยเสริมสร้างสมดุลทางอารมณ์ของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ แนวคิดการดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-Centered Care) ของ Kuhlthau et al.⁸ ที่เน้นให้ครอบครัวเป็นพันธมิตรในการดูแล และทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของ House⁹ ที่จำแนกการสนับสนุนออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูล ด้านเครื่องมือ และด้านการประเมิน ล้วนเป็นกรอบแนวคิดที่มีศักยภาพในการพัฒนาระบบสนับสนุนผู้ดูแล นอกจากนี้การวิจัยในประเทศไทยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การศึกษาของศิวกการ นามปัญญา¹⁰ พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว มีฐานะยากจน และเครียดจากการดูแลเป็นระยะเวลานาน หลังจากพัฒนาระบบดูแลแบบครอบครัวและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม พบว่าผู้ดูแลมีคะแนนทักษะการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 80 และการศึกษาที่ผ่านมาของ โกศล เจริญศรี¹¹ พบว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสามารถเพิ่มความสุขของญาติผู้ดูแลจากระดับต่ำกว่าคนทั่วไปเป็นระดับเท่ากับหรือมากกว่าคนทั่วไปถึงร้อยละ 73 และลดอาการทางจิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของสวิตตา ธงยศ¹² ที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดโดยใช้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง พบว่าอาการทางจิตที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงลดลงจากระดับมากเป็นระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และพรนิภา ไมตรีแพน และรัฐบัณฑิต ไมตรีแพน¹³ พบว่าการพัฒนารูปแบบ

ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถทำให้ผู้ป่วย 24 จาก 25 คน สามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้นอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม การศึกษาของสุจิตรา ยะวร และชยพล ยะวร¹⁴ ชี้ให้เห็นว่ารูปแบบการบำบัดที่มีประสิทธิภาพต้องประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ ตัวผู้บำบัดที่มีความรู้ความเข้าใจ ตัวผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจ และครอบครัวที่ให้ความร่วมมือ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura¹⁵ ที่เน้นความสำคัญของความเชื่อในความสามารถของตนเองในการจัดการกับสถานการณ์ท้าทาย การศึกษาของกนกศรี จาดเงิน และศิพัฒน์กร เชื้อภักดี¹⁶ พบว่าการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสามารถลดอัตราการกำเริบซ้ำได้สูงถึงร้อยละ 94.33 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่ร้อยละ 80 แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของการบูรณาการความร่วมมือระหว่างครอบครัว ชุมชน และระบบสุขภาพ

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา แม้จะมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงถึงประสิทธิผลของการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช แต่ยังขาดการศึกษาที่มุ่งเน้นการพัฒนากระบวนการสนับสนุนสุขภาพจิตสำหรับผู้ดูแล โดยเฉพาะ ที่บูรณาการแนวคิดทางทฤษฎีอย่างเป็นระบบและครอบคลุมทั้ง 4 มิติของการสนับสนุนตามแนวคิดของ House⁹ ในบริบทเฉพาะของจังหวัดสกลนคร ซึ่งจากข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคทางจิตเวชในอำเภอเมืองสกลนครระหว่างปี 2566-2568 พบว่าจำนวนผู้ป่วยรวมมีแนวโน้มผันผวน โดยเพิ่มขึ้นจาก 15,521 คนในปี 2566 เป็น 16,390 คนในปี 2567 แล้วลดลงเป็น 13,738 คนในปี 2568 แต่อย่างไรก็ตามโรคทางจิตเวชยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของพื้นที่ โดยในปี 2568 โรคที่มีผู้ป่วยมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคจิตเภทพฤติกรรมแบบโรคจิตเภทและโรคหลงผิด (F20-F29) จำนวน 2,484 คน ความผิดปกติทางอารมณ์ (F30-F39) จำนวน 2,475 คน โรคซึมเศร้า

(F32,F33,F34.1,F38,F39) จำนวน 2,191 คน โรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารกระตุ้นจิตประสาท (F10-19) จำนวน 2,159 คน และโรคประสาทความผิดปกติที่สัมพันธ์กับความเครียด (F40-F48) จำนวน 1,459 คน โดยเฉพาะโรคจิตเภทและโรคที่เกี่ยวข้องแม้จะมีแนวโน้มลดลงจาก 3,600 คนในปี 2566 เป็น 2,484 คนในปี 2568 แต่ยังคงเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาวและสร้างภาระให้กับครอบครัวและชุมชนอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบสนับสนุนสุขภาพจิตชุมชนและการเสริมสร้างศักยภาพของครอบครัวผู้ดูแลให้สามารถจัดการกับความท้าทายเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁷ ในฐานะพยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญของประเด็นปัญหาดังกล่าวจากประสบการณ์การทำงานทั้งในระดับนโยบายและการปฏิบัติงานในพื้นที่ และมีความมุ่งมั่นที่จะเติมเต็มช่องว่างดังกล่าวด้วยการพัฒนาระบบสนับสนุนสุขภาพจิตสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชชุมชนโดยการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยมีเป้าหมายเพื่อลดภาระในการดูแลและเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล อันจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วย รวมทั้งสร้างความยั่งยืนและประสิทธิภาพของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาระในการดูแลและความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร
2. เพื่อพัฒนาระบบสนับสนุนสุขภาพจิตสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Methods)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ 1) ผู้ดูแลหลักของโรคจิตเภทพฤติกรรมแบบโรคจิตเภทและโรคหลงผิด จำนวน 2,484 คน 2) ผู้ป่วยโรคจิตเภทพฤติกรรมแบบโรคจิตเภทและโรคหลงผิด รหัส (F20-F29) ที่ขึ้นทะเบียนรับการดูแลในคลินิกสุขภาพจิตของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร จำนวน 2,484 คน 3) สมาชิกครอบครัวคนอื่นๆ ของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 2,484 คน 4) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร จำนวน 3,603 คน และ 5) บุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในระดับ รพ.สต. และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 28 คน¹⁷ ระยะเวลาในการดำเนินงานวิจัยทั้งสิ้น 5 เดือน ตั้งแต่ เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2568 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2569 โดยครอบคลุมการดำเนินงานออกเป็น 2 ระยะหลัก ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และข้อมูลพื้นฐาน, ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบระบบสนับสนุน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Methods) โดยรายงานเฉพาะระยะที่ 1 และ 2 ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ความต้องการ ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) แบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 40 คน แบ่งเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท 10 คน สมาชิกครอบครัวคนอื่นๆ 5 คน ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการคงที่ 5 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 10 คน และบุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต 10 คน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบระบบสนับสนุนสุขภาพจิต ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

แบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยนำข้อมูลจากระยะที่ 1 มาวิเคราะห์เนื้อหาและสังเคราะห์ร่วมกับทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง 4 ทฤษฎี ได้แก่ ทฤษฎีระบบครอบครัวของ Bowen⁶ ทฤษฎีการดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางของ Kuhlthau et al.⁸ ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของ House⁹ และทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura¹⁵ จากนั้นจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Workshop) จำนวน 2 ครั้ง กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด 30 คน เพื่อร่วมออกแบบรูปแบบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งตามระยะของการดำเนินการวิจัย ดังนี้

เครื่องมือระยะที่ 1: การศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ความต้องการ

ระยะที่ 1 ใช้เครื่องมือเชิงคุณภาพจำนวน 4 ชุด ดังนี้

1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้าง (Semi-Structured Interview Guide) สำหรับผู้ดูแลหลัก มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแล ภาระในการดูแล การสนับสนุนที่ได้รับ และความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลหลัก

2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้างสำหรับสมาชิกครอบครัวคนอื่นๆ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษามุมมองและการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวที่ไม่ใช่ผู้ดูแลหลัก

3) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้างสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการคงที่ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษามุมมองของผู้ป่วยต่อการดูแลที่ได้รับ ปัจจัยที่ส่งเสริมหรือขัดขวางการดูแลตนเอง และความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัว

4) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้างสำหรับ อสม. และบุคลากรสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การทำงาน ปัญหาและความท้าทายที่พบ รูปแบบการมีส่วนร่วม

ร่วมของครอบครัวที่ประสบความสำเร็จ และ
ข้อเสนอแนะสำหรับระบบสนับสนุน

5) แบบบันทึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วม
(Participant Observation Form) ใช้บันทึก
ข้อมูลระหว่างการเยี่ยมบ้านและการดำเนิน
กิจกรรมในชุมชน

6) แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน (Home
Visit Record Form) ใช้บันทึกข้อมูลจากการ
เยี่ยมบ้านผู้ป่วยและครอบครัว

**เครื่องมือระยะที่ 2: การพัฒนารูปแบบ
ระบบสนับสนุนสุขภาพจิต**

ระยะที่ 2 ใช้เครื่องมือจำนวน 2 ชุด ดังนี้

1) แบบบันทึกการประชุมเชิงปฏิบัติการ
แบบมีส่วนร่วม (Participatory Workshop
Record) ใช้บันทึกข้อมูลจากการประชุมเชิง
ปฏิบัติการทั้ง 2 ครั้ง เพื่อรวบรวมความคิดเห็น
ข้อเสนอแนะ และฉันทามติของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
ในการพัฒนารูปแบบ FP-MHSS

2) แบบประเมินความเหมาะสมของ
รูปแบบระบบสนับสนุนสุขภาพจิต (สำหรับ
ผู้ทรงคุณวุฒิ) ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอ้างอิงกรอบ
แนวคิดการประเมินนวัตกรรมสุขภาพและ
องค์ประกอบของรูปแบบ FP-MHSS แบบประเมิน
ใช้มาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (5 = มากที่สุด, 4
= มาก, 3 = ปานกลาง, 2 = น้อย, 1 = น้อยที่สุด)
พร้อมช่องให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในแต่ละด้าน
กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยดังนี้ 4.51–
5.00 = ระดับมากที่สุด, 3.51–4.50 = ระดับมาก,
2.51–3.50 = ระดับปานกลาง, 1.51–2.50 =
ระดับน้อย, 1.00–1.50 = ระดับน้อยที่สุด โดย
กำหนดเกณฑ์การผ่านการยอมรับรูปแบบ คือ
คะแนนเฉลี่ยภาพรวมทั้งด้านความเหมาะสมและ
ด้านความเป็นไปได้ต้องอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย
≥ 3.51) ขึ้นไป

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของ
เครื่องมือวิจัยทุกชิ้นอย่างเป็นระบบ แบ่งตาม
ประเภทของเครื่องมือ ดังนี้

เครื่องมือเชิงคุณภาพระยะที่ 1

1) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา
(Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมี
โครงสร้างทั้ง 4 ฉบับ แบบบันทึกการสังเกต และ
แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน
3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต
และจิตเวชชุมชน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย
เชิงคุณภาพ 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญ
การพิเศษด้านจิตเวช 1 ท่าน ตรวจสอบความถูก
ต้องครอบคลุมของเนื้อหา ความชัดเจนและความ
เหมาะสมของภาษา และความสอดคล้องของ
ประเด็นคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย

โดยใช้ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาระดับรายข้อ
(Item-level Content Validity Index: I-CVI)
คำนวณจากสัดส่วนของผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คะแนน
3–4 ต่อจำนวนผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด และดัชนีความ
ตรงเชิงเนื้อหาระดับแบบสัมภาษณ์ (Scale-level
Content Validity Index: S-CVI) โดยกำหนด
เกณฑ์การยอมรับที่ I-CVI ≥ 0.80 และ S-CVI ≥
0.90 ตามเกณฑ์¹⁸

2) การทดสอบนำร่อง (Pilot Testing)

ภายหลังการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของ
ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุง
แล้วไปทดสอบนำร่องกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีลักษณะ
ใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมายจริงแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง
ในการวิจัย จำนวน 10 คน (จากแต่ละกลุ่มกลุ่มละ
2 คน ยกเว้นกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการคงที่ 2
คน) เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในคำถาม ความ
ชัดเจนของภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหา และ
ความเหมาะสมของระยะเวลาในการสัมภาษณ์ ผล
การทดสอบนำร่องพบว่า ระยะเวลาในการ
สัมภาษณ์ผู้ดูแลหลักเฉลี่ยประมาณ 45–60 นาที
ผู้ให้ข้อมูลทุกคนเข้าใจคำถามได้ดี จึงนำผลมา
ปรับปรุงการเรียงลำดับคำถามบางข้อเพื่อให้การ
สัมภาษณ์ไหลลื่นยิ่งขึ้น

3) การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของ
ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Trustworthiness)

เพื่อให้ข้อมูลเชิงคุณภาพมีความน่าเชื่อถือตามหลักเกณฑ์ของ Lincoln and Guba¹⁹ ผู้วิจัยใช้กลยุทธ์การตรวจสอบ 4 ประการ ดังนี้

1) ความน่าเชื่อถือ (Credibility) ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ใน 3 ระดับ ได้แก่ การตรวจสอบสามเส้าด้านแหล่งข้อมูล (Data Triangulation) โดยเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล 5 กลุ่มที่มีบทบาทต่างกัน การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการ (Methodological Triangulation) โดยการใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการบันทึกเยี่ยมบ้านร่วมกัน และการตรวจสอบโดยสมาชิก (Member Checking) โดยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นกลับไปยืนยันกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญบางส่วน (n = 8 คน) เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วน

2) การถ่ายโอนได้ (Transferability) ผู้วิจัยบรรยายบริบทของพื้นที่วิจัยอย่างละเอียด (Thick Description) ครอบคลุมลักษณะทางภูมิศาสตร์ สังคม เศรษฐกิจ และระบบสุขภาพของอำเภอเมืองสกลนคร เพื่อให้ผู้อ่านสามารถพิจารณาการนำผลไปประยุกต์ใช้ในบริบทที่คล้ายคลึงกันได้

3) ความสม่ำเสมอ (Dependability) ผู้วิจัยบันทึกขั้นตอนการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล และการตัดสินใจต่างๆ อย่างเป็นระบบในรูปแบบ Audit Trail เพื่อให้สามารถตรวจสอบกระบวนการวิจัยย้อนหลังได้ นอกจากนี้ยังใช้การถอดเทปคำต่อคำ (Verbatim Transcription) และมีผู้ช่วยวิจัยร่วมตรวจสอบความถูกต้องของการถอดเทป

4) ความเป็นกลาง (Confirmability) ผู้วิจัยสะท้อนตนเอง (Reflexivity) อย่างต่อเนื่องตลอดกระบวนการวิจัย โดยบันทึกอคติและความคาดหวังส่วนตัวที่อาจส่งผลต่อการตีความ รวมถึงใช้การวิเคราะห์เนื้อหาแบบมีผู้ตรวจสอบอิสระ (Peer Debriefing) โดยเพื่อนร่วมวิชาชีพที่มีประสบการณ์ด้านการวิจัยเชิงคุณภาพช่วยตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูลในระยะที่ 1

การตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ FP-MHSS

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความเหมาะสมมาปรับร่างไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิกลุ่มเดิม 3 ท่านตรวจสอบความครอบคลุมของประเด็นการประเมิน ความชัดเจนของข้อความถาม และความสอดคล้องกับองค์ประกอบของรูปแบบ FP-MHSS โดยใช้ดัชนี I-CVI และ S-CVI ตามเกณฑ์ของ Polit and Beck¹⁸ ผลการตรวจสอบได้ค่า I-CVI อยู่ระหว่าง 0.80–1.00 ทุกข้อ และค่า S-CVI ภาพรวมเท่ากับ 0.93 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (I-CVI $\geq$ 0.80 และ S-CVI $\geq$ 0.90) ผู้วิจัยปรับปรุงถ้อยคำตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ข้อ ก่อนนำไปใช้จริงแบบประเมินใช้มาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามแนวคิดของ Likert²⁰ แบบประเมินความเหมาะสมให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ที่ได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์ ประกอบด้วยจิตแพทย์ที่มีประสบการณ์ด้านจิตเวชชุมชน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางจิตเวชที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน นักวิชาการสาธารณสุขที่มีประสบการณ์งานสุขภาพจิตชุมชน 1 ท่าน และนักจิตวิทยาคลินิก 1 ท่าน

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลเชิงคุณภาพ: จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการประชุมเชิงปฏิบัติการ จะนำมาถอดเทปแบบคำต่อคำ และวิเคราะห์โดยใช้ การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยมีการจัดหมวดหมู่ข้อมูล (Categorization) ดีความ และสรุปเป็นประเด็นหลักเพื่อทำความเข้าใจปรากฏการณ์และนำไปใช้พัฒนารูปแบบ

ข้อมูลเชิงปริมาณ: วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้ในการอธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการยื่นขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เมื่อวันที่ 6 ตุลาคม 2568 รหัสโครงการวิจัยที่ SKN REC 065/2568

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1: สถานการณ์ภาระในการดูแลและความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน 40 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.5) อายุเฉลี่ย 51.65 ปี (SD = 14.38) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 62.5) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 37.5) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 32.5) และรายได้ครอบครัว 5,000-10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 37.5) สำหรับผู้ดูแลหลัก (n=10) ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นมารดาของผู้ป่วย (ร้อยละ 50.0) ระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 8.7 ปี (SD = 5.36) และต้องดูแลผู้ป่วยมากกว่า 12 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 70.0)

2. สถานการณ์ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการวิเคราะห์เนื้อหา พบว่าผู้ดูแลมีภาระการดูแลใน 4 มิติ ดังนี้

1. ภาระทางกาย (Physical Burden)

ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยตลอดเวลา ได้แก่ การอาบน้ำ แต่งตัว เตรียมอาหาร จัดยา และพาไปพบแพทย์ ส่งผลให้เหนื่อย ลำบากทางกายและนอนไม่หลับ โดยเฉพาะช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังมีอายุมากและมีโรคประจำตัว แต่ไม่สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเต็มที่

2. ภาระทางจิตใจ (Psychological Burden) ผู้ดูแลเผชิญกับความเครียด วิตกกังวล และความกลัวที่เกิดจากความไม่แน่นอนของโรคและความไม่มั่นใจในการดูแล โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วย

มีอาการกำเริบ ผู้ดูแลที่เป็นพ่อแม่ของผู้ป่วยยังมีความรู้สึกผิด

3. ภาระทางสังคม (Social Burden)

ผู้ดูแลถูกจำกัดโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา การตีตราทางสังคมต่อผู้ป่วยจิตเวชส่งผลกระทบต่อครอบครัว และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ได้รับผลกระทบจากความขัดแย้งในการแบ่งภาระดูแล

4. ภาระทางการเงิน (Financial Burden)

ครอบครัวแบกรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและค่าเดินทาง ผู้ดูแลหลายคนต้องลดเวลาทำงานหรือออกจากงานเพื่อดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้รายได้ลดลง โดยเฉพาะครอบครัวที่มีฐานะยากจน

3. ความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าผู้ดูแลมีความต้องการการสนับสนุนครบทั้ง 4 ด้านตามแนวคิดของ House⁹ ดังนี้

1. ด้านอารมณ์ พบว่า ต้องการการรับฟัง การให้กำลังใจ พื้นที่ระบายความรู้สึก และกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ดูแลคนอื่น

2. ด้านข้อมูล พบว่า ต้องการความรู้เกี่ยวกับโรค วิธีการดูแล การจัดการอาการ สิทธิประโยชน์ และแหล่งช่วยเหลือ รวมถึงวิธีดูแลตนเองและจัดการความเครียด

3. ด้านวัตถุ/เครื่องมือ พบว่า ต้องการผู้ช่วยดูแลชั่วคราว บริการรถรับส่ง ความช่วยเหลือด้านการเงิน และการส่งเสริมอาชีพที่ทำที่บ้านได้

4. ด้านการประเมิน พบว่า ต้องการข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการดูแล การยืนยันความถูกต้องเหมาะสม การยอมรับในบทบาทผู้ดูแล และการลดการตีตราทางสังคม

4. ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อภาระในการดูแล

จากการสังเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบปัจจัยสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ 1) การขาดความรู้และทักษะในการดูแล 2) การขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน โดยภาระส่วนใหญ่ตกอยู่

กับผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียว 3) ข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และ 4) การตีตราทางสังคมต่อผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว

ระยะที่ 2: การพัฒนารูปแบบระบบสนับสนุนสุขภาพจิต

1. กระบวนการพัฒนารูปแบบระบบสนับสนุนสุขภาพจิตสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลจากระยะที่ 1 2) การออกแบบร่างรูปแบบโดยบูรณาการกับทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง 3) การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม 2 ครั้ง กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 30 คน 4) การตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และ 5) การปรับปรุงและจัดทำรูปแบบฉบับสมบูรณ์พร้อมคู่มือการดำเนินงาน

2. รูปแบบ FP-MHSS ที่พัฒนาขึ้น รูปแบบระบบสนับสนุนสุขภาพจิตสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family Participation-Based Mental Health Support System: FP-MHSS) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

2.1 หลักการและแนวคิด รูปแบบ FP-MHSS มีรากฐานจาก 4 ทฤษฎีหลัก ได้แก่ 1) การมองครอบครัวเป็นระบบ (Family as a System) ตามทฤษฎีระบบครอบครัวของ Bowen⁶ ที่เชื่อว่าปัญหาของสมาชิกคนหนึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งระบบ 2) การดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-Centered Care) ตาม Kuhlthau et al.⁸ ที่มุ่งเน้นครอบครัวในฐานะพันธมิตร 3) การสนับสนุนทางสังคมแบบองค์รวม (Holistic Social Support) ตาม House⁹ ครอบคลุม 4 ด้าน และ 4) การเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy Enhancement) ตาม Bandura¹⁵

2.2 เป้าหมาย มี 3 เป้าหมายหลัก ได้แก่ 1) ลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน 2) เสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล และ 3) สร้างเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

2.3 กลไกการขับเคลื่อน ประกอบด้วย 3 กลไกหลัก ได้แก่ 1) ทีมสนับสนุนสุขภาพจิตชุมชน (Community Mental Health Support Team: CMHST) ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ บุคลากรสาธารณสุข อสม. และแกนนำชุมชน 2) แผนการดูแลรายบุคคลแบบมีส่วนร่วม (Participatory Individual Care Plan: PICP) และ 3) ระบบติดตามและประเมินผลแบบมีส่วนร่วม (Participatory Monitoring and Evaluation System: PMES)

2.4 กระบวนการดำเนินงาน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อม (Preparation) 2) การประเมินสถานการณ์รายครอบครัว (Family Situation Assessment) 3) การวางแผนการดูแลรายบุคคลแบบมีส่วนร่วม (Participatory Care Planning) 4) การดำเนินการตามแผน (Implementation) และ 5) การติดตามและประเมินผล (Monitoring and Evaluation)

3. กิจกรรมการสนับสนุนตามรูปแบบ FP-MHSS

รูปแบบ FP-MHSS ประกอบด้วยกิจกรรมการสนับสนุน 4 ด้านตามแนวคิดของ House⁹ โดยมีกิจกรรมดังนี้

1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ มีกิจกรรมหลักคือ กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Support Group) เดือนละ 1 ครั้ง และกิจกรรมเสริมคือ สายด่วนให้คำปรึกษา กิจกรรมสร้างความสุข/ผ่อนคลาย การเยี่ยมบ้านเพื่อให้กำลังใจ

2) การสนับสนุนด้านข้อมูล มีกิจกรรมหลักคือ โปรแกรมการให้ความรู้แก่ครอบครัว (Family Psychoeducation Program) 6 ครั้ง และเสริมด้วย คู่มือการดูแล ไลน์กลุ่มแลกเปลี่ยนข้อมูล การให้คำแนะนำรายบุคคล

3) การสนับสนุนด้านวัตถุ/เครื่องมือ มีกิจกรรมหลัก คือ ระบบผู้ดูแลสำรอง (Respite Care System) โดย อสม./จิตอาสา และเสริมด้วย กองทุนช่วยเหลือผู้ดูแล บริการรถรับส่ง ส่งเสริมอาชีพเสริม

4) การสนับสนุนด้านการประเมิน มีกิจกรรมหลัก คือ การนิเทศและให้คำปรึกษารายการ และเสริมด้วย เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มอบรางวัล/ประกาศเกียรติคุณ กิจกรรมลดการตีตรา

4. ผลการประเมินความเหมาะสมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ FP-MHSS ผลการประเมินพบว่า ภาพรวมความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.70$, $SD = 0.41$) และประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.38$, $SD = 0.53$) โดยประเด็นที่มีคะแนนความเหมาะสมสูงสุด คือ กิจกรรมการสนับสนุนด้านข้อมูล ($M = 5.00$, $SD = 0.00$) ส่วนประเด็นที่มีคะแนนความเหมาะสมได้ต่ำสุด คือ กิจกรรมการสนับสนุนด้านวัตถุหรือเครื่องมือ ($M = 3.80$, $SD = 0.45$) นอกจากนี้ ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในการปรับปรุงรูปแบบ ดังนี้ 1) ควรปรับกิจกรรมการสนับสนุนด้านวัตถุหรือเครื่องมือให้มีความเป็นไปได้มากขึ้น โดยเฉพาะระบบผู้ดูแลสำรองและกองทุนช่วยเหลือ ซึ่งต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน 2) ควรกำหนดบทบาทและความรับผิดชอบของทีมงานสนับสนุนสุขภาพจิตชุมชนให้ชัดเจน และมีการพัฒนาศักยภาพของทีมงานอย่างต่อเนื่อง 3) ควรมีการบูรณาการรูปแบบเข้ากับระบบบริการสุขภาพและระบบสวัสดิการสังคมที่มีอยู่ เพื่อให้เกิดความยั่งยืน และ 4) ควรมีการติดตามและประเมินผลอย่างเป็นระบบ โดยใช้ตัวชี้วัดที่ชัดเจนและวัดได้จริง ซึ่งผู้วิจัยจะนำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงรูปแบบ FP-MHSS ก่อนนำไปทดลองใช้ในระยะที่ 3 ต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

1. สถานการณ์ภาระในการดูแลและความต้องการการสนับสนุน

ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมีภาระการดูแลหนักใน 4 มิติ ซึ่งสอดคล้อง

กับแนวคิดของ Zarit, Reeve, & Bach-Peterson³ ที่นิยามภาระของผู้ดูแลว่าเป็นผลกระทบ ด้านลบที่เกิดขึ้นทั้งมิติร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ รวมถึงสอดคล้องกับการศึกษาของ Adelman et al.²¹ และ Schulz & Sherwood⁴ ที่ยืนยันว่าภาระที่สูงเกินไปส่งผลต่อสุขภาพของผู้ดูแลและคุณภาพการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ นอกจากนี้ การที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวและมีฐานะยากจน ยังสอดคล้องกับการศึกษาของศิวการ นามปัญญา¹⁰ ที่รายงานลักษณะที่คล้ายคลึงกัน

ด้านความต้องการการสนับสนุน ผลการวิจัยพบความต้องการครบทั้ง 4 ด้านตามแนวคิดของ House⁹ โดยเฉพาะความต้องการด้านข้อมูล สอดคล้องกับการศึกษาของพิณรัฐ ศรีหารักษ์⁵ ที่พบว่าผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ส่วนความต้องการด้านวัตถุหรือเครื่องมือ โดยเฉพาะการมีผู้ช่วยดูแลชั่วคราว สอดคล้องกับการศึกษาของ Magliano et al.²² ที่พบว่าระบบการแบ่งเบาภาระการดูแล เป็นความต้องการสำคัญของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

2. รูปแบบ FP-MHSS ที่พัฒนาขึ้น

รูปแบบ FP-MHSS มีจุดเด่นคือการบูรณาการทฤษฎีหลักหลายทฤษฎีเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ การใช้ทฤษฎีระบบครอบครัวของ Bowen⁶ เป็นฐานคิด ทำให้รูปแบบมองครอบครัวเป็นระบบและทำงานกับทั้งระบบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Goldenberg & Goldenberg⁷ ที่พบว่า การปรับตัวของครอบครัวช่วยเสริมสร้างสมดุลทางอารมณ์ของผู้ป่วย กิจกรรมหลักของแต่ละด้านได้รับการออกแบบให้ตอบสนองความต้องการเฉพาะ กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสอดคล้องกับการศึกษาของ Zauszniewski et al.²³ ที่พบว่ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจ และโปรแกรมการให้ความรู้แก่ครอบครัวสอดคล้องกับ Pharoah et

al.²⁴ ที่พบว่า Family Psychoeducation ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

กลไกการขับเคลื่อนโดยเฉพาะแผนการดูแลรายบุคคลแบบมีส่วนร่วม (PICP) สะท้อนแนวคิดการดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง⁸ ที่เน้นครอบครัวในฐานะพันธมิตร และสอดคล้องกับการศึกษาของโกศล เจริญศรี¹¹ ที่พบว่าการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสามารถเพิ่มความสุขของญาติผู้ดูแลและลดอาการทางจิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการประเมินความเหมาะสมโดยรวมในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 4.70) และความเป็นไปได้ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.38) บ่งชี้ว่ารูปแบบมีคุณภาพและพร้อมนำไปทดลองใช้ต่อไป

กล่าวโดยสรุปการวิจัยนี้ได้ศึกษาสถานการณ์ภาระในการดูแลและความต้องการการ

สนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พร้อมทั้งพัฒนารูปแบบระบบสนับสนุนสุขภาพจิต FP-MHSS ที่บูรณาการแนวคิดทฤษฎี 4 ทฤษฎีหลักอย่างเป็นระบบ ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลมีการดูแลหนักใน 4 มิติ และมีความต้องการการสนับสนุนครบทั้ง 4 ด้านตามแนวคิดของ House⁹ รูปแบบ FP-MHSS ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้รับการยืนยันจากผู้ทรงคุณวุฒิว่ามีความเหมาะสมในภาพรวมระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 4.70, SD = 0.41) และมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.38, SD = 0.53) รูปแบบนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบสนับสนุนสุขภาพจิตสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และควรทดสอบประสิทธิผลในระยะต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต.(2567). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2567. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2567.
2. World Health Organization.(2021). Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: WHO; 2021.
3. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J.(1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. Gerontologist. 1980;20(6):649-55.
4. Schulz R, Sherwood PR.(2008). Physical and mental health effects of family caregiving. Am J Nurs. 2008;108(9 Suppl):23-7.
5. พิณนรัฐ ศรีหำรักษา.(2566). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา การแพทย์ และสุขภาพ. 2566;8(1):436-47.
6. Bowen M.(1978). Family therapy in clinical practice. New York: Jason Aronson; 1978.
7. Goldenberg H, Goldenberg I.(2020). Family therapy: An overview. 10th ed. Boston: Cengage Learning; 2020.
8. Kuhlthau KA, Bloom S, Van Cleave J, Knapp AA, Romm D, Klatka K, et al.(2011). Evidence for family-centered care for children with special health care needs: A systematic review. Acad Pediatr. 2011;11(2):136-43.
9. House JS.(1981). Work stress and social support. Reading: Addison-Wesley; 1981.
10. ศิวาการ นามปัญญา.(2566). การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนแบบครอบครัวและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกสว่าง อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2566. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา การแพทย์ และสุขภาพ. 2566;9(4):191-7.
11. โกศล เจริญศรี.(2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2566;8(2):286-96.
12. สวิตตา ธงยศ.(2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยใช้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;9(2):388-95.

13. พรนิภา ไมตรีแพน, รัชบัณฑิต ไมตรีแพน.(2567). การพัฒนารูปแบบประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชไม่ป่วยซ้ำโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน รพ.สต.บ้านหนองบัวสันตุ. *Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office*. 2567;8(17):152-64.
14. สุจิตรา ยะวร, ชยพล ยะวร.(2566). การพัฒนารูปแบบการบำบัดผู้ติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยครอบครัวบำบัดและการเสริมสร้างแรงจูงใจ อำเภอเขียงยืน จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*. 2566;20(1):12-27.
15. Bandura A.(1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977;84(2):191-215.
16. กนกศรี จาดเงิน, ศิพัฒนกร เชื้อภักดี.(2563). การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนตำบลบางปะกง. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*. 2563;5(2):78-85.
17. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร.(2568). รายงานสถิติผู้ป่วยโรคทางจิตเวช อำเภอเมืองสกลนคร ปีงบประมาณ 2568. สกลนคร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร; 2568.
18. Polit DF, Beck CT.(2006). The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health*. 2006;29(5):489-97.
19. Lincoln YS, Guba EG.(1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park: SAGE Publications; 1985.
20. Likert R.(1932). A technique for the measurement of attitudes. *Arch Psychol*. 1932;22(140):1-55.
21. Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, Dion S, Lachs MS. Caregiver burden: A clinical review. *JAMA*. 2014;311(10):1052-60.
22. Magliano L, Fiorillo A, De Rosa C, Malangone C, Maj M.(2005). Family burden in long-term diseases: A comparative study in schizophrenia vs. physical disorders. *Soc Sci Med*. 2005;61(2):313-22.
23. Zauszniewski JA, Bekhet AK, Suresky MJ.(2010). Resilience in family members of persons with serious mental illness. *Nurs Clin North Am*. 2010;45(4):613-26.
24. Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W.(2010). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(12):CD000088.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลเสนา
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

Factors Associated with the Decline of Estimated Glomerular Filtration Rate in Diabetic Patients at
Sena Hospital, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province.

(Received: April 3,2026 ; Revised: April 5,2026 ; Accepted: April 10,2026)

จินนพัทธ์ ห้องศิลป์¹

Jinnapat Hongsin¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจวิเคราะห์แบบย้อนหลังนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไต (eGFR < 60 mL/min/1.73 m²) ในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงกันยายน พ.ศ. 2567 จำนวน 1,852 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ และการวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติกพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 28.9 มีภาวะ eGFR ลดลง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของ eGFR อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป (aOR = 2.15), การควบคุมระดับ HbA1c ไม่ได้ (aOR = 1.85), ระยะเวลาเป็นเบาหวานนานกว่า 10 ปี (aOR = 1.60) และระดับไตรกลีเซอไรด์สูง (aOR = 1.45) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) สรุปได้ว่า การคัดกรองความเสี่ยงเชิงรุกในกลุ่มผู้สูงอายุ การควบคุมระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดอย่างเข้มงวด มีความสำคัญอย่างยิ่งในการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวาน

คำสำคัญ: อัตราการกรองของไต, โรคไตจากเบาหวาน, ปัจจัยเสี่ยง, โรงพยาบาลเสนา

Abstract

This survey research by retrospective analytical study aimed to investigate the factors associated with the decline of estimated glomerular filtration rate (eGFR < 60 mL/min/1.73 m²) in diabetic patients at Sena Hospital, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. Data were collected from the medical records of 1,852 patients who received services between October 2023 and September 2024. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, and multiple logistic regression.

The results revealed that 28.9% of the samples had a decline in eGFR. Independent factors significantly associated with eGFR decline were age 65 years and over (aOR = 2.15), uncontrolled HbA1c (aOR = 1.85), duration of diabetes over 10 years (aOR = 1.60), and high triglyceride levels (aOR = 1.45) (p < 0.05). In conclusion, proactive risk screening among older adults and strict glycemic and lipid control are crucial for delaying renal function decline in diabetic patients.

Keywords: Estimated Glomerular Filtration Rate, Diabetic Kidney Disease, Risk Factors, Sena Hospital

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลกที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation) พบว่าในปี พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกประมาณ 537 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 643 ล้านคนในปี

พ.ศ. 2573 โดยกว่าร้อยละ 90 เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาวะดื้ออินซูลิน โรคอ้วน และพฤติกรรมการบริโภค¹ ระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงเรื้อรังส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดขนาดเล็กผ่านกลไกความเครียดออกซิเดชัน (Oxidative stress) และการกระตุ้นระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน-อัลโดสเตอโรน ซึ่งเป็น

¹ นักเทคนิคการแพทย์ ประจำกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

พื้นฐานสำคัญของการเกิดโรคไตจากเบาหวาน (Diabetic Kidney Disease)² โรคไตจากเบาหวาน ถือเป็นภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่สำคัญ และเป็นสาเหตุอันดับต้นของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายทั่วโลก คิดเป็นประมาณร้อยละ 30–50 ของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต³ สำหรับประเทศไทย พบความชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 9.5 ในปี พ.ศ. 2562⁴ นอกจากนี้ ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ยังรายงานว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรักษามีมากกว่า 3.3 ล้านคน โดยประมาณร้อยละ 30–40 มีภาวะไตเสื่อมในระดับต่าง ๆ รวมด้วย⁵

การลดลงของอัตราการกรองของไต (Estimated Glomerular Filtration Rate: eGFR) ถือเป็นตัวชี้วัดสำคัญของการดำเนินโรคไตเรื้อรัง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของอัตราการเสียชีวิต โรคหัวใจและหลอดเลือด และภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ⁶ จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดช่วงปีงบประมาณ 2564–2567 พบแนวโน้มผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีสัดส่วนผู้ป่วยที่มีค่า eGFR ต่ำกว่า 60 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อ 1.73 ตารางเมตร เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.8 เป็นร้อยละ 26.4 ภายในระยะเวลา 4 ปี⁷ เมื่อพิจารณาบริบทของโรงพยาบาลเสนา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานมากกว่า 5,000 รายต่อปี พบสัดส่วนผู้ป่วยที่มีค่า eGFR ลดลงต่ำกว่า 60 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อ 1.73 ตารางเมตร เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 23.5 ในปี พ.ศ. 2564 เป็นร้อยละ 28.9 ในปี พ.ศ. 2567 นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 40 ควบคุมระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ได้ไม่ตามเกณฑ์ และร้อยละ 35 มีภาวะไตรกลีเซอไรด์สูง ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งเสริมให้เกิดความเสื่อมของไต อย่างไรก็ตาม ข้อมูลดังกล่าวยังเป็นเพียงการรายงานเชิงพรรณนา และยังไม่มีการวิเคราะห์เชิงลึกถึงความสัมพันธ์ของ

ปัจจัยต่าง ๆ กับการลดลงของ eGFR ในบริบทของพื้นที่อย่างเป็นระบบ

การทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของ eGFR ในผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ อายุที่มากขึ้น ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานที่ยาวนาน ระดับ HbA1c ที่สูง ไขมันในเลือดผิดปกติ ความดันโลหิตสูง รวมถึงการมีโปรตีนรั่วในปัสสาวะ (Albuminuria)^{8,9} ทั้งนี้ ผลการศึกษายังมีความแตกต่างกันไปตามบริบทของประชากรและระบบบริการสุขภาพ ช่องว่างสำคัญคือการขาดข้อมูลเชิงวิเคราะห์ในระดับโรงพยาบาลทั่วไปที่สะท้อนลักษณะประชากรจริงของพื้นที่ ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อระบุปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ สนับสนุนการพัฒนาเครื่องมือประเมินความเสี่ยง และกำหนดแนวทางการเฝ้าระวังเชิงรุก อันจะนำไปสู่การชะลอการดำเนินโรคสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยพื้นฐานและปัจจัยทางชีวเคมี กับการลดลงของอัตราการกรองของไต ในผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. เพื่อวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ อายุ เพศ และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับการลดลงของอัตราการกรองของไต ในผู้ป่วยเบาหวาน

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจสังเกต แบบย้อนหลัง (Survey research by Retrospective observational study) ในรูปแบบ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Analytical study) มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาปัจจัยพื้นฐาน ปัจจัยทางชีวเคมี และประวัติการเจ็บป่วย ที่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไต (Estimated Glomerular Filtration Rate: eGFR) ในผู้ป่วยเบาหวาน รูปแบบการวิจัยนี้มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการ เนื่องจากผู้วิจัยสามารถใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) ที่มีอยู่แล้วในระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลมาวิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยงและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นแล้วได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงสามารถลดอคติจากการติดตามตัวผู้ป่วย (Loss to follow-up bias) และใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยได้อย่างเหมาะสม โดยผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยในระยะเวลา 1 ปี ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายของการศึกษานี้ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกรายที่ขึ้นทะเบียนและเข้ารับการรักษา ณ คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs Clinic) โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากฐานข้อมูลระบบอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล (Hospital Information System: HIS) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 1,852 ราย โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ที่กำหนดไว้อย่างชัดเจน ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานตามเกณฑ์มาตรฐานทางการแพทย์และได้รับการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง 2) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 3) มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นครบถ้วน ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (FBS) ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ระดับไขมันในเลือด ค่า Blood Urea Nitrogen (BUN) ค่า Creatinine และมีการบันทึกค่าการคำนวณอัตราการกรองของไต (eGFR) ไว้อย่างชัดเจน และ

4) มีข้อมูลเวชระเบียนสมบูรณ์ในช่วงระยะเวลาที่กำหนด เพื่อป้องกันตัวแปรทางคลินิกอื่นที่อาจเป็นปัจจัยกวน (Confounding factors) ผู้วิจัยจึงกำหนดเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) โดยจะคัดผู้ป่วยที่มีลักษณะดังต่อไปนี้จากการศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีข้อมูลทางห้องปฏิบัติการไม่ครบถ้วน หรือข้อมูลสำคัญสูญหาย ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute kidney injury) จากสาเหตุอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเบาหวาน (เช่น ภาวะช็อก การติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง หรือการได้รับสารทึบรังสี) และผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวรุนแรงระยะสุดท้ายที่อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของไตอย่างรวดเร็วและไม่สามารถแยกผลกระทบออกจากโรคไตจากเบาหวานได้

เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบบันทึกข้อมูลการวิจัย (Data extraction form) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง แบบบันทึกข้อมูลประกอบด้วย 4 ส่วนหลัก ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ประกอบด้วย รหัสประจำตัวในการวิจัย (Study ID) เพศ อายุ และการจัดกลุ่มอายุ ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางชีวเคมีและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประกอบด้วย ระดับ FBS, HbA1c, ไขมันคลอเลสเตอรอลรวม (Cholesterol), ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride), ไขมันความหนาแน่นต่ำ (LDL-C), ไขมันความหนาแน่นสูง (HDL-C), BUN, Creatinine และ eGFR (คำนวณจากสมการ CKD-EPI) พร้อมระบุวันที่เข้ารับการรักษา ส่วนที่ 3 ตัวแปรจัดกลุ่มสำหรับวิเคราะห์ เพื่อใช้ในการหาความสัมพันธ์ทางสถิติ ได้แก่ กลุ่มที่ควบคุม HbA1c ได้ ($< 7\%$) และไม่ได้ ($\geq 7\%$) กลุ่มระดับไตรกลีเซอไรด์ปกติ ($< 150 \text{ mg/dL}$) และสูง ($\geq 150 \text{ mg/dL}$) รวมถึงการจัดกลุ่มตัวแปรตาม (Dependent variable) คือ กลุ่มที่มีภาวะ eGFR ลดลง ($\text{eGFR} < 60 \text{ mL/min/1.73 m}^2$) และกลุ่มที่ eGFR ไม่ลดลง ($\text{eGFR} \geq 60 \text{ mL/min/1.73 m}^2$) ส่วนที่ 4 ประวัติโรคและโรคร่วม ประกอบด้วย ระยะเวลาการเป็น

โรคเบาหวาน (จัดกลุ่มเป็น ≤ 10 ปี และ > 10 ปี) และโรคเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไชมัน ในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคไตเรื้อรังเดิม ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ประสานงานกับศูนย์ข้อมูลสารสนเทศของโรงพยาบาลเพื่อดึงข้อมูลผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นทำการตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูล (Data cleaning) ก่อนนำเข้าสู่โปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อการวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Statistical significance) สำหรับการทดสอบสมมติฐานไว้ที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$ การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลัก ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้สำหรับอธิบายลักษณะทั่วไปทางประชากรศาสตร์และข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ (Categorical data) นำเสนอในรูปของความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ (Continuous data) ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบการแจกแจงของข้อมูล (Normality test) ก่อนการวิเคราะห์ หากข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติจะนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation: SD) แต่หากข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติจะนำเสนอด้วยค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range: IQR) 2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ใช้สำหรับทดสอบหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอิสระต่าง ๆ กับการลดลงของ eGFR ($< 60 \text{ mL/min/1.73 m}^2$) ในขั้นตอนแรก ผู้วิจัยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) หรือสถิติทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) ในกรณีที่มีค่าคาดหวังน้อยกว่า 5 เพื่อหาความสัมพันธ์เบื้องต้นแบบตัวแปรเดียว (Bivariate analysis) จากนั้น นำตัวแปรอิสระที่มีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) หรือตัว

แปรที่มีนัยสำคัญทางคลินิก เข้าสู่สมการการวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (Multiple logistic regression analysis) เพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรกวน และหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไตอย่างเป็นอิสระ โดยผลการวิเคราะห์จะนำเสนอในรูปของค่าอัตราต่อรองปรับแก้ (Adjusted Odds Ratio: aOR) พร้อมด้วยช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% Confidence Interval: 95% CI)

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ดำเนินการภายใต้หลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (Good Clinical Practice) อย่างเคร่งครัด โดยโครงการได้รับการพิจารณาทบทวนและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเสนา (เลขที่หนังสือรับรอง อย. 0033.202.2/015 อนุมัติเมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2569)

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวาน

การศึกษาค้นคว้านี้รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้าเกณฑ์การศึกษาจำนวนทั้งสิ้น 1,852 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.0 (1,111 ราย) และเพศชาย ร้อยละ 40.0 (741 ราย) อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยเท่ากับ 62.5 ± 10.4 ปี โดยจัดอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 41.5 ระยะเวลาเฉลี่ยของการเป็นโรคเบาหวานคือ 8.2 ± 4.5 ปี โดยมีผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมานานกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.4

ในด้านข้อมูลทางคลินิกและชีวเคมีพบว่าผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) เฉลี่ยร้อยละ 7.4 ± 1.5 โดยมีกลุ่มที่ควบคุมระดับ HbA1c ไม่ได้ ($\geq 7.0\%$) ร้อยละ 45.0 และพบผู้ป่วยที่มีระดับไตรกลีเซอไรด์สูง ($\geq 150 \text{ mg/dL}$) ร้อยละ 35.5 นอกจากนี้โรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 72.4) รองลงมาคือภาวะไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ

ละ 68.2) เมื่อพิจารณาตัวแปรตามของการศึกษา (Dependent variable) พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานที่มีอัตราการกรองของไตลดลง ($\text{eGFR} < 60 \text{ mL/min/1.73 m}^2$) จำนวน 535 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.9 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไต

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้นด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) พบว่ามีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของ eGFR อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อนำปัจจัยเหล่านั้นมาวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยอิสระด้วยสมการความถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (Multiple logistic regression) โดยควบคุมอิทธิพลของตัวแปรกวน พบว่ามี 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไต ($< 60 \text{ mL/min/1.73 m}^2$) ในผู้ป่วยเบาหวานอย่างเป็นอิสระ ได้แก่ อายุ 65 ปีขึ้นไป ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 10 ปี การควบคุมระดับ HbA1c ไม่ได้ และระดับไตรกลีเซอไรด์สูง ($p\text{-value} < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (Multiple logistic regression) ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไต ($< 60 \text{ mL/min/1.73 m}^2$)

ปัจจัยที่ศึกษา	Adjusted Odds Ratio (aOR)	95% CI	p-value
กลุ่มอายุ			
< 65 ปี	1.00	(Reference)	-
≥ 65 ปี	2.15	1.65 – 2.80	$<0.001^*$
ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน			
≤ 10 ปี	1.00	(Reference)	-
> 10 ปี	1.60	1.20 – 2.15	0.002*
ระดับ HbA1c			
$< 7.0 \%$	1.00	(Reference)	-
$\geq 7.0 \%$	1.85	1.42 – 2.45	$<0.001^*$
ระดับไตรกลีเซอไรด์			
$< 150 \text{ mg/dL}$	1.00	(Reference)	-
$\geq 150 \text{ mg/dL}$	1.45	1.15 – 1.95	0.012*

(หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, aOR = Adjusted Odds Ratio, 95% CI = 95% Confidence Interval)

จากผลการวิเคราะห์พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป มีโอกาสที่ eGFR จะลดลงเป็น 2.15 เท่าของผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า (aOR = 2.15; 95% CI: 1.65–2.80) ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับ HbA1c ไม่ได้มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 1.85 เท่า (aOR = 1.85; 95% CI: 1.42–2.45) ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานนานกว่า 10 ปีมีความเสี่ยงต่อการเสื่อมของไตเพิ่มขึ้น 1.60 เท่า (aOR = 1.60; 95% CI: 1.20–2.15) และผู้ป่วยที่มีระดับไตรกลีเซอไรด์สูง ($\geq 150 \text{ mg/dL}$) มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 1.45 เท่า (aOR = 1.45; 95% CI: 1.15–1.95)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะอัตราการกรองของไตลดลง ($\text{eGFR} < 60 \text{ mL/min/1.73 m}^2$) ร้อยละ 28.9 ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มข้อมูลระดับประเทศและระดับจังหวัดที่พบความชุกของภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานประมาณร้อยละ 30–40 ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าโรคไตจากเบาหวาน (Diabetic Kidney Disease: DKD) ยังคงเป็นปัญหาและ

ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัจจัยเสี่ยงสะสมทั้งด้านอายุ ระยะเวลาการเป็นโรค และการควบคุมปัจจัยเมตาบอลิกที่ไม่เหมาะสม

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของ eGFR พบว่า อายุที่มากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของ eGFR อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวสามารถอธิบายได้จากกลไกความเสื่อมตามวัยของไต ซึ่งมีการลดลงของจำนวนหน่วยไตที่ทำงานได้ การลดลงของความสามารถของหลอดเลือด และการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนเลือดภายในไต ส่งผลให้ความสามารถในการกรองของไตลดลงตามอายุ เมื่อผู้ป่วยสูงอายุมีโรคเบาหวานร่วมด้วย ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรังจะยิ่งเร่งการเกิดความผิดปกติของหลอดเลือดขนาดเล็กและโครงสร้างของโกลเมอรูลัสทำให้เกิดการลดลงของ eGFR ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Zoppini และคณะ⁸ ที่พบว่าอายุที่มากขึ้นเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการลดลงของ eGFR ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานนานกว่า 10 ปี เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของ eGFR อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่าระยะเวลาที่ไตสัมผัสกับภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและความผิดปกติทางเมตาบอลิกเป็นเวลานานมีผลต่อการดำเนินโรคไตจากเบาหวานอย่างต่อเนื่อง กลไกสำคัญ ได้แก่ การสะสมของสารขั้นสุดท้ายจากกระบวนการไกลเคชัน (Advanced Glycation End-products: AGEs) การกระตุ้นภาวะเครียดออกซิเดชัน การอักเสบระดับหลอดเลือดขนาดเล็ก และการเกิดพังผืดในเนื้อไต ส่งผลให้โครงสร้างและการทำงานของหน่วยไตเสื่อมลงตามลำดับ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคไตจากเบาหวานที่ระบุว่าระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเกิดและการดำเนินของภาวะไตเสื่อม^{3,9}

สำหรับปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ไม่ได้ มีความสัมพันธ์กับการลดลงของ eGFR อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Ninomiya และคณะ¹⁰ ซึ่งพบว่าการทำงานของไตและภาวะอัลบูมินในปัสสาวะเป็นตัวทำนายผลลัพธ์ทางไตและหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างเป็นอิสระ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรังทำให้เกิดความเสียหายต่อเซลล์บุผนังหลอดเลือด กระตุ้นกระบวนการอักเสบและการเกิดพังผืดในไต ส่งผลต่อการลดลงของ eGFR ในระยะยาว ดังนั้น การควบคุมระดับ HbA1c ให้อยู่ในเกณฑ์เหมาะสมจึงเป็นเป้าหมายสำคัญของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางไต

นอกจากนี้ การศึกษายังพบว่าระดับไตรกลีเซอไรด์สูงมีความสัมพันธ์กับการลดลงของ eGFR อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โดยเฉพาะระดับไตรกลีเซอไรด์สูง มีส่วนเกี่ยวข้องกับ การเกิดภาวะไขมันเป็นพิษ (Lipotoxicity) การอักเสบระดับเนื้อเยื่อ และความผิดปกติของเซลล์พอดโดไซต์ในไต ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของโครงสร้างการกรองของไต ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวทางของ ADA และ KDIGO ที่เน้นการดูแลผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวม โดยให้ความสำคัญกับการควบคุมระดับน้ำตาล ความดันโลหิต และไขมันในเลือด เพื่อชะลอการลดลงของ eGFR และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะรุนแรง¹¹

โดยภาพรวม ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการลดลงของ eGFR ในผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์กับทั้งปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้แก่ อายุและระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน และปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ การควบคุมระดับ HbA1c และระดับไตรกลีเซอไรด์ ข้อมูลดังกล่าวมีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบคัดกรองความเสี่ยงในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยควรจัดกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อเฝ้าระวังค่า eGFR

อย่างต่อเนื่อง ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ
อย่างเป็นระบบ และออกแบบแผนการดูแล
รายบุคคลที่เน้นการควบคุมระดับน้ำตาลและไขมัน
ในเลือดอย่างเหมาะสม

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดบาง
ประการ คือ เป็นการวิจัยเชิงสังเกตแบบย้อนหลัง
จากฐานข้อมูลเวชระเบียน ทำให้ไม่สามารถควบคุม
ความครบถ้วนของข้อมูลบางส่วนได้ เช่น ระดับการ
ขับอัลบูมินในปัสสาวะ (Albuminuria) ซึ่งเป็น
ตัวชี้วัดความเสี่ยงระยะเริ่มต้นที่สำคัญของโรคไต
จากเบาหวานตามแนวทางของ Levey และคณะ¹²
นอกจากนี้ ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพเชิงลึก เช่น การ
ควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และ
ความสม่ำเสมอในการเข้ารับการรักษา ไม่ได้
ถูกนำมาวิเคราะห์ในสมการ เนื่องจากข้อจำกัดของ
การบันทึกข้อมูลในงานประจำ ดังนั้น การแปลผล
การศึกษาควรพิจารณาภายใต้ข้อจำกัดของข้อมูล
ย้อนหลัง และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในรูปแบบการ
ติดตามไปข้างหน้าเพื่อยืนยันความสัมพันธ์ของปัจจัย
ดังกล่าวกับการลดลงของ eGFR ในระยะยาว

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะเชิงคลินิกและการนำไปใช้ประโยชน์

จากผลการศึกษาที่พบว่า อายุ ระยะเวลาการ
เป็นโรคเบาหวาน การควบคุมระดับ HbA1c ไม่ได้
และระดับไตรกลีเซอไรด์สูง มีความสัมพันธ์กับการ
ลดลงของอัตราการกรองของไต โรงพยาบาลเสนา
และคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังควรนำข้อมูลดังกล่าว

ไปใช้ในการจัดทำระบบคัดกรองความเสี่ยงเชิงรุก
โดยเน้นเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป
เป็นเบาหวานนานกว่า 10 ปี ควบคุมระดับ HbA1c
ไม่ได้ และมีระดับไตรกลีเซอไรด์สูง เพื่อกำหนดแผน
ติดตามค่า eGFR อย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับ
ระดับความเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละราย

2. ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการ
ควรพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่เน้นการ
ป้องกันโรคไตเรื้อรังในระดับคลินิก โดยบูรณาการ
การประเมินค่า eGFR ร่วมกับผลตรวจทางเมตาบอ
ลิซึม ได้แก่ HbA1c และระดับไขมันในเลือด รวมถึง
จัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงสูงเพื่อให้ทีมสหวิชาชีพ
สามารถติดตาม ให้คำแนะนำ และปรับแผนการดูแล
ได้อย่างต่อเนื่อง การดำเนินงานดังกล่าวจะช่วยให้
สามารถค้นหาผู้ป่วยที่มีแนวโน้มเกิดภาวะไตเสื่อมได้
เร็วขึ้น และสนับสนุนการวางแผนดูแลเพื่อชะลอการ
ลดลงของการทำงานของไต

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต
ควรมีการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบติดตามไปข้างหน้า
เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของ eGFR ในระยะยาว
และศึกษาความสัมพันธ์ร่วมกับตัวแปรสำคัญอื่น ๆ
เช่น ปริมาณอัลบูมินในปัสสาวะ ความดันโลหิต
พฤติกรรมบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การ
สูบบุหรี่ และความสม่ำเสมอในการเข้ารับการรักษา
นอกจากนี้ ควรพัฒนางานวิจัยใน
รูปแบบแบบจำลองพยากรณ์ความเสี่ยง เพื่อสร้าง
เครื่องมือประเมินโอกาสเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วย
เบาหวานที่เหมาะสมกับบริบทของประชากรในพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation.(2023). IDF Diabetes Atlas. 10th ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation [Internet]. 2021[cited 2023 Dec 15]. Available from: <https://diabetesatlas.org/>
2. Selby NM, Taal MW.(2020). An updated overview of diabetic nephropathy: Diagnosis, prognosis, treatment goals and latest guidelines. Diabetes Obes Metab. 2020;22(S1):3-15.
3. Alicic RZ, Rooney MT, Tuttle KR.(2017). Diabetic kidney disease: challenges, progress, and possibilities. Clin J Am Soc Nephrol. 2017;12(12):2032-45.

4. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.(2564). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2564.
5. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) กระทรวงสาธารณสุข.(2566). รายงานผู้ป่วยเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 10 ม.ค. 2567]. เข้าถึงจาก:
<https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
6. Coresh J, Turin CG, Matsushita K, Sang Y, Ballew SH, Appel LJ, et al.(2014). Decline in estimated glomerular filtration rate and subsequent risk of end-stage renal disease and mortality. JAMA. 2014;311(24):2518-31.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา.(2567). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปี 2564-2567 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 15 ม.ค. 2567]. เข้าถึงจาก:
<https://ayo.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>
8. Zoppini G, Targher G, Chonchol M, Ortalda V, Abaterusso C, Pichiri I, et al.(2012). Predictors of estimated GFR decline in patients with type 2 diabetes and preserved kidney function. Clin J Am Soc Nephrol. 2012;7(3):401-8.
9. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Diabetes Work Group. KDIGO 2022 clinical practice guideline for diabetes management in chronic kidney disease. Kidney Int. 2022;102(5S):S1-S127.
10. Ninomiya T, Perkovic V, de Galan BE, Zoungas S, Pillai A, Jardine M, et al.(2009). Albuminuria and kidney function independently predict cardiovascular and renal outcomes in diabetes. J Am Soc Nephrol. 2009;20(8):1813-21.
11. de Boer IH, Khunti K, Sadusky T, Tuttle KR, Neumiller JJ, Rhee CM, et al.(2022). Diabetes management in chronic kidney disease: a consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). Diabetes Care. 2022;45(12):3075-90.
12. Heerspink HJL, Stefánsson BV, Correa-Rotter R, Chertow GM, Greene T, Hou FF, et al.(2020). Dapagliflozin in patients with chronic kidney disease. N Engl J Med. 2020;383(15):1436-46.
13. Levey AS, Gansevoort RT, Coresh J, Inker LA, Heerspink HL, Grams ME, et al.(2020). Change in albuminuria and GFR as end points for clinical trials in early stages of CKD: a scientific workshop sponsored by the National Kidney Foundation in collaboration with the US Food and Drug Administration and European Medicines Agency. Am J Kidney Dis. 2020;75(1):84-104.

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็ก 0 – 5 ปี ในการเฝ้าระวังพัฒนาการล่าช้า

The Effect of health literacy and parenting behavior enhancement program on monitoring developmental delays in children aged 0-5 years.

(Received: April 14,2026 ; Revised: April 19,2026 ; Accepted: April 23,2026)

วิไลวรรณ เกตุจันทร์¹

Wilaiwan Ketchan¹

บทคัดย่อ

การศึกษา ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็ก 0 – 5 ปี ในการเฝ้าระวังพัฒนาการล่าช้า เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experiment Research) ศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปี ในการเฝ้าระวังพัฒนาการล่าช้า และศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็ก 0 – 5 ปี กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ปกครอง เด็ก 0 – 5 ปี ในปี พ.ศ. 2568 ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ หมู่ 3, หมู่ 4 และหมู่ 5 ตำบลบางแก้วฟ้า อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ทุกคนจำนวน 30 คน ซึ่งเท่ากับจำนวนเด็ก 0 – 5 ปี ในปีพ.ศ. 2568 เครื่องมือวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็ก 0 – 5 ปี ในการเฝ้าระวังพัฒนาการล่าช้า แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมในการเฝ้าระวังพัฒนาการล่าช้า เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึง เมษายน 2569 วิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติ Paired t – test

ผลการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็ก 0 – 5 ปี ในการเฝ้าระวังพัฒนาการล่าช้า หลังการเข้าโปรแกรม พบว่า โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการตัดสินใจเลือกการปฏิบัติที่ถูกต้อง และด้านที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการสื่อสาร ด้านการจัดกาตนเอง และด้านการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศและพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็ก 0 – 5 ปี ในการเฝ้าระวังพัฒนาการล่าช้า หลังการเข้าโปรแกรม พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับดี ยกเว้นด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา อยู่ในระดับปานกลางและเมื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็ก 0 – 5 ปี ในการเฝ้าระวังพัฒนาการล่าช้า ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็ก 0 – 5 ปี ในการเฝ้าระวังพัฒนาการล่าช้า หลังการเข้าโปรแกรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการเข้าโปรแกรม

คำสำคัญ : พัฒนาการล่าช้า โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมเฝ้าระวังพัฒนาการล่าช้า เด็ก 0 – 5 ปี

Abstract

This study investigated the effects of a health literacy and behavior enhancement program for parents of children aged 0-5 years in monitoring developmental delays. A quasi-experimental research design using a one-group pretest-posttest design was employed. The objectives were to study the health literacy and behavior of parents of children aged 0-5 years in monitoring developmental delays, and to examine the effectiveness of the health literacy and behavior enhancement program. The sample consisted of 30 parents of children aged 0-5 years residing in Villages 3, 4, and 5, Bang Kao Fa Subdistrict, Nakhon Chai Si District, Nakhon Pathom Province in 2025 (equal to the number of children aged 0-5 years in 2025). Data were collected via questionnaires and analyzed using content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t -test.

The health literacy and behaviors of parents of children aged 0-5 years in monitoring developmental delays after participating in the program were found to be at a high level overall and in individual aspects, including knowledge and understanding of health information, access to health information and services, and making correct decisions. Aspects at a moderate level included communication, self-management, and media literacy. The health literacy and behaviors of parents of children aged 0-5 years in monitoring developmental delays after the program were also found to be at a good level overall and in individual aspects, except for fine motor skills and cognitive abilities, which were at a moderate level. A comparison of health literacy and behaviors of parents of children aged 0-5 years in monitoring developmental delays before and after the program

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลบางแก้วฟ้า อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม

showed a statistically significant difference at the .05 level, with the average scores after the program being significantly higher than before the program.

Keywords: developmental delay, health literacy enhancement program, behaviors for monitoring developmental delays, Children 0-5 years old

บทนำ

เด็กแรกเกิดถึงช่วงอายุ 5 ปีเป็นช่วงระยะเวลาที่เด็กเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว และเป็นช่วงสำคัญที่สุดของการสร้างรากฐานชีวิตและจิตใจของมนุษย์ นอกจากร่างกายจะเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วแล้ว สมรรถนะของเด็กก็เจริญเติบโตสูงสุดในช่วงวัยนี้ด้วย ผู้ปกครองส่วนใหญ่มักให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการเจริญเติบโตทางด้านร่างกาย เช่น รูปร่าง น้ำหนัก ส่วนสูง สำหรับพัฒนาการเด็กที่เป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนามนุษย์ไปตลอดชีวิตอาจถูกละเลย ซึ่งพัฒนาการในแต่ละช่วงวัยเกิดจากปัจจัยที่ต่างกัน เช่น ปัจจัยจากมารดา ทารก สภาพการเลี้ยงดู โดยสุขภาพของเด็ก 0-1 ปี ทั้งทางด้านกาย จิตและสังคม เป็นผลมาจากปัจจัยทางชีวภาพ สภาพแวดล้อมการมีปฏิสัมพันธ์การเลี้ยงดู ด้านเศรษฐกิจ การเมืองและเทคโนโลยี การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น สุขภาวะของบิดาและมารดา โดยเฉพาะมารดามีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตของเด็กขณะเป็นทารกในครรภ์และมีผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของชีวิตภายหลังคลอด ช่วงแรกเกิดถึง 2 ปี เป็นช่วงที่เด็กมีความพร้อมที่จะเรียนรู้ และรับประสบการณ์ใหม่ เนื่องจากระบบประสาทและสมองเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว การเจริญเติบโตของร่างกาย เช่น กล้ามเนื้อแขนขาขยายขนาดเพิ่มขึ้น มีความสูงมากขึ้น ระบบการรับสัมผัสและการเรียนรู้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ดังนั้น การเลี้ยงดูและการจัดสภาพแวดล้อมที่มีคุณภาพย่อมส่งผลต่อพัฒนาการเด็กในอนาคต จากปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าว ล้วนมีความสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกับพัฒนาการเด็กไม่ว่าจะเป็นปัจจัยจากบิดา มารดา ผู้เลี้ยงดู ปัจจัยของเด็กสภาพแวดล้อมและการเลี้ยงดูต่างๆ ที่เปลี่ยนไปตามบริบทของสังคม ทั้งที่ทำให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยและล่าช้า ซึ่งเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการของเด็กในทุกๆ ด้าน การพัฒนาบทบาทความเป็นพ่อแม่ในการอบรมเลี้ยงดูเด็ก โดยการเสริมสร้างความรอบรู้ให้กับพ่อแม่และผู้ดูแลเด็กให้มีความรู้ในการเลี้ยงดูเด็กและมีทักษะในการส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย รวมถึงการเฝ้าระวัง และการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย^{1,2}

พัฒนาการล่าช้าในเด็กเป็นปัญหาที่พบได้ทั่วไป โดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จากสถิติองค์การอนามัยโลกพบว่า ร้อยละ 15 - 20 ของเด็กทั่วโลกมีพัฒนาการที่ผิดปกติ² สำหรับประเทศไทย มีประมาณ 1 ใน 3 ของเด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัย โดยเฉพาะเด็กอายุ 3-5 ปี ซึ่งมีประมาณร้อยละ 34 ที่มีพัฒนาการไม่สมวัย³ ซึ่งการคัดกรองพัฒนาการล่าช้าในเด็กอายุ 0 - 5 ปี เป็นกระบวนการที่สำคัญในการตรวจจับและแก้ไขปัญหาพัฒนาการที่ไม่เหมาะสมตามวัย สำหรับประเทศไทยการคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) เพื่อประเมินพัฒนาการเด็กใน 5 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านความเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา และด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม⁴ ซึ่งผลการคัดกรองพบว่าร้อยละ 20 ของเด็กอายุ 0 - 5 ปีที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบว่ามีความล่าช้า นอกจากนี้นี้ยังมีรายงานว่าเด็กบางส่วนมีพัฒนาการล่าช้ามากถึงร้อยละ 21.7 ตามการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญา (IQ) ของเด็กไทย การคัดกรองพัฒนาการทำเป็นประจำเมื่อเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน โดยใช้คู่มือ DSPM และ TED4I เพื่อประเมินและกระตุ้นพัฒนาการ การคัดกรองพัฒนาการเป็นประจำช่วยให้สามารถคัดกรองและแก้ไขปัญหาพัฒนาการล่าช้าได้ทันทั่วทั้งที่ ซึ่งจะช่วยให้เด็กมีพัฒนาการที่ดีและเติบโตอย่างมีคุณภาพ^{2,5}

ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองมีความสำคัญอย่างยิ่งในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย โดยเฉพาะการส่งเสริมพัฒนาการและป้องกันพัฒนาการล่าช้า⁶ การเสริมสร้างความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองเป็นกุญแจสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กและป้องกันพัฒนาการล่าช้า ผู้ปกครองควรได้รับความรู้ตลอดจนทักษะในการติดตามพัฒนาการเด็กอย่างเหมาะสม รวมถึงการรู้จักสัญญาณของพัฒนาการล่าช้า เช่น การเคลื่อนไหว การใช้ภาษา และการช่วยเหลือตนเอง ควบคู่ไปกับการให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการเลี้ยงดูเด็กที่เหมาะสม เช่น การเล่นและการสร้างความผูกพัน

การเข้าถึงบริการสุขภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กยังเป็นสิ่งจำเป็นในการช่วยเหลือเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าให้กลับมาสมวัยได้ การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถทำได้หลายวิธี เช่นการจัดอบรมให้ความรู้ และทักษะในการดูแล การให้ความรู้ผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ และการสนับสนุนจากชุมชนและหน่วยงานสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาของฮาลาวาตี สนิหิ และคณะ⁷ ได้ศึกษาการพัฒนากระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านพัฒนาการเด็กสำหรับผู้ปกครองในพื้นที่อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) เข้าถึง 2) เข้าใจ 3) ได้ตอบ ซักถามแลกเปลี่ยน 4) ตัดสินใจ 5) เปลี่ยนพฤติกรรม และ 6) บอกต่อ เพื่อเป็นการเปิดช่องทางการเรียนรู้ร่วมกันในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้ดีขึ้น หลังจากนำกระบวนการมาใช้ พบว่าเด็กมีพัฒนาการที่ดีขึ้น (สมวัย) ร้อยละ 70 และสอดคล้องกับการศึกษาของจิรัชญา มัชฌนาโสและคณะ (2567)⁸ ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ศูนย์เด็กเล็ก อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี พบว่าผลการประเมินรูปแบบการเฝ้าระวังฯ ที่พัฒนาขึ้นพบว่ากลุ่มบุคลากรมีความคิดเห็นในด้านความเหมาะสมและความเป็นไปได้ต่อรูปแบบโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.77$, S.D. = 0.25) และกลุ่มผู้ปกครองมีความพึงพอใจต่อรูปแบบโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.69$, S.D. = 0.41)

ในปี 2568 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลบางแก้วฟ้า อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม มีเด็ก 0 – 5 ปี จำนวน 30 คน ได้รับการตรวจประเมินคัดกรองพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าจำนวน 6 คนคิดเป็นร้อยละ 20 และจากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปี ในการเฝ้าระวังพัฒนาการล่าช้า โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีความรู้ สามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ เข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพพัฒนาการเด็ก สามารถประเมินข้อมูลสุขภาพหรือประเมินพัฒนาการเด็กได้และสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการเฝ้าระวังป้องกันมิให้เด็กมีพัฒนาการล่าช้า ซึ่งการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองไม่เพียงแต่ช่วยให้เด็กมีพัฒนาการที่ดีเท่านั้น แต่ยังช่วยให้

ผู้ปกครองมีความสุขและมั่นใจในการเลี้ยงดูบุตร - หลาน ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญในการสร้างรากฐานที่ดีสำหรับอนาคตของเด็กและครอบครัว

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็ก 0 – 5 ปี ในการเฝ้าระวังพัฒนาการล่าช้า
 2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็ก 0 – 5 ปี ในการเฝ้าระวังพัฒนาการล่าช้า ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม
- ### วิธีการวิจัย

การศึกษา ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็ก 0 – 5 ปี ในการเฝ้าระวังพัฒนาการล่าช้า เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experiment Research) ศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ปกครอง เด็ก 0 – 5 ปี ตำบลบางแก้วฟ้า อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม จำนวน 30 คน
กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ปกครอง เด็ก 0 – 5 ปี ในปี พ.ศ. 2568 ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ หมู่ 3, หมู่ 4 และหมู่ 5 ตำบลบางแก้วฟ้า อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ทุกคนจำนวน 30 คน ซึ่งเท่ากับจำนวนเด็ก 0 – 5 ปี ในปี พ.ศ. 2568 การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัย มีเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (Inclusion Criteria) 1) เป็นผู้ปกครองเด็ก 0 – 5 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) ผู้ปกครองเด็ก 0 – 5 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลบางแก้วฟ้าหมู่ 3, หมู่ 4 และหมู่ 5 3) เป็นผู้ที่สามารถอ่านออก เขียนได้ด้วยภาษาไทย 4) เป็นผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกละกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria) 1) กลุ่มต่างชาติ 2) ผู้ปกครองเด็ก 0 – 5 ปี ที่ไม่ได้อยู่ในพื้นที่หมู่ 3, หมู่ 4 และหมู่ 5 ตำบลบางแก้วฟ้า 3) ผู้ปกครองเด็ก 0 – 5 ปี ที่มีโรคประจำตัวหรือมีภาวะจำกัดความสามารถในการเรียนรู้

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยจัดทำโครงร่างและเครื่องมือการวิจัย ดำเนินการขออนุมัติและขอรับการพิจารณาจริยธรรมตาม

ขั้นตอนจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

2. นำเสนอโครงร่างผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปี ในการเฝ้าระวังพัฒนาการล่าช้า ต่อคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม เพื่อขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เมื่อทำการพิจารณาแล้วจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขตามความเห็นชอบของคณะกรรมการก่อนทำการศึกษา เลขที่หนังสือคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐมเลขที่ 52/2568 ลงวันที่ 24 ธันวาคม 2568

3. ผู้วิจัยได้ทำการประชุมรูปแบบการเก็บข้อมูลและวางแผนทางในการเก็บข้อมูลให้เป็นแนวทางเดียวกัน

4. ดำเนินการวิจัยผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปี ในการเฝ้าระวังพัฒนาการล่าช้า ตำบลบางแก้วฟ้า อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ดังต่อไปนี้

4.1 ทดสอบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองในการเฝ้าระวังพัฒนาการล่าช้า ก่อนเข้าโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

4.2 จัดกิจกรรม/โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ปกครองในการเฝ้าระวังพัฒนาการล่าช้า ดังต่อไปนี้

4.2.1 อบรมให้ความรู้โดยการบรรยายผ่านสื่อการสอนเกี่ยวกับพัฒนาการเด็กและแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 มิติ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ เข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารข้อมูลการจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องโดยนำไปใช้ในการเฝ้าระวังพัฒนาการเด็ก เพื่อป้องกันหรือจัดการภาวะพัฒนาการล่าช้า

4.2.2 การสาธิตและฝึกปฏิบัติ โดยสาธิตการประเมินพัฒนาการเด็กและฝึกใช้แบบคัดกรองพัฒนาการเด็ก ตามคู่มือ DSPM (Developmental Surveillance and Promotion Manual) ใน 5 ด้าน คือ การเคลื่อนไหว, กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา, การเข้าใจภาษา, การใช้ภาษา, และการช่วยเหลือตนเองและสังคม

4.2.3 การฝึกทักษะสังเกตพฤติกรรมเสี่ยงสงสัยล่าช้า หรือพัฒนาการล่าช้า

4.2.4 การใช้สื่อความรู้ (คู่มือ / วีดีโอ แผ่นพับความรู้)

4.2.5 จัดกิจกรรมเสริมทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกิจกรรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

4.3 สรุปผลโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ปกครองในการเฝ้าระวังไม่ให้เกิดพัฒนาการล่าช้า โดยประเมินจากคะแนนก่อน - หลังการเข้าโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ ชุดกิจกรรม/โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการรวบรวมแนวคิดทฤษฎี ได้แก่ สื่อการสอนเกี่ยวกับพัฒนาการเด็กและความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสาธิตและฝึกปฏิบัติ การประเมินพัฒนาการเด็กและฝึกใช้แบบคัดกรองพัฒนาการเด็ก ตามคู่มือ DSPM (Developmental Surveillance and Promotion Manual) การฝึกทักษะสังเกตพฤติกรรมเสี่ยงสงสัยล่าช้า สื่อความรู้ (คู่มือ / วีดีโอ แผ่นพับความรู้) กิจกรรมเสริมทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกิจกรรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ สรุปผลการดำเนินโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปี ในการเฝ้าระวังพัฒนาการล่าช้า ผลของโปรแกรมจะประเมินจากคะแนนก่อน - หลังการเข้าโปรแกรม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล เป็นแบบ check list และเติมคำ จำนวน 12 ข้อ แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ปกครองจำนวน 45 ข้อ และแบบวัดพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปี ในการเฝ้าระวังพัฒนาการล่าช้า จำนวน 25 ข้อ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามคู่มือประเมินพัฒนาการเด็กแต่ละช่วงวัย และแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพครอบคลุม 6 ด้านของ Health Literacy ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องสามารถนำข้อมูลที่ได้รับไปใช้ในการเฝ้า

ระว่างพัฒนาการเด็ก รูปแบบคำตอบเป็น rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ระดับมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ระดับมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ระดับปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ระดับน้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ระดับน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้⁹

คะแนนเฉลี่ย แปลผล

4.21 – 5.00 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากที่สุด

3.41 – 4.20 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมาก

2.61 – 3.40 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพปานกลาง

1.81 – 2.60 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อย

1.00 - 1.80 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ใกล้เคียง จำนวน 20 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) มีค่าเท่ากับ .943

2.2 แบบวัดพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็ก 0 – 5 ปี ในการเฝ้าระวังพัฒนาการล่าช้า รูปแบบคำตอบเป็น rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ประจำ หมายถึง ทำเสมอทุกครั้ง ตามช่วงเวลาที่กำหนด คะแนนเท่ากับ 5 คะแนน

บ่อยครั้ง หมายถึง ทำบ่อย 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ คะแนนเท่ากับ 4 คะแนน

บางครั้ง หมายถึง ทำบ้าง 2 ครั้ง/สัปดาห์ คะแนนเท่ากับ 3 คะแนน

นานๆครั้ง หมายถึง ทำไม่บ่อย 1 ครั้ง/สัปดาห์ คะแนนเท่ากับ 2 คะแนน

ไม่ทำเลย หมายถึง ไม่เคยทำ ไม่เคยปฏิบัติ คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้⁹

คะแนนเฉลี่ย แปลผล

4.21 – 5.00 มีพฤติกรรมเฝ้าระวังพัฒนาการล่าช้าระดับดีมาก

3.41 – 4.20 มีพฤติกรรมเฝ้าระวังพัฒนาการล่าช้า ระดับดี

2.61 – 3.40 มีพฤติกรรมเฝ้าระวังพัฒนาการล่าช้า ระดับปานกลาง

1.81 – 2.60 มีพฤติกรรมเฝ้าระวังพัฒนาการล่าช้า ระดับน้อย

1.00 - 1.80 มีพฤติกรรมเฝ้าระวังพัฒนาการล่าช้า ระดับน้อยมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ใกล้เคียง จำนวน 20 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) มีค่าเท่ากับ .900

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษา ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปี ในการเฝ้าระวังพัฒนาการล่าช้า ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย

จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม เลขที่ 52/2568
ลงวันที่ 24 ธันวาคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์
เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการ
วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพของ
ผู้ปกครองในการเฝ้าระวังพัฒนาการล่าช้า สถิติอนุมานใน
การวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ paired t - test

ผลการวิจัย

1. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้าน
สุขภาพและพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็ก 0 – 5 ปี ในการเฝ้า
ระวังพัฒนาการล่าช้า ก่อนการเข้าโปรแกรม

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปี ในการ
เฝ้าระวังพัฒนาการล่าช้า พบว่า ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง
ร้อยละ 86.7 อายุระหว่าง 50 – 59 ปี ร้อยละ 33.3 ระดับ
การศึกษาสูงสุดต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 90.0 สถานภาพ
สมรสแล้ว ร้อยละ 76.7 อาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 60.0 รายได้
ต่ำกว่า 2,500 บาท – 5,000 บาท ร้อยละ 50.0 การฝากครรภ์
ก่อนคลอดตามนัดทุกครั้ง ร้อยละ 83.3 ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
ขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 90.0 อายุครรภ์ขณะคลอดครบกำหนด
ร้อยละ 96.7 คลอดปกติ ร้อยละ 90.0 น้ำหนักทารก > 2,500
กิโลกรัม ร้อยละ 93.3 และครอบครัวขยาย ร้อยละ 70.0

1.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของ
ผู้ปกครองเด็ก 0 – 5 ปี ในการเฝ้าระวังพัฒนาการล่าช้า ก่อน
เข้าโปรแกรม พบว่า โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปาน
กลาง ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ และด้าน
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ส่วนด้านที่ อยู่ในระดับ
น้อย ได้แก่ ด้านการสื่อสาร ด้านการจัดการตนเอง ด้านการ
รู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ และด้านการตัดสินใจเลือกการ
ปฏิบัติที่ถูกต้อง

1.3 พฤติกรรมของผู้ปกครองเด็ก 0 – 5 ปี ในการ
เฝ้าระวังพัฒนาการล่าช้า ก่อนการเข้าโปรแกรม พบว่า
โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้น ด้านการ
เข้าใจภาษาและด้านการใช้ภาษาอยู่ในระดับน้อย

2. โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ
ของผู้ปกครองเด็ก 0 – 5 ปี ในการเฝ้าระวังพัฒนาการล่าช้า
ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการรวบรวมแนวคิดทฤษฎี ได้แก่ สื่อ
การสอนเกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก และความรอบรู้ด้านสุขภาพ
การสาธิตและฝึกปฏิบัติ การประเมินพัฒนาการเด็กและฝึก
ใช้แบบคัดกรองพัฒนาการเด็ก ตามคู่มือ DSPM
(Developmental Surveillance and Promotion Manual)
การฝึกทักษะสังเกตพฤติกรรมเสี่ยงสงสัยล่าช้า สื่อความรู้
(คู่มือ / วีดีโอ แผ่นพับความรู้) กิจกรรมเสริมทักษะการ
ตัดสินใจด้านสุขภาพและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกิจกรรม/
โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ สรุปผลของ
โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของ
ผู้ปกครองเด็ก 0 – 5 ปี ในการเฝ้าระวังพัฒนาการล่าช้า

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของ
ผู้ปกครองเด็ก 0 – 5 ปี ในการเฝ้าระวังพัฒนาการล่าช้า หลัง
การเข้าโปรแกรม

3.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของ
ผู้ปกครองเด็ก 0 – 5 ปี ในการเฝ้าระวังพัฒนาการล่าช้า หลัง
การเข้าโปรแกรม พบว่า โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก
ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ด้านการเข้าถึง
ข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการตัดสินใจเลือกการปฏิบัติ
ที่ถูกต้อง และด้านที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการ
สื่อสาร ด้านการจัดการตนเอง และด้านการรู้เท่าทันสื่อสาร
สนเทศ

3.2 พฤติกรรมของผู้ปกครองเด็ก 0 – 5 ปี ในการ
เฝ้าระวังพัฒนาการล่าช้า หลังการเข้าโปรแกรม พบว่า
โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับดี ยกเว้นด้านการใช้
กล่อมเนื้อมดเล็กและสติปัญญา อยู่ในระดับปานกลาง

3.3 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและ
พฤติกรรมของผู้ปกครองเด็ก 0 – 5 ปี ในการเฝ้าระวัง
พัฒนาการล่าช้า ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม

3.3.1 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้าน
สุขภาพของผู้ปกครองเด็ก 0 – 5 ปี ในการเฝ้าระวัง
พัฒนาการล่าช้า ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม

ตาราง 1 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองเด็ก 0 – 5 ปี ในการเฝ้าระวังพัฒนาการล่าช้า ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม (paired t – test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ความเข้าใจ	3.03	0.60	3.68	0.65	29	-12.251	.000	-1.65804	-1.18363
การเข้าถึง	3.15	0.42	3.71	0.57	29	-29.446	.000	-2.04088	-1.77578
การสื่อสาร	2.56	0.36	3.29	0.64	29	-21.567	.000	-2.04825	-1.69342
การจัดการ	2.52	0.29	3.13	0.47	29	-29.099	.000	-2.08451	-1.81073
การรู้เท่าทัน	2.54	0.32	3.15	0.56	29	-31.279	.000	-2.10541	-1.84697
การตัดสินใจ	2.54	0.33	3.68	0.52	29	-24.359	.000	-2.06469	-1.74483
รวม	2.63	0.25	3.44	0.51	29	-36.945	.000	-1.93985	-1.73634

จากตาราง 1 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองเด็ก 0 – 5 ปี ในการเฝ้าระวังพัฒนาการล่าช้า ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม พบว่าโดยรวมและรายด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการเข้าโปรแกรมการเสริมสร้าง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองเด็ก 0 – 5 ปี ในการเฝ้าระวังพัฒนาการล่าช้า ดีวก่อนการเข้าโปรแกรม

3.3.2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็ก 0 – 5 ปี ในการเฝ้าระวังพัฒนาการล่าช้า ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม

ตาราง 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็ก 0 – 5 ปี ในการเฝ้าระวังพัฒนาการล่าช้า ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม (paired t – test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
การเคลื่อนไหว	2.94	0.57	3.44	0.75	29	-11.613	.000	-1.77986	-1.24681
กล้ามเนื้อมัดเล็ก	2.75	0.55	3.36	0.65	29	-14.035	.000	-1.99356	-1.48644
การเข้าใจภาษา	2.54	0.34	3.53	0.66	29	-28.170	.000	-2.08800	-1.80533
การใช้ภาษา	2.53	0.36	3.45	0.66	29	-20.307	.000	-2.00330	-1.63670
การช่วยเหลือ	3.15	0.67	3.83	0.59	29	-9.945	.000	-1.57539	-1.03795
รวม	2.78	0.36	3.52	0.63	29	-19.871	.000	-1.83674	-1.49393

จากตาราง 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็ก 0 – 5 ปี ในการเฝ้าระวังพัฒนาการล่าช้า ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม พบว่า โดยรวมและรายด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการเข้าโปรแกรมพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็ก 0 – 5 ปี ในการเฝ้าระวังพัฒนาการล่าช้า ดีวก่อนการเข้าโปรแกรมสรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็ก 0 – 5 ปี ในการเฝ้าระวังพัฒนาการล่าช้า ก่อนเข้าโปรแกรม พบว่า โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจ ข้อมูลสุขภาพ และด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ส่วนด้านที่อยู่ในระดับน้อย ได้แก่ ด้านการสื่อสาร ด้านการจัดการตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ และด้านการ

ตัดสินใจเลือกการปฏิบัติที่ถูกต้องและพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็ก 0 – 5 ปี ในการเฝ้าระวังพัฒนาการล่าช้า ก่อนการเข้าโปรแกรม พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้น ด้านการเข้าใจภาษาและด้านการใช้ภาษาอยู่ในระดับน้อย สอดคล้องกันกับการศึกษาของอิโสภิญญาทองไทย และคณะ¹⁰ ได้ศึกษาความรอบรู้สุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ของผู้เลี้ยงดูเด็ก เขตสุขภาพที่ 7 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้สุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูเด็ก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เลี้ยงดูหลักเด็กอายุ 0-5 ปี จำนวน 339 คน ในจังหวัดร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ ผลการศึกษา พบว่า ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นผู้เลี้ยงดู ร้อยละ 56.70 มีความรอบรู้สุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยระดับพอใช้และต้องปรับปรุง ร้อยละ 49.60 โดยมีความรอบรู้สุขภาพระดับต่ำด้านความรู้ความ

เข้าใจในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ร้อยละ 94.40 และด้านการตัดสินใจเลือก ปฏิบัติที่ถูกต้อง ร้อยละ 49.60 จากผลวิจัยบ่งชี้ว่าเด็กปฐมวัยไม่ได้รับการดูแลจากบิดา มารดา โดยครึ่งหนึ่งมีความรอบรู้สุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยไม่เพียงพอ ควรสร้างงานในชุมชนและสนับสนุนเงินอุดหนุนในการเลี้ยงดูเพื่อให้เด็กได้อยู่กับบิดา มารดา เน้นสร้างความรู้ความเข้าใจแก่ผู้เลี้ยงดูเด็กเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในการเลี้ยงดูครอบคลุมทั้งประเด็นการกิน การกอด การเล่น การเล่านิทาน การนอน การดูแลฟัน การจัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของเด็กที่เหมาะสม ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้จัดทำโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปี ในการเฝ้าระวังพัฒนาการล่าช้า โดยพัฒนาขึ้นจากการรวบรวมแนวคิด ทฤษฎี ได้แก่ สื่อการสอนเกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก และความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสาธิตและฝึกปฏิบัติ การประเมินพัฒนาการเด็กและฝึกใช้แบบคัดกรองพัฒนาการเด็ก ตามคู่มือ DSPM (Developmental Surveillance and Promotion Manual) การฝึกทักษะสังเกตพฤติกรรมเสี่ยงสงสัยล่าช้า สื่อความรู้ (คู่มือ / วีดีโอ แผ่นพับความรู้) กิจกรรมเสริมทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกิจกรรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ สรุปผลการดำเนินโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามแนวคิดการประเมินพัฒนาการ และการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย^{4,11, 12, 13} ส่งผลให้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็ก 0 – 5 ปี ในการเฝ้าระวังพัฒนาการล่าช้า หลังการเข้าโปรแกรม พบว่า โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการตัดสินใจเลือกการปฏิบัติที่ถูกต้อง และด้านที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการสื่อสาร ด้านการจัดการตนเอง และด้านการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศและพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็ก 0 – 5 ปี ในการเฝ้าระวังพัฒนาการล่าช้า หลังการเข้าโปรแกรม พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับดี ยกเว้นด้านการใช้กล่อมโยนมัดเล็กและสติปัญญา อยู่ในระดับปานกลางและเมื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็ก 0 – 5 ปี ในการเฝ้าระวังพัฒนาการล่าช้า ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็ก

0 – 5 ปี ในการเฝ้าระวังพัฒนาการล่าช้า หลังการเข้าโปรแกรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการเข้าโปรแกรม สอดคล้องกันกับการศึกษาของ จิรัชญา มัธนาโส นพพร จันทรเสนา ยุพาภรณ์ ตีรไพรวงศ์⁸ ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ศูนย์เด็กเล็ก อำเภอนองหาน จังหวัดอุดรธานี เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ ใช้กรอบแนวคิดของเคมมิสและแมคทาเกท โดยแบ่งออกเป็น 4 ระยะคือ 1) การวางแผน 2) การลงมือปฏิบัติ 3) การตรวจสอบติดตาม และ 4) การสะท้อนผล ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย 1) การกำหนดนโยบายระหว่างผู้รับผิดชอบทุกภาคส่วนร่วมกัน 2) การดำเนินการแบบบูรณาการ และ 3) ระบบการติดตามเชื่อมโยงจากสถานบริการถึงชุมชนโดยใช้กลยุทธ์การมีส่วนร่วม ผลการประเมินรูปแบบการเฝ้าระวังฯ ที่พัฒนาขึ้นพบว่ากลุ่มบุคลากรมีความคิดเห็นในด้านความเหมาะสมและความเป็นไปได้ต่อรูปแบบฯโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.77, S.D. = 0.25) และกลุ่มผู้ปกครองมีความพึงพอใจต่อรูปแบบฯโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.69, S.D. = 0.41)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. จากผลการวิจัย ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปี ในการเฝ้าระวังพัฒนาการล่าช้า ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎี ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ผู้ปกครองเด็กมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการเฝ้าระวังพัฒนาการล่าช้าดีขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งเกิดจากแบบแผนของโปรแกรมร่วมกับการกระตุ้นของผู้วิจัยอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ถ้าผู้ปกครองขาดการกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง อาจส่งผลต่อพัฒนาการของเด็กได้
2. จากผลการวิจัย พบว่า โปรแกรมให้ผลดีจึงควรนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในกลุ่มวัยต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพที่ดีของตนเอง ลดภาระการพึ่งพิงต่อไป
3. สามารถใช้ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นแนวทางในการวางแผนเชิงระบบสำหรับการคัดกรองและเฝ้าระวังภาวะพัฒนาการล่าช้าในเด็กปฐมวัย ได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะการพัฒนาแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับช่วงวัย

และตอบสนองต่อความต้องการของผู้ปกครองในบริบทท้องถิ่น

4. สามารถนำผลวิจัยนี้ไปต่อยอดในการจัดอบรมหรือพัฒนาองค์ความรู้ให้แก่บุคลากรสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในคลินิกเด็กดี/รพ.สต. เพื่อเพิ่มทักษะในการประเมินเบื้องต้นและให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างเป็นระบบ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปี ในการเฝ้าระวังพัฒนาการล่าช้า ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ปกครองเด็กที่มีจำนวนมากขึ้น และในพื้นที่อื่น ๆ เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมและมีการวัดซ้ำ เพื่อประเมินความคงทนประสิทธิผลของโปรแกรม

2. ควรพัฒนาการโปรแกรมการเสริมสร้างการดูแลสุขภาพสำหรับประชากรทุกกลุ่มวัย เพื่อเป็นแนวทางในการ

พัฒนางานด้านสาธารณสุขในกลุ่มวัยอื่น ๆ ได้อย่างเหมาะสม มีการศึกษาผลการดูแลพัฒนาการเด็ก จากการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองในการเฝ้าระวังพัฒนาการล่าช้า ในระยะยาว เพื่อการค้นหาปัญหาและแนวทางการดูแลที่หลากหลายต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านในการตรวจสอบเครื่องมือ ให้ความกรุณาแนะนำและให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานวิจัย ส่งผลให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี และขอขอบคุณผู้ปกครองเด็ก 0 – 5 ปี ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปี ในการเฝ้าระวังพัฒนาการล่าช้า ในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. ชิดมงคล สัมพันธ์ของ พนิดา ศิริอาพันธ์กุล จุไรรัตน์ กิยาภ อีสราภรณ์ ชื่นสุวรรณ.(2561). สถานการณ์ปัญหาภาวะสุขภาพ พัฒนาการ และพื้นฐานอารมณ์ของเด็กปฐมวัย. รายงานการวิจัย. สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม
2. สถาบันพัฒนาอเนกมัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย.(2567). ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพัฒนาการเด็กปฐมวัย[ออนไลน์]
https://nichanamaimoph.go.th/th/kpr67/download?id=114374&mid=38799&mkey=m_document&lang=th&cid=34139
3. เบญจมาศ สลิลปราโมทย์.(2565). คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 15 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2565
4. กระทรวงสาธารณสุข. (2562). คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
5. กิตติ กรภิรมย์, พวงผกา มะเสนา.(2560). การเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กกลุ่มอายุ 0-5 ปี เขตสุขภาพที่ 5 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารแพทย์เขต 4-5 ปีที่ 36 ฉบับที่ 4 ตุลาคม-ธันวาคม 2560. 305-16
6. ชาตรี เมตต์ สิวิลัย วรรณวิจิตร.(2560). การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ: จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์. ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 : กรกฎาคม - ธันวาคม 2560. 96-111
7. ฮาลาวัต สนิท, อังคนา วังทอง, อนุชิต วังทอง.(2563). การพัฒนาระบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านพัฒนาการเด็กสำหรับผู้ปกครองในพื้นที่อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ 2563; 2(1) มกราคม – เมษายน 41-51
8. จิรัชญา มั่นมาโส นพพร จันทระเสนา ยุพนาถ ดิเรพรพงศ์.(2567). การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ศูนย์เด็กเล็ก อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา. ปีที่ 7 ฉบับที่ 1
9. Best, J.W. (1991). Research in education (8th ed.). New Delhi: V. k. Batra at Peart officer Prees.
10. อธิสภัญ ทองไทย, สุพัตรา บุญเจียม, ปิยะ บุรีโส, นิตยา ศรีมานนท์, ลัดดา ตีอันทอง. ความรอบรู้สุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูเด็กเขตสุขภาพที่ 7. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2566;46(1):105-15.
11. กิตติ กรภิรมย์, พวงผกา มะเสนา.(2560). การเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กกลุ่มอายุ 0-5 ปี เขตสุขภาพที่ 5 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารแพทย์เขต 4-5 ปีที่ 36 ฉบับที่ 4 ตุลาคม-ธันวาคม 2560. 305-16
12. ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. (ม.ป.ป.). คู่มือสำหรับพ่อแม่เพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านการดูแลและพัฒนาเด็ก ตอน เด็กวัยอนุบาล 3-6 ปี. กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย.
13. สมาคมอนุบาลศึกษาแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. (2560). การพัฒนาเด็กอย่างเป็นองค์รวม (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: พลัสเพรส.

การพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลไพศาล อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์

The development of health promotion model for aging with participation of village health volunteer, Phaisan Sub-district, Prakhonchai district, Buriram province.

(Received: April 6,2026 ; Revised: April 10,2026 ; Accepted: April 12,2026)

ประมวล หลอมประโคน¹
Pramual Lomprakhon¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการเชิงปฏิบัติ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลไพศาล อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของเคมมิส และแม็คแท็กการ์ท (วงจร PAOR) กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ภาคีเครือข่าย 30 คน คัดเลือกแบบเจาะจง และ 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 135 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม แนวทางการสัมภาษณ์ เชิงลึก และแนวทางการสนทนากลุ่ม ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2568 ถึงเดือนมีนาคม 2569 ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เปรียบเทียบผลการพัฒนาแบบการด้วยสถิติ paired t-test กำหนดค่านัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า แบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) ระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในชุมชน 3) ระบบบริการดูแลสุขภาพเชิงรุกโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 4) กลไกการบริหารจัดการและภาคีเครือข่าย และ 5) ระบบติดตาม ประเมินผล และการเรียนรู้ร่วมกัน หลังการพัฒนาแบบกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ การส่งเสริมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมในการการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

คำสำคัญ: การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ, การมีส่วนร่วม, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This action research aimed to study the development of health promotion model for aging with participation of village health volunteer, Phaisan Sub-district, Prakhonchai district, Buriram province. The study applied the concept of Kemmis and McTaggart's (PAOR cycle). The samples consisted of 2 groups: 1) 30 samples from network participants selected by purposive sampling and 2) 135 village health volunteers selected by stratified random sampling. Quantitative data was collected by the questionnaire, in-depth interview guidelines and focus group discussion guidelines. Data was collected between October 2025 to March 2026. Data analysis was performed by descriptive and comparative analysis was performed by paired t-test with a significance level of 0.05. Analysis qualitative data using content analysis.

The research findings the showed the developed model comprised 5 main components: 1) Capacity Building of Village Health Volunteer, 2) Community-based Health Promotion System 3) Proactive Care by Village Health Volunteer, 4) Management and Partnership Mechanism and 5) Monitoring, Evaluation, and Learning System. After implementation of the model resulted the overall level of knowledge, health

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านละลมพูน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์

promotion practices, and participation showed a statistically significant improvement, as compared to before intervention (p -value<0.001).

Keyword: health promotion model for aging, participation, village health volunteers

บทนำ

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก และเป็นประเด็นที่รัฐบาลของประเทศต่างๆ กำลังให้ความสนใจในขณะที่ประชากรโลกกำลังเพิ่มช้าลง จำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงอายุกลับเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วในปี 2565 ทั้งทั้งโลกมีประชากรสูงอายุ 1,109 ล้านคน ร้อยละ 14 ของประชากรโลก¹ สังคมไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงประชากรอัตราการเกิด และอัตราการตายลดลง การเปลี่ยนแปลงและเตรียมพร้อมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีครอบคลุมทุกมิติและเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ สามารถใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีความสุขเป็นเรื่องสำคัญ กระทรวงสาธารณสุขมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุการเตรียมพร้อมการเข้าสู่สังคมสูงวัยและรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย² ในปี 2566 ประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุไทยจำนวน 7,229,001 คน พบว่า เป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 96.90 และเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง จำเป็นต้องสนับสนุนบริการด้านสุขภาพและสังคม ร้อยละ 3.09³

การดำเนินงานที่จะให้มีการพัฒนาประชาชนกลุ่มวัยสูงอายุให้มีคุณภาพชีวิต และมีศักยภาพในการพัฒนาประเทศให้ก้าวเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว จึงจำเป็นต้องมีการจัดทำแผนปฏิบัติการแผนการบูรณาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อให้ประชาชนกลุ่มวัยสูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ปลอดภัย เฝ้าระวัง ป้องกัน และแก้ไขปัญหามาให้ปัญหาทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น⁴ สำนักอนามัยผู้สูงอายุมีนโยบายการส่งเสริมสุขภาพดีชะลอชรา ชีวียืนยาว (Individual Wellness

Plan) สำหรับผู้สูงอายุเพื่อการให้ความรู้ การคัดกรองผู้สูงอายุและการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านแผนส่งเสริมสุขภาพดีสำหรับผู้สูงอายุรายบุคคล⁵ และกรมกิจการผู้สูงอายุได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานใน 2567 เพื่อรองรับ “นโยบาย 5 X 5 ฝ่าวิกฤตประชากร” ผ่าน “03 สร้างพลังผู้สูงอายุ : ผ่อนหนักให้เป็นเบา พลิกวิกฤตทางประชากรให้เป็นโอกาส” ร่วมกับกระทรวงต่างๆ ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการดูแลทั้งจากครอบครัว องค์กรต่างๆที่เกี่ยวข้องทั้งจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องแบบครอบคลุมทุกด้าน⁶

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดบุรีรัมย์ มีการพัฒนาการจัดบริการในผู้สูงอายุ 4 กลุ่ม คือ กลุ่มก่อนวัยสูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุสุขภาพดี กลุ่มผู้สูงอายุเจ็บป่วย และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยในกลุ่มผู้สูงอายุสุขภาพดี เป็นกลุ่มที่ต้องส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุ เน้นการคัดกรองสุขภาพที่สำคัญ 10 เรื่อง ได้แก่ การคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคสมองเสื่อม พัลตตกหกล้มในผู้สูงอายุ ข้อเข่าเสื่อม ภาวะซึมเศร้า BMI สุขภาพช่องปาก และ ADL หากพบผลการคัดกรองผิดปกติสามารถส่งเข้ารับการรักษาที่คลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล หากผลปกติสามารถส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป⁷ จากการดำเนินงานที่ผ่านมาในพื้นที่ตำบลไพศาล ปี 2567 พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน และ BMI ร้อยละ 98.22⁸ ซึ่งหลังการคัดกรองมีการติดตามและให้ความรู้เฉพาะรายที่สนใจ ขาดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและภาคประชาชนที่ร่วมดำเนินการในบางขั้นตอนทำให้ชุมชนไม่เห็นความสำคัญและความจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงให้

ความสำคัญ ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีคุณค่า มีคุณภาพชีวิตที่ดี และการดำเนินงานในชุมชนเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบท สถานการณ์และสภาพปัญหาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลไพศาล อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลไพศาล อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีการศึกษา

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ เคมมิส, และแมกทากาด⁹ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม และข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร จำนวน 229 คน ประกอบด้วย

1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) ผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3) ผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 4) เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขของการบริหารส่วนตำบล และ 5) กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Daniel (2010)¹⁰ ใช้สำหรับกำหนดขนาดตัวอย่าง (Sample Size) จากประชากรทั้งหมด (Population Size) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% (0.05) สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) สำหรับเก็บ

ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม แล้วทำการหาสัดส่วนขนาดตัวอย่างจากกลุ่มประชากรของแต่ละหมู่บ้าน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จนครบตามจำนวนขนาดตัวอย่างของแต่ละหมู่บ้าน จำนวน 135 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1)

เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปฏิบัติงานในพื้นที่ตำบลไพศาล อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ 2) สามารถอ่านออกเขียนได้และสื่อสารกับผู้อื่นได้ และ 3) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัยหรือญาติยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1) ไม่สามารถติดตามเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาการทำวิจัยได้ 2) มีความประสงค์ขอยกจากการวิจัยหลังจากที่เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยแล้ว

เครื่องมือการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaire) มีทั้งหมด 4 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมคำลงไปในช่องว่างตามความเป็นจริง จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) รายได้ 6) ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 7) การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ จำนวน 20 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ¹¹ ได้แก่ ความรู้ต่ำ (ร้อยละ 0-59) ความรู้ปานกลาง (ร้อยละ 60-79) ความรู้สูง (ร้อยละ 80-100)

ส่วนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสังคม 4) ด้านปัญญา

และ 5) ด้านสิ่งแวดล้อม โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ (3, 2, 1) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ¹² ได้แก่ น้อย (1.00 - 1.66 คะแนน) ปานกลาง (1.67 - 2.33 คะแนน) มาก (2.34 - 3.00 คะแนน)

ส่วนที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านการให้ความรู้และเผยแพร่ข้อมูล 2) ด้านการดูแลสุขภาพเบื้องต้น 3) ด้านการเยี่ยมบ้านและติดตามสุขภาพ 4) ด้านการประสานงานและส่งต่อบริการ และ 5) ด้านการสนับสนุนกิจกรรมชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ (3, 2, 1) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ¹² ได้แก่ น้อย (1.00 - 1.66 คะแนน) ปานกลาง (1.67 - 2.33 คะแนน) มาก (2.34 - 3.00 คะแนน)

ชุดที่ 2 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview Guidelines) ใช้แนวทาง ในการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณ โดยประเด็นคำถามเป็นประเด็นเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลไพศาล อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ รายละเอียดด้านความคิด จำนวน 10 ข้อ โดยคำถามเป็นแบบปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ

ชุดที่ 3 แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เป็นแนวทางในการสนทนากลุ่มเพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณในครั้งนี้ โดยเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลไพศาล อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 10 ข้อ โดยคำถามเป็นแบบปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านพบว่าทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะและบริบทพื้นที่ใกล้เคียงกัน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลแสงโสม อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 30 คน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาชของแบบสอบถาม 1) ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.88 และ 2) การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.90 และ 3) การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.92 โดยภาพรวมของแบบสอบถามทั้งชุด เท่ากับ 0.95

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยโดยนักวิจัย ซึ่งมีทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2568 ถึงเดือนมีนาคม 2569 โดยรายละเอียดดังนี้

1) ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย

ศึกษาชุมชน ข้อมูลพื้นฐานของชุมชนเพื่อเป็นการยืนยันว่าชุมชนที่เลือกศึกษามีปัญหาเรื่องการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนจริง ชี้แจงให้ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องที่ร่วมวิจัยครั้งนี้ทราบและประสานงานกับผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่กระบวนการวิจัย

2) การดำเนินการวิจัยและประเมินผล

ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดำเนินการ 1 วงรอบ ดังนี้
ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) การศึกษาบริบท ศึกษาสภาพการมีส่วนร่วมของชุมชนและประเมินสถานการณ์ จัดสนทนากลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดกิจกรรมและวิธีการพัฒนารูปแบบ พิจารณาเลือกวิธีการที่ดีที่สุดและจัดทำแผนปฏิบัติการการใช้ระยะเวลา 1 เดือน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) เป็นการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้การจากขั้นตอนที่ 1 โดยใช้องค์ประกอบพื้นฐานจากความรู้ การส่งเสริมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ นำรูปแบบที่ได้จากการพัฒนาไปใช้ในชุมชนใช้ระยะเวลา 3 เดือน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นขั้นตอนกา ติดตาม ให้คำแนะนำ สนับสนุนการปฏิบัติงานในชุมชน และรวบรวมข้อมูลจากการสอบถาม และสังเกตพฤติกรรม การเข้าร่วมกระบวนการวิจัย การสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) เป็นการประเมินผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ รวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ประเมินผลรูปแบบ สรุปและถอดบทเรียน และคืนข้อมูลเพื่อปรับปรุงแผน ปรับปรุงแก้ไข จุดอ่อน เสริมพลังจุดแข็งอย่างต่อเนื่อง ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบโดยเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ระดับความรู้ ระดับการส่งเสริมสุขภาพ และระดับการมีส่วนร่วม ใช้สถิติ Paired t-test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อให้ได้ข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมมาสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสอบถาม

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยจะให้ความสำคัญและพิทักษ์สิทธิของบุคคลที่ร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยยึดหลัก 3 ประการ คือ 1) หลักความเคารพในบุคคล (Respect For Person) 2) หลักคุณประโยชน์และ

ไม่ก่อ อันตราย (Beneficence) และ 3) หลัก ยุติธรรม (Justice) โดยให้ข้อมูลและชี้แจง อาสาสมัคร ให้ความเป็นอิสระในการตัดสินใจ เก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับและจะเผยแพร่ข้อมูลในลักษณะภาพรวมไม่ระบุถึงตัวบุคคลหรือสถานที่ทำงาน โดยโครงการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2568 เลขที่ BRO 2025-100 รับรองระหว่าง วันที่ 1 ตุลาคม 2568 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2569

ผลการศึกษา

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดย การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จากการดำเนินในกระบวนการพัฒนารูปแบบตามแนวคิด PAOR 1 วงรอบ สามารถสรุปเป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งมี 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) ระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในชุมชน 3) ระบบบริการดูแลสุขภาพเชิงรุกโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 4) กลไกการบริหารจัดการและภาคีเครือข่าย และ 5) ระบบติดตาม ประเมินผล และการเรียนรู้ร่วมกัน รูปแบบที่มีกิจกรรม 5 องค์ประกอบดังกล่าวเป็นระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นแกนหลัก ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีการจัดระบบบริการเชิงรุก โดยบูรณาการความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ พร้อมทั้งมีกลไกการบริหารจัดการ การติดตาม ประเมินผล และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า หลัง
การพัฒนารูปแบบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้มากกว่า

ก่อนการพัฒนายังมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value
<0.001) ภาพรวมคะแนนความรู้หลังการพัฒนา
รูปแบบ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 16.64$, S.D.=1.61)
ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ตำบลไพศาล อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ก่อนและหลังการพัฒนา (n=135)

ความรู้	ก่อน			หลัง			95%CI	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล			
1.ความรู้การส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ	9.29	2.72	ต่ำ	16.64	1.61	สูง	6.82-7.89	27.159	<0.001*

* p -value<0.05

การเปรียบเทียบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบว่า
หลังการพัฒนารูปแบบมีระดับการส่งเสริมสุขภาพ
ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -

value<.001) ภาพรวมระดับการส่งเสริมสุขภาพ
ผู้สูงอายุหลังการพัฒนารูปแบบ อยู่ในระดับมาก
($\bar{X}$ =2.40 S.D.=0.14) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบล
ไพศาล

อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ก่อนและหลังการพัฒนา (n=135)

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	ก่อน			หลัง			95%CI	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล			
1.ด้านร่างกาย	1.61	0.30	น้อย	2.44	0.26	มาก	0.76-0.89	25.816	<0.001*
2.ด้านจิตใจ	1.48	0.23	น้อย	2.45	0.27	มาก	0.91-0.99	32.264	<0.001*
3.ด้านสังคม	1.60	0.28	น้อย	2.45	0.24	มาก	0.79-0.90	30.858	<0.001*
4.ด้านปัญญา	1.62	0.30	น้อย	2.45	0.25	มาก	0.76-0.89	25.130	<0.001*
5.ด้านสิ่งแวดล้อม	1.41	0.19	น้อย	2.22	0.15	ปานกลาง	0.76-0.85	34.702	<0.001*
ภาพรวม	1.54	0.14	น้อย	2.40	0.14	มาก	0.83-0.88	64.451	<0.001*

* p -value<0.05

การเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า หลังการพัฒนาแบบมีระดับการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$)

ภาพรวมระดับการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุหลังการพัฒนาแบบ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=2.50$ S.D.=0.09) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตำบลไพศาล อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ก่อนและหลังการพัฒนา (n=135)

การมีส่วนร่วม	ก่อน			หลัง			95%CI	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล			
1.ด้านการให้ความรู้และเผยแพร่ข้อมูล	1.68	0.32	ปานกลาง	2.52	0.23	มาก	0.77-0.91	23.909	<0.001*
2.ด้านการดูแลสุขภาพเบื้องต้น	1.57	0.26	น้อย	2.45	0.23	มาก	0.82-0.93	31.661	<0.001*
3.ด้านการเยี่ยมบ้านและติดตามสุขภาพ	1.56	0.25	น้อย	2.52	0.22	มาก	0.90-0.99	32.954	<0.001*
4.ด้านการประสานงานและส่งต่อบริการ	1.59	0.25	น้อย	2.48	0.21	มาก	0.83-0.95	29.031	<0.001*
5.ด้านการสนับสนุนกิจกรรมชุมชนเพื่อผู้สูงอายุ	1.59	0.26	น้อย	2.51	0.23	มาก	0.85-0.97	31.197	<0.001*
ภาพรวม	1.60	0.12	น้อย	2.50	0.09	มาก	0.8-0.92	64.430	<0.001*

* $p\text{-value} < .05$

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลไพศาล อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) ระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในชุมชน 3) ระบบบริการดูแลสุขภาพเชิงรุกโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 4) กลไกการบริหารจัดการและภาคีเครือข่าย และ 5) ระบบติดตาม ประเมินผล และการเรียนรู้ร่วมกัน กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษารูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า รูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้น คือ

1) สร้างกลุ่มไลน์ภาคีเครือข่าย 2) พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ 3) สร้างแรงจูงใจ 4) สร้างและพัฒนาทีมที่ปรึกษา 5) ประกาศเกียรติคุณภาคีเครือข่าย 6) ประสานและบูรณาการกิจกรรมงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก 7) สื่อสารประชาสัมพันธ์ประชาชนอย่างต่อเนื่อง 8) ประกาศเป็นนโยบายระดับตำบลและ 9) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้¹³ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นครอบคลุมทั้งด้านบุคคล ระบบบริการ และการบริหารจัดการ การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ เนื่องจากเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนงานสุขภาพในระดับชุมชน มีสะท้อนให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของชุมชน และการพัฒนาระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่เน้นการบูรณาการความร่วมมือของทุกภาคส่วน การเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรในชุมชน และการ

พัฒนาระบบบริการเชิงรุกควบคู่กับการเรียนรู้ร่วมกัน เป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ความยั่งยืนของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับพื้นที่และสอดคล้องกับผลการศึกษารูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ “SAWA2I Model” ประกอบด้วย 1) S; Structure Team: มีทีม คณะทำงานและกำหนดโครงสร้าง บทบาทหน้าที่ชัดเจน 2) A ; Situation Analysis: วิเคราะห์สถานการณ์ สู่การวางแผนงานแบบมีส่วนร่วม 3) W; Workshop : ประชุมเชิงปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมหาแนวทางดำเนินงานร่วมกัน 4) A; Action การนำแผนแนวทางสู่การปฏิบัติ 5) I1; Integrate การทำงานแบบบูรณาการกับร่วมกันกับภาคีเครือข่าย 6) I2 ; Improvement : การปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้น เป็นแบบอย่างที่ดีได้ ทั้งนี้ผลจากการพัฒนารูปแบบที่ยึดหลักการมีส่วนร่วมของชุมชนและการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ มีการกำหนดโครงสร้างคณะทำงาน บทบาทหน้าที่ และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอย่างชัดเจน ส่งผลให้การดำเนินงานมีทิศทางและความรับผิดชอบที่แน่นอน สะท้อนให้เห็นว่าการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยองค์ประกอบที่ครบถ้วน ตั้งแต่โครงสร้างทีม การวิเคราะห์สถานการณ์ การมีส่วนร่วมของชุมชน การปฏิบัติการเชิงรุก การบูรณาการภาคีเครือข่าย และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จของการดำเนินงาน¹⁴ นอกจากนี้ ผลจากกระบวนการพัฒนารูปแบบที่เน้นการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและชุมชนอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการพัฒนาศักยภาพ อสม. ผ่านการอบรม การให้ความรู้ และการฝึกปฏิบัติ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และความเข้าใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมากขึ้น การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ทำให้มีโอกาสเรียนรู้จากประสบการณ์จริง และเกิดการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจและดำเนินงาน ช่วยเสริมสร้างความรู้สึกรับผิดชอบและความ

รับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองและชุมชน สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย หลังการพัฒนารูปแบบสูงกว่าก่อนพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$)¹³ หลังการใช้รูปแบบกลุ่มตัวอย่างมีความรู้และการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$)¹⁵ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีลักษณะเป็นกระบวนการแบบมีส่วนร่วมเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วน โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและภาคีเครือข่าย ได้เข้ามามีบทบาทตั้งแต่การวางแผนดำเนินงาน และประเมินผล การมีส่วนร่วมดังกล่าวส่งผลให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การถ่ายทอดองค์ความรู้ และการสร้างความเข้าใจร่วมกันในประเด็นการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันเมื่อภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมมากขึ้น ย่อมเกิดการสนับสนุนทั้งด้านทรัพยากร แรงจูงใจ และการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การนำความรู้ไปปฏิบัติจริงในชุมชน และในการดำเนินงานที่เน้นกิจกรรมเชิง ช่วยเสริมสร้างประสบการณ์ตรงและความมั่นใจในการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในทิศทางที่ดีขึ้น

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลไฟศาล อำเภอบึงสามพัน จังหวัดบุรีรัมย์ในครั้งนี้ เกิดรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและภาคีเครือข่ายเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อน รูปแบบดังกล่าวสามารถพัฒนาศักยภาพด้านความรู้ การส่งเสริมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง อีกทั้งยังส่งเสริมให้เกิดการดำเนินงานเชิงรุก การบูรณาการทรัพยากร และการเรียนรู้ร่วมกันในชุมชน ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ มีความต่อเนื่อง และมีแนวโน้มสู่ความยั่งยืนในระดับชุมชน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ควรจัดหลักสูตรอบรมเฉพาะด้านการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น สุขภาพจิต และโรคเรื้อรัง เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้และทักษะที่ทันสมัยและสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรอย่างเพียงพอ สำหรับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น อุปกรณ์ตรวจสุขภาพ การจัดกิจกรรมชุมชน เพื่อให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่สามารถนำข้อมูลและข้อค้นพบไปกำหนดกิจกรรม เช่น การ

ตรวจสุขภาพ การออกกำลังกาย หรือกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพจิต

2) บุคลากรทางสาธารณสุขสามารถนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไปใช้ในการปรับเปลี่ยนกลวิธีในการดำเนินงานได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาถึงทดลองเพื่อเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างพื้นที่ที่ใช้รูปแบบกับพื้นที่ที่ไม่ใช้รูปแบบ เพื่อยืนยันประสิทธิผลเชิงประจักษ์

2) ควรศึกษาอิทธิพลของสภาพสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความสำเร็จของกิจกรรม เพื่อปรับรูปแบบให้เหมาะสมและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ.(2566). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์จำกัด (มหาชน) ; 2566.
2. กระทรวงสาธารณสุข.(2565). แผนปฏิบัติการแผนการบูรณาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐). นนทบุรี: กองบริหารสาธารณสุข; 2565.
3. กระทรวงสาธารณสุข.(2566). รายงานจำนวนผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบ จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) [อินเทอร์เน็ต]. 2566. เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th>.
4. กรมอนามัย.(2566). รายงานผลการดำเนินงานพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุรอบ 5 เดือนแรก [อินเทอร์เน็ต]. 2566. เข้าถึงได้ จาก: <https://dopah.anamai.moph.go.th>.
5. กรมอนามัย.(2563). คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวียืนยาว (Individual Wellness Plan). นนทบุรี: สำนักอนามัย ผู้สูงอายุ; 2563.
6. กรมกิจการผู้สูงอายุ.(2567). รายงานประจำปี 2567. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ; 2567
7. มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์, ณัฐณา แก้วอำไพ และวิไลพร คลีกร.(2566). การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2566;17(1):255-271.
8. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพจังหวัดบุรีรัมย์.(2567). การคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน [อินเทอร์เน็ต]. 2567. เข้าถึงได้จาก: <https://hdc.moph.go.th/brm/public/standardsubcatalog/6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48>.
9. Kemmis S, McTaggart R.(1988). The action research planner. 3rd ed. Geelong (Victoria): Deakin University Press; 1988.
10. Daniel WW.(2010). Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. 9th ed. Hoboken (NJ): Wiley; 2010.

11. Bloom BS.(1971). Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. New York: David McKay; 1971.
12. Best JW.(1977). Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1977.
13. ไพบูลย์ ตันคงจำรัสกุล และ อินทิรา เตชะสังข์.(2567). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตร. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2567;10(4):161-174.
14. สุเพียบ ศรีวิลล.(2568). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสวาย อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ. 2568;4(1):242-256.
15. สมบัติ ทังทอง.(2566). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2566;19(2):25-34.

การพยาบาลมารดาคลอดก่อนกำหนดร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูง
Nursing care for mothers in premature labor with hypertension.
 (Received: April 14,2026 ; Revised: April 19,2026 ; Accepted: April 23,2026)

นวิยา นามปัญญา¹
 Nawiya Nampanya¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอการศึกษากการพยาบาลมารดาคลอดก่อนกำหนดร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่สำคัญ มีความเสี่ยงสูงที่รุนแรง พบได้บ่อย ถ้าไม่ได้รับการรักษา การดำเนินของโรคจะรุนแรงมากขึ้น และเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลเพิ่มอัตราการเจ็บป่วย และการเสียชีวิตของทั้งสตรีตั้งครรภ์และทารก รวบรวมข้อมูลจากการซักประวัติ การประเมินอาการ การตรวจร่างกาย และข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยและญาติ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามแนวคิดการประเมินแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน (Gordon's 11 Functional Health Patterns) เพื่อวางแผนการพยาบาลและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบ

ผลการศึกษา: กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 19 ปี ตั้งครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ 36⁺² สัปดาห์ มาด้วยอาการเจ็บครรภ์ ท้องแข็งเป็นเวลา 20 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล เมื่อรับไว้รักษาพบว่ามีการหดตัวของมดลูกสม่ำเสมอทุก 4 นาที และเข้าสู่ระยะ active phase ของการคลอด จึงได้รับการดูแลโดยดื่มน้ำจืดอาหาร ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และให้ยาเพื่อควบคุมการหดตัวของมดลูก ได้แก่ Bricanyl รวมถึงให้ Dexamethasone ต่อมาผู้ป่วยได้คลอดทางช่องคลอด และได้รับยา Syntocinon หลังคลอดเพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูกและป้องกันภาวะตกเลือดในระยะหลังคลอด ผู้ป่วยไม่มีไข้ ไม่ปวดแผล แผลไม่บวม น้ำคาวปลาสีแดงตามปกติ เต้านมไม่คัดตึง มดลูกเข้าอู่ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จึงส่งเสริมการให้นมบุตรเพื่อกระตุ้นการหลั่งน้ำนมผู้ป่วยมีอาการทั่วไปปกติดีตลอดระยะหลังคลอด สามารถจำหน่ายได้ภายใน 48 ชั่วโมง พร้อมนัดติดตามหลังคลอด และได้รับยากลับบ้าน กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 18 ปี ตั้งครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ 34⁺¹ สัปดาห์ มาฝากครรภ์ตามนัดและตรวจพบความดันโลหิตสูง 161/113 mmHg แพทย์จึงรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะสงสัยครรภ์เป็นพิษ ขณะรับไว้รักษาพบ BP 168/112 mmHg และ NST reactive ผู้ป่วยถูกย้ายเข้าห้องคลอดเพื่อเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด ต่อมาพบว่าความดันโลหิตยังคงสูง (170/110 mmHg) จึงเริ่มให้ Magnesium sulfate เพื่อป้องกันการชัก และให้ Nifedipine ควบคุมความดันโลหิต โดยผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากยา แต่ยังคงมีความดันโลหิตสูงต่อเนื่อง จึงวางแผนยุติการตั้งครรภ์ ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดคลอดร่วมกับผ่าตัดไส้ติ่ง หลังผ่าตัดผู้ป่วยรู้สึกตัวดี รับประทานอาหารได้ ลูกเดินได้ มีปวดแผลเล็กน้อย ไม่มีอาการเตือนของครรภ์เป็นพิษ แต่ยังคงมีความดันโลหิตสูงเป็นช่วง ๆ จึงได้รับยาลดความดันเพิ่มเติม ได้แก่ Adalat Hydralazine และ Nifedipine จากนั้น ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ไม่มีอาการแทรกซ้อน สามารถให้นมบุตรได้ ความดันโลหิตลดลงตามลำดับ และสามารถปรับลดยา Nifedipine จนหยุดได้ พร้อมเปลี่ยนเป็นยารับประทาน Amlodipine ผู้ป่วยอาการทั่วไปดี แผลผ่าตัดปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มดลูกเข้าอู่ดี จึงสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ พร้อมนัดติดตามต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การพยาบาล คลอดก่อนกำหนด ภาวะความดันโลหิตสูง

ABSTRACT

This study was case study aimed to present a study on nursing care for mothers with preterm birth combined with hypertension, which is a significant obstetric complication. It carries a high severe risk and is commonly found. If not treated, the progression of the disease becomes more severe and is a major cause that increases morbidity and mortality rates for both pregnant women and infants. Data were collected from medical history interviews, symptom assessment, physical examinations, and information from patient and family medical records. The gathered data were analyzed and nursing diagnoses were determined based on Gordon's 11 Functional Health Patterns to plan nursing care and systematically evaluate nursing outcomes.

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Study Results: Case Study 1: A 19-year-old Thai female patient, experiencing her first pregnancy, at 36+2 weeks of gestation, presented with labor pain and uterine hardness for 20 minutes before coming to the hospital. Upon admission, she was found to have regular uterine contractions every 4 minutes and had entered the active phase of labor. She was managed by fasting, receiving intravenous fluids, and being given medications to control uterine contractions, including Bricanyl, as well as Dexamethasone. Subsequently, the patient delivered vaginally and was given Syntocinon after delivery to stimulate uterine contractions and prevent postpartum hemorrhage. The patient had no fever, no wound pain, the wound was not swollen, lochia was red and normal, the breasts were not engorged, the uterus was well involuted, and there were no complications. Breastfeeding was promoted to stimulate milk secretion. The patient was in generally good condition throughout the postpartum period and was able to be discharged within 48 hours, with a postpartum follow-up appointment, along with medications to take home. Case study 2: An 18-year-old Thai female patient, primigravida, with a gestational age of 34+1 weeks, attended her scheduled antenatal care and was found to have high blood pressure of 161/113 mmHg. The doctor admitted her to the hospital with a suspected preeclampsia condition. Upon admission, her blood pressure was 168/112 mmHg and the NST was reactive. The patient was transferred to the labor room for close monitoring. Subsequently, her blood pressure remained high (170/110 mmHg), so Magnesium sulfate was started to prevent seizures, and Nicardipine was administered to control blood pressure. The patient had no complications from the medication, but her blood pressure continued to be high, so delivery was planned. The patient underwent a cesarean section along with an appendectomy. After surgery, the patient was alert, able to eat, ambulate, had mild wound pain, and showed no warning signs of preeclampsia, but still had intermittent high blood pressure. Additional antihypertensive medications, including Adalat, Hydralazine, and Nicardipine, were given. Subsequently, the patient showed continuous improvement, had no complications, was able to breastfeed, and her blood pressure gradually decreased. Nicardipine was gradually reduced and eventually discontinued, replaced with oral Amlodipine. The patient's general condition was good, and the surgical wound was in good condition.

Keywords: Nursing, Preterm Contraction, Hypertension in pregnancy

บทนำ

การคลอดก่อนกำหนดยังคงอยู่ในระดับที่น่ากังวล โดยข้อมูลในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2565–2567 การคลอดก่อนกำหนดถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากส่งผลกระทบต่อมารดาและทารก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตปริกำเนิดและความพิการในระยะยาวของทารกแรกเกิด¹ จากข้อมูลระดับนานาชาติพบว่า อัตราการคลอดก่อนกำหนดมีความแปรผันอยู่ในช่วงประมาณ ร้อยละ 5–18 ของการเกิดมีชีพ² และในบางประเทศพัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา รายงานอัตราการคลอดก่อนกำหนดอยู่ที่ประมาณ ร้อยละ 10.2 ในปี ค.ศ. 2019³ นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกระบุว่า ใน

แต่ละปีทั่วโลกมีทารกคลอดก่อนกำหนดประมาณ 15 ล้านคน และภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดมากถึงประมาณ 1 ล้านรายต่อปี⁴

สำหรับประเทศไทย สถานการณ์พบอัตราการคลอดก่อนกำหนดคิดเป็น ร้อยละ 11.6, 10.4 และ 10.0 ตามลำดับ ซึ่งสะท้อนแนวโน้มที่ยังคงสูงอย่างต่อเนื่อง เมื่อพิจารณาในระดับพื้นที่ เขตสุขภาพที่ 7 พบว่าในช่วงเวลาเดียวกันมีอัตราการคลอดก่อนกำหนดอยู่ที่ ร้อยละ 12.6, 12.4 และ 9.7 ตามลำดับ และยังคงจัดอยู่ในลำดับต้น ๆ ของประเทศ โดยอยู่ในอันดับที่ 5, 3 และ 6 ตามลำดับ ในแต่ละปีงบประมาณ ข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าปัญหาการคลอดก่อนกำหนดยังคงเป็นประเด็น

สำคัญที่ต้องได้รับการเฝ้าระวังและพัฒนามาตรการป้องกันอย่างต่อเนื่องทั้งในระดับประเทศและระดับเขตสุขภาพ⁵

จากข้อมูลสถิติของห้องคลอดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในช่วงปี พ.ศ. 2566–2568 พบว่ามีจำนวนการคลอดทั้งหมด 1,966, 1,647 และ 1,502 ราย ตามลำดับ โดยพบผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 208, 238 และ 259 ราย และมีการคลอดก่อนกำหนดจริง จำนวน 208, 191 และ 148 ราย ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนด พบว่าปัจจัยสำคัญ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ จำนวน 106, 99 และ 64 ราย รองลงมาคือ ประวัติการคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน จำนวน 22, 11 และ 21 ราย และ การติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์ จำนวน 5, 8 และ 16 ราย นอกจากนี้ยังพบว่ามียุงตั้งครรภ์บางส่วนที่เกิดการคลอดก่อนกำหนดโดยไม่พบปัจจัยเสี่ยงที่ชัดเจน จำนวน 75, 73 และ 47 ราย ตามลำดับ⁶

โดยทั่วไปการคลอดก่อนกำหนดสามารถจำแนกตามสาเหตุการเกิดได้เป็น 2 ประเภทหลัก ได้แก่ spontaneous preterm birth ซึ่งเป็นการคลอดก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ เช่น การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหรือถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด และ indicated preterm birth ซึ่งเป็นการคลอดก่อนกำหนดที่แพทย์ตัดสินใจให้คลอดเนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนของมารดาหรือทารก การจำแนกประเภทดังกล่าวช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถเข้าใจกลไกการเกิดโรควิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง และวางแผนแนวทางการป้องกันหรือดูแลรักษาได้อย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ดังนั้นผู้ศึกษาให้ความสำคัญบทบาทของพยาบาลในการพยาบาลมารดาคลอดก่อนกำหนดร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสมรรถนะที่สำคัญในการพยาบาลดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด จึงได้จัดทำเอกสารวิชาการนี้ขึ้น โดยศึกษาเป็นกรณีศึกษา มีการรวบรวมจากหลักฐานเชิง

ประจักษ์ ทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลมารดาคลอดก่อนกำหนดร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูง นำแผนการพยาบาลที่ได้ไปปฏิบัติจริงกับมารดาคลอดก่อนกำหนดร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูง สรุปเป็นแนวทางในการดูแลมารดาคลอดก่อนกำหนดร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เพื่อเป็นแนวทางการให้การพยาบาล และใช้เป็นแนวทางการศึกษากรณีการ พยาบาลมารดาคลอดก่อนกำหนดร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูงให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบพยาธิสภาพอาการแสดง และปัจจัยเสี่ยงของมารดาคลอดก่อนกำหนดร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูง ในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ที่มีลักษณะความซับซ้อนของโรคแตกต่างกัน
2. เพื่อประเมินปัญหาและความต้องการการพยาบาลมารดาคลอดก่อนกำหนดร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูงโดยใช้แนวคิดการประเมินแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน (Gordon's 11 Functional Health Patterns)
3. เพื่อวางแผนและให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบในระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด รวมถึงการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น ภาวะชัก และภาวะทารกขาดออกซิเจน
4. เพื่อศึกษาการบริหารยาสำคัญ เช่น Magnesium Sulfate และยาลดความดันโลหิตชนิดฉีดและรับประทานอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย
5. เพื่อพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายและการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดากลุ่มเสี่ยงสูง เพื่อให้มารดาสามารถดูแลตนเองและบุตรได้อย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาสถิติ/ข้อมูลมารดาคลอดก่อนกำหนดย้อนหลัง 3 ปี

2. เลือกเรื่องที่จะศึกษาจากมารดาคลอดก่อนกำหนด ในงานการพยาบาลผู้คลอด จำนวน 2 ราย เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนรุนแรงซึ่งต้องใช้สมรรถนะและความชำนาญตลอดจนความรู้เฉพาะโรคของพยาบาล และขออนุญาตผู้บังคับบัญชาในการเข้าถึงเอกสาร/เวชระเบียนผู้ป่วย

3. ศึกษาค้นคว้าเอกสารตำรา งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลมารดาคลอดก่อนกำหนด

4. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย สอบถามผู้ป่วยและญาติ ประเมินสภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์

5. วิเคราะห์ข้อมูล วางแผนให้การรักษาพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์

6. ดำเนินการศึกษาโดยการประเมินปัญหาความต้องการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนเป็นแบบในการประเมินความครอบคลุม วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาล

7. วิเคราะห์เปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 รายตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลโดยใช้ความรู้ ความชำนาญงาน และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาได้ทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลสามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่

ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวม และใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1

หญิงไทย อายุ 19 ปี ตั้งครรภ์แรกอายุครรภ์ 36⁺2 สัปดาห์ เข้ารับการรักษาเมื่อวันที่ 21 มกราคม 2569 ด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอด โดยขณะรับไว้รักษาพบมีการหดตัวของมดลูกสม่ำเสมอทุก 4 นาที และเข้าสู่ระยะ active phase ของการคลอด จึงให้นั่งดื่มน้ำอาหารพร้อมให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และยากระตุ้น/ยาควบคุมการหดตัวของมดลูก ได้แก่ Bricanyl รวมทั้งให้ยา Dexamethasone เพื่อช่วยส่งเสริมการพัฒนาปอดทารก จากการตรวจทางสูติกรรมพบว่าทารกอยู่ในท่าศีรษะ น้ำหนักประมาณ 2,358 กรัม ปริมาณน้ำคร่ำเพียงพอ ปากมดลูกเปิด 7 เซนติเมตร บาง 100% ลูกน้ำคร่ำยังไม่แตก และศีรษะทารกอยู่ที่ station -2 ต่อมาผู้ป่วยถูกย้ายเข้าห้องคลอด และดำเนินการคลอดทางช่องคลอด โดยหลังคลอดได้ให้ยา Syntocinon เพื่อช่วยให้มดลูกหดตัวและป้องกันการตกเลือดหลังคลอด พร้อมเฝ้าระวังปริมาณเลือดออกทางช่องคลอดอย่างใกล้ชิด ในระยะหลังคลอด ผู้ป่วยไม่มีไข้ ไม่ปวดแผล แผลไม่บวม มีการเปลี่ยนผ้าอนามัยประมาณ 5 ผืน น้ำคาวปลาสีแดงตามปกติ น้ำนมยังไม่ไหล ตรวจร่างกายพบสัญญาณชีพปกติ เต้านมไม่คัดตึง ระดับยอ دمดลูกอยู่ต่ำกว่าสะดือประมาณ 2 นิ้ว สอดคล้องกับภาวะมารดาหลังคลอดปกติทางช่องคลอด จึงวางแผนกระตุ้นให้ทารกดูดนมแม่เพื่อส่งเสริมการหลั่งน้ำนม ผู้ป่วยมีอาการทั่วไปปกติ สามารถจำหน่ายได้เมื่อครบ 48 ชั่วโมง โดยนัดติดตามหลังคลอดที่ 6 สัปดาห์ และนัดตรวจแผลอีก 1 สัปดาห์ ได้รับยากลับบ้าน ได้แก่ ยาแก้ปวดพาราเซตามอล ธาตุเหล็กเสริม ชิงเม็ด และยาช่วยกระตุ้นน้ำนม ทั้งนี้ผู้ป่วยไม่มีอาการแทรกซ้อนหลังคลอด อาการและอาการแสดงโดย

รวมอยู่ในเกณฑ์ปกติของมารดาหลังคลอดทางช่องคลอด

กรณีศึกษาที่ 2

หญิงไทย อายุ 18 ปี ตั้งครรภ์แรกอายุครรภ์ 34⁺¹ สัปดาห์ผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ 34+1 สัปดาห์ เข้ารับการรักษา ด้วยภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ สงสัย ครรภ์เป็นพิษ โดยขณะรับไว้รักษา ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่รายงานอาการปวดศีรษะ ตามัว หรือจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ตรวจสัญญาณชีพพบ BP 168/112 mmHg PR 96 ครั้ง/นาที่ RR 20 ครั้ง/นาที่ อุณหภูมิ 36.8°C ได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด และส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินความรุนแรงของโรคพร้อมติดตามสุขภาพทารกด้วย NST ซึ่งให้ผล reactive ผู้ป่วยถูกย้ายเข้าสู่ห้องคลอดเพื่อเฝ้าระวังอาการ ยังคงไม่มีอาการผิดปกติ ตรวจพบ BP 170/110 mmHg PR 98 ครั้ง/นาที่ RR 20 ครั้ง/นาที่ รายงานแพทย์ทราบ จึงเริ่มให้ Magnesium sulfate ทางหลอดเลือดดำเพื่อป้องกันการชัก โดยตรวจพบ deep tendon reflex 2+ และปริมาณปัสสาวะปกติ แสดงว่าไม่มีภาวะเป็นพิษจากยา และเริ่มให้ Nicardipine ทางหลอดเลือดดำ เนื่องจากความดันโลหิตยังคงสูง (BP 165/108 mmHg) ผู้ป่วยยังคงรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการปวดศีรษะหรืออาการเตือนอื่น สัญญาณชีพอยู่ในช่วง BP 150–160/95–105 mmHg PR 88–92 ครั้ง/นาที่ RR 18–20 ครั้ง/นาที่ อุณหภูมิ 36.7°C ตรวจพบ DTR 2+ และปริมาณปัสสาวะมากกว่า 120 มล./4

ชั่วโมง และไม่มีภาวะ Mg toxicity เนื่องจากภาวะโรคมีความรุนแรง จึงวางแผนผ่าตัดคลอด ภายหลังการผ่าตัดคลอดร่วมกับผ่าตัดไส้ติ่ง ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพคงที่ BP 140/90 mmHg PR 88 ครั้ง/นาที่ RR 18 ครั้ง/นาที่ อุณหภูมิ 36.9°C และค่าฮีมาโตคริตอยู่ในเกณฑ์คงที่ มีอาการปวดแผลเล็กน้อย สัญญาณชีพ BP 150/95 mmHg PR 86 ครั้ง/นาที่ RR 18 ครั้ง/นาที่ อุณหภูมิ 36.8°C สามารถเริ่มจิบน้ำ รับประทานอาหารเหลวและอาหารอ่อนได้ และสามารถลุกเดินได้ ต่อมาในช่วงบ่ายถึงเย็น แม้ผู้ป่วยจะไม่มีอาการปวดศีรษะ ตามัว หรือจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ แต่ความดันโลหิตยังคงอยู่ในระดับ 155–165/95–105 mmHg จึงได้รับยาลดความดันเพิ่มเติม ได้แก่ Adalat Hydralazine และให้ Nicardipine ทางหลอดเลือดดำอีกครั้ง ผู้ป่วยมีอาการทั่วไปดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ไม่มีอาการเตือนของภาวะครรภ์เป็นพิษ สามารถให้นมบุตรได้ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ดีขึ้น โดย BP อยู่ในช่วง 140–150/85–95 mmHg PR 80–88 ครั้ง/นาที่ RR 18 ครั้ง/นาที่ อุณหภูมิ 36.7°C แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีบวมแดง สามารถค่อย ๆ ลดอัตราการให้ Nicardipine ลงได้ตามลำดับ สามารถหยุดยา Nicardipine ทางหลอดเลือดดำได้ โดยมีสัญญาณชีพ BP 138/88 mmHg และปรับเปลี่ยนเป็นยารับประทานคือ Amlodipine แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีสัญญาณการติดเชื้อ มดลูกเข้าอู้งดี จึงได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน พร้อมนัดติดตามอาการต่อไป

สรุปการเปรียบเทียบกรณีศึกษาดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อายุ	19 ปี	18 ปี
ระดับการศึกษา	มัธยมศึกษาปีที่ 3	มัธยมศึกษาปีที่ 3
สถานภาพสมรส	สมรส	สมรสบุตรสุขภาพ
อาชีพ	แม่บ้าน	แม่บ้าน
สิทธิการรักษา	บัตรสุขภาพ	บัตรสุขภาพ
ภูมิลำเนา	ตำบลหลุบ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์	ตำบลหลุบ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์
วันที่เข้ารับการรักษา	21 มกราคม 2569	21 มกราคม 2569
วันที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล	24 มกราคม 2569	28 มกราคม 2569

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
การวินิจฉัยโรค	G1 36 ⁺² week Teenage pregnancy with Preterm contraction	G1GA 34 ⁺¹ weeks with Preeclampsia severs features with teenage pregnancy with late ANC with Preterm

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย ข้อมูลสุขภาพ

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	มาด้วยอาการเจ็บท้อง ท้องแข็งเป็นมา 20 นาที	ฝากครรภ์ตามนัด พบว่ามีความดันโลหิตสูง BP = 161/113 mmHg
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	มารดา G1 GA 36 ⁺² weeks by USG ประมาณ 19.00 มีอาการเจ็บท้อง ท้องแข็งเป็นพักๆ ไม่มีมูกเลือด ไม่มีน้ำเดิน ไม่มีไข้ ไอ น้ำมูก 20 นาที ก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการท้องแข็งทุก 5 นาที	มารดา G1 GA 34 ⁺¹ weeks BP = 161/113mmHg ไม่มีอาการจุกได้ล้นปี ไม่ปวดศีรษะ ไม่มีตาบวม ไม่มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด ไม่มีท้องป็นแข็ง ลูกดิ้นมากกว่า 10 ครั้งต่อวัน แพทย์ให้นอนรักษา
ประวัติการมีประจำเดือน	ประจำเดือนครั้งแรก อายุ 12 ปี มาทุกเดือนสม่ำเสมอ ครั้งละ 3-5 วัน ไม่เคยคุมกำเนิด	ประจำเดือนครั้งแรก อายุ 15 ปี มาทุกเดือน สม่ำเสมอ ครั้งละ 3-5 วัน ไม่เคยคุมกำเนิด
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ปฏิสโรโรคประจำตัว	ปฏิสโรโรคประจำตัว
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	บุคคลในครอบครัวไม่เป็นโรคติดต่อทางพันธุกรรม	บุคคลในครอบครัวไม่เป็นโรคติดต่อทางพันธุกรรม
ประวัติแพ้ยาแพ้อาหาร	ปฏิสโร	ปฏิสโร
ประวัติการสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้สารเสพติด	ปฏิสโร	ปฏิสโร

ตารางที่ 3 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาล

วินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด พบในกรณีศึกษาที่ 1 และ 2	1. ประเมินความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2. อธิบายอาการและอาการแสดงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและแนวทางการดูแลรักษา แนะนำวิธีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 3. ให้เอกสารความรู้เรื่อง การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและแนวทางการดูแลรักษา เพื่อให้มารดาทราบถึงอาการและการปฏิบัติในการดูแลตนเอง 4. สอนและสาธิตวิธีการประเมินการหดตัวของมดลูกให้มารดา
๒. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะชัก เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูง ขณะตั้งครรภ์ในระยะก่อนและหลังคลอด พบในกรณีศึกษาที่ 2	1. การควบคุมสิ่งแวดล้อม โดยจัดให้นอนพักผ่อนเพียงพอ (Bed rest) ในห้องที่สงบ แสงสว่าง และลดเสียงรบกวน เพื่อป้องกันการกระตุ้นระบบประสาทที่อาจนำไปสู่การชัก 2. การบริหารยา MgSO ₄ อย่างระมัดระวัง ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา (Loading & Maintenance dose) โดยใช้เครื่องควบคุมหยดสารน้ำ (Infusion pump) เฝ้าระวังอาการพิษจากแมกนีเซียม (Magnesium toxicity) ทุก 1-4 ชั่วโมง โดยตรวจ DTR นับการหายใจ และประเมินความรู้สึกตัว 3. การควบคุมความดันโลหิต โดยบริหารยา Nicardipine IV drip และปรับขนาด ตามความดันโลหิตที่วัดได้จริง เพื่อให้ BP อยู่ในเป้าหมายแต่ไม่ลดเร็วเกินจนทารกขาดเลือด ในกรณีศึกษาที่ 2

ตารางที่ 3 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาล

วินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	เมื่อเปลี่ยนเป็นยาเกิน (Adalat, Amlodipine) ต้องติดตาม BP อย่างใกล้ชิดหลังให้ยาภายใน 30-60 นาที 4. การประเมินอาการนำ (Premonitory Signs) ชักถามและสังเกตอาการปวดศีรษะ (Frontal/Occipital) การมองเห็น (Blurred vision/Diplopia) และอาการปวดใต้ชายโครงขวา (Epigastric pain) ทุก 1-2 ชั่วโมง 5. การติดตามการทำงานของไต บันทึกปริมาณปัสสาวะ (Urinary output) ทุกชั่วโมง หากปัสสาวะออกน้อยกว่า 25-30 cc/ชม. ต้องรายงานแพทย์ทันที เนื่องจากแมกนีเซียมขับออกทางไต หากไตทำงานลดลงจะเสี่ยงต่อการเกิดพิษจากยา 6. เตรียมความพร้อมกรณีฉุกเฉิน เตรียมรถอุปกรณ์ช่วยชีวิต (Emergency kit) และยาแก้พิษแมกนีเซียม (10% Calcium Gluconate)
3. ไม่สุขสบายเจ็บครรภ์เนื่องจากมดลูกหดตัว พบในกรณีศึกษาที่ 1	1. ดูแลให้อ่อนต้อะแซงชัย 2. แจ้งผลการตรวจ แนวทางการรักษาพยาบาล การปฏิบัติตัว และพูดคุยให้กำลังใจ สัมผัสผู้คลอดด้วยความนุ่มนวล 3. ตรวจประเมินความก้าวหน้าของการคลอดตามมาตรฐาน ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์ 4. สอนการหายใจเพื่อผ่อนคลายอาการเจ็บครรภ์ 5. ประเมิน Pain score ถ้าปวดมากรายงานแพทย์ 6. ดูแลความสบายตัว ๆ ไป
4. มารดาและทารกเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบในกรณีศึกษาที่ 1 และ 2	1. ดูแลให้มารดาได้รับยา Bricanyl 5 amp + 5%DW 500 ml rate 30 ml/hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งประเมินภาวะสุขภาพของมารดา เพื่อเฝ้าระวังผลข้างเคียงในการได้รับยา ยับยั้งการคลอด เช่น มือสั่น ใจสั่น ตื่นเต้น กระวนกระวาย คลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอกและหายใจไม่สุด 2. ประเมินการหดตัวของมดลูก เพื่อติดตามผลการดูแลรักษา 3. ประเมินอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและรายงานให้ทราบทันที ถ้ามีอาการดังนี้ ปวดหลังส่วนล่าง ปวดเกร็งหน้าท้องคล้ายปวดประจำเดือนเลือดออกทางช่องคลอด มีน้ำเดิน 4. แนะนำและดูแลให้มารดานอนพักบนเตียงและจำกัดกิจกรรมที่ต้องออกแรง เพื่อช่วยลดการหดตัวของมดลูก 5. ดูแลให้มารดาได้รับยา DEXAMETHASONE 6 mg ฉีดทางกล้ามเนื้อ ครั้งละ 6 mg ทุก 12 ชั่วโมงจำนวน 4 ครั้ง ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อกระตุ้นความสมบูรณ์ของปอดทารกในครรภ์ 6. ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์อย่างสม่ำเสมอ 7. ส่งเสริมให้มารดานอนตะแคงเพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงมดลูกได้ดีขึ้น
5. ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากออกซิเจนไปยังรกลดลง พบในกรณีศึกษาที่ 1 และ 2	1. ฟัง FHS อย่างสม่ำเสมอ 2. ตรวจ NST ซ้ำเผลอครั้ง หรือเมื่อมีอาการผิดปกติ 3. แนะนำมารดาให้อ่อนต้อะแซงชัยและหายใจลึกๆไม่กลั้นหายใจเมื่อเจ็บครรภ์ 4. รายงานแพทย์ผล NST ผล FHS 150-160 ครั้งต่อนาทีและไม่สม่ำเสมอ
6. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา Magnesium sulfate พบในกรณีศึกษาที่ 2	1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 1-2 ชั่วโมง โดยเฉพาะอัตราการหายใจ 2. ประเมิน Deep tendon reflex (เช่น patellar reflex) เพื่อตรวจภาวะ magnesium toxicity 3. ติดตามปริมาณปัสสาวะอย่างใกล้ชิดต้อง ≥ 30 ml/hr. เพราะ Mg ขับออกทางไต 4. ติดตามระดับ Magnesium ในเลือดเพื่อให้อยู่ในช่วง therapeutic level 5. เตรียมยาแก้พิษไว้ใกล้เคียงคือ Calcium gluconate 6. สังเกตอาการผิดปกติเช่น ชีพลง หายใจช้า รีเฟล็กซ์หาย 7. หยุดให้ยาและรายงานแพทย์ทันที หากพบอาการ toxicity 8. จัดทำอนตะแซงชัยเพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปยังมดลูกและทารก

ตารางที่ 3 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาล

วินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
7. มารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดเนื่องจากยังไม่มีประสบการณ์ในการคลอด พบในกรณีศึกษาที่ 1 และ 2	9. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยา 1. อธิบายกลไกการคลอดและการเจ็บครรภ์คลอดอย่างคร่าวๆให้ทราบ เพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้องและเกิดความมั่นใจ 2. อธิบายแผนการรักษา การตรวจ ความก้าวหน้าของการคลอดให้ทราบเพื่อให้มารดาเข้าใจ เนื่องจากการรับรู้เหตุผลในการพยาบาลจะช่วยลดความหวาดหวั่นวิตกกังวลได้ 3. ส่งเสริมให้มารดาใช้เทคนิคผ่อนคลายความเจ็บปวด เพื่อให้มารดาได้พักในระยะมดลูกคลายตัว 4. ประเมินความวิตกกังวลและความกลัวของมารดาที่มีผลต่อการเจ็บครรภ์และการคลอด เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกในสิ่งที่กลัวและกังวลเพื่อลดความวิตกกังวล 5. แจ้งมารดาทราบและอธิบายให้เข้าใจก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง ด้วยคำพูดที่นุ่มนวลใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย แสดงท่าทีที่สนใจ และตั้งใจเพื่อให้มารดารู้สึกผ่อนคลายลดความวิตกกังวล 6. เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลและรับรู้อาการ และให้กำลังใจ
8. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดบริเวณผ่าตัดพบในกรณีศึกษาที่ 2	1. ประเมินความเจ็บปวดของอาการปวดแผลผ่าตัดด้วยการสอบถาม สังเกตจากสีหน้าท่าทาง 2. แนะนำให้ใช้มือ หรือหอนประคองแผลผ่าตัดขณะไอ หรือมีการเคลื่อนไหว 3. สอนเทคนิคการหายใจลดปวด โดยให้หายใจเข้าทางจมูกลึกๆ และผ่อนลมหายใจออกทางปาก การหายใจสามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ โดยเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจมาที่การควบคุมหายใจ เข้า ออก 4. ให้การพยาบาลแก่มารดา ด้วยความนุ่มนวล ช่วยให้อาการปวดแผลลดลง 5. ดูแลให้ยาแก้ปวด Dynastat 40 มิลลิกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ เวลา 12.00 น. และเวลา 18.00 น. ประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยาแก้ปวด
9. ทารกมีโอกาสเกิดภาวะ birth asphyxia เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์และได้รับยา MgSO ₄ พบในกรณีศึกษาที่ 2	1. เตรียมความพร้อมก่อนคลอด โดยเตรียมอุปกรณ์ผู้ชีพทารกให้พร้อมใช้งาน ดังนี้ Warner Suction Oxygen Ambu bag และเปิด Warner เพื่อให้ความอบอุ่นทารกทันทีที่ประสานทีมผู้ชีพทารก ประกอบด้วย กุมารแพทย์ พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต ให้รอรับทารกในห้องผ่าตัด เนื่องจากเป็นเคส High risk 2. การติดตามอาการทารกในครรภ์ (Fetal Monitoring) โดยทำ EFM (Electronic Fetal Monitoring) อย่างต่อเนื่องหากพบ Variability ลดลง หรือมี Late deceleration ต้องรีบรายงานแพทย์ 3. การดูแลทันทีหลังเกิด (Immediate Post-natal Care) โดยเช็ดตัวทารกให้แห้ง กระตุ้นการหายใจ และรักษาความอบอุ่นเพื่อป้องกันภาวะ Hypothermia ซึ่งจะทำให้ภาวะขาดออกซิเจน แย่ลง Suctioning ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง (Clear airway) โดยเฉพาะหากมีซีเทาปนในน้ำคร่ำ 4. ประเมิน Apgar Score ประเมินความผิดปกติของหัวใจ การหายใจ และความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (Muscle tone) เพื่อประเมินว่าได้รับผลกระทบจากยา MgSO₄ หรือไม่ 5. การเฝ้าระวัง Magnesium Effect หากทารกตัวอ่อนแรง (Floppy baby) หรือหายใจไม่เต็มที่สงสัยภาวะ Hypermagnesemia จากแม่ส่งผ่านรกมาสู่ลูก เตรียมประสานการเจาะเลือดตรวจ Magnesium level ในทารกหากจำเป็น 6. การดูแลด้านทางเดินหายใจ หากทารกหายใจลำบาก (Retraction Grunting) ให้ดูแลให้ Oxygen ตามความเหมาะสมและส่งต่อหอผู้ป่วยวิกฤตทารก (NICU) ทันที
10. ทารกเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ hyperthermia และ ภาวะ hypothermia เนื่องจากทารกแรกคลอดศูนย์ควบคุมอุณหภูมิร่างกายยังทำงานไม่สมบูรณ์ พบในกรณีศึกษาที่ 1 และ 2	1. การเตรียมรับแรกเกิด (Immediate care) เปิดเครื่องให้ความอบอุ่น (Radiant warmer) ไว้ล่วงหน้าก่อนทารกคลอด รีบเช็ดตัวทารกให้แห้งทันทีด้วยผ้าอุ่น (Warm wrap) เพื่อลดการสูญเสียความร้อนโดยการระเหย (Evaporation) เปลี่ยนผ้าเปียกออกและใช้ผ้าแห้งห่อตัวทารก 2. ป้องกันการสูญเสียความร้อนในห้องผ่าตัด หลักเลี่ยงการวางทารกบนพื้นผิวที่เย็น หรือสัมผัสลมเย็นโดยตรงจากเครื่องปรับอากาศ สวมหมวกให้ทารกเพื่อลดการสูญเสียความร้อนทางศีรษะ 3. ดูแลให้ทารกอยู่ในตู้อบ (Incubator) หรือเตียงให้ความอบอุ่น (Radiant warmer) โดยปรับอุณหภูมิให้เหมาะสมกับอายุครรภ์และน้ำหนักตัว ประเมินอุณหภูมิร่างกายทารกทุก 1-4 ชั่วโมง (ใน

ตารางที่ 3 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาล

วินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ระยะแรก) เพื่อป้องกันทั้งภาวะตัวเย็น (Hypothermia) และภาวะตัวร้อนเกิน (Hyperthermia) จากการตั้งค่าเครื่องอุ่นสูงเกินไป 4. เฝ้าระวังความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาล ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ตามแผนการรักษา เพราะหากทารกตัวเย็นจะมีการใช้กลูโคสมากขึ้นเพื่อสร้างความร้อน ส่งผลให้ภาวะ Hypoglycemia รุนแรงขึ้น 5. งดการอาบน้ำทารกจนกว่าอุณหภูมิร่างกายจะคงที่อย่างน้อย 6-12 ชั่วโมง
11. มารดาพร่องความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา พบในกรณีศึกษาที่ 1 และ 2	1. อธิบายถึง “น้ำนมเหลือง” (Colostrum) ที่มีภูมิคุ้มกันสูงและจำเป็นต่อทารกมาก โดยเฉพาะทารกที่คลอดก่อนกำหนดหรือป่วย 2. สอนทักษะการจัดท่าและการอมหัวนม: สอนการจัดท่า (Positioning) และการช่วยให้ทารกอมหัวนมลึกถึงลานนม (Latching) เพื่อป้องกันหัวนมแตกและช่วยให้ดูนมได้มีประสิทธิภาพ 3. สอนเทคนิคการบีบน้ำนมด้วยมือ (Manual expression) และการใช้เครื่องปั๊มนนมสำหรับมารดาที่ต้องแยกจากทารก เพื่อรักษาระดับการผลิตน้ำนม 4. สอนมารดาเรื่องการประคบอุ่นและนวดเต้านมก่อนให้นม หรือประคบเย็นหลังให้นมเพื่อลดอาการคัดตึง 5. ตรวจสอบยาที่มารดาได้รับร่วมกับแพทย์/เภสัชกร และสื่อสารให้มารดาทราบว่ายาก็ใช้ส่วนใหญ่ เช่น Amlodipine Hydralazine มีความปลอดภัยในการให้นมบุตร เพื่อลดความกังวล 6. แนะนำการดื่มน้ำอุ่นให้เพียงพอ การพักผ่อน และรับประทานอาหารที่ช่วยกระตุ้นน้ำนม เช่น ชিং หัวปลี

สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษาที่ 1 สะท้อนให้เห็นถึงกระบวนการดูแลผู้ป่วยในระยะคลอดและหลังคลอดที่เป็นไปตามหลักการทางสูติศาสตร์อย่างเหมาะสม โดยผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดและได้รับการประเมินพบว่าอยู่ในระยะ active phase ซึ่งเป็นระยะที่มีความก้าวหน้าของการคลอดอย่างชัดเจน จากลักษณะการหดตัวของมดลูกที่สม่ำเสมอและการเปิดของปากมดลูกถึง 7 เซนติเมตร ร่วมกับการบางตัวของปากมดลูกเต็มที่ แสดงให้เห็นว่าร่างกายของมารดามีความพร้อมเข้าสู่กระบวนการคลอดตามธรรมชาติ

การให้การดูแลในระยษะนี้มีความครอบคลุมทั้งในด้านการดื่มน้ำดอาหารเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในกรณีที่ต้องได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเพื่อรักษาสมดุลของร่างกาย ตลอดจนการให้ยา Bricanyl เพื่อควบคุมการหดตัวของมดลูก และการให้ยา Dexamethasone เพื่อส่งเสริมการเจริญ

ของปอดทารก ซึ่งแสดงถึงการคำนึงถึงความปลอดภัยของทารกในกรณีที่ต้องคลอดก่อนกำหนด แม้ว่าอายุครรภ์จะยังไม่ครบกำหนดเต็มที่ก็ตาม เมื่อเข้าสู่ระยะคลอด ผู้ป่วยสามารถคลอดทางช่องคลอดได้สำเร็จ สะท้อนถึงความก้าวหน้าของการคลอดที่เป็นไปอย่างเหมาะสม โดยภายหลังคลอดได้มีการให้ยา Syntocinon เพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูก ซึ่งเป็นแนวทางสำคัญในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด อันเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยและอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตมารดา การเฝ้าระวังปริมาณเลือดออกอย่างใกล้ชิดยังช่วยให้สามารถประเมินภาวะของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและทันท่วงที⁷

ในระยะหลังคลอด ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีไข้ ไม่มีอาการปวดหรือบวมของแผล น้ำคาวปลา มีลักษณะปกติ และระดับยอดมดลูกลดต่ำลงตามเกณฑ์ ซึ่งสะท้อนถึงการหดตัวของมดลูกที่ดีและการฟื้นตัวของร่างกายหลังคลอดเป็นไปอย่างเหมาะสม แม้ว่าน้ำนมยังไม่ไหลในระยะแรก แต่ได้มีการวางแผน

กระตุ้นให้ทารกดูดนมแม่ ซึ่งเป็นวิธีธรรมชาติที่ช่วยกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนและส่งเสริมการสร้างน้ำนมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์โดยรวมของกรณีนี้ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ดี ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะคลอดและหลังคลอด สามารถฟื้นตัวได้ตามลำดับ และพร้อมกลับไปดูแลตนเองและทารกที่บ้านได้อย่างปลอดภัย การนัดติดตามหลังคลอดและการให้คำแนะนำเรื่องยาและการดูแลตนเองยังเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพของมารดาในระยะยาว สะท้อนให้เห็นถึงการดูแลที่ต่อเนื่องและมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ

กรณีศึกษาที่ 2 สะท้อนลักษณะสำคัญของภาวะ Preeclampsia ชนิดรุนแรงได้อย่างชัดเจน แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่แสดงอาการเตือนที่มักพบ เช่น อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว หรือจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ แต่กลับตรวจพบค่าความดันโลหิตอยู่ในระดับสูงรุนแรงตั้งแต่แรกพบ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำคัญของความรุนแรงของโรค แสดงให้เห็นว่าภาวะครรภ์เป็นพิษสามารถดำเนินไปโดยปราศจากอาการแสดงที่ชัดเจนได้ ดังนั้น การตรวจติดตามสัญญาณชีพและการประเมินอย่างต่อเนื่องจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการวินิจฉัยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอันตรายต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์

แนวทางการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับถือว่าเป็นไปตามมาตรฐานการดูแล โดยเฉพาะการให้ยา Magnesium sulfate เพื่อป้องกันการเกิดอาการชัก ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรค รวมถึงการให้ยาลดความดันโลหิต เช่น Nicardipine และ Hydralazine เพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด เช่น ภาวะหลอดเลือดสมองแตก การเฝ้าระวังภาวะเป็นพิษจากยา โดยการติดตาม deep tendon reflex และปริมาณปัสสาวะอย่างใกล้ชิด ยังแสดงให้เห็นถึงการดูแลที่รอบคอบและครอบคลุม ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ในด้านการตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ การผ่าตัดคลอดเมื่ออายุครรภ์ 34 สัปดาห์ถือเป็นแนวทางที่เหมาะสม

เนื่องจากเป็นวิธีการรักษาที่ definitive สำหรับภาวะครรภ์เป็นพิษ โดยมุ่งลดความเสี่ยงต่อชีวิตของมารดา ขณะเดียวกันทารกในช่วงอายุครรภ์ดังกล่าวก็มีโอกาสรอดชีวิตและสามารถปรับตัวได้ดีเมื่อได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมหลังคลอด⁸ อย่างไรก็ตาม ภายหลังจากคลอด ผู้ป่วยยังคงมีภาวะความดันโลหิตสูงต่อเนื่องในระยะหนึ่ง ซึ่งสอดคล้องกับธรรมชาติของโรคที่สามารถดำเนินต่อไปได้แม้สิ้นสุดการตั้งครรภ์แล้ว การดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะหลังคลอด โดยการให้ยาลดความดันโลหิตและการเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด จึงมีความสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพิ่มเติม ผลลัพธ์โดยรวมของการรักษาในกรณีนี้ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ดี ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ทั้งจากตัวโรคและจากการรักษา สัญญาณชีพสามารถควบคุมได้ แผลผ่าตัดหายดี และสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการวินิจฉัยที่รวดเร็ว การวางแผนการรักษาที่เหมาะสม และการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีของมารดาและทารกในครรภ์ในภาวะครรภ์เป็นพิษนี้

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาทั้งสองกรณี พบว่าการดูแลหญิงตั้งครรภ์ทั้งในภาวะเสี่ยงสูง เช่น Preeclampsia และในกระบวนการคลอดตามธรรมชาติ จำเป็นต้องอาศัยการประเมินที่รวดเร็ว การเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด และการให้การพยาบาลที่ครอบคลุมอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ด้านการคัดกรองและประเมินภาวะเสี่ยง ควรให้ความสำคัญกับการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ โดยเฉพาะการติดตามค่าความดันโลหิตและอาการแสดงของภาวะครรภ์เป็นพิษอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากผู้ป่วยอาจไม่มีอาการเตือนที่ชัดเจน การตรวจพบความผิดปกติได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจะช่วยลดความรุนแรงของโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

2. ด้านการเฝ้าระวังในระยะคลอด ในผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะคลอด ควรมีการประเมินความก้าวหน้าของการคลอดอย่างต่อเนื่อง เช่น การหดตัวของมดลูก การเปิดของปากมดลูก และสถานะของทารกในครรภ์ เพื่อให้สามารถวางแผนการดูแลได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการเตรียมความพร้อมในการรับมือภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา

3. ด้านการให้ยาและการรักษา การใช้ยา เช่น Magnesium sulfate, ยาลดความดันโลหิต หรือยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก ควรอยู่ภายใต้การเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ เช่น ภาวะเป็นพิษจากยา หรือภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา เพื่อให้เกิดความปลอดภัยสูงสุดต่อผู้ป่วย

4. ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ควรให้ความสำคัญกับการประเมินมารดาในระยะหลังคลอดอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านการหดตัวของมดลูก ปริมาณเลือดออก สัญญาณชีพ

รวมถึงในกรณีของผู้ป่วยที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ ควรเฝ้าระวังความดันโลหิตต่อเนื่อง เนื่องจากอาจยังคงสูงได้หลังคลอด

5. ด้านการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ควรส่งเสริมให้มารดาเริ่มให้นมบุตรโดยเร็ว โดยสนับสนุนให้ทารกดูดนมแม่ภายในระยะแรกหลังคลอด เพื่อกระตุ้นการหลั่งน้ำนม และเสริมสร้างความผูกพันระหว่างมารดาและทารก

6. ด้านการให้ความรู้และการติดตามต่อเนื่อง ควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ การดูแลแผล การควบคุมความดันโลหิต การรับประทานยาอย่างถูกต้อง พร้อมทั้งเน้นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

7. ด้านการพัฒนาการพยาบาลบุคลากรทางการพยาบาลควรมีการพัฒนาความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในด้านการดูแลผู้ป่วยสตรีครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลและลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน

เอกสารอ้างอิง

1. Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Spong, C. Y. (2022). Williams obstetrics (26th ed.). McGraw-Hill Education.
2. Chawanpaiboon, S., Vogel, J. P., Moller, A. B., Lumbiganon, P., Petzold, M., Hogan, D., ... & Gülmezoglu, A. M. (2021). Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth. The Lancet Global Health, 9(2), e147–e158. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30475-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30475-0)
3. Martin, J. A., Hamilton, B. E., Osterman, M. J. K., & Driscoll, A. K. (2022). Births: Final data for 2021. National Vital Statistics Reports, 71(1), 1–51. National Center for Health Statistics.
4. World Health Organization. (2023). Preterm birth. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
5. กระทรวงสาธารณสุข. (2567). รายงานสถานการณ์การคลอดก่อนกำหนดประเทศไทย ปีงบประมาณ 2565–2567 จากระบบ Health Data Center (HDC). กระทรวงสาธารณสุข.
6. สถิติข้อมูลการคลอด. (2569) กลุ่มงานผู้คลอด. โรงพยาบาลภานุสินธุ์
7. Osterman, M. J. K., Hamilton, B. E., Martin, J. A., Driscoll, A. K., & Valenzuela, C. P. (2022). Births: Final data for 2020 (National Vital Statistics Reports Volume 70, Number
8. ยุพเยาว์ วิศพรณ. (2559). ผลกระทบด้านสุขภาพ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ จากการตั้งครรภ์ของแม่วัยรุ่นจังหวัดจันทบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2559; 27: 1-16.

การพัฒนาแบบแผนการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ
ในชุมชน ตำบลอีสานเขต อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์

The development of a fall prevention model for elderly by participation of community
health networks partners in Isan Khet subdistrict, Chaloem Phra Kiat district, Buriram
province.

(Received: April 9,2026 ; Revised: April 11,2026 ; Accepted: April 13,2026)

ชีวรรณ สันประโคน¹
Cheewan Sanprakhon¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบแผนการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ตำบลอีสานเขต อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมมิสและแม็คแท็กการ์ด กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ภาคีเครือข่าย 30 คน คัดเลือกแบบเจาะจง และ 2) ผู้สูงอายุ 301 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม แบบประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม และแนวทางการสนทนากลุ่ม ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างตุลาคม 2568 ถึงมีนาคม 2569 ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เปรียบเทียบผลการพัฒนาแบบแผนด้วยสถิติ paired t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า แบบแผนการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ 6 องค์ประกอบหลัก “6P Model” ได้แก่ P1:การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย P2:การประเมินและคัดกรองความเสี่ยง P3:โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพป้องกันการหกล้ม P4:การปรับสภาพแวดล้อม P5:กระบวนการมีส่วนร่วมแบบต่อเนื่อง และ P6:การติดตามและประเมินผล หลังการพัฒนาแบบกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการพลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.001) และจากการประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม Thai – FRAT พบว่า มีโอกาสเสี่ยงการพลัดตกหกล้มลดลงจากร้อยละ 42.20 เป็นร้อยละ 23.60 และการประเมิน TUGT พบว่า มีโอกาสเสี่ยงการพลัดตกหกล้มลดลงจากร้อยละ 52.50 เป็นร้อยละ 27.90

คำสำคัญ: การป้องกันการพลัดตกหกล้ม, ผู้สูงอายุ, ภาคีเครือข่ายสุขภาพ

Abstract

This action research aimed to study the development of a fall prevention model for elderly by participation of community health networks. The study applied the the action research framework of Kemmis and McTaggart's. The samples consisted of 2 groups: 1) 30 samples from network participants selected by purposive sampling and 2) 135 elderly people selected by stratified random sampling. Quantitative data was collected by the questionnaire, fall risk assessment and focus group discussion guidelines. Data was collected between October 2025 to March 2026. Data analysis was performed by descriptive and comparative analysis was performed by paired t-test with a significance level of 0.05. Qualitative data using content analysis.

The research findings the showed the developed model comprised 6 components, namely the “6P Model” P1: People Partnership, P2: Problem Identification, P3: Prevention Program, P4: Physical Environment Modification, P5: Participation Process and P6: Performance & Evaluation. After implementation of the model resulted the overall level of knowledge and self-preventive behaviors showed a statistically significant

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกตาหึ่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์

improvement, as compared to before intervention (p -value <0.001). The fall risk assessment using the Thai-FRAT) showed a reduction in fall risk from 42.20% to 23.60%, while the (TUGT indicated a decrease in fall risk from 52.50% to 27.90%.

Keyword: fall prevention, elderly people, community health network participation

บทนำ

ในปี 2566 โลกมีประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 14.22 และสหประชาชาติคาดการณ์ว่าภายในปี 2593 ประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 20 สำหรับประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 19.50 นับว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (aged society) ผู้สูงอายุไทยมีแนวโน้มอยู่ตามลำพังเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 8.7 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 12 ในปี 2564 ดัชนีการสูงอายุและอัตราส่วนพึ่งพิงของผู้สูงอายุเพิ่มต่อเนื่องส่งผลให้จำนวนประชากรวัยแรงงานที่จะสามารถเกื้อหนุนผู้สูงอายุ 1 คน ลดลงจาก 4.62 คน เหลือ 3.22 คน¹ ปี 2566 มีผู้สูงอายุ 13.64 ล้านคน ร้อยละ 19.50 มีผู้สูงอายุที่ทำงาน 5.11 ล้านคน ร้อยละ 37.50 ผู้สูงอายุที่ทำงานมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัด² จากการสำรวจปี 2567 มีผู้สูงอายุร้อยละ 5.06 เคยหกล้มในระหว่าง 6 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ โดยผู้สูงอายุหญิงที่เคยหกล้มมีสัดส่วนสูงกว่าผู้สูงอายุชาย พบว่าผู้สูงอายุวัยปลาย ร้อยละ 8.80 เคยหกล้มมากกว่าวัยกลางและวัยต้น จะเห็นได้ว่าการหกล้มและจำนวนครั้งที่หกล้มมีความสัมพันธ์สอดคล้องกับอายุที่เพิ่มมากขึ้น³ ในเขตสุขภาพที่ 9 พบว่า ในปี 2566 มีประชากรผู้สูงอายุรวมทั้งสิ้น 777,644 คน มีสัดส่วนต่อประชากรทั้งจังหวัด นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ เท่ากับ 10.60, 12.50, 11.40 และ 10.10 ซึ่งเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยอย่างสมบูรณ์⁴

ภาวะหกล้มและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากภาวะหกล้มมีผลต่อทั้งปัญหาสุขภาพและปัญหาด้านสังคม เมื่อผู้สูงอายุหกล้มนำมาซึ่งความทุกข์ทรมานทั้งผู้ป่วยและครอบครัว เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุและครอบครัว ตลอดจนผลกระทบต่อสังคมโดยรวม เช่น ค่ารักษาพยาบาล ขณะอยู่ในโรงพยาบาล การสูญเสียความสามารถ

ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง การสูญเสียเวลาในการทำงานของญาติ ความต้องการการดูแลในระยะยาวเมื่อเกิดความพิการ การสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศที่ต้องซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อรักษา ภาวะกระดูกหักหลังจากหกล้ม เป็นต้น องค์การอนามัยโลกได้เสนอรูปแบบการป้องกันภาวะหกล้มตามแนวทาง Active Ageing องค์ประกอบ 3 ด้าน คือ การสร้างความตระหนักให้กับผู้สูงอายุถึงความสำคัญของการป้องกันภาวะหกล้ม การประเมินปัจจัยเสี่ยงภาวะหกล้มทั้งในผู้สูงอายุแต่ละคน สิ่งแวดล้อมและปัจจัยทางสังคม และการออกแบบและการจัดการที่เหมาะสมกับบริบทในแต่ละชุมชน มาตรการป้องกันภาวะหกล้มในผู้สูงอายุระดับชุมชนจะเกี่ยวข้องกับการจัดการด้านต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่เคยหกล้มในชุมชน เช่น การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความมั่นคงในการยืน เพื่อให้ลักษณะการเดินและการทรงตัวสมดุล การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหกล้ม การจัดสิ่งแวดล้อม การเสริมวิตามินดี และการใช้เทคโนโลยีช่วยป้องกันภาวะหกล้ม⁵

จังหวัดบุรีรัมย์มีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 19.30 ผู้สูงอายุมีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทั้งโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจ อีกทั้งยังพบผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น มีผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากการพลัดตกหกล้มใน 2565, 2566 และ 2567 จำนวน 106, 156 และ 154 ราย ในจำนวนนี้มีการรักษาด้วยการผ่าตัดจำนวน 100, 138 และ 122 ราย ตามลำดับ⁶ ซึ่งการรักษามีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาต่อรายที่สูง อีกทั้งยังส่งผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจต่อผู้ป่วยและญาติตำบลอีสานเขต อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จากการคัดกรองพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ร้อยละ 5.08 ด้าน

สายตา ร้อยละ 5.19 และด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 4.08⁷ มีการดำเนินงานเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ทั้งเชิงการเฝ้าระวังป้องกัน และการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุพบผู้สูงอายุที่หกล้มส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาสุขภาพ พื้นต่างระดับในบ้าน และด้านการมีส่วนร่วมในชุมชนขาดการดำเนินงานแบบบูรณาการ รวมถึงการสนับสนุนจากหน่วยงานท้องถิ่นที่จะมาอำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุในด้านการพลัดตกหกล้ม จึงให้ความสำคัญในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมสุขภาพ พัฒนานวัตกรรม รวมถึงการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน ในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การการพลัดตกหกล้ม และปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในพื้นที่ตำบลอีสานเขต อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ตำบลอีสานเขต อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีการศึกษา

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย เชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้แนวความคิดการมีส่วนร่วมของ เคมมิส, และแมกทากาโด⁸ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม แบบประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม และข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร จำนวน 1,563 คน ประกอบด้วย 1) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 2) นักกายภาพบำบัด 3) ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4) ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 5) ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุโรงพยาบาล 6) นักพัฒนาชุมชนกองสวัสดิการสังคมองค์การบริหารส่วนตำบล 7) เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุของค์การบริหารส่วนตำบล 8) กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน 9) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 10) ผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ภาคีเครือข่ายสุขภาพ ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นักกายภาพบำบัด ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุโรงพยาบาล นักพัฒนาชุมชนกองสวัสดิการสังคมองค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุของค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การสนทนากลุ่ม จำนวน 30 คน

กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุ จากการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Daniel⁹ ใช้สำหรับกำหนดขนาดตัวอย่าง (Sample Size) จากประชากรทั้งหมด (Population Size) กำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% (0.05) สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม และแบบประเมินการพลัดตกหกล้ม แล้วทำการหาสัดส่วนขนาดตัวอย่างจากกลุ่มประชากรของแต่ละหมู่บ้าน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จนครบจำนวนขนาดตัวอย่างของแต่ละหมู่บ้าน จำนวน 301 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) 1)

เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มติดสังคมตามการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป 2) อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลอีสานเขต อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ 3) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

- 4) สามารถอ่านออกเขียนได้และสื่อสารตอบคำถามได้ด้วยตนเอง เข้าใจคำอธิบายการวิจัย และ
- 5) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในชุมชนได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) ไม่สามารถติดตามเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาการทำวิจัยได้ 2) มีความประสงค์ขอยกจากการวิจัยหลังจากที่เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยแล้ว และ
- 3) มีภาวะสับสนจนไม่สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้

เครื่องมือการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaire) มีทั้งหมด 3 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ตำบลอีสานเขต อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) อาชีพ 6) รายได้ และ 7) โรคประจำตัว โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลอีสานเขต อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 20 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ¹⁰ ได้แก่ ความรู้ต่ำ (ร้อยละ 0-59) ความรู้ปานกลาง (ร้อยละ 60-79) ความรู้สูง (ร้อยละ 80-100)

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลอีสานเขต อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านสิ่งแวดล้อม 3) ด้านพฤติกรรมส่วนบุคคล และ 4) ด้านการรับรู้ โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ (3, 2, 1) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ¹¹

ได้แก่ น้อย (1.00 - 1.66 คะแนน) ปานกลาง (1.67 - 2.33 คะแนน) มาก (2.34 - 3.00 คะแนน)

ชุดที่ 2 แบบประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม มีทั้งหมด 2 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (Thai - FRAT) จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ 1) เพศ 2) การมองเห็นบกพร่อง 3) การทรงตัวบกพร่อง 4) การใช้ยา 5) ประวัติการหกล้ม และ 6) สภาพบ้านที่อยู่อาศัย ซึ่งเป็นแบบประเมินของกรมการแพทย์¹² การแปลผล 2 ระดับ มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (ต่ำกว่า 4 คะแนน) มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มต้องได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรสาธารณสุข (4 - 11 คะแนน)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ Timed Up and Go test (TUGT) จำนวน 1 ข้อ ซึ่งเป็นแบบประเมินอ้างอิงจากคู่มือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข¹³ โดยลักษณะคำถามปลายเปิดให้เติมลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม การแปลผล เกณฑ์การประเมิน ใช้เวลา ≥ 12 วินาที หรือ ทำไม่ได้ ถือว่ามีความเสี่ยงสูง

ชุดที่ 3 แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เป็นแนวทางในการสนทนากลุ่มเพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณในครั้งนี้ จำนวน 7 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลอีสานเขต อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ คำถามเป็นแบบปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านพบว่าทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและการ

ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะและบริบทพื้นที่ใกล้เคียงกัน คือ ผู้สูงอายุตำบลเจริญสุข อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 30 คน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาชของแบบสอบถาม 1) ด้านความรู้เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม เท่ากับ 0.93 และ 2) ด้านพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการพลัดตกหกล้ม เท่ากับ 0.88 โดยภาพรวมของแบบสอบถามทั้งหมด เท่ากับ 0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยโดยนักวิจัย ซึ่งมีทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2568 ถึงเดือนมีนาคม 2569 โดยรายละเอียดดังนี้

1) ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย

ศึกษาชุมชนและข้อมูลพื้นฐานของชุมชนเพื่อยืนยันว่าชุมชนที่เลือกศึกษามีปัญหาเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุจริง รวมทั้งศึกษาปัจจัยเสี่ยงทั้งด้านร่างกาย สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรม ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยแก่ภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน พร้อมทั้งประสานงานผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่กระบวนการวิจัย

2) การดำเนินการวิจัยและประเมินผล ใน การพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน โดยดำเนินการ 1 วนรอบ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) ศึกษาบริบทของชุมชน วิเคราะห์สถานการณ์การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ จัดการสนทนากลุ่ม (Focus group) กับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันกำหนดแนวทางกิจกรรม และวิธีการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ เช่น การคัดกรองความเสี่ยง การปรับสภาพแวดล้อม และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ จากนั้นคัดเลือกแนวทางที่

เหมาะสมและจัดทำแผนปฏิบัติการ ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) เป็นการจัดกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการจากขั้นตอนที่ 1 โดยใช้องค์ประกอบพื้นฐานจากความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการพลัดตกหกล้ม โดยนำรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในชุมชน ผ่านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ เช่น การประเมินและคัดกรองความเสี่ยง โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพป้องกันการหกล้ม การปรับสภาพแวดล้อม การติดตามและประเมินผล ใช้ระยะเวลา 3 เดือน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นขั้นตอนตรวจสอบ ติดตามผลการดำเนินงาน ให้คำแนะนำ สนับสนุนการปฏิบัติงานของภาคีเครือข่าย และเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม การสังเกตพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายรรวมถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) เป็นการประเมินผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ วิเคราะห์ผลลัพธ์ทั้งด้านความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ สรุปและถอดบทเรียน ค้นข้อมูลให้ชุมชน เพื่อนำไปปรับปรุงแผน แก้ไขจุดอ่อน และเสริมจุดแข็งของรูปแบบอย่างต่อเนื่อง ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบโดยเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ระดับความรู้ และระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเอง ใช้สถิติ Paired t-test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อให้

ได้ข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมมาสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสอบถาม

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยจะให้ความสำคัญและพิทักษ์สิทธิของบุคคลที่ร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยยึดหลัก 3 ประการ คือ 1) หลักความเคารพในบุคคล (Respect For Person) 2) หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย (Beneficence) และ 3) หลักยุติธรรม (Justice) โดยให้ข้อมูลและชี้แจงอาสาสมัคร ให้ความเป็นอิสระในการตัดสินใจ เก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับและจะเผยแพร่ข้อมูลในลักษณะภาพรวมไม่ระบุถึงตัวบุคคลหรือสถานที่ทำงาน โดยโครงการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2568 เลขที่ BRO 2025-101 รับรองระหว่าง วันที่ 1 ตุลาคม 2568 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2569

ผลการศึกษา

รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน

จากการดำเนินในกระบวนการพัฒนารูปแบบตามแนวคิด PAOR 1 วงรอบ สามารถสรุปเป็นรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ซึ่งมี 6 องค์ประกอบหลัก “6P Model” ได้แก่ P1: People Partnership (การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย) P2: Problem Identification (การประเมินและคัดกรองความเสี่ยง) P3: Prevention Program (โปรแกรม

ส่งเสริมสุขภาพป้องกันการหกล้ม) P4: Physical Environment Modification (การปรับสภาพแวดล้อม) P5: Participation Process (กระบวนการมีส่วนร่วมแบบต่อเนื่อง) และ P6: Performance & Evaluation (การติดตามและประเมินผล) รูปแบบที่มีกิจกรรม 6 องค์ประกอบดังกล่าวเป็นรูปแบบการบูรณาการที่มุ่งเน้นการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยผสมผสานมิติด้านสุขภาพเข้ากับกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยช่วยให้สามารถคัดกรองและประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุได้อย่างเป็นระบบ นำไปสู่การออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมเฉพาะกลุ่มและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควบคู่กับการปรับสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย ลดปัจจัยเสี่ยงจากบริบทที่อยู่อาศัย อีกทั้งยังส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในทุกขั้นตอน ทำให้เกิดความตระหนักรู้ ความเป็นเจ้าของร่วม และความต่อเนื่องของการดำเนินงานในชุมชน ตลอดจนสามารถติดตามและประเมินผลได้อย่างชัดเจน ส่งผลให้การป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพ

ผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน

ความรู้เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้มากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ภาพรวมคะแนนความรู้หลังการพัฒนารูปแบบ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 16.01$, $S.D.=1.80$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลอีสานเขต อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ ก่อนและหลังการพัฒนา (n=301)

ความรู้	ก่อน			หลัง			95%CI	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล			
การพลัดตกหกล้ม	12.45	2.29	ปานกลาง	16.01	1.80	สูง	3.24-3.89	21.540	<0.001*

*p-value<0.05

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบมีระดับพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) ภาพรวมระดับ

พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการพลัดตกหกล้มหลังการพัฒนารูปแบบ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =2.34 S.D.=0.24) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลอีสานเขต อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ ก่อนและหลังการพัฒนา (n=301)

พฤติกรรมการป้องกันตนเอง	ก่อน			หลัง			95%CI	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล			
ด้านร่างกาย	1.51	0.27	น้อย	2.33	0.32	ปานกลาง	0.77-0.87	34.623	<0.001*
ด้านสิ่งแวดล้อม	1.50	0.28	น้อย	2.34	0.31	มาก	0.78-0.88	34.564	<0.001*
ด้านพฤติกรรมส่วนบุคคล	1.50	0.42	น้อย	2.35	0.35	มาก	0.78-0.91	26.529	<0.001*
ด้านการรับรู้	1.51	0.44	น้อย	2.34	0.35	มาก	0.77-0.90	25.918	<0.001*
ภาพรวม	1.50	0.18	น้อย	2.34	0.24	มาก	0.80-0.86	49.490	<0.001*

*p-value<0.05

การประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยใช้แบบประเมิน Thai Falls Risk Assessment test (Thai – FRAT) ผลการประเมินพบว่า ก่อนพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีโอกาสเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม (คะแนน 4 – 11 คะแนน) จำนวน 127 คน ร้อยละ 42.20 และหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม (คะแนน 4 – 11 คะแนน) จำนวน 71 คน ร้อยละ 23.60

จากการประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยใช้แบบประเมิน TUGT (Timed Up and Go test) ผลการประเมินพบว่า ก่อนพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีโอกาสเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม (ใช้เวลา ≥ 12 วินาที หรือทำไม่ได้) จำนวน 158 คน ร้อยละ 52.50 และหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม (ใช้เวลา ≥ 12 วินาที หรือทำไม่ได้) จำนวน 84 คน ร้อยละ 27.90

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ตำบลอีสานเขต อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ 6 องค์ประกอบหลัก “6P Model” ได้แก่ P1: การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย P2: การประเมินและคัดกรองความเสี่ยง P3: โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพป้องกันการหกล้ม P4: การปรับสภาพแวดล้อม P5: กระบวนการมีส่วนร่วมแบบต่อเนื่อง และ P6: การติดตามและประเมินผลกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ พฤติกรรม การป้องกันตนเองจากการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รูปแบบที่ได้จากการพัฒนาทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการออกแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ประกอบกับการประเมินและคัดกรองความเสี่ยง ที่ช่วยให้สามารถจำแนกกลุ่มเสี่ยงและ

กำหนดแนวทางการดูแลได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ มีความเฉพาะเจาะจง และตอบสนองต่อปัญหาจริงของผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันการปรับสภาพแวดล้อมมีส่วนช่วยลดปัจจัยเสี่ยงทางกายภาพที่ก่อให้เกิดการหกล้มโดยตรง นอกจากนี้กระบวนการมีส่วนร่วมแบบต่อเนื่องยังเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน การติดตามดูแล และการเสริมแรงทางสังคม ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างยั่งยืน การติดตามและประเมินผลที่ช่วยสะท้อนผลลัพธ์และปรับปรุงการดำเนินงาน ดังนั้นความสำเร็จของรูปแบบดังกล่าวจึงเกิดจากการบูรณาการองค์ประกอบด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความรู้และพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่ารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ และมีการติดตามอย่างต่อเนื่องโดยเจ้าหน้าที่ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กิจกรรมประกอบด้วย การประเมินสถานการณ์เบื้องต้น การเสริมสร้างประสบการณ์ความสำเร็จ การเสริมสร้างประสบการณ์โดยการสังเกต การเสริมสร้างโดยการชี้แนะทางวาจา การจัดการภาวะทางกายภาพและอารมณ์ และการปรับสภาพแวดล้อมและเทคโนโลยีเสริม¹⁴ สะท้อนให้เห็นว่าแนวทางดังกล่าวช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง (self-efficacy) และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง อันเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การพัฒนาสามารถยกระดับความรู้และพฤติกรรมการป้องกันตนเองของผู้สูงอายุได้ ทั้งนี้ อธิบายได้ว่ารูปแบบดังกล่าวเป็นการบูรณาการองค์ประกอบด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างเป็นระบบ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มลดลงเมื่อ

เปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนา สะท้อนให้เห็นว่ามีประสิทธิผลในการลดปัจจัยเสี่ยงทั้งด้านสุขภาพและสมรรถภาพทางกาย โดยผลจากการประเมิน Thai-FRAT ที่ลดลงแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านปัจจัยเสี่ยงโดยรวม เช่น ภาวะสุขภาพ การใช้ยา และพฤติกรรมสุขภาพ ขณะที่ผลการประเมินด้วย TUGT ที่ดีขึ้น สะท้อนถึงการพัฒนาความสามารถในการเคลื่อนไหว การทรงตัว และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เป็นผลจากการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย และการฝึกการทรงตัว ประกอบกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการติดตามอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าผลทดสอบการเดินไปกลับ 3 เมตร (TUGT) ก่อนและหลังมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี กลุ่มที่ใช้เวลาเดิน มากกว่า 20 วินาที ลดลงจากร้อยละ 15.0 เป็นร้อยละ 10.0 กลุ่มที่ใช้เวลาเดิน 13.50-19.99 วินาที ลดลงจากร้อยละ 85.0 เป็นร้อยละ 30.0 และกลุ่มที่ใช้เวลาเดินน้อยกว่า 13.50 วินาที เพิ่มขึ้น ร้อยละ 60.0¹⁵ และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า หลังการใช้รูปแบบผลการประเมินสมรรถภาพทางกายด้วย Time Up and Go Test เวลาลดลง จาก 10.13 ± 3.99 เป็น 9.71 ± 4.19 วินาที ($p\text{-value} < 0.001$) และผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มตามแบบประเมิน Thai-FRAT ลดลงจากร้อยละ 24.4 เป็น ร้อยละ 18.4 ($p\text{-value} < 0.05$)¹⁶

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ตำบล อีสานเขต อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ มีประสิทธิผลของการดำเนินงานที่เน้นทั้งมิติสุขภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งเป็นแนวทางสำคัญในการลดความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่ช่วยให้การดำเนินงานสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ การประเมินและคัดกรอง

ความเสี่ยงทำให้สามารถกำหนดแนวทางการดูแลที่เหมาะสมเฉพาะราย ส่งผลให้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีความตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันการปรับสภาพแวดล้อมช่วยลดปัจจัยเสี่ยงทางกายภาพที่ก่อให้เกิดการหกล้มโดยตรง อีกทั้งกระบวนการมีส่วนร่วมแบบต่อเนื่องและการติดตามประเมินผลยังช่วยเสริมแรงทางสังคมและกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ซ้ำ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนัก มีความมั่นใจในการดูแลตนเอง และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- 1) ควรกำหนดให้การป้องกันการพลัดตกหกล้มเป็นนโยบายสำคัญขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยบรรจุในแผนพัฒนาสุขภาพระดับตำบล และเชื่อมโยงกับแผนงานผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน
- 2) สนับสนุนการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ โดยการกำหนดมาตรการหรือโครงการสนับสนุนงบประมาณในการปรับปรุงบ้านเรือน เช่น การติดตั้งราวจับ พื้นกันลื่น แสงสว่าง และสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสม เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม
- 3) ควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรและอาสาสมัครในชุมชน โดยจัดฝึกอบรมและเสริมทักษะให้บุคลากรสาธารณสุข อสม. และแกนนำชุมชน ให้มีความรู้ในการประเมินความเสี่ยง การให้คำแนะนำ และการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถดำเนินงานเชิงรุกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

- 1) สามารถนำรูปแบบไปปรับใช้ในชุมชนหรือพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียง โดยคำนึงถึงความเหมาะสมด้านสังคม วัฒนธรรม และทรัพยากรในแต่ละพื้นที่ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงและประสิทธิภาพของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม
 - 2) สามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการนำผลการวิจัยไปออกแบบกิจกรรม เช่น การออกกำลังกายเพื่อการทรงตัว การปรับสภาพแวดล้อมในบ้าน และการให้ความรู้ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ
 - 3) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนงานโครงการ และจัดสรรทรัพยากร เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ
- #### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป
- 1) ควรศึกษารูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบอย่างชัดเจน เช่น การเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อยืนยันผลลัพธ์เชิงสาเหตุ
 - 2) ควรขยายการศึกษาไปยังพื้นที่อื่น เช่น เขตเมือง กึ่งเมือง หรือจังหวัดอื่น เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์และเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงทั่วไป
 - 3) ควรศึกษาปัจจัยเชิงลึกที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม เช่น ปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และแรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อใช้ในการออกแบบมาตรการที่เหมาะสมกับบริบทมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ.(2567). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ; 2567.
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ.(2566). สถิติของผู้สูงอายุของประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต].2566.เข้าถึงได้จาก <http://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/275>.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2567). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2567.

4. ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา.(2566). รายงานการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2566. นครราชสีมา: ศูนย์อนามัยที่ 9; 2566.
5. World Health Organization.(2008). WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. WHO Press: Geneva. 2008.
6. โรงพยาบาลบุรีรัมย์.(2568). โครงการเสริมสร้างกระดูกแข็งแรงทั่วไทยสัญจร ครั้งที่ 1 ประจำปี 2568 [อินเทอร์เน็ต]. 2568. เข้าถึงได้จาก <https://pr.moph.go.th/online/index/news>.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์.(2567). รายงานผลการคัดกรองผู้สูงอายุ งานส่งเสริมสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ 2567 บุรีรัมย์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. 2567.
8. Kemmis S, McTaggart R.(1988). The action research planner. 3rd ed. Geelong (Victoria): Deakin University Press; 1988.
9. Daniel WW.(2010). Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. 9th ed. Hoboken (NJ): Wiley; 2010.
10. Bloom BS.(1971). Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. New York: David McKay; 1971
11. Best JW.(1977). Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1977.
12. ลัดดา เถียมวงศ์, และคณะ. แนวทางการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2547;5(2):23-35.
13. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
14. Sanon, J. DEVELOPMENT OF A FALL PREVENTION MODEL FOR THE ELDERLY IN THALE CHUPSORN SUBDISTRICT, MUEANG LOPBURI DISTRICT, LOPBURI PROVINCE. Primary Health Care Journal. 2025;40(1):1-10.
15. ทิพวรรณ โคตรสีเขียว, ดิษฐพล ใจซื่อ, กาญจนา จันทะนุญ และพิสมัย ศรีทำนา. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน จังหวัดมหาสารคาม. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2567;6(4):1-17.
16. สดุดี ภูห่องไสย และกัญญา จันทร์พล.การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันภาวะพลัดตก หกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2568;18(3):252-265.

การพัฒนารูปแบบการประเมินผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเพื่อเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง
โรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

DEVELOPMENT OF AN ASSESSMENT MODEL FOR CHRONIC KIDNEY DISEASE PATIENTS TO
ENTER PALLIATIVE CARE AT DONMODDAENG HOSPITAL, UBON RATCHATHANI PROVINCE.

(Received: April 8,2026 ; Revised: April 11,2026 ; Accepted: April 12,2026)

สิริยาภรณ์ ก้อนทอง¹
Siriyaporn Konthong¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) สร้างรูปแบบการประเมินผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายให้เข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคองได้อย่างรวดเร็วและครอบคลุม และ 2) ศึกษาผลของรูปแบบการประเมินต่อการรับรู้การดำเนินโรคและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 ที่เข้ารับบริการ ณ คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลดอนมดแดง จำนวน 30 ราย ซึ่งคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) รูปแบบการประเมินเพื่อคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น 2) แบบสอบถามการรับรู้การดำเนินโรค และ 3) แบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) เก็บข้อมูลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการประเมินเป็นระยะเวลา 3 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired-samples t-test)

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการประเมินที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมในการใช้งานจริง พยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.65, SD = 0.48) ภายหลังการใช้รูปแบบการประเมิน พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีคะแนนการรับรู้การดำเนินโรคและการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) นอกจากนี้ คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากค่าเฉลี่ย 58.75 (SD = 10.24) เป็น 76.50 (SD = 8.91) ($p < .001$)

คำสำคัญ: โรคไตวายเรื้อรัง, การดูแลแบบประคับประคอง, การพัฒนารูปแบบ, คุณภาพชีวิต

Abstract

This quasi experimental research aimed to: (1) develop a rapid and comprehensive assessment model for end-stage chronic kidney disease (CKD) patients to enter palliative care, and (2) examine the effects of the model on patients' and families' perceptions of disease progression and their quality of life. The sample consisted of 30 patients with stage 4 and 5 CKD receiving services at the non-communicable disease clinic of Donmoddaeng Hospital, selected through purposive sampling. Research instruments included: (1) a researcher-developed assessment model for screening patients for palliative care, (2) a disease progression perception questionnaire, and (3) the WHOQOL-BREF-THAI quality of life assessment tool. Data were collected before and three months after the implementation of the model. Data were analyzed using descriptive statistics and paired-samples t-test.

The results showed that the developed assessment model was practical for clinical use, with nurses reporting a high level of satisfaction (Mean = 4.65, SD = 0.48). After the implementation, patients' and families' scores for perception of disease progression and palliative care significantly increased ($p < .001$). Furthermore, the patients' overall quality of life scores significantly improved from a mean of 58.75 (SD = 10.24) to 76.50 (SD = 8.91) ($p < .001$).

Keywords: Chronic Kidney Disease, Palliative Care, Model Development, Quality of Life

¹ โรงพยาบาลดอนมดแดง

บทนำ

โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากโครงสร้างประชากรที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูงขึ้น โดยเฉพาะภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-stage renal disease: ESRD) ซึ่งต้องอาศัยการบำบัดทดแทนไตและการดูแลต่อเนื่องระยะยาว ข้อมูลสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2565 ระบุว่าประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และโรคดังกล่าวยังเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตลำดับต้น ๆ ของประเทศ¹ สอดคล้องกับนโยบายและจุดเน้นของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ที่ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยระยะท้ายอย่างมีคุณภาพ ครอบคลุม และได้มาตรฐานในทุกระดับบริการ²

ในระดับเขตสุขภาพ มีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่ายบริการสุขภาพ เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลและเพิ่มการเข้าถึงบริการแบบประคับประคอง³ ขณะเดียวกัน สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ได้กำหนดมาตรฐานโรงพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การจัดการอาการทุกข์ทรมาน และการวางแผนการดูแลล่วงหน้าไว้เป็นส่วนหนึ่งของตัวชี้วัดคุณภาพบริการ⁴ สถาบันบริการสาธารณสุขจึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบและเครื่องมือที่ช่วยในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้ายเป็นไปอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับมาตรฐานดังกล่าว และตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

แม้ว่าการบำบัดทดแทนไตจะเป็นมาตรฐานสำคัญในการรักษาผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย แต่การสำรวจหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในประเทศไทยพบว่า

ผู้ป่วยบางส่วนไม่สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง จากข้อจำกัดด้านทรัพยากร ระบบบริการ และปัจจัยส่วนบุคคล⁵ ผู้ป่วยกลุ่มนี้เผชิญกับอาการไม่สบายเรื้อรัง ภาวะไม่แน่นอนของโรคและภาระทางเศรษฐกิจ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้แนวทางการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) และการดูแลแบบสนับสนุนสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีบทบาทสำคัญในการบรรเทาความทุกข์ทรมานและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งตามคำแนะนำของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย⁶ และแนวทางการดูแลแบบ renal supportive care จากต่างประเทศที่เน้นการจัดการอาการ การสื่อสาร และการวางแผนการดูแลล่วงหน้าควบคู่กับการรักษาทางไต⁷

คุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์สำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะท้าย การใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่มีคุณสมบัติทางจิตมิติที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งจำเป็น งานวิจัยที่ศึกษาคุณสมบัติของแบบสอบถาม WHOQOL-BREF ฉบับภาษาไทยในประชากรไทยรายงานว่าเครื่องมือนี้มีความเที่ยงและความตรงที่ดี สามารถสะท้อนมิติด้านกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมได้อย่างน่าเชื่อถือ⁸ จึงเหมาะสมต่อการประเมินผลกระทบของโรคและการดูแลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายในบริบทไทย

ในทางปฏิบัติ ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังจำนวนมากยังเข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของการดำเนินโรคเมื่อมีอาการรบกวนรุนแรงหรืออยู่ในช่วงใกล้เสียชีวิต ส่งผลให้มีโอกาสจำกัดในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การจัดการอาการ และการสนับสนุนด้านจิตสังคมอย่างต่อเนื่อง งานทบทวนอย่างเป็นระบบและเมตาอะนาลิซิสเกี่ยวกับการใช้ “Surprise question” เพื่อระบุผู้ป่วยที่ใกล้เข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต พบว่าเครื่องมือคัดกรองที่อาศัยดุลยพินิจของผู้ให้บริการสามารถช่วยระบุผู้ป่วยที่ควรได้รับการประเมินเชิงลึกด้าน

การดูแลแบบประคับประคองได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁹ การพัฒนาเกณฑ์หรือรูปแบบการประเมินที่เป็นระบบสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในระดับโรงพยาบาลชุมชนจึงเป็นกลไกสำคัญในการเพิ่มการเข้าถึงบริการดังกล่าวตั้งแต่ระยะต้นของการดำเนินโรค

โรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนมาก รวมถึงผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การทบทวนข้อมูลการดูแลพบว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งยังไม่ได้รับการประเมินหรือส่งต่อเข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคองอย่างทันทั่วถึง ทั้งที่มีภาวะซับซ้อนและอาการไม่สุขสบายหลายด้าน การมีรูปแบบการประเมินผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเพื่อเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคองที่มีโครงสร้างชัดเจน เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลชุมชน และสอดคล้องกับมาตรฐานโรงพยาบาลและนโยบายด้านสถานชีวภิบาล จึงมีศักยภาพในการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในระดับพื้นที่²⁻⁴ และเป็นที่มาของการวิจัยครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสร้างรูปแบบการประเมินผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายให้เข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคองได้รวดเร็วและครอบคลุม
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว รับทราบการดำเนินโรคและเข้าสู่กระบวนการดูแลแบบประคับประคองที่เหมาะสม

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาและประชากร

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) ประกอบด้วย 2 ระยะหลัก คือ ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบการประเมินผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเพื่อเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง และระยะที่ 2 การทดลองใช้

รูปแบบและประเมินผลการใช้รูปแบบในสถานบริการจริง โดยใช้การออกแบบการศึกษาแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (one-group pretest-posttest design) ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Chronic Disease Clinic) โรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 ที่มารับบริการต่อเนื่องที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลดอนมดแดง ในช่วงระยะเวลาศึกษา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 30 คน โดยใช้การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ได้แก่

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 หรือ 5
2. มีอายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และให้ข้อมูลด้วยตนเองหรือร่วมกับผู้ดูแลได้
3. มารับบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อย 2 ครั้งขึ้นไปในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา
4. แสดงความสนใจและลงนามในเอกสารแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium) หรือมีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง จนไม่สามารถให้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้
2. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเฉียบพลัน
3. ผู้ป่วยหรือญาติปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวระหว่างการศึกษา

เครื่องมือและตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

รูปแบบการประเมินผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเพื่อเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วยแบบคัดกรองผู้ป่วยและผังกระบวนการดูแลสำหรับใช้ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

แบบสอบถามการรับรู้การดำเนินโรคและการดูแลแบบประคับประคอง สร้างโดยผู้วิจัยเป็นคำถามปลายปิดในรูปแบบมาตรประเมิน เพื่อประเมินระดับความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค เป้าหมายการรักษา และแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง

แบบประเมินคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม

แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบการประเมิน เป็นแบบสอบถามปลายปิดในรูปแบบมาตรประเมิน เพื่อประเมินความคิดเห็นด้านความชัดเจน ความเหมาะสม และประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย

การรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยประสานงานกับผู้บริหารและพยาบาลประจำคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ชี้แจงโครงการวิจัย และอบรมการใช้รูปแบบการประเมินและเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ขั้นก่อนการใช้รูปแบบ ผู้วิจัยและพยาบาลคัดเลือกผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ อธิบายโครงการและขอความยินยอม จากนั้นเก็บข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิก พร้อมให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามการรับรู้การดำเนินโรคและการดูแลแบบประคับประคอง และแบบประเมินคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI เป็นคะแนนก่อนการทดลอง

ขั้นทดลองใช้รูปแบบและประเมินผลพยาบาลประจำคลินิกใช้รูปแบบการประเมินดังกล่าวกับผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 3 เดือน เมื่อครบกำหนดจึงประเมินซ้ำด้วยแบบสอบถามชุดเดิมในกลุ่มตัวอย่างเดิม และให้พยาบาลตอบแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่รวบรวมได้ทำการตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องก่อนบันทึกในโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ สำหรับข้อมูลเชิงพรรณนา ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยและคะแนนตัวแปรที่ศึกษาสำหรับการเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการประเมิน ใช้สถิติทดสอบ t-test สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired-samples t-test) เพื่อตรวจสอบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้การดำเนินโรคและการดูแลแบบประคับประคอง และคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการใช้รูปแบบ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า $p < 0.05$

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยยื่นโครงการวิจัยเพื่อขอการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี (รหัสโครงการ SSJ.UB 2567-12.021)

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 4-5 จำนวน 30 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.7 และเพศชายร้อยละ 43.3 อายุอยู่ในช่วง 71-80 ปีมากที่สุด ร้อยละ 46.7 รองลงมาคือมากกว่า 80 ปี ร้อยละ 40.0 และอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 70 ปี ร้อยละ 13.3 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบประถมศึกษา ร้อยละ 80.0 รองลงมาคือมัธยมศึกษา ร้อยละ 16.7 และสูงกว่า

มัธยมศึกษา ร้อยละ 3.3 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่สมรสหรืออยู่ด้วยกัน ร้อยละ 50.0 รองลงมาคือหม้ายหรือหย่าร้าง ร้อยละ 40.0 และโสด ร้อยละ 10.0

ในด้านข้อมูลทางคลินิก พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 5 ของโรคไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 63.3 และระยะที่ 4 ร้อยละ 36.7 โรคร่วมที่พบได้บ่อยที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 86.7 รองลงมาคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 73.3 และโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 50.0

ผลการใช้รูปแบบการประเมินและความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน

จากการนำรูปแบบการประเมินผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเพื่อเข้าสูการดูแลแบบประคับประคองไปใช้ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นระยะเวลา 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การเข้าสูการดูแลแบบประคับประคองตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีจำนวน 25 ราย จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.3 สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบดังกล่าวช่วยให้ทีมสหวิชาชีพสามารถระบุผู้ป่วยที่เหมาะสมต่อการได้รับการดูแลแบบประคับประคองได้อย่างเป็นระบบในบริบทโรงพยาบาลชุมชน

สำหรับความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้งานจำนวน 5 ท่าน พบว่ามีความพึงพอใจต่อรูปแบบการประเมินในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.65 (S.D. = 0.48) จากคะแนนเต็ม 5 สะท้อนว่ารูปแบบมีความชัดเจนเหมาะสมต่อการปฏิบัติงานจริง และช่วยสนับสนุนการวางแผนการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้เป็นอย่างดี

การเปรียบเทียบการรับรู้การดำเนินโรคและคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการใช้รูปแบบการประเมินผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรตามก่อนและหลังการใช้รูปแบบการประเมินพบว่า หลังการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 18.50 ± 4.20

เป็น 27.80 ± 3.50 ($t = -11.45$, $p < .001$) สะท้อนว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินโรคและการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มขึ้น

เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตามแบบประเมิน WHOQOL-BREF-THAI พบว่า หลังการใช้รูปแบบการประเมิน ผู้ป่วยมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกมิติ โดยด้านร่างกายเพิ่มจาก 14.20 ± 2.50 เป็น 18.90 ± 2.10 ($t = -9.87$, $p < .001$) ด้านจิตใจเพิ่มจาก 15.10 ± 2.80 เป็น 19.50 ± 2.30 ($t = -8.54$, $p < .001$) ด้านสัมพันธภาพทางสังคมเพิ่มจาก 14.80 ± 3.10 เป็น 18.80 ± 2.90 ($t = -7.66$, $p < .001$) และด้านสิ่งแวดล้อมเพิ่มจาก 14.60 ± 2.90 เป็น 19.30 ± 2.70 ($t = -8.12$, $p < .001$) นอกจากนี้ คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 58.75 ± 10.24 เป็น 76.50 ± 8.91 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -10.21$, $p < .001$) แสดงให้เห็นว่าการใช้รูปแบบการประเมินที่พัฒนาขึ้นมีส่วนช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 4-5 ได้ในทุกมิติ

จากผลดังกล่าวสรุปได้ว่า การใช้รูปแบบการประเมินผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเพื่อเข้าสูการดูแลแบบประคับประคองที่พัฒนาขึ้น สามารถเพิ่มการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินโรคและการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วย รวมทั้งช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตในทุกมิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับเป้าหมายของการพัฒนารูปแบบการประเมินในบริบทโรงพยาบาลชุมชนตอนมดแดง

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้พบว่า รูปแบบการประเมินผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 4-5 เพื่อเข้าสูการดูแลแบบประคับประคอง สามารถระบุผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การได้รับการดูแลแบบประคับประคองได้คิดเป็นร้อยละ 83.3 ของผู้ป่วยทั้งหมด และทำ

ให้ระดับการรับรู้การดำเนินโรค การดูแลแบบประคับประคอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับก่อนใช้รูปแบบ สอดคล้องกับบริบทภาระโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของประเทศที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและต้องการระบบดูแลที่เป็นระบบและต่อเนื่องในทุกระดับบริการ^{1,2}

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า การมีรูปแบบการประเมินที่ชัดเจนซึ่งผนวกอยู่ในงานประจำของคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ช่วยลดการพึ่งพาดุลยพินิจรายบุคคล และทำให้กระบวนการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคองมีเกณฑ์ที่โปร่งใสและตรวจสอบได้ สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในเครือข่ายบริการสุขภาพที่เน้นการทำงานแบบสหวิชาชีพและการมีส่วนร่วมของชุมชน²⁻⁴ และสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบสนับสนุนและประคับประคองในผู้ป่วยไตเรื้อรัง (renal supportive care) ที่เน้นการประเมินความต้องการด้านอาการ พยากรณ์โรค และคุณภาพชีวิตอย่างเป็นระบบควบคู่กับการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมรักษา^{6,7,9}

การที่คะแนนการรับรู้การดำเนินโรคและการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญภายหลังใช้รูปแบบ สะท้อนบทบาทของการสื่อสารและการให้ข้อมูลเชิงระบบในกระบวนการดูแลแบบประคับประคอง การที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจที่ดีขึ้นเกี่ยวกับโรค พยากรณ์โรค และทางเลือกการรักษา ช่วยให้สามารถมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและกำหนดเป้าหมายการรักษาที่สอดคล้องกับคุณค่าและความต้องการของตนเอง ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองและแนวคิดการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง^{6,7,9}

ด้านคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาพบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตในทุกมิติของแบบประเมิน

WHOQOL-BREF-THAI ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับคุณสมบัติของเครื่องมือที่สามารถสะท้อนมิติกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมได้อย่างครอบคลุม⁸ การที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการอย่างสม่ำเสมอ มีการจัดการอาการไม่สบาย และได้รับการสนับสนุนด้านจิตสังคมจากทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง จึงมีส่วนสำคัญในการยกระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายหลักของการดูแลแบบประคับประคอง^{6,7}

นอกจากนี้ ความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการประเมินอยู่ในระดับมาก สะท้อนว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความชัดเจน เหมาะสมกับบริบทการทำงานของโรงพยาบาลชุมชน และสามารถนำไปใช้จริงในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างไม่เป็นการเพิ่มงานเกินไป ผลนี้สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาลชุมชนที่เน้นการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ควบคู่กับการเชื่อมโยงกับมาตรฐานโรงพยาบาลและสถานชีวาภิบาล^{3,4}

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยที่พบว่ารูปแบบการประเมินผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 4-5 เพื่อเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคองช่วยเพิ่มการรับรู้การดำเนินโรคและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ โรงพยาบาลชุมชนควรพิจารณานำรูปแบบดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยผนวกเข้ากับงานประจำในลักษณะระบบคัดกรองและวางแผนการดูแลร่วมกันของทีมสหวิชาชีพควบคู่กับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การใช้รูปแบบมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ ขณะเดียวกันควรมีการศึกษาต่อยอดในบริบทพื้นที่และระดับบริการที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะการออกแบบวิจัยที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ

หรือหลายศูนย์ รวมถึงการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อสำรวจประสบการณ์และมุมมองของผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากร เพื่อนำไปใช้ปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมและรองรับการขยายผลในระดับเครือข่ายบริการและระดับนโยบายต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัย ขอขอบพระคุณสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี และโรงพยาบาล

ดอนมดแดง ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณคณะผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาเครื่องมือและรูปแบบการประเมิน รวมทั้งขอขอบคุณผู้ป่วยและครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2565). สถิติสาธารณสุข 2565 [Public Health Statistics 2022]. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2565.
2. กระทรวงสาธารณสุข.(2567). นโยบายและจุดเน้น ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 [Policy and Focus Areas for Fiscal Year 2024]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
3. บุญส่งทรัพย์ อุดมศักดิ์, ธิญะวัน เหมทานนท์.(2023). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบมีส่วนร่วมของชุมชน เขตสุขภาพที่ 10. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี. 2023;21(2):34-51.
4. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).(2565). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 [Hospital and Healthcare Services Standards, 5th Edition]. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2565.
5. สิริระพนธ์ บ, ตันติยวงศ์ พ, เชื้อสุวรรณ อ, ลำเพาพงศ์ อ, ลิ้มเจริญวิทย์ ส, เสริมงาม น, และคณะ.(2025). การสำรวจสถานการณ์และการพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในประเทศไทย. วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. 2025;31(1):1-10.
6. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.(2566). คำแนะนำสำหรับการดูแลรักษาสนับสนุนและประคับประคองผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พ.ศ. 2566 [Guidelines for Supportive and Palliative Care in Chronic Kidney Disease Patients 2023]. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย; 2566.
7. Brown MA, Coghlan D, Craig JC, Dimopoulos V, Lim W, McDonald SP, et al.(2013). Renal supportive care: Guideline for the provision of renal supportive care (position statement). Nephrology (Carlton). 2013;18(6):401-4.
8. Rungrojwanit S, Kunsongkiat P, Srichan W, Chaiviboontham S.(2024). Psychometric properties of the Thai WHOQOL-BREF in Thai adults. Sci Rep. 2024;14:12946.
9. Van Lummel EVTJ, Versteeg EG, Dries RGM, van Zuylen L, Bruins M, van der Heide A, et al.(2022). Accuracy of the surprise question in identifying patients nearing the end of life: A systematic review and meta-analysis. Palliat Med. 2022;36(8):1225-39.

ผลของการฝึกสอนต่อความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้าน จุลชีพหลายขนาน
ของพยาบาลในหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

Effects of Coaching on Knowledge and Practices in Prevention of Multidrug-
Resistant Organism Transmission among Nurses in The Special Medical Ward
Chaingrai Prachanukroh Hospital.

(Received: April 9,2026 ; Revised: April 11,2026 ; Accepted: April 12,2026)

รุ่งทิwa ศรีเจริญ¹
Roongtiwa Sricharoen¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการฝึกสอนต่อความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 12 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แผนการฝึกสอนตามกระบวนการโค้ช แบบวัดความรู้ และแบบสังเกตการปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการฝึกสอน พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานสูงกว่าก่อนการฝึกสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

คำสำคัญ: การฝึกสอน, ความรู้, การปฏิบัติ, เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ, พยาบาลวิชาชีพ

Abstract

This quasi-experimental research with a one-group pretest–posttest design aimed to examine the effects of coaching on knowledge and practices in the prevention of multidrug-resistant organism transmission among professional nurses in the special medical ward at Chiangrai Prachanukroh Hospital. The sample consisted of 12 professional nurses. Research instruments included a coaching program based on Ibarra's concept, a knowledge test, and a practice observation checklist. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test.

The results revealed that after receiving coaching, the nurses' knowledge scores regarding the prevention of multidrug-resistant organism transmission were significantly higher than before the intervention ($p < .001$). Additionally, their practices in preventing multidrug-resistant organism transmission significantly improved after the coaching ($p < .001$).

Keywords: Coaching, Knowledge, Nursing Practice, Antimicrobial Resistance, Professional Nurses

บทนำ

เชื้อดื้อยา หมายถึง เชื้อแบคทีเรียที่ดื้อต่อยาปฏิชีวนะ ทำให้คนที่ติดเชื้อดื้อยาต้องใช้ยาปฏิชีวนะที่ออกฤทธิ์ได้แรงขึ้น หรืออาจไม่มียาปฏิชีวนะใดรักษาได้ ทำให้คนที่ติดเชื้อดื้อยานั้นเสียชีวิตลง ซึ่งเชื้อดื้อยา เป็นกลไกตามธรรมชาติที่เกิดขึ้นจากการ

แบ่งตัวของแบคทีเรีย การเกิดการกลายพันธุ์ (mutation) หรือการแลกเปลี่ยนสารพันธุกรรมกันระหว่างแบคทีเรีย เช่น กระบวนการ conjugation ที่มีการแลกเปลี่ยนสารพันธุกรรมระหว่างแบคทีเรีย ซึ่งเป็นผลต่อการอยู่รอดของแบคทีเรีย กลไกของการเกิดเชื้อดื้อยา เช่น เชื้อมีการผลิต Beta-

¹ กลุ่มงานพยาบาล โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

lactamase ซึ่งเชื้อผลิตขึ้นมาทำลายโครงสร้างของยาในกลุ่ม Beta-lactam หรือการสร้าง Efflux pump เพื่อปั๊มยาออกจากเซลล์ของเชื้อ ยาจึงไม่สามารถออกฤทธิ์ได้ หรือการเปลี่ยนแปลงเยื่อหุ้มเซลล์ด้านนอกของเชื้อทำให้ยาไม่สามารถเข้าไปฆ่าเชื้อได้¹

การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก โดยในประเทศไทยมีผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพปีละมากกว่า 100,000 ราย เป็นผู้ป่วยเสียชีวิตจากการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพมากกว่า 30,000 ราย และสูญเสียทรัพยากรจากการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพมากกว่า 40,000 ล้านบาท หรือประมาณร้อยละ 1 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross Domestic Product: GDP)²

การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพเป็นปัญหาสำคัญของระบบสุขภาพ เนื่องจากเมื่อเชื้อก่อโรคไม่ตอบสนองต่อยาต้านจุลชีพ การรักษาจะทำได้ยากขึ้น ส่งผลให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของโรค การเจ็บป่วยรุนแรง และการเสียชีวิตได้ อุบัติการณ์และการคงอยู่ของเชื้อดื้อยาในสถานพยาบาลสัมพันธ์กับหลายปัจจัยร่วมกัน โดยเฉพาะแรงคัดเลือกจากการใช้ยาต้านจุลชีพ ความเปราะบางของผู้ป่วยต่อการติดเชื้อหรือการมีเชื้ออยู่โดยไม่แสดงอาการ ตลอดจนความเคร่งครัดในการดำเนินการมาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาล^{3,4}

นอกจากปัจจัยด้านการใช้ยาต้านจุลชีพแล้ว การแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลยังสามารถเกิดขึ้นได้ผ่านการดูแลผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน โดยเชื้ออาจถ่ายโอนระหว่างผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และพื้นผิวสิ่งแวดล้อมระหว่างกิจกรรมการรักษาพยาบาล หากมาตรการต่าง ๆ เช่น การทำความสะอาดมือ การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล การแยกผู้ป่วย การแยกอุปกรณ์ และการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม ดำเนินการไม่เหมาะสมหรือไม่สม่ำเสมอ ก็อาจเพิ่มโอกาสให้เชื้อดื้อยาแพร่กระจายภายในหน่วยงาน และระหว่างหน่วยงานในโรงพยาบาลได้^{4,5}

นอกจากนี้ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและการขนส่งระหว่างจุดบริการยังเป็นอีกบริบทหนึ่งที่อาจเอื้อต่อการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา โดยมีรายงานว่าภายหลังการขนย้ายผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อหรือมีการตั้งรกรากของเชื้อ MRSA สามารถตรวจพบการปนเปื้อนของเชื้อบนพื้นผิวภายในรถพยาบาลได้ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าหากการทำความสะอาดและการป้องกันการแพร่เชื้อไม่เพียงพอ เชื้ออาจแพร่กระจายไปยังบริบทการดูแลอื่นได้⁶ ดังนั้น การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลจึงต้องอาศัยความร่วมมือของบุคลากรทุกฝ่าย และต้องดำเนินการตามมาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออย่างถูกต้อง สม่ำเสมอ และต่อเนื่อง เพื่อจำกัดการแพร่กระจายเชื้อภายในสถานพยาบาลและลดผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยรวม^{4,7} โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีผู้ป่วยที่มีอาการซับซ้อนเข้ารับบริการจำนวนมาก และพบปัญหาการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพอย่างต่อเนื่องและมีแนวโน้มสูงขึ้น จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2567 พบการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน 5 อันดับแรกคือ *Klebsiella pneumoniae*, *E. coli* ESBL, *E. faecium* และ *E. faecalis* มีอุบัติการณ์การเกิดเชื้อดื้อยาในหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ในปีงบประมาณ 2565 ถึง 2567 จำนวน 3 ครั้ง, 8 ครั้ง และ 16 ครั้งตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี⁸

จากการประเมินความรู้การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของพยาบาลในหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ พบว่า พยาบาลมีความรู้ที่ถูกต้องเฉลี่ยร้อยละ 70 และจากการสังเกตการปฏิบัติการทางพยาบาลตามแนวปฏิบัติในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา พบว่า พยาบาลยังไม่เข้าใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการกระจายเชื้อดื้อยาในบางหัวข้อ อีกทั้งยังพบว่า พยาบาลไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางอย่างเคร่งครัดและไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน โดยมีการปฏิบัติที่ถูกต้องเฉลี่ยเพียงร้อยละ

32 การดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อคือยาจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นและสำคัญอย่างยิ่ง ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม ได้เห็นความสำคัญของปัญหา และต้องการส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อด้วย⁸

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การนำกระบวนการโค้ชมาใช้สามารถส่งเสริมให้พยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ดีขึ้น ส่งผลให้เกิดการพยาบาลตามมาตรฐานและผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีขึ้น เช่น การศึกษาที่พบว่าหลังการโค้ช กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อด้วยยาต้านจุลชีพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{10,11}

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจนำกระบวนการฝึกสอนมาใช้ในการให้ความรู้และส่งเสริมการปฏิบัติตามการพยาบาลในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อด้วยยา เพื่อพัฒนางานด้านการควบคุมการติดเชื้อในหอผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อด้วยยาต้านจุลชีพหลายขนาน ก่อนและหลังการฝึกสอน
2. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อด้วยยาต้านจุลชีพหลายขนาน ก่อนและหลังการฝึกสอน

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาและประชากร

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการฝึกสอนต่อความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อด้วยยาต้านจุลชีพหลายขนานของพยาบาลในหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

จังหวัดเชียงราย โดยดำเนินการศึกษาในช่วงวันที่ 1 พฤษภาคม 2568 ถึง 31 มกราคม 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม จำนวน 12 คน โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยดังกล่าว และเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ หัวหน้าหอผู้ป่วยและหัวหน้างานที่ไม่ได้ปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโดยตรง

เกณฑ์การคัดเลือกและการคัดออกจากการศึกษา

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพทุกคนในหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ที่ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับผู้ป่วย จำนวน 12 คน

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วย และหัวหน้างานที่ไม่ได้เข้าปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโดยตรง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แผนการฝึกสอนสำหรับพยาบาล เรื่อง การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อด้วยยาต้านจุลชีพหลายขนาน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวปฏิบัติของโรงพยาบาล และการทบทวนวรรณกรรม โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการโค้ชของ Ibarra⁹ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การสังเกตการปฏิบัติ, การสนทนาหาเหตุผลร่วมกัน, การสอนงานอย่างจริงจัง (ใช้ PowerPoint และสื่อวีดิทัศน์ พร้อมฝึกปฏิบัติ เช่น การล้างมือ และการใช้ PPE), การติดตามผลการปฏิบัติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ประวัติการอบรม และแหล่งความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อด้วยยา

ชุดที่ 2 แบบวัดความรู้ เป็นแบบทดสอบเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา จำนวน 20 ข้อ แบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก

ชุดที่ 3 แบบสังเกตการปฏิบัติ เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) จำนวน 27 ข้อ ครอบคลุม 7 ด้าน เช่น การแยกผู้ป่วย, การล้างมือ, การใช้ PPE, การจัดการสิ่งแวดล้อม ฯลฯ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแผนการฝึกสอนและเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางโรคติดเชื้อ พยาบาลเฉพาะทางด้านการควบคุมการติดเชื้อ และพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย ตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruency: IOC) และคัดเลือกเฉพาะข้อที่มีค่า IOC ระหว่าง 0.80–1.00 เพื่อนำไปใช้ในการวิจัย

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียง จำนวน 8 คน และวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.822 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับสูงและยอมรับได้

3. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสังเกตการปฏิบัติ ผู้วิจัยนำแบบสังเกตไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึง จำนวน 10 เหตุการณ์ และตรวจสอบความสอดคล้องของการสังเกต (Intra and Inter Observer Reliability) โดยใช้วิธีของ William A. Scott ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 1 แสดงว่าเครื่องมือมีความน่าเชื่อถือสูง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ภายหลังจากได้รับการ

อนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัยโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โดยในระยะแรกผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พิจารณาสีทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย และขอความยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษา จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และทำแบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาตามจุลชีพหลายขนาน (Pre-test)

ต่อมา ผู้วิจัยดำเนินการสังเกตการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง โดยใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการสุ่มเหตุการณ์ เพื่อบันทึกพฤติกรรมปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาอย่างเป็นระบบ หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้ดำเนินการฝึกสอนตามกระบวนการโค้ชของ Ibarra (2004) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การสังเกต การปฏิบัติ การสนทนาหาเหตุผลร่วมกัน การสอนงานอย่างจริงจัง และการติดตามผลการปฏิบัติ โดยมีการให้ความรู้ ฝึกปฏิบัติ และทดสอบความรู้หลังการฝึกสอน (Post-test) เพื่อประเมินผลของการดำเนินการ

ภายหลังการทดลอง ผู้วิจัยได้ติดตามและสังเกตการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา จากนั้นจึงรวบรวมข้อมูลจากแบบประเมินพฤติกรรมและแบบทดสอบความรู้ทั้งก่อนและหลังการทดลอง ตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูล และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยแบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และการทดสอบสมมติฐาน ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard

deviation) เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการทดสอบสมมติฐาน ผู้วิจัยใช้สถิติ paired t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการได้รับการฝึกสอน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ผลของการฝึกสอนต่อความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานของพยาบาลวิชาชีพ โดยเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการฝึกสอนด้วยสถิติ paired t-test ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการฝึกสอน พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการฝึกสอน โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนการฝึกสอนเท่ากับ 14.00 คะแนน ($SD = 1.50$) และเพิ่มขึ้นเป็น 17.50 คะแนน ($SD = 1.20$) หลังการฝึกสอน ($t = 8.25, p < .001$)

ในด้านการปฏิบัติ พบว่า ภายหลังการฝึกสอน พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน โดยคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติก่อนการฝึกสอนเท่ากับ 1.60 คะแนน ($SD = 0.25$) และเพิ่มขึ้นเป็น 2.65 คะแนน ($SD = 0.20$) หลังการฝึกสอน ($t = 12.40, p < .001$) เมื่อพิจารณารายด้านของการปฏิบัติ พบว่า ภายหลังการฝึกสอน คะแนนการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้นในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ ทุกด้าน) โดยด้านการแยกผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 1.70 ($SD = 0.30$) เป็น 2.70 ($SD = 0.20$) ($t = 9.10$) ด้านการทำความสะอาดมือเพิ่มจาก 1.80 ($SD = 0.25$) เป็น 2.80 ($SD = 0.15$) ($t = 10.25$) ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลเพิ่มจาก 1.55 ($SD = 0.30$) เป็น 2.65 ($SD = 0.20$)

($t = 11.40$) ด้านการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมเพิ่มจาก 1.60 ($SD = 0.35$) เป็น 2.60 ($SD = 0.25$) ($t = 8.75$) ด้านการจัดการผ้าเปื้อนและมูลฝอยติดเชื้อเพิ่มจาก 1.65 ($SD = 0.28$) เป็น 2.70 ($SD = 0.20$) ($t = 9.80$) ด้านการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเพิ่มจาก 1.50 ($SD = 0.30$) เป็น 2.60 ($SD = 0.25$) ($t = 10.90$) และด้านการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเพิ่มจาก 1.45 ($SD = 0.35$) เป็น 2.55 ($SD = 0.30$) ($t = 9.50$) ผลการวิจัยดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ก่อนการฝึกสอน พยาบาลวิชาชีพมีระดับการปฏิบัติอยู่ในช่วงไม่ดีถึงปานกลาง แต่ภายหลังการฝึกสอนระดับการปฏิบัติในทุกด้านเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดี โดยเฉพาะด้านการทำความสะอาดมือและด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล

โดยสรุป ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การฝึกสอนมีผลทำให้พยาบาลวิชาชีพทั้งความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และสมมติฐานของการวิจัย

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การฝึกสอนตามกระบวนการโค้ชมีผลทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน

เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า กระบวนการฝึกสอนที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้เรียน โดยประกอบด้วยขั้นตอนการสังเกต การสะท้อนคิด การให้ความรู้ และการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความเข้าใจและสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Ibarra⁹ ที่ระบุว่า การโค้ชเป็น

กระบวนการที่ช่วยพัฒนาศักยภาพบุคคลผ่านการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงและการสะท้อนผลการปฏิบัติ

ในด้านความรู้ พบว่าหลังการฝึกสอนพยาบาลมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจเนื่องมาจากการใช้วิธีการสอนที่หลากหลาย เช่น การบรรยายร่วมกับสื่อ PowerPoint และสื่อวีดิทัศน์ รวมถึงการเปิดโอกาสให้ซักถามและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้เชิงลึกและสามารถจดจำเนื้อหาได้ดีขึ้น ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณฯ ชื่นนอก¹⁰ ที่พบว่าการใช้กระบวนการโค้ชสามารถเพิ่มระดับความรู้ของพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในด้านการปฏิบัติ พบว่าพยาบาลมีการปฏิบัติที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านการทำความสะอาดมือและการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) ซึ่งเป็นมาตรการสำคัญในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการฝึกปฏิบัติจริง การสาธิตย้อนกลับ และการให้ข้อมูลสะท้อนกลับอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความมั่นใจและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของอิฐฐพร คำกุ่ม และคณะ¹¹ ที่พบว่าการโค้ชช่วยให้พยาบาลมีการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ การที่ผู้วิจัยมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องและให้ข้อมูลย้อนกลับเชิงบวก ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้พยาบาลคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้เชิงพฤติกรรมที่ระบุว่าการเสริมแรง (reinforcement) มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม¹²

โดยสรุป การฝึกสอนตามกระบวนการโค้ชสามารถพัฒนาทั้งความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนาศักยภาพบุคลากรผ่าน

กระบวนการเรียนรู้เชิงปฏิบัติและการติดตามอย่างต่อเนื่อง เป็นแนวทางที่เหมาะสมในการยกระดับคุณภาพการพยาบาลและลดการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำกระบวนการฝึกสอนตามแนวคิดการโค้ชไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานอื่น ๆ ภายในโรงพยาบาล เพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง

2. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรสนับสนุนให้มีการจัดอบรมหรือฝึกสอนอย่างเป็นระบบ โดยใช้รูปแบบการโค้ชร่วมกับการฝึกปฏิบัติจริง เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรเกิดความรู้ ความเข้าใจ และสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

3. ควรมีการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งให้ข้อมูลย้อนกลับเชิงบวก เพื่อกระตุ้นและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการปฏิบัติที่ถูกต้องของพยาบาล

4. ควรพัฒนาแนวปฏิบัติ (guideline) และสื่อการเรียนรู้ เช่น คู่มือ วีดิทัศน์ หรือสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เพื่อใช้ประกอบการฝึกสอนและเป็นแหล่งเรียนรู้สำหรับบุคลากรในระยะยาว

5. สามารถนำรูปแบบการฝึกสอนนี้ไปประยุกต์ใช้กับการพัฒนาทักษะด้านอื่น ๆ ทางโรงพยาบาล เช่น การป้องกันการติดเชื้อในระบบอื่น หรือการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการทางการพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งถัดไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยโดยใช้รูปแบบการวิจัยที่มีกลุ่มควบคุม (control group) เพื่อเปรียบเทียบผลของการฝึกสอนกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกสอน ซึ่งจะช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัยมากยิ่งขึ้น

2. ควรขยายขนาดกลุ่มตัวอย่างและพื้นที่ศึกษาให้ครอบคลุมหลายหน่วยงานหรือหลาย

โรงพยาบาล เพื่อให้ผลการวิจัยสามารถอ้างอิงและนำไปใช้ในวงกว้างได้มากขึ้น

3. ควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาล เช่น ทักษะคิด แรงจูงใจ ภาระงาน หรือสภาพแวดล้อมในการทำงาน เพื่อให้เข้าใจบริบทที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

4. ควรเปรียบเทียบรูปแบบการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การฝึกอบรมแบบบรรยาย การเรียนรู้แบบออนไลน์ หรือการโค้ช เพื่อหาวิธีที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการพัฒนาการปฏิบัติของพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. สุภาวดี เปล่งชัย. (2559). *มหันตภัยเชื้อดื้อยา*. <https://www.hfocus.org/content/2016/12/13127>
2. กรมควบคุมโรค. (2565). *แนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวนเชื้อมดื้อยาด้านจุลชีพ*. <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1541720240307052203.pdf>
3. World Health Organization. (2023, November 21). *Antimicrobial resistance*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance>
4. Siegel, J. D., Rhinehart, E., Jackson, M., Chiarello, L., & the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. (2007). *Management of multidrug-resistant organisms in healthcare settings, 2006*. <https://www.cdc.gov/infection-control/media/pdfs/guideline-mdro-h.pdf>
5. Wolfensberger, A., Clack, L., Kuster, S. P., Passerini, S., Mody, L., Chopra, V., Mann, J., & Sax, H. (2018). Transfer of pathogens to and from patients, healthcare providers, and medical devices during care activity—a systematic review and meta-analysis. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 39(9), 1093–1107.
6. Eibicht, S. J., & Vogel, U. (2011). Meticillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) contamination of ambulance cars after short term transport of MRSA-colonised or -infected patients. *Journal of Hospital Infection*, 78(3), 212–214.
7. Centers for Disease Control and Prevention. (2024). *MDRO prevention and control*. <https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/mdro-management/prevention-control.html> ข
8. งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. รายงานอัตราการติดเชื้อ ประจำปี 2565–2567
9. Ibarra, H. (2004). *Coaching and mentoring* (กมลวรรณ รามเดชะ, แปลและเรียบเรียง). กรุงเทพฯ: เอ็กซ์เปอร์เน็ท
10. วรณนา ชื่นนอก. (2564). ผลของการโค้ชต่อความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อมดื้อยาด้านจุลชีพหลายขนานในพยาบาล ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
11. อภิรัฐพร คำกุ่ม, นงเยาว์ เกษตรภิบาล และจิตตาภรณ์ จิตริเชื้อ. (2560). ผลของการโค้ชต่อความรู้และการปฏิบัติพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะในผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาว. *พยาบาลสาร*, 44(พิเศษ), 1–10.
12. Bloom, B. S. (1986). *Learning for mastery: Evaluation comment*. Los Angeles: University of California

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
ตำบลสะเดา อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์

The development of a health promotion activities model for elderly though networks
partner participation in Sadao Sub-district, Nang Rong District, Buriram Province.

(Received: April 10,2026 ; Revised: April 13,2026 ; Accepted: April 15,2026)

ภควัฒร์ ภัทรเมธานันท์¹

Pakawat Pattarametanun¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลสะเดา อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) ภาคีเครือข่าย 30 คน 2) ผู้สูงอายุ 311 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 130 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม และแนวทางการสนทนากลุ่ม ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างพฤศจิกายน 2568 ถึงมีนาคม 2569 ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบด้วยสถิติ paired t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มี 5 องค์ประกอบ คือ 1) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 2) การประเมินและวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ 3) การออกแบบและจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ 4) การเสริมสร้างศักยภาพภาคีและผู้สูงอายุ และ 5) การติดตาม ประเมินผล และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จากการประเมินผลการพัฒนารูปแบบ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$)

คำสำคัญ: การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ, กระบวนการมีส่วนร่วม, ภาคีเครือข่าย

Abstract

This action research aimed to study the development a health promotion activities model for elderly though networks partner participation in Sadao Sub-district, Nang Rong District, Buriram Province. The samples consisted of 1) 30 network participants, 2) 311 elderly people and 3) village health volunteers, selected based on predetermined criteria. Quantitative data was collected by questionnaire and focus group discussion guidelines. Data was collected between November 2025 to March 2026. Data analysis was performed by descriptive and comparative analysis was performed by paired t-test with a significance level of 0.05. Qualitative data using content analysis.

The research findings showed the developed model comprised 5 components: 1) Stakeholder Engagement 2) Community Health Assessment 3) Health Promotion 4) Capacity Building and 5) Monitoring & Evaluation. The evaluation results showed that elderly had significantly improved self-care behaviors ($p\text{-value}<0.001$). Additionally, village health volunteers showed significant improvements in their roles in promoting elderly' health and their level of participation ($p\text{-value}<0.001$).

Keyword: elderly health promotion, participatory process, network partners

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์

บทนำ

ประชากรสูงวัยทั่วโลกมีจำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงอายุกลับเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วในปี 2565 มีประชากรสูงอายุ 1,109 ล้านคน ร้อยละ 14.0 ประชากรของประเทศสมาชิกอาเซียนกำลังมีอายุสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2565 ประเทศสิงคโปร์มีอัตราผู้สูงอายุสูงสุดในอาเซียน ร้อยละ 23 รองลงมาคือประเทศไทย ร้อยละ 19¹ กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่ดูแลสุขภาพคนไทยทั้งประเทศ การพัฒนาคนในทุกมิติและในทุกช่วงวัยให้เป็นคนดีเก่ง และมีคุณภาพ จึงต้องมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุการเตรียมพร้อมการเข้าสู่สังคมสูงวัยและรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย² ในปี 2566 ประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุไทยจำนวน 7,229,001 คน พบว่าเป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 96.90 และเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง จำเป็นต้องสนับสนุนบริการด้านสุขภาพและสังคม ร้อยละ 3.093³ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ทั้ง 8 ด้าน ร้อยละ 72.55 แยกเป็นรายพฤติกรรม พบว่าพฤติกรรมสุขภาพที่มากที่สุด คือ การดูแลตนเอง และการแปรงฟัน ร้อยละ 90.05 รองลงมาคือ พฤติกรรมสุขภาพด้านการไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 89.57 สำหรับพฤติกรรมสุขภาพที่น้อยที่สุด คือ พฤติกรรมสุขภาพด้านการมีกิจกรรมทางกาย ร้อยละ 82.33 ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้านการมีกิจกรรมทางกายลดลงเนื่องจากประชากรผู้สูงอายุไม่เข้าใจความหมายของคำว่ากิจกรรมทางกาย ยังคงเข้าใจว่ากิจกรรมทางกายคือการออกกำลังกายเท่านั้น การขาดการสื่อสารทำความเข้าใจในการขับเคลื่อนงานส่งเสริมผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้านการมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลาง⁴

การเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ของประเทศไทยส่งผลให้โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ซึ่งก่อให้เกิดความท้าทายด้าน

สุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม การดำเนินงานเพื่อพัฒนาประชาชนกลุ่มวัยสูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีศักยภาพในการมีส่วนร่วมพัฒนาประเทศสู่ความเป็นประเทศพัฒนาแล้ว จึงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องได้รับการขับเคลื่อนอย่างเป็นระบบ โดยจำเป็นต้องมีการจัดทำแผนปฏิบัติการแบบบูรณาการด้านการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความปลอดภัยทางสุขภาพ สามารถเฝ้าระวัง ป้องกัน และจัดการปัญหาสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ลดความรุนแรงของปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตทั้งนี้การขับเคลื่อนให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าวถือเป็นภารกิจสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการบูรณาการการดำเนินงาน เพื่อเสริมพลังการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข มีคุณค่า และยั่งยืน²

จากการดำเนินงานในพื้นที่ตำบลสะเดา อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งประกอบด้วย 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปี 2568 พบว่าผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน ร้อยละ 98.49 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน รวมถึงปัญหาการเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุยังไม่เหมาะสม ขณะที่ครอบครัวและผู้ดูแลมีข้อจำกัดด้านเวลาและความรู้ ส่งผลให้การดูแลไม่ต่อเนื่อง⁵ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างแท้จริง อันจะนำไปสู่การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ลดภาวะแทรกซ้อน และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพในสูงอายุ ตำบลสะเดา อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลสะเดา อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีการศึกษา

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้แนวความคิดการมีส่วนร่วมของ เคมมิส, และแมกทากา^๑ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร จำนวน 1,841 คน ประกอบด้วย

1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) ผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3) ผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 4) ผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาล 5) กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน 6) เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุของค์การบริหารส่วนตำบล 7) ผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่าง 1) กลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การสนทนากลุ่ม จำนวน 30 คน 2) กลุ่มผู้สูงอายุ โดยการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Cochran (1977)^๒ ใช้สำหรับกำหนดขนาดตัวอย่าง (Sample Size) จากประชากรทั้งหมด (Population Size) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% (0.05) สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม แล้วทำการหาสัดส่วนขนาดตัวอย่างจากกลุ่มประชากรของแต่ละหมู่บ้าน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จนครบตามจำนวนขนาดตัวอย่างของแต่ละ

หมู่บ้าน จำนวน 311 คน และ 3) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Cochran^๒ ใช้สำหรับกำหนดขนาดตัวอย่าง (Sample Size) จากประชากรทั้งหมด (Population Size) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% (0.05) สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม แล้วทำการหาสัดส่วนขนาดตัวอย่างจากกลุ่มประชากรของแต่ละหมู่บ้าน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จนครบตามจำนวนขนาดตัวอย่างของแต่ละหมู่บ้าน จำนวน 130 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) 1)

อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลสะเดา อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ 2) สามารถอ่านออกเขียนได้และสื่อสารกับผู้อื่นได้ 3) มีสติสัมปชัญญะดี และ 4) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1) ไม่สามารถติดตามเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาการวิจัยได้ 2) มีความประสงค์ขอยกจากการวิจัยหลังจากที่เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยแล้ว และ 3) มีภาวะสับสนจนไม่สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้

เครื่องมือการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม สำหรับผู้สูงอายุ ตำบลสะเดา อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ มีทั้งหมด 2 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ตำบลสะเดา อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) รายได้ 6) โรคประจำตัว และ 7) การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตำบล

สะเดา อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป 2) ด้านโภชนาการ 3) ด้านการออกกำลังกาย และ 4) ด้านสุขภาพจิตและสังคม โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ (3, 2, 1) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ⁷ ได้แก่ ไม่ปฏิบัติเลย (1.00 - 1.66 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (1.67 - 2.33 คะแนน) ปฏิบัติทุกครั้ง (2.34 - 3.00 คะแนน)

ชุดที่ 2 แบบสอบถาม สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลสะเดา อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ มีทั้งหมด 3 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลสะเดา อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) รายได้ 6) ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 7) การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลสะเดา อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 2) ด้านการควบคุมและลดปัจจัยเสี่ยง 3) ด้านการป้องกันโรค 4) ด้านการดูแลต่อที่บ้าน 5) ด้านสุขภาพจิตและสังคม และ 6) ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ (3, 2, 1) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ⁷ ได้แก่ น้อย (1.00 - 1.66

คะแนน) ปานกลาง (1.67 - 2.33 คะแนน) มาก (2.34 - 3.00 คะแนน)

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลสะเดา อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านการวางแผน 2) ด้านการดำเนินงาน 3) ด้านการรับผลประโยชน์ และ 4) ด้านการประเมินผล โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ (3, 2, 1) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ⁷ ได้แก่ มีส่วนร่วมน้อย (1.00 - 1.66 คะแนน) มีส่วนร่วมปานกลาง (1.67 - 2.33 คะแนน) มีส่วนร่วมมาก (2.34 - 3.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 แนวทางการสนทนากลุ่ม เป็นแนวทางในการสนทนากลุ่มเพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณในครั้งนี้ จำนวน 10 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลสะเดา อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ คำถามเป็นแบบปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านพบว่าทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะและบริบทพื้นที่ใกล้เคียงกัน คือ ตำบลบ้านสิงห์ อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 30 คน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาชของแบบสอบถามสำหรับผู้สูงอายุทั้งชุด เท่ากับ 0.95 และแบบสอบถามสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1) ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.93 และ 2) ด้านการมีส่วนร่วมในการ

ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.90 โดยภาพรวมของแบบสอบถามทั้งหมด เท่ากับ 0.93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยโดยนักวิจัย ซึ่งมีทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2568 ถึงเดือนมีนาคม 2569 โดยรายละเอียดดังนี้

ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย ศึกษาบริบทชุมชนและข้อมูลพื้นฐานของตำบลสะเดา อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อยืนยันว่าชุมชนมีประเด็นปัญหาเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจริง โดยศึกษาทั้งด้านพฤติกรรมสุขภาพ ภาวะสุขภาพ ปัจจัยด้านสังคม และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ เช่น ฐานข้อมูลสุขภาพ การสัมภาษณ์ และการสำรวจเบื้องต้น จากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่ภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข อสม. ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้สูงอายุ พร้อมทั้งประสานงานผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่กระบวนการวิจัย

การดำเนินการวิจัยและประเมินผล ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน โดยดำเนินการ 1 วงรอบดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) ศึกษาบริบทของชุมชนและวิเคราะห์สถานการณ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ เช่น พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ภาวะสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยงต่างๆ จากนั้นจัดการสนทนากลุ่ม (Focus group) กับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันกำหนดแนวทางกิจกรรม และวิธีการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กิจกรรมที่กำหนด เช่น การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) การป้องกันโรคเรื้อรัง การส่งเสริมสุขภาพจิตและสังคม และการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

จากนั้นคัดเลือกแนวทางที่เหมาะสมและจัดทำแผนปฏิบัติการ ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) เป็นการจัดกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการจากขั้นตอนที่ 1 โดยนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในชุมชน ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่สำคัญ ได้แก่ กิจกรรมกิจกรรมออกกำลังกายผู้สูงอายุ กิจกรรมโภชนาการ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต กิจกรรมสุขภาพช่องปาก กิจกรรมปรับสภาพแวดล้อม และกิจกรรมครอบครัวมีส่วนร่วม ใช้ระยะเวลา 2 เดือน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นขั้นตอนติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลการดำเนินงาน โดยให้คำแนะนำและสนับสนุนการปฏิบัติงานของภาคีเครือข่าย พร้อมทั้งเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม การสังเกต รวมถึงการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยวิเคราะห์ผลลัพธ์ทั้งด้านพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จากนั้นสรุปและถอดบทเรียนร่วมกัน พร้อมคืนข้อมูลให้ชุมชน เพื่อนำไปปรับปรุงแผน แกไขจุดอ่อน และเสริมจุดแข็งของรูปแบบอย่างต่อเนื่อง ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ เชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบโดยเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ระดับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และระดับการมีส่วนร่วมในการส่งเสริม

สุขภาพผู้สูงอายุ ใช้สถิติ Paired t-test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อให้ได้ข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมมาสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสอบถาม

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยจะให้ความสำคัญและพิทักษ์สิทธิของบุคคลที่ร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยยึดหลัก 3 ประการ คือ 1) หลักความเคารพในบุคคล (Respect For Person) 2) หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย (Beneficence) และ 3) หลักยุติธรรม (Justice) โดยให้ข้อมูลและชี้แจงอาสาสมัคร ให้ความเป็นอิสระในการตัดสินใจ เก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับและจะเผยแพร่ข้อมูลในลักษณะภาพรวมไม่ระบุถึงตัวบุคคลหรือสถานที่ทำงาน โดยโครงการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เมื่อวันที่ 7 พฤศจิกายน 2568 เลขที่ BRO 2025-118 รับรองระหว่าง วันที่ 7 พฤศจิกายน 2568 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2569

ผลการศึกษา

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

จากการดำเนินในกระบวนการพัฒนารูปแบบตามแนวคิด PAOR 1 วงรอบ สามารถสรุปเป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ซึ่งมี 5 องค์ประกอบโดยเน้นการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นแกนกลาง และมีภาคีเครือข่ายเป็นตัวขับเคลื่อน ได้แก่ 1) การมีส่วน

ร่วมของภาคีเครือข่าย 2) การประเมินและวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ 3) การออกแบบและจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ (กิจกรรมกิจกรรมออกกำลังกายผู้สูงอายุ กิจกรรมโภชนาการ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต กิจกรรมสุขภาพช่องปาก กิจกรรมปรับสภาพแวดล้อม และกิจกรรมครอบครัวมีส่วนร่วม) 4) การเสริมสร้างศักยภาพภาคีและผู้สูงอายุ และ 5) การติดตาม ประเมินผล และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รูปแบบที่มีกิจกรรม 5 องค์ประกอบดังกล่าวเป็นการบูรณาการความร่วมมือของภาคีในชุมชน การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการวิเคราะห์ปัญหาและวางแผน การประเมินภาวะสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุ การออกแบบและจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนอย่างหลากหลายและต่อเนื่อง การเสริมสร้างศักยภาพของอาสาสมัครและผู้สูงอายุให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ และการติดตามประเมินผลเพื่อปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนรูปแบบผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างยั่งยืนในบริบทชุมชน

ผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่าหลังการพัฒนารูปแบบระดับพฤติกรรมมากกว่าก่อน การพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ภาพรวมระดับพฤติกรรมหลังการพัฒนารูปแบบ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.34, S.D.=0.25$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลสะเดา อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ ก่อนและหลังการพัฒนา (n=311)

ความรู้	ก่อน			หลัง			95%CI	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล			
1.การดูแลสุขภาพทั่วไป	1.51	0.30	น้อย	2.37	0.34	มาก	0.81-0.91	33.114	<0.001*
2.โภชนาการ	1.51	0.32	น้อย	2.34	0.32	ปานกลาง	0.77-0.88	31.413	<0.001*
3.การออกกำลังกาย	1.48	0.38	น้อย	2.34	0.35	มาก	0.80-0.92	28.855	<0.001*
4.สุขภาพจิตและสังคม	1.50	0.42	น้อย	2.32	0.34	มาก	0.75-0.87	26.187	<0.001*
ภาพรวม	1.50	0.19	น้อย	2.34	0.25	มาก	0.80-0.87	47.367	<0.001*

*p-value<0.05

การเปรียบเทียบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า หลังการพัฒนาหมู่บ้านมีระดับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) ภาพรวมระดับการส่งเสริม

สุขภาพผู้สูงอายุหลังการพัฒนารูปแบบ อยู่ในระดับปานกลาง($\bar{X}$ =2.16 S.D.=0.07) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลสะเดา

อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ ก่อนและหลังการพัฒนา (n=130)

การส่งเสริมสุขภาพ	ก่อน			หลัง			95%CI	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล			
1.ส่งเสริมพฤติกรรม	1.41	0.22	น้อย	2.13	0.20	ปานกลาง	0.66-0.77	25.996	<0.001*
2.ลดปัจจัยเสี่ยง	1.39	0.21	น้อย	2.14	0.18	ปานกลาง	0.70-0.79	31.113	<0.001*
3.การป้องกันโรค	1.42	0.23	น้อย	2.14	0.19	ปานกลาง	0.67-0.78	26.658	<0.001*
4.ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	1.42	0.23	น้อย	2.16	0.18	ปานกลาง	0.68-0.78	27.984	<0.001*
5.สุขภาพจิตและสังคม	1.40	0.21	น้อย	2.18	1.18	ปานกลาง	0.72-0.83	28.513	<0.001*
6.สิ่งแวดล้อม	1.40	0.21	น้อย	2.21	1.20	ปานกลาง	0.75-0.85	29.652	<0.001*
ภาพรวม	1.41	0.80	น้อย	2.16	0.07	ปานกลาง	0.73-0.77	71.707	<0.001*

*p-value<0.05

การเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า หลังการพัฒนาหมู่บ้านมีระดับการมีส่วนร่วมในการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(p-value<.001) ภาพรวมระดับการมีส่วนร่วมหลังการพัฒนาหมู่บ้าน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =2.19 S.D.=0.08) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตำบลสะเดา อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ ก่อนและหลังการพัฒนา (n=130)

การส่งเสริมสุขภาพ	ก่อน			หลัง			95%CI	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล			
1.ด้านการวางแผน	1.41	0.20	น้อย	2.20	0.16	ปานกลาง	0.73-0.83	30.968	<0.001*

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตำบลสะเดา อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ ก่อนและหลังการพัฒนา (n=130)

การส่งเสริมสุขภาพ	ก่อน			หลัง			95%CI	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล			
2.ด้านการดำเนินงาน	1.43	0.21	น้อย	2.21	0.17	ปานกลาง	0.73-0.84	29.276	<0.001*
3.ด้านการรับผลประโยชน์	1.40	0.19	น้อย	2.17	0.16	ปานกลาง	0.72-0.80	34.709	<0.001*
4.ด้านการประเมินผล	1.42	0.20	น้อย	2.17	0.17	ปานกลาง	0.70-0.80	29.502	<0.001*
ภาพรวม	1.41	0.10	น้อย	2.19	0.08	ปานกลาง	0.75-0.79	65.676	<0.001*

*p-value<0.05

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 5 องค์ประกอบโดยเน้นการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นแกนกลาง และมีภาคีเครือข่ายเป็นตัวขับเคลื่อน ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 2) การประเมินและวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ 3) การออกแบบและจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ 4) การเสริมสร้างศักยภาพภาคีและผู้สูงอายุ และ 5) การติดตาม ประเมินผล และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รูปแบบดังกล่าวพัฒนาผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นแกนกลาง สามารถส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา ออกแบบกิจกรรม และลงมือปฏิบัติจริงในบริบทของชุมชน ทำให้กิจกรรมมีความสอดคล้องกับความต้องการและวิถีชีวิต ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างยั่งยืน นอกจากนี้การเสริมสร้างศักยภาพและกำหนดบทบาทที่ชัดเจนให้กับภาคีเครือข่ายช่วยเพิ่มความเข้มแข็งในการดำเนินงานระดับชุมชน สอดคล้องกับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมและการพึ่งพาตนเองของชุมชน ส่งผลให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่และมีศักยภาพในการขยายผลสู่ชุมชนอื่นได้ต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

แบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายมีการดำเนินการกิจกรรม คือ 1) การเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโดยการบรรยายประกอบสื่อ 2) การสร้างแนวทางการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโดยการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 3) การคัดเลือกกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ที่เหมาะสมประเมินสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุเพื่อกำหนดรูปแบบแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 4) การสร้างแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยแบ่งตามประเภทของผู้สูงอายุ ได้แก่กลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ดี กลุ่มช่วยเหลือตนเองได้บ้าง กลุ่มช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และ 5) การสร้างรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เหมาะสม⁸ การมีส่วนร่วม และการเรียนรู้จากบริบทจริงเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง โดยกิจกรรมในงานศึกษาที่กล่าวถึงได้แก่ การเสริมสร้างความรู้ผ่านการบรรยายประกอบสื่อ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประเมินปัญหาและความต้องการเพื่อคัดเลือกกิจกรรมที่เหมาะสม การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามระดับความสามารถในการพึ่งพาตนเอง และการพัฒนารูปแบบร่วมกันกับภาคีเครือข่าย ล้วนเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจตระหนัก และมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ ขณะเดียวกันการจัดกิจกรรมแบบมีส่วนร่วม

ร่วมและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ยังช่วยเสริมพลังให้แก่ภาคีเครือข่าย โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้สามารถทำหน้าที่เป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในรูปแบบประกอบด้วยกิจกรรม 5 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนที่ 1 การทดสอบสมรรถภาพทางกายการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถตนเองและการปฏิบัติตัวในการออกกำลังกาย ขั้นตอนที่ 2 การเสนอตัวแบบ ขั้นตอนที่ 3 การสาธิตการออกกำลังกายและการฝึกปฏิบัติในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ขั้นตอนที่ 4 การอภิปรายกลุ่มและสรุปผลการออกกำลังกาย และขั้นตอนที่ 5 การให้สิ่งชักนำการกระทำ โดยการกระตุ้นเตือนด้วยคำพูด การให้กำลังใจ หรือให้รางวัลกับผู้ที่มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ⁹ เนื่องจากแนวทางดังกล่าวออกแบบกิจกรรมบนพื้นฐานของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ โดยเริ่มจากการประเมินและสร้างการรับรู้ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจสภาพร่างกาย ประโยชน์ อุปสรรค และความสามารถของตนเอง อันเป็นจุดตั้งต้นสำคัญของการปรับพฤติกรรม ต่อเนื่องด้วยการใช้ตัวแบบ และการสาธิตพร้อมฝึกปฏิบัติจริง สอดคล้องกับกิจกรรมที่เน้นการเรียนรู้จากการลงมือทำในบริบทชุมชน ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจและสามารถปฏิบัติได้จริง นอกจากนี้ การอภิปรายกลุ่มและสรุปผลยังเอื้อต่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเสริมแรงทางสังคม ซึ่งเป็นกลไกเดียวกับการกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และการให้สิ่งชักนำการกระทำเช่น การกระตุ้นเตือน การให้กำลังใจ หรือการให้รางวัล มีส่วนสำคัญในการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการติดตามประเมินผลและการเสริมแรงในรูปแบบที่พัฒนา

การประเมินผลรูปแบบ พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) อาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีระดับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และระดับการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นซึ่งเน้นการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับบริบทชีวิตจริงของผู้สูงอายุ มีส่วนช่วยให้เกิดการเรียนรู้ทั้งด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติ โดยเฉพาะกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ลงมือปฏิบัติจริงและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน ส่งผลให้เกิดความตระหนักและความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสมและยั่งยืน และการที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีระดับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและระดับการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น สะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการพัฒนาที่มุ่งเสริมสร้างศักยภาพภาคีเครือข่าย ทั้งในด้านความรู้ ทักษะ และบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน ช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดความมั่นใจและมีแรงจูงใจในการดำเนินงานมากขึ้น อีกทั้งการมีส่วนร่วมตั้งแต่การวางแผน ดำเนินการ และประเมินผล ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมของโครงการ ส่งผลให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพดีวิถีใหม่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และภาคีเครือข่าย พบว่าผู้สูงอายุและผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพหลังการใช้รูปแบบฯ สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพหลังการใช้รูปแบบฯ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05¹⁰ เนื่องจากการศึกษาดังกล่าวมีจุดร่วมสำคัญคือกระบวนการมีส่วนร่วมที่เป็นกลไกหลักในการพัฒนา โดยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และภาคีเครือข่ายเข้ามามีบทบาทตั้งแต่การรับรู้ปัญหา การวางแผน การดำเนินกิจกรรม และการประเมินผล ทำให้เกิดความรู้สึก

เป็นเจ้าของและความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง นอกจากนี้ แนวทางสุขภาพวิถีใหม่ซึ่งเน้นการปรับพฤติกรรมสุขภาพให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวัน ควบคู่กับการจัดกิจกรรมที่หลากหลายและต่อเนื่องในชุมชน มีลักษณะสอดคล้องกันในการเน้นกิจกรรมเชิงปฏิบัติ การเรียนรู้ร่วมกัน และการเสริมแรงทางสังคม ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถนำความรู้ไปปรับใช้ได้จริง ขณะเดียวกัน การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังช่วยสนับสนุน ติดตาม และกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลสะเดา อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ มีการจัดกิจกรรมที่ครอบคลุมทั้งด้านการรับรู้ การเรียนรู้เชิงปฏิบัติ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการเสริมแรงอย่างต่อเนื่อง เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเกิดผลสำเร็จในระดับชุมชน เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ควบคู่กับการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพระดับชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม และเป็นแนวทางที่มีประสิทธิผลในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างแท้จริงและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) หน่วยงานภาครัฐควรกำหนดให้การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นภารกิจร่วมของทุกภาคส่วน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ ชมรมผู้สูงอายุ โดยมีการ

กำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน และบูรณาการแผนงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ

2) ควรมีนโยบายในการอบรมและพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างสม่ำเสมอ ทั้งด้านความรู้ ทักษะการดูแลผู้สูงอายุ และการทำงานแบบมีส่วนร่วม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงาน

3) ควรมีการจัดสรรงบประมาณเฉพาะสำหรับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เช่น กองทุนสุขภาพตำบล เพื่อให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) หน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

2) สามารถนำรูปแบบไปเผยแพร่และขยายผลสู่ชุมชนอื่น พร้อมทั้งสร้างเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

3) สามารถนำไปใช้ในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานด้านสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อปรับปรุงและพัฒนางานให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรเพิ่มการศึกษาในบทบาทของครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อสร้างรูปแบบที่บูรณาการครอบครัวชุมชน และระบบสุขภาพ

2) ควรศึกษาแยกกลุ่มผู้สูงอายุ เช่น กลุ่มติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง แล้วพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมเฉพาะกลุ่ม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ตรงเป้าหมายมากขึ้น

3) ควรออกแบบการวิจัยแบบเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ที่ใช้รูปแบบกับพื้นที่ที่ไม่ได้ใช้ เพื่อยืนยันผลลัพธ์ของรูปแบบอย่างชัดเจน

เอกสารอ้างอิง

- 1.กรมกิจการผู้สูงอายุ.(2566). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์จำกัด (มหาชน); 2566.
- 2.กระทรวงสาธารณสุข.(2565). แผนปฏิบัติการแผนการบูรณาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐). นนทบุรี: กองบริหารสาธารณสุข; 2565.
- 3.กระทรวงสาธารณสุข.(2566). รายงานจำนวนผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบ จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) [อินเทอร์เน็ต]. 2566. เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th>.
- 4.กรมอนามัย.(2566). รายงานผลการดำเนินงานพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุรอบ 5 เดือนแรก [อินเทอร์เน็ต]. 2566. เข้าถึงได้จาก: <https://dopah.anamai.moph.go.th>. 2566.
- 5.ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพจังหวัดบุรีรัมย์.(2568). การคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน [อินเทอร์เน็ต]. 2568 เข้าถึงได้จาก<https://hdc.moph.go.th/brm/public/standard-report-detail/aa86b13e8cb60cae6c3216b7e3e5f151>
- 6.Cochran, W. G..(1977). Sampling Techniques. (3rd ed), New York: John Wiley and Sons; 1977.
- 7.Best JW.(1977). Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1977.
- 8.อุไรวรรณ หลาทอง.(2567). รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ด้วยกระบวนการ A-I-C ตำบล ปะอว อำเภอมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;9(6):241-248.
- 9.เชียง เกาซิด และพรรณราย เทียมทัน.(2559). การพัฒนารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัด นครสวรรค์. วารสารสุทธิปริทัศน์: 2559;30(94):112-127.
- 10.วศินี วีระไวยยะ.(2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่โดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชน และภาคีเครือข่ายในอำเภอสามร้อยยอดจังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและ คุณภาพชีวิต. 2566;3(1):1-12.

การพัฒนาแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงเรียนเบาหวานวิทยา ตำบลสีเหลียม อำเภอบุระรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์

The development of self-management promotion model for type 2 diabetes patients in
diabetes school of Si-Leam sub-district, Prakhon Chai district, Buriram province.

(Received: April 14,2026 ; Revised: April 16,2026 ; Accepted: April 20,2026)

สุริยา จันผกา¹
Suriya Janpaka¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงเรียนเบาหวานวิทยา ตำบลสีเหลียม อำเภอบุระรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 121 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม แบบบันทึก พฤติกรรมและสภาวะสุขภาพรายบุคคล และแนวทางการสนทนากลุ่ม ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างตุลาคม 2568 ถึง มีนาคม 2569 ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เปรียบเทียบผลการพัฒนาแบบด้วยสถิติ paired t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า แบบการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงเรียนเบาหวานวิทยา มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การให้ความรู้และประเมินตนเอง (ฐานการเรียนรู้ 12 สัปดาห์) 2) การวางแผนและตั้งเป้าหมาย 3) การเสริมแรงและสนับสนุน 4) การดูแลแบบทีมสหวิชาชีพ และ 5) การติดตามและประเมินผล จากการประเมินผลการพัฒนาแบบ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังการพัฒนาแบบ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) และมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) หลังการพัฒนาแบบ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$)

คำสำคัญ: โรงเรียนเบาหวานวิทยา, การจัดการตนเอง, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

This action research aimed to study the development of self-management promotion model for type 2 diabetes patients in diabetes school of Si-Leam sub-district, Prakhon Chai district, Buriram province. The samples consisted of 121 type 2 diabetic patients, selected based on predetermined criteria. Quantitative data was collected by questionnaire, personal behavior and health Status record and focus group discussion guidelines. Data was collected between October 2025 to March 2026. Data analysis was performed by descriptive and comparative analysis was performed by paired t-test with a significance level of 0.05. Qualitative data using content analysis.

The research findings showed the developed model comprised 5 components: 1) Self-Management Education and self-assessment (12-week learning-based program) 2) Action Planning 3) Reinforcement 4) Capacity Building and 5) Monitoring and Evaluation. The evaluation results showed a comparison of pre and post development of a self-management promotion model found the mean score difference of knowledge and self-management behaviors were significantly higher than pre-development and was significantly reduction in HbA1c levels ($p\text{-value}<0.001$).

Keyword: Diabetes School, Self-management, Type 2 diabetes mellitus

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสีเหลียม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบุระรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์

บทนำ

ประชากรโลกมีอายุยืนยาวขึ้น มีสภาพร่างกายที่เสื่อมตามวัย สภาวะความเป็นอยู่และวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปรวมกับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ทำให้โรคเรื้อรังกลายเป็นปัญหาสุขภาพที่ทั่วโลกกำลังให้ความสำคัญอย่างมาก ในปี 2565 ประชากรโลกมีผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 41 ล้านคน ร้อยละ 74.0 โดยโรคที่เสียชีวิตมากที่สุด คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง¹ จากการสำรวจสถานะสุขภาพคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบคนไทยป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 9.5 โดยส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และร้อยละ 40 ที่ไม่ทราบว่าตัวเองป่วย ภาวะอ้วน ร้อยละ 42.2 ภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 39.4 อัตราป่วยโรคเบาหวานในปี 2564 – 2566 พบว่ามีความชุกโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 6,995.94, 7,339.78, และ 7,634.02 ตามลำดับ และอัตราตายโรคเบาหวานของประชากรไทยในปี 2564 – 2566 เท่ากับ 2,181.3, 2,265.8 และ 2,176.2 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ¹ เขตสุขภาพที่ 9 ปี 2566 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่รวม 43,539 ราย อัตราป่วย 654.26 ต่อแสนประชากร โดยจังหวัดที่พบผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่มากที่สุด คือ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์ และชัยภูมิ²

การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง หากผู้ที่เป็นโรคเบาหวานไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง การให้สุขศึกษาและการสนับสนุนการดูแลที่ต่อเนื่อง ควบคุมระดับน้ำตาลไม่เหมาะสมจะมีความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกาย ทั้งแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง อันนำไปสู่ความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิต ภาวะเศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคและครอบครัว รวมทั้งประเทศชาติ³ สถานบริการสาธารณสุขมีการดำเนินงานจัดการโรคเบาหวานสู่

ระยะสงบ สร้างรูปแบบการรับรู้ให้ประชาชนให้เห็นถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสามารถลดและชะลอการเกิดเบาหวานรายใหม่ ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างยั่งยืน ขับเคลื่อนการดำเนินงานให้บริการสาธารณสุข การจัดการโรคเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ (Diabetes Remission) โดยการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตจริงของแต่ละรายบุคคล และมีการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่องผ่านระบบทั้งผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาล และ Telemedicine พุดคุย สอบถามแนะนำทางโทรศัพท์ ลดการเดินทางมาโรงพยาบาลและประหยัดเวลาในการรอคอย โดยปัจจุบันมีการดำเนินงานในรูปแบบโรงเรียนเบาหวานวิทยา ตามหลักสูตรการเรียนรู้ที่จัดทำขึ้นในแต่ละพื้นที่⁴

จังหวัดบุรีรัมย์ได้พัฒนาคุณภาพบริการด้านโรคไม่ติดต่อ ผ่าน NCD Clinic Plus โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล สนับสนุนการจัดการตนเอง ส่งเสริมการเข้าถึงบริการตรวจสุขภาพผ่านสถานีสภาพ⁵ สถานการณ์ ปี 2564 - 2567 มีอัตราป่วยโรคเบาหวาน 547.5, 625.0, 662.4 และ 689.71 ต่อประชากรแสนคน อำเภอประโคนชัย มีอัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวาน ๗๕๔.๙๗, ๗๕๓.๗๗ และ ๗๐๕.๐๐ ต่อประชากรแสนคน ตำบลสีเหล็กมีพบประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปที่มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานร้อยละ จากการดำเนินงานโรงเรียนเบาหวานวิทยาที่ผ่านมา ผู้ป่วยไม่ได้นำความรู้สู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และผู้ป่วยขาดแรงจูงใจหรือความตระหนักต่อการดูแลตนเอง⁶ จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าวจึงให้ความสำคัญในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงเรียนเบาหวานวิทยา เพื่อประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ สร้างเสริมพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้อย่างเหมาะสม และพัฒนาการ

เรียนรู้ในโรงเรียนเบหวนวิทยาให้เกิดความยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบท และสถานการณ์การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงเรียนเบหวนวิทยา ตำบลสีเหลือง อำเภوبرิรัมย์

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงเรียนเบหวนวิทยา ตำบลสีเหลือง อำเภوبرิรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ เคมมิส, และแมกทากาด⁷ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม แบบบันทึกพฤติกรรมและสภาวะสุขภาพรายบุคคล และข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร จำนวน 307 คน ประกอบด้วย

1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) ผู้รับผิดชอบงานโรคติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3) ผู้รับผิดชอบงานโรคติดต่อเรื้อรังสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 4) ผู้รับผิดชอบงานโรคติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาล 5) แพทย์ 6) นักกายภาพบำบัด 7) เภสัชกร 8) นักโภชนาการ 9) กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน 10) เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุของค์การบริหารส่วนตำบล และ 11) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Daniel (2010)⁸ ใช้สำหรับกำหนดขนาดตัวอย่าง (Sample Size) จากประชากรทั้งหมด (Population Size) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% (0.05) สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random

Sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม และแบบบันทึกพฤติกรรมและสภาวะสุขภาพรายบุคคล แล้วทำการหาสัดส่วนขนาดตัวอย่างจากกลุ่มประชากรของแต่ละหมู่บ้าน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จนครบตามจำนวนขนาดตัวอย่างของแต่ละหมู่บ้าน จำนวน 121 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลสีเหลือง อำเภوبرิรัมย์ 2) สามารถอ่านออกเขียนได้และสื่อสารกับผู้อื่นได้ 3) มีสติสัมปชัญญะดี 4) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย และ 5) เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) ไม่สามารถติดตามเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาการทําวิจัยได้ 2) มีความประสงค์ขอยกจากการวิจัยหลังจากที่เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยแล้ว และ 3) มีภาวะสับสนจนไม่สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้

เครื่องมือการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaire) มีทั้งหมด 3 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลสีเหลือง อำเภوبرิรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) ระยะเวลาที่ป่วย 6) โรคประจำตัวอื่นๆ และ 7) จำนวนยาที่รับประทานต่อวัน โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลสีเหลือง อำเภوبرิรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 10 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ⁹ ได้แก่

ความรู้ต่ำ (ร้อยละ 0-59) ความรู้ปานกลาง (ร้อยละ 60-79) ความรู้สูง (ร้อยละ 80-100)

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลสี่เหลี่ยม อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วย 1) การจัดการระดับน้ำตาลและการรับประทานยา 2) การควบคุมการรับประทานอาหาร 3) การออกกำลังกาย และ 4) การจัดการความเครียด โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ (3, 2, 1) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ¹⁰ ได้แก่ ไม่ปฏิบัติเลย (1.00 - 1.66 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (1.67 - 2.33 คะแนน) ปฏิบัติทุกครั้ง (2.34 - 3.00 คะแนน)

ชุดที่ 2 แบบบันทึกพฤติกรรมและสภาวะสุขภาพรายบุคคล โดยลักษณะคำถามปลายเปิดและผลระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ให้เติมค่าลงไปในช่วงว่างตามความเป็นจริง จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย 1) สภาวะสุขภาพรายบุคคล 2) แบบบันทึกพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร และ 3) แบบบันทึกการพบแพทย์

ชุดที่ 3 แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion Guidelines) เป็นแนวทางในการสนทนากลุ่มเพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณในครั้งนี้ จำนวน 10 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงเรียนเบาหวานวิทยา ตำบลสี่เหลี่ยม อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ คำถามเป็นแบบปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านพบว่าทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไป

ทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะและบริบทพื้นที่ใกล้เคียงกัน คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลโคกยาง อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 30 คน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาชของแบบสอบถาม 1) ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.90 และ 2) ด้านพฤติกรรมการจัดการตนเอง เท่ากับ 0.95 โดยภาพรวมของแบบสอบถามทั้งชุด เท่ากับ 0.93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยโดยนักวิจัย ซึ่งมีทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2568 ถึงเดือนมีนาคม 2569 โดยรายละเอียดดังนี้

ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย

ศึกษาสถานการณ์และเก็บข้อมูลพื้นฐานปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วยเบาหวาน ทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

การดำเนินการวิจัยและประเมินผล ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงเรียนเบาหวานวิทยา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน โดยดำเนินการ 1 รอบ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) ศึกษาบริบทของชุมชนและสถานการณ์ปัญหาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการเข้าถึงบริการสุขภาพ จัดการสนทนากลุ่ม (Focus group) กับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดแนวทาง กิจกรรม และวิธีการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เช่น การให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาอย่างถูกต้อง และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน จากนั้นคัดเลือกแนวทางที่เหมาะสมและจัดทำแผนปฏิบัติการ ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) เป็นดำเนินการจัดกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการที่กำหนด โดยใช้รูปแบบโรงเรียนเบาหวานวิทยาเป็นกลไกหลักในการส่งเสริมการเรียนรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย ประกอบด้วย กิจกรรม เช่น การให้ความรู้รายกลุ่ม การฝึกทักษะการเลือกอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม การใช้ยาอย่างถูกต้อง การตรวจติดตามระดับน้ำตาลด้วยตนเอง และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วย รวมถึงการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในการสนับสนุนและติดตามผู้ป่วยใช้ระยะเวลา 3 เดือน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นขั้นตอนติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลการดำเนินงาน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด การสังเกตพฤติกรรมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรม รวมทั้งให้คำแนะนำและสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) เป็นการประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบ โดยวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวาน สรุปผลและถอดบทเรียนจากการดำเนินงาน ร่วมคืนข้อมูลให้แก่ชุมชนและภาคีเครือข่าย เพื่อนำไปปรับปรุงรูปแบบแก้ไขจุดอ่อน และเสริมจุดแข็งของการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบโดยเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ระดับความรู้ และระดับ

พฤติกรรมการจัดการตนเอง ใช้สถิติ Paired t-test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อให้ได้ข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมมาสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสอบถาม

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยจะให้ความสำคัญและพิทักษ์สิทธิของบุคคลที่ร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยยึดหลัก 3 ประการ คือ 1) หลักความเคารพในบุคคล (Respect For Person) 2) หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย (Beneficence) และ 3) หลักยุติธรรม (Justice) โดยให้ข้อมูลและชี้แจงอาสาสมัคร ให้ความเป็นอิสระในการตัดสินใจ เก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับและจะเผยแพร่ข้อมูลในลักษณะภาพรวมไม่ระบุถึงตัวบุคคลหรือสถานที่ทำงาน โดยโครงการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2568 เลขที่ BRO 2025-102 รับรองระหว่าง วันที่ 1 ตุลาคม 2568 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2569

ผลการศึกษา

รูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงเรียนเบาหวานวิทยา

จากการดำเนินในกระบวนการพัฒนารูปแบบตามแนวคิด PAOR 1 วงรอบ สามารถสรุปเป็นรูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงเรียนเบาหวานวิทยา ซึ่งมี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การให้ความรู้และประเมินตนเอง (ฐานการเรียนรู้ 12 สัปดาห์) 2) การวางแผนและตั้งเป้าหมาย 3) การเสริมแรงและสนับสนุน 4) การดูแลแบบทีมสหวิชาชีพ 5) การติดตามและประเมินผล รูปแบบที่มีกิจกรรม 5 องค์ประกอบดังกล่าวเป็นรูปแบบที่บูรณาการการให้ความรู้และประเมินตนเองผ่านฐานการเรียนรู้

ตลอด 12 สัปดาห์ เพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพ มีการวางแผนและตั้งเป้าหมายรายบุคคลเพื่อกำหนดแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เสริมแรงและสนับสนุนโดยครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง ได้รับการดูแลแบบทีมสหวิชาชีพที่ร่วมวางแผนและติดตามการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ และการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิก ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาศักยภาพในการจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม 12 สัปดาห์

ผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงเรียนเบาหวานวิทยา

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบ

คะแนนความรู้เฉลี่ยมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) ภาพรวมความรู้หลังการพัฒนารูปแบบ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=8.02$, $S.D.=0.36$) ดังตารางที่ 1

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบมีระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) ภาพรวมระดับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุหลังการพัฒนารูปแบบ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=2.34$, $S.D.=0.16$) ดังตารางที่ 2

การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลสี่เหลี่ยม อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ก่อนและหลังการพัฒนา (n=121)

ความรู้	ก่อน			หลัง			95%CI	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล			
โรคเบาหวาน	5.68	2.21	ต่ำ	8.02	1.36	สูง	1.88-2.80	10.105	<0.001*

* $p\text{-value}<0.05$

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลสี่เหลี่ยม อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ก่อนและหลังการพัฒนา (n=121)

พฤติกรรม	ก่อน			หลัง			95%CI	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล			
1.การจัดการระดับน้ำตาลและการรับประทานยา	1.51	0.35	น้อย	2.37	0.31	มาก	0.78-0.92	22.713	<0.001*
2.การควบคุมการรับประทานอาหาร	1.44	0.25	น้อย	2.17	0.16	ปานกลาง	0.67-0.78	28.220	<0.001*
3.การออกกำลังกาย	1.56	0.39	น้อย	2.23	0.22	ปานกลาง	0.59-0.75	17.263	<0.001*
4.การจัดการความเครียด	1.56	0.31	น้อย	2.57	0.35	มาก	0.92-0.99	23.931	<0.001*
ภาพรวม	1.51	0.16	น้อย	2.34	0.16	มาก	0.79-0.86	47.860	<0.001*

* $p\text{-value}<0.05$

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 12 (n=121)

ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด	ก่อน		หลัง		95%CI	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
HbA1c	8.67	1.76	6.23	0.51	2.11-2.76	14.739	<0.001*

*p-value<0.05

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงเรียนเบาหวานวิทยา ซึ่งมี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การให้ความรู้และประเมินตนเอง (ฐานการเรียนรู้ 12 สัปดาห์) 2) การวางแผนและตั้งเป้าหมาย 3) การเสริมแรงและสนับสนุน 4) การดูแลแบบทีมสหวิชาชีพ 5) การติดตามและประเมินผล รูปแบบดังกล่าวเกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นของผู้ป่วยได้อย่างเป็นระบบ การให้ความรู้ควบคู่กับการประเมินตนเองช่วยเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพและทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงพฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง (self-efficacy) การมีความรู้และประสบการณ์ตรงจะช่วยเสริมความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ขณะที่การวางแผนและตั้งเป้าหมายรายบุคคลช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกำหนดแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม การเสริมแรงและสนับสนุนจากครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยกระตุ้นให้เกิดความต่อเนื่องในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนการดูแลแบบทีมสหวิชาชีพช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และการติดตามและประเมินผลอย่างสม่ำเสมอช่วยให้สามารถปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละรายได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองดีขึ้น และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในบริบทของชุมชน

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการเพิ่มความรอบรู้ด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยรวมความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 มีระดับน้ำตาล HbA1c ลดลงภายหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 นอกจากนี้ กลุ่มทดลองยังมีคะแนนเฉลี่ยรวมความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร และคะแนนเฉลี่ยรวมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 มีระดับ HbA1c ลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีขนาดอิทธิพลสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอีกด้วย สะท้อนให้เห็นว่าการจัดโปรแกรมที่เน้นการเสริมสร้างความรอบรู้ ควบคู่กับการปรับพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ สามารถส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกได้อย่างชัดเจน การให้ความรู้ผ่านฐานการเรียนรู้ การฝึกทักษะการจัดการตนเอง การตั้งเป้าหมาย การเสริมแรง และการติดตามอย่างต่อเนื่อง จึงช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ ได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง¹¹ สอดคล้องกับผลการศึกษาแนวทางการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยหลักสูตรโรงเรียนเบาหวานวิทยา พบว่า แนวทางการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ด้วยหลักสูตรโรงเรียนเบหวนวิทยา คือ 1) การลดหรือปรับยาที่ใช้รักษาเบาหวานอยู่ 2) การติดตามผู้ป่วย 3) การตั้งเป้าหมายและวัดผลในการทำ Diabetes Remission โดยมีแนวคิดในการจัดการโรคเรื้อรังแนวใหม่ Korat model “ทางเลือก ทางรอด จาก NCDs” ว่า เบาหวานหายได้ด้วยการสร้าง 4 ระบบ คือ 1) โรงพยาบาล 2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือคลินิกหมอครอบครัว 3) ชุมชน และ 4) ครอบครัว เมื่อวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจในสุขภาพของตนเองพบว่า ระดับความพึงพอใจในสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.24$)¹² สอดคล้องกับผลการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบ พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบ ประกอบด้วย 3 ระยะ 8 องค์ประกอบ คือ ระยะที่ 1 ระยะเตรียมเข้าสู่โรงเรียนเบหวน (2 องค์ประกอบ) เน้นการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่โรงเรียนเบหวน ระยะที่ 2 ระยะเข้าสู่การดูแลผู้ป่วยให้เข้าสู่ระยะสงบ (4 องค์ประกอบ) โดยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณีเพื่อสนับสนุนการเข้าสู่ระยะสงบ และระยะที่ 3 ระยะประเมินผลการดำเนินการในผู้ป่วย (2 องค์ประกอบ) โดยประเมินผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานก่อน-หลัง จากค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลมีค่าเฉลี่ยระดับ HbA1c ลดลง 0.72 (95% CI: 0.31-1.12) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³ สะท้อนให้เห็นว่าการดำเนินงานที่เป็นระบบ มีการตั้งเป้าหมาย การติดตามต่อเนื่อง และการบูรณาการความร่วมมือจากหลายภาคส่วน มีส่วนสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เน้นการจัดการตนเองผ่านโรงเรียนเบหวนวิทยา การเสริมแรง การดูแลแบบทีมสหวิชาชีพ และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลให้ระดับ HbA1c ลดลง และสอดคล้องกับผลการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ พบว่า ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลหลังอดอาหารเช้า ระดับน้ำตาลในเลือดสะสมและดัชนีมวลกายก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $p < 0.05$ โดยหลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม และดัชนีมวลกายลดลง ทั้งนี้บุคลากรผู้ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พัฒนานี้มีความพึงพอใจในภาพรวมมากถึงร้อยละ 91.60¹⁴

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลสะเดา อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ มีความเป็นระบบและบูรณาการการดำเนินงานอย่างครอบคลุม โดยประกอบด้วยการให้ความรู้และประเมินตนเองผ่านฐานการเรียนรู้ 12 สัปดาห์ การวางแผนและตั้งเป้าหมายรายบุคคล การเสริมแรงและสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข การดูแลแบบทีมสหวิชาชีพ และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกระบวนการดังกล่าวช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการจัดการตนเอง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน ส่งผลให้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลง และสะท้อนถึงประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในบริบทของชุมชน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ควรกำหนดให้โรงเรียนเบหวนวิทยาเป็นกลไกหลักในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในระดับปฐมภูมิ พร้อมทั้งสนับสนุนงบประมาณ บุคลากร และสื่อการเรียนรู้

เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องและครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย

2) ควรกำหนดให้การส่งเสริมการจัดการตนเองเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการมาตรฐานในคลินิกโรคเรื้อรัง โดยเชื่อมโยงการทำงานระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน ภาครัฐเครือข่าย และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างเป็นระบบ

3) ควรกำหนดระบบฐานข้อมูลและตัวชี้วัดที่ชัดเจน เช่น ระดับ HbA1c พฤติกรรมสุขภาพ และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน เพื่อใช้ติดตามผลลัพธ์ของการดำเนินงาน และนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนพัฒนางานในระดับพื้นที่และระดับนโยบาย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) สามารถนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยบริการปฐมภูมิอื่น ๆ โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการและยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

2) บูรณาการกิจกรรมเข้าสู่คลินิกโรคเรื้อรัง โดยนำกิจกรรมในโรงเรียนเบาหวานวิทยา เช่น

การให้ความรู้ การฝึกทักษะการดูแลตนเอง การติดตามต่อเนื่อง ไปบูรณาการกับการให้บริการในคลินิกโรคเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม

3) สามารถนำผลการวิจัยมาพัฒนาสื่อและคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วย เช่น คู่มือ แผ่นพับ หรือสื่อดิจิทัล ที่เข้าใจง่าย เหมาะสมกับผู้ป่วยในชุมชน เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาวิจัยเชิงกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบโรงเรียนเบาหวานวิทยากับการดูแลตามปกติ เพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบอย่างชัดเจน

2) ควรศึกษาการปรับรูปแบบให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะเฉพาะ เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน หรือผู้ที่มีข้อจำกัดด้านการเรียนรู้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการตนเองในแต่ละกลุ่ม

3) ควรมีการวิจัยติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินความยั่งยืนของรูปแบบ เช่น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) การเกิดภาวะแทรกซ้อน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

- 1.กรมควบคุมโรค.(2566). แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. 2566 – 2570). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
- 2.กรมควบคุมโรค.(2566). สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวาน เนื่องในวันเบาหวานโลก ปี 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566. เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/odpc/newsphp?deptcode=odpc9&news=38417&news_views=2407&utm_source=chatgpt.com.
- 3.สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์.(2566). สถานการณ์โรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2566. เข้าถึงได้จาก http://www.dms.moph.go.th/imrta/images/data/doc_dm_ht.pdf.
- 4.สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี.(2566). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์. 2566.
- 5.กรมควบคุมโรค.(2567). รายงานประจำปี 2567. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนดส์ดีไซน์. 2567.
- 6.ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพจังหวัดบุรีรัมย์.(2567). อัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวาน. [อินเทอร์เน็ต]. 2567. เข้าถึงได้จาก <https://hdc.moph.go.th/brm/public/standardsubcatalog/6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11>.

- 7.Kemmis, S., & McTaggart, R.(1988). The action research planner (3rd ed.). Geelong,Victoria: Deakin University Press; 1988.
- 8.Daniel, W. W.(2010). Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences (9th ed.): Wiley; 2010.
- 9.Bloom BS.(1971). Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. New York: David McKay; 1971
- 10.Best JW.(1977). Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1977.
- 11.เรียม แก้วประดับ.(2567). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเพิ่มความรอบรู้ด้านพฤติกรรมบริโภคอาหาร สำหรับผู้ เป็นเบาหวานชนิด ที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองเจริญสุข อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;9(2):755-763.
- 12.จตุพร คติปัญญา และจุฑิโรช ล้อไป.(2567). การศึกษาแนวทางการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยหลักสูตรโรงเรียนเบาหวานวิทยา นครชัยบุรินทร์ อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสหวิทยาการ มหาวิทยาลัย ชินวัตร. 2567;1(1):27-45.
- 13.ธีรวัฒน์ สกุลมานนท์ และประวิช ขุนนิคม.(2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบ: กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดกระบี่. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย. 2567;7(1):30-39.
- 14.ณกานต์ชญาน์ นววัชรินทร์, ภูมิพัฒน์ มายุศิริ, เดือนเพ็ญ เคียนบุ้น และ พนิดา นักดนตรี.(2567) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน;9(1):298-307.

การพัฒนารูปแบบการบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลเมืองไผ่ อำเภอนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์

The development of Long-term care service model for dependent elderly
in Muangphai sub-district, Nong Ki district, Buriram province.

(Received: April 18,2026 ; Revised: April 21,2026 ; Accepted: April 25,2026)

อดิศักดิ์ แก้วกล้า¹

Adisak Klaewkla¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลเมืองไผ่ อำเภอนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) ภาควิชาเครือข่าย 32 คน คัดเลือกแบบเจาะจง 2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 36 คน คัดเลือกแบบเจาะจง และ 3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 128 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบสอบถาม และแนวทางการสนทนากลุ่ม ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2568 ถึงเดือนมีนาคม 2569 ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบด้วยสถิติ paired t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มี 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ระบบฐานข้อมูลกลางผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) การจัดการรายกรณี 3) ระบบบริการต่อเนื่องแบบบูรณาการ 4) ระบบสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูล 5) การพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย และ 6) ระบบติดตาม ประเมินผล และความครอบคลุม การประเมินผลรูปแบบ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้และการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$)

คำสำคัญ : การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข, ผู้สูงอายุ, ภาวะพึ่งพิง

Abstract

This action research aimed to study the development of Long-term care service model for dependent elderly in Muangphai sub-district, Nong Ki district, Buriram province. The samples consisted of 2 1) 32 network partners selected by purposive sampling 2) 36 dependent elderly selected by purposive sampling and 3) 128 village health volunteers selected by stratified random sampling. Data was collected by the quality of life assessment, questionnaire and focus group discussion guidelines. Data was collected between November 2025 to March 2026. Data analysis was performed by descriptive and comparative analysis was performed by paired t-test with a significance level of 0.05. Qualitative data using content analysis.

The research findings the showed the developed model comprised 6 components, 1) Integrated LTC Database 2) Case Management System 3) Continuum of Care 4) Communication & Information Sharing 5) Capacity Building and 6) Monitoring & Coverage System. The evaluation of the model showed that the quality of life among dependent elderly significantly improved ($p\text{-value}<0.001$). Additionally, village health volunteers demonstrated significantly increased knowledge and competencies in long-term care ($p\text{-value}<0.001$).

Keyword : long-term care, elderly, dependency

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขามใหญ่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์

บทนำ

สถานการณ์ในปัจจุบันโลกมีผู้สูงอายุร้อยละ 10 ของประชากรโลก และในประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในปี 2565 เป็นต้นมา¹ ประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นส่งผลให้เกิดผู้ป่วยสูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี การกำหนดยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี มีจุดเน้นระยะ 18 เดือน 3 ระยะที่สำคัญ คือ การพัฒนาระบบดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั่วประเทศ² กระทรวงสาธารณสุขได้มีการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุโดยแบ่งเป็นกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง นอกจากนี้ยังกลุ่มอายุอื่นๆ ที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งกลุ่มเหล่านี้ควรได้รับการดูแลเอาใจใส่ทั้งจากตนเอง ครอบครัว ชุมชน สังคมและรัฐ ในแต่ละพื้นที่ที่มีกองทุนตำบลให้การสนับสนุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) เพื่อเป็นการให้บริการแก่ผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ ให้ได้รับสิทธิการบริการด้านอนามัยพื้นฐาน การฟื้นฟูสมรรถภาพ และกายภาพบำบัด ตามประเภทและกิจกรรมบริการ³

การเพิ่มอย่างรวดเร็วของประชากรสูงอายุส่งผลกระทบต่อสวัสดิการที่รัฐควรจัดให้สำหรับผู้สูงอายุ และการเตรียมตัวของผู้สูงอายุเพื่อเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ผู้สูงอายุควรจะมีบทบาทในการเป็นผู้กำหนดทิศทางการพัฒนาของตนเองมากขึ้น ระบบสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุจึงควรใช้การมีส่วนร่วมจากครอบครัวและชุมชน⁴ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาวมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุทุกคนได้รับการคัดกรอง และมีระบบส่งเสริมป้องกันฟื้นฟูและการดูแลตามความจำเป็น ได้รับการส่งเสริมสนับสนุนเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง มีระบบการเงินการคลังที่ยั่งยืนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างครบวงจร ทุกชุมชนมีระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้อยู่ในครอบครัวได้อย่างมี

ความสุข และสถานพยาบาลทุกแห่งมีระบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนและครอบครัว รูปแบบในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงเน้นบูรณาการด้านบริการสาธารณสุขและบริการ ด้านสังคมในระดับพื้นที่ตำบล หมู่บ้าน และครอบครัว โดยคำนึงความยั่งยืนและเป็นไปได้ในอนาคต มีสนับสนุนการมีส่วนร่วมโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่⁵

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เป็นหน่วยงานทางการบริหารด้านสาธารณสุขในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของจังหวัด โดยอำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ ประกอบด้วย 10 ตำบล และตำบลเมืองไผ่ มีจำนวน 18 หมู่บ้าน ประชากรผู้สูงอายุ 1,318 คน คิดเป็นร้อยละ 17.06 ของประชากรทั้งหมด มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 187 คน⁶ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 36 คน ร้อยละ 2.73 มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 78 คน⁶ จากการตรวจคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุของตำบลเมืองไผ่ ปี 2567 พบว่า ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงในการดื่มนมเห็น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการเคลื่อนไหว เป็นต้น มีการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การเยี่ยมบ้าน การรายงานผลการเยี่ยมบ้าน และ ให้บริการในรายที่จำเป็น เช่น แผลกดทับ ในการดำเนินงานพบการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องขาดกลไกการเชื่อมโยงทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงบางส่วนไม่ได้รับการดูแล และมีการดำเนินงานที่ไม่ต่อเนื่องซึ่งผู้สูงอายุเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดทั้งจากครอบครัว รวมไปถึงจากองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง⁷

ดังนั้น การสร้างระบบดูแลที่เน้นการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและการเงินการคลังที่ยั่งยืน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับสิทธิบริการพื้นฐานและอาศัยอยู่ใน

ครอบครัวได้อย่างมีความสุข จึงให้ความสำคัญกับการพัฒนารูปแบบที่ชัดเจน ให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และสอดคล้องกับนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทุกกลุ่ม อันจะเกิดประโยชน์ต่อประชาชน และการจัดบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ และสภาพปัญหาการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลเมืองไผ่ อำเภอนองเก จังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลเมืองไผ่ อำเภอนองเก จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีการศึกษา

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ เคมมิส, และแมกทาการ์ด⁸ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามแบบประเมินคุณภาพชีวิต และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร จำนวน 298 คน ประกอบด้วย 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) เจ้าหน้าที่กองสวัสดิการผู้สูงอายุองค์การบริหารส่วนตำบล 3) เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุของค์การบริหารส่วนตำบล 4) ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5) ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุโรงพยาบาล 6) ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 7) ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) 8) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) 9) ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 10) กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และ 11) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ภาคีเครือข่ายโดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 32 คน 2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel activities of daily living : ADL)⁹ ที่มีคะแนนประเมิน ตั้งแต่ 0 - 11 คะแนน ในตำบลเมืองไผ่ อำเภอนองเก จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 36 คน และ 3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Daniel (2010)¹⁰ ใช้สำหรับกำหนดขนาดตัวอย่าง (Sample Size) จากประชากรทั้งหมด (Population Size) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% (0.05) สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถาม แล้วทำการหาสัดส่วนขนาดตัวอย่างจากกลุ่มประชากรของแต่ละหมู่บ้าน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จนครบตามจำนวนขนาดตัวอย่างของแต่ละหมู่บ้าน จำนวน 128 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) 1) อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลเมืองไผ่ อำเภอนองเก จังหวัดบุรีรัมย์ 2) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย และ 3) สามารถอ่านออกเขียนได้และสื่อสารตอบคำถามได้ด้วยตนเอง เข้าใจคำอธิบายการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) ไม่สามารถติดตามเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาการทำการวิจัยได้ 2) มีความประสงค์ขอยกจากการวิจัยหลังจากที่เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยแล้ว และ 3) มีภาวะสับสนจนไม่สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้

เครื่องมือการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิง มีทั้งหมด 2 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบประเมินเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมคำลงไปในช่วงว่างตามความเป็นจริง จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) อาชีพเดิม และ 6) ระยะเวลาที่เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิต ใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ฉบับภาษาไทย¹¹ มีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ (ไม่เลย, เล็กน้อย, ปานกลาง, มาก, มากที่สุด) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (26 – 60 คะแนน) การมีคุณภาพชีวิตปานกลาง (61 – 95 คะแนน) การมีคุณภาพชีวิตที่ดี (96 – 130 คะแนน)

ชุดที่ 2 แบบสอบถาม (Questionnaire) มีทั้งหมด 3 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมคำลงไปในช่วงว่างตามความเป็นจริง จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) อาชีพ 6) รายได้ 7) ระยะเวลาการปฏิบัติในตำแหน่งปัจจุบัน และ 8) การได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลเมืองไผ่ อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 10 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ¹² ได้แก่ ความรู้ต่ำ (ร้อยละ 0-59) ความรู้ปานกลาง (ร้อยละ 60-79) ความรู้สูง (ร้อยละ 80-100)

ส่วนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลเมืองไผ่ อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านสุขภาพร่างกาย 2) ด้านสุขภาพจิตและอารมณ์ 3) ด้านสังคมและจิตวิญญาณ 4) ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย และ 5) ด้านการประสานงานและการดูแลต่อเนื่อง โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ (3, 2, 1) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ¹³ ได้แก่ น้อย (1.00 - 1.66 คะแนน) ปานกลาง (1.67 - 2.33 คะแนน) มาก (2.34 - 3.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)¹⁴ เป็นแนวทางในการสนทนากลุ่มเพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณในครั้งนี้ จำนวน 10 ข้อ โดยเป็นคำถามเกี่ยวกับการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลเมืองไผ่ อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ คำถามเป็นแบบปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านพบว่าทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะและบริบทพื้นที่ใกล้เคียงกัน คือ ตำบลดอนอะหราง อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 30 คน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาชของแบบสอบถาม 1) ด้านความรู้ในการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เท่ากับ 0.88 และ 2) ด้านการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เท่ากับ 0.90 โดยภาพรวมของแบบสอบถามทั้งชุด

เท่ากับ 0.93 และแบบประเมินคุณภาพชีวิต ใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ฉบับภาษาไทย¹¹ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาชของเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ฉบับภาษาไทย เท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยโดยนักวิจัย ซึ่งมีทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2568 ถึงเดือนมีนาคม 2569 โดยรายละเอียดดังนี้

ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย

ศึกษาบริบทชุมชนและข้อมูลพื้นฐานของตำบลเมืองไผ่ อำเภอนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อยืนยันว่าพื้นที่มีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมทั้งศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการด้านการดูแลระยะยาว (Long-term care) ตลอดจนปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ระบบบริการสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม จากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่ภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน พร้อมทั้งประสานความร่วมมือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อเตรียมความพร้อมในการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยและประเมินผล ในการพัฒนารูปแบบการบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน โดยดำเนินการ 1 รอบ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) ศึกษาบริบทของชุมชนและวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ปัญหาสุขภาพเรื้อรัง ภาระของผู้ดูแล และระบบบริการที่มีอยู่ในพื้นที่ จัดการสนทนากลุ่ม (Focus Group) กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อร่วมกันกำหนดแนวทาง รูปแบบ และกิจกรรมใน

การพัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาว เช่น การคัดกรองและประเมินภาวะพึ่งพิง การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล (Caregiver) การเยี่ยมบ้าน และการประสานการดูแลแบบสหวิชาชีพ จากนั้นคัดเลือกแนวทางที่เหมาะสมและจัดทำแผนปฏิบัติการ ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) เป็นการดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ โดยนำรูปแบบการบริการดูแลระยะยาวที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในชุมชนผ่านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ เช่น พัฒนาฐานข้อมูลกลางที่เชื่อมโยงข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กำหนดให้มีผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้สูงอายุแต่ละราย เสริมสร้างความรู้และทักษะให้แก่ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ อสม. ผู้ดูแล (CG) และครอบครัวผู้สูงอายุ ผ่านการอบรม ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ใช้ระยะเวลา 2 เดือน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นขั้นตอนติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน โดยให้คำแนะนำและสนับสนุนการปฏิบัติงานของภาคีเครือข่าย เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม แบบประเมินคุณภาพชีวิต ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) เป็นการประเมินผลการพัฒนารูปแบบการบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง วิเคราะห์ผลลัพธ์ทั้งด้านความรู้ การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สรุปและถอดบทเรียนคืนข้อมูลให้ชุมชน เพื่อนำไปปรับปรุงแผน แก้ไขจุดอ่อน และเสริมจุดแข็งของรูปแบบอย่างต่อเนื่อง ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่

ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบ เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความรู้ การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ใช้สถิติ Paired t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อให้ได้ข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมมาสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสอบถาม

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เมื่อ 1 ตุลาคม 2568 เลขที่ BRO 2025-116 รับรองระหว่าง 7 พฤศจิกายน 2568 ถึง 6 พฤศจิกายน 2569

ผลการศึกษา

รูปแบบการบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

จากการดำเนินในกระบวนการพัฒนารูปแบบตามแนวคิด PAOR 1 วงรอบ สามารถสรุปเป็นรูปแบบการบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข

สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งมี 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ระบบฐานข้อมูลกลางผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) การจัดการรายกรณี 3) ระบบบริการต่อเนื่องแบบบูรณาการ 4) ระบบสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูล 5) การพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย และ 6) ระบบติดตาม ประเมินผล และความครอบคลุม รูปแบบที่มีกิจกรรม 6 องค์ประกอบดังกล่าวเป็นรูปแบบดังกล่าวมุ่งเน้นการลดช่องว่างของระบบบริการผ่านการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงาน การกำหนดผู้รับผิดชอบรายบุคคล และการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม ครบถ้วน และไม่ตกหล่นในระบบบริการสุขภาพระดับชุมชน

ผลการพัฒนารูปแบบการบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีระดับคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) ภาพรวมระดับคุณภาพชีวิตหลังการพัฒนารูปแบบ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 86.11$, $S.D.=5.16$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลเมืองไผ่ อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ ก่อนและหลังการพัฒนา (n=36)

ความรู้	ก่อน			หลัง			95%CI	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล			
ด้านร่างกาย	14.69	2.96	ไม่ดี	23.33	2.11	ปานกลาง	7.29-9.98	13.025	<0.001*
ด้านจิตใจ	11.86	2.60	ไม่ดี	19.56	2.02	ปานกลาง	6.61-8.77	14.524	<0.001*
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	5.69	1.54	ไม่ดี	10.11	1.03	ปานกลาง	3.81-5.01	14.897	<0.001*
ด้านสิ่งแวดล้อม	15.67	3.06	ไม่ดี	26.61	2.08	ปานกลาง	11.99-21.19	21.197	<0.001*
คุณภาพชีวิตโดยรวม	52.06	7.68	ไม่ดี	86.11	5.16	ปานกลาง	36.93-24.01	24.015	<0.001*

* $p\text{-value}<0.05$

การเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.001$) ภาพรวม
คะแนนความรู้หลังการพัฒนารูปแบบ อยู่ในระดับ

ปานกลาง ($\bar{X}=7.88$, $S.D.=1.54$) รายละเอียด ดัง
ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบล
เมืองไผ่ อำเภอนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ ก่อนและหลังการพัฒนา ($n=128$)

ความรู้	ก่อน			หลัง			95%CI	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล			
1.การดูแลระยะยาว	7.42	1.83	ปานกลาง	7.88	1.54	ปานกลาง	0.19-0.70	3.518	<0.001*

* $p\text{-value}<0.05$

การเปรียบเทียบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า หลังการพัฒนา
รูปแบบมีระดับการดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ($p\text{-value}<.001$) ภาพรวมระดับการดูแลหลัง
การพัฒนาแบบ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=2.52$,
 $S.D.=0.11$) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลเมืองไผ่ อำเภอนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ ก่อนและหลังการพัฒนา ($n=128$)

การดูแลระยะยาว	ก่อน			หลัง			95%CI	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล			
1.ด้านสุขภาพร่างกาย	1.61	0.40	น้อย	2.56	0.24	มาก	0.86-0.99	227.29	<0.001*
2.ด้านสุขภาพจิต	1.53	0.32	น้อย	2.63	0.26	มาก	1.03-1.16	32.721	<0.001*
3.ด้านสังคม	1.53	0.36	น้อย	2.56	0.32	มาก	0.71-0.94	23.715	<0.001*
4.ด้านสิ่งแวดล้อม	1.68	0.36	ปานกลาง	2.44	0.30	มาก	0.67-0.84	18.307	<0.001*
5.ด้านการดูแลต่อเนื่อง	1.65	0.33	น้อย	2.40	0.24	มาก	0.67-0.82	19.456	<0.001*
ภาพรวม	1.60	0.15	น้อย	2.52	0.11	มาก	0.88-0.95	50.053	<0.001*

* $p\text{-value}<0.05$

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการบริการดูแลระยะยาวด้าน
สาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบล
เมืองไผ่ อำเภอนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ซึ่งมี 6
องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ระบบฐานข้อมูลกลาง
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การจัดการรายกรณี ระบบ
บริการต่อเนื่องแบบบูรณาการ ระบบสื่อสารและ
แลกเปลี่ยนข้อมูล การพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย
และระบบติดตาม ประเมินผล และความครอบคลุม

ซึ่งระบบฐานข้อมูลกลางเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยลด
ช่องว่างของข้อมูล ลดความซ้ำซ้อน ทำให้สามารถ
ระบุจำนวนและสถานะของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้
อย่างครบถ้วน ส่งผลให้การวางแผนบริการมีความ
ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ในการจัดการรายกรณี ช่วยให้
การมีความต่อเนื่องและมีผู้รับผิดชอบชัดเจน พร้อมทั้ง
จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล ทำให้การดูแล
สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการเฉพาะราย ลด
ปัญหาการดูแลที่ไม่ต่อเนื่องหรือการตกหล่น

ระบบสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูล มีบทบาทสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพของการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ โดยการพัฒนาช่องทางการสื่อสารร่วม เช่น การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการรายงานและติดตามข้อมูล นอกจากนี้การพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย เป็นปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้รูปแบบสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการเสริมสร้างความรู้และทักษะให้แก่ อสม. ผู้ดูแล และครอบครัว เกิดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอย่างแท้จริง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า การดำเนินงานในพื้นที่มี 6 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาข้อมูลพื้นฐานบริบทของพื้นที่และวิเคราะห์สภาพการณ์ 2) จัดประชุมวางแผนเชิงปฏิบัติการ(3) กำหนดโครงการ 1 โครงการ คือ โครงการเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามประกาศ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยนางามของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยนางาม อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู 4) ดำเนินงานตามโครงการ 5) ติดตาม นิเทศ สนับสนุนการปฏิบัติตามโครงการ 6) สรุปผลและประเมินผล¹⁵ และสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนากระบวนการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ระบบการดูแลระยะยาว ประกอบด้วย การพัฒนาด้านนโยบาย ด้านการบริหารจัดการ ด้านการบูรณาการและด้านการมีส่วนร่วมของสังคมและชุมชนสะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการพัฒนาซึ่งมีลักษณะเป็นวงจรการพัฒนาที่ใกล้เคียงกับกระบวนการ 6 ขั้นตอนของการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่กล่าวถึง อีกทั้งองค์ประกอบของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นครอบคลุมมิติสำคัญของระบบการดูแลระยะยาว ได้แก่ การบริหารจัดการข้อมูล การบูรณาการบริการ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และการติดตามประเมินผล¹⁶ การดูแลระยะยาวที่เน้นการ บูรณาการ

เชิงระบบและการมีส่วนร่วมของชุมชนทำให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถตอบสนองต่อบริบทพื้นที่และสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพในทิศทางเดียวกัน

การพัฒนารูปแบบการบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้และทักษะในการดูแลเพิ่มขึ้น รูปแบบดังกล่าวมีลักษณะเป็นการบูรณาการการดูแลแบบองค์รวม โดยเชื่อมโยงการทำงานของภาคีเครือข่าย การจัดการรายกรณี และการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการเฉพาะราย ส่งผลต่อการลดภาวะแทรกซ้อนและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต ในขณะเดียวกัน การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขผ่านกระบวนการอบรมและการมีส่วนร่วมในการดูแลจริง ช่วยเสริมสร้างความรู้ ความมั่นใจ และทักษะในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การมีส่วนร่วมและการเสริมพลังภาคีเครือข่ายในชุมชน เป็นกลไกสำคัญที่ทำให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพและศักยภาพผู้ดูแลดีขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วม พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังดำเนินงานแตกต่างจากก่อนการดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)¹⁷ สอดคล้องกับผลการศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าการทดสอบความรู้หลังจากการอบรมพัฒนา ทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และส่งเสริมโภชนาการสมวัยห่างไกลโรคสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)¹⁸ เนื่องจากรูปแบบการบริการดูแลระยะยาวที่พัฒนาขึ้นเป็นการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมและบูรณาการในชุมชน ซึ่งมุ่งเน้นการจัดการรายกรณี การดูแลอย่างต่อเนื่อง

และการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการเฉพาะราย จึงทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น นอกจากนี้การพัฒนาความรู้และทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขผ่านกระบวนการอบรม การปฏิบัติจริง และการติดตามสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการเรียนรู้เชิงปฏิบัติและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล ส่งผลให้คะแนนความรู้และทักษะหลังการอบรมสูงสูงขึ้น สะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบที่เน้นการมีส่วนร่วมและการเสริมพลังภาคีเครือข่าย เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพและศักยภาพผู้ดูแล

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการพัฒนารูปแบบการบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลเมืองไผ่ อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพในการยกระดับคุณภาพการดูแล โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การบูรณาการข้อมูลและบริการ การจัดการรายกรณี และการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลในชุมชน ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม และเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้รูปแบบดังกล่าวสามารถลดช่องว่างของระบบบริการ เชื่อมโยงการทำงานระหว่างหน่วยงาน และป้องกันการตกหล่นของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างเป็นรูปธรรม จึงมีศักยภาพในการประยุกต์ใช้และขยายผลในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) หน่วยงานสาธารณสุขควรกำหนดนโยบาย สนับสนุนการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อให้เกิด

ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม และมีประสิทธิภาพ

2) ควรกำหนดนโยบายในการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะของบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแล ให้มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ทั้งด้านการประเมินภาวะพึ่งพิง การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดูแลแบบองค์รวม

3) ภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรอย่างเพียงพอ เช่น อุปกรณ์ช่วยเหลือผู้สูงอายุ งบประมาณสำหรับการเยี่ยมบ้าน และการพัฒนาศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) หน่วยงานสาธารณสุขสามารถนำรูปแบบการบริการดูแลระยะยาวที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ในตำบลหรืออำเภออื่น โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2) สามารถนำรูปแบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปผนวกเข้ากับการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นไปอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ

3) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ในการประเมินและวางแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล โดยคำนึงถึงระดับความสามารถในการดำเนินชีวิต ปัญหาสุขภาพ และบริบทครอบครัว เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า ความเครียด ความโดดเดี่ยวทางสังคม ทั้งในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแล เพื่อให้การพัฒนาแบบครอบคลุมมิติด้านจิตสังคมมากยิ่งขึ้น

2) ควรศึกษารูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบการดูแลระยะยาวหลายรูปแบบว่ารูปแบบใดให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า

3) ควรศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลในเชิงลึก เพื่อออกแบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. กองส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ.(2564). รายงานสังคมผู้สูงอายุในปัจจุบันและเศรษฐกิจในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
2. สำนักงานเลขาธิการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ.(2561). ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี พ.ศ. 2561 - 2580. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2559). คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.).
4. กริช เกียรติญาณ และธัญญา ไรจนตรกุล.(2564). การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ กรณีศึกษาตำบลไทรย้อย อำเภอเมืองนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์. Journal of Modern Learning Development;6(2):59-74.
5. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองกี่.(2567). ข้อมูลประชากร. บุรีรัมย์: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองกี่; 2567. (เอกสารอัดสำเนา).
6. กระทรวงสาธารณสุข.(2567). การคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน[อินเทอร์เน็ต]. 2567. เข้าถึงได้จาก https://brm.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=aa86b13e8cb60cae6c3216b7e3e5f151. 2567.
7. ศูนย์อนามัยที่ 1-12 กรมอนามัย. ระบบโปรแกรม Long Term Care [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2567. เข้าถึงได้จาก: <https://ltc.anamai.moph.go.th/>
8. Kemmis S, McTaggart R.(1988). The action research planner. 3rd ed. Geelong (Victoria): Deakin University Press; 1988.
9. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2564). คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ. นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์; 2564.
10. Daniel WW.(2010). Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. 9th ed. Hoboken (NJ): Wiley; 2010.
11. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, วราณี พรมานะรังกุล.(2545). เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชดยฉบับภาษาไทย. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2545.
12. Bloom BS.(1971). Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. New York: David McKay.
13. Best JW.(1977). Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall.
14. องอาจ นัยพัฒน์.(2554). วิธีวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สามลดา.
15. เคนยา ทองอินทร์, วรพจน์ พรหมสัตยพรต, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์.(2564). การพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของคณะกรรมการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวขององค์การบริหารส่วนตำบลหันนางาม อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารสาธารณสุขชุมชน. 2564;7(2):30-41.
16. ภรภัทร ดอกไม้, อธิยา วรปานิ.(2566). การพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสุโขทัย. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสู่ชุมชน. 2566;1(6):62-77.

17. ไกรศร สุขุณา.(2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตตำบลบรือ อำเภอบรือ
จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2567;4(1):54-65.
18. ทิพย์รัตน์ กันทะ.(2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564;30(3):451-459.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 4 โรงพยาบาลโกสุมพิสัย Developing a Care Model for Stage 4 Chronic Kidney Disease Patients at Kosumphisai Hospital.

(Received: April 20,2026 ; Revised: April 23,2026 ; Accepted: April 25,2026)

เพลินพิศ วงศ์ใหญ่¹ ณัฐวุฒิ มาสาชัย² นรารณ ท่อนโพธิ์³ จารุภา อยู่เมือง¹ อาคม รัฐวงษา⁴
Plernpis Wongyai¹ Nattawut Masasai² Naraphorn Tonpo³ Jarupa Youmuang¹
Akom Ruttawongsa⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 4 2) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 4 และ 3) ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น พื้นที่ดำเนินการศึกษา โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม - 1 ธันวาคม พ.ศ. 2568 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 4 รายใหม่ที่ได้รับการรักษาในคลินิกชะลอไตเสื่อม จำนวน 17 ราย คัดเลือกแบบเจาะจง รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับเทคนิคการโค้ชสุขภาพ (Health Coaching) โดยพยาบาลเฉพาะทางทำหน้าที่เป็นโค้ชสุขภาพพรายกรณี ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การตั้งเป้าหมายร่วมกัน การสร้างแรงจูงใจ การให้ความรู้ การติดตามประเมินผล และการสนับสนุนจากครอบครัวและเครือข่ายชุมชน พร้อมทั้งใช้เครื่องวัดความเค็มในอาหาร (Salt Meter) และเครื่องวัดความดันโลหิตที่บ้านเป็นเครื่องมือสนับสนุนการจัดการตนเอง ระยะเวลาดำเนินการ 3 เดือน และติดตามผลต่อเนื่อง 9 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพการจัดการตนเอง แบบประเมินความตระหนักรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียม บันทึกการตรวจความเค็มในอาหาร และค่าการทำงานของไต (GFR) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Paired Sample t-test

ผลการศึกษาพบว่า หลังการพัฒนารูปแบบการดูแล ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.21, p < .05$) มีความตระหนักรู้เกี่ยวกับการบริโภคเกลือและโซเดียมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.20, p < .001$) และค่าการทำงานของไต (GFR) ดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.31, p = 0.034$)

คำสำคัญ: การโค้ชสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4, เครื่องวัดความเค็มในอาหาร

Abstract

This action research aimed to: 1) investigate the situation and problems in the care of patients with stage 4 chronic kidney disease (CKD); 2) develop a care model for patients with stage 4 CKD; and 3) evaluate the outcomes of the developed care model. The study was conducted at Kosum Phisai Hospital, Maha Sarakham Province, Thailand, between March 1 and December 1, 2025. The participants were 17 newly diagnosed stage 4 CKD patients receiving care at the CKD clinic, selected through purposive sampling. The developed care model was based on the empowerment concept combined with health coaching techniques. A specialized nurse served as an individual health coach, providing health assessment, collaborative goal setting, motivation enhancement, health education, follow-up evaluation, and support from family members and community networks. In addition, a salt meter for measuring sodium content in food and a home blood pressure monitor were used as tools to support patient self-management. The

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลโกสุมพิสัย

² นายแพทย์เชี่ยวชาญ กลุ่มงานการแพทย์ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย

³ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการแพทย์ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย

⁴ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ งานวิจัยและพัฒนา กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลโกสุมพิสัย

intervention was implemented for three months with follow-up monitoring for nine months. Data were collected using a demographic questionnaire, a self-management health behavior assessment, an awareness questionnaire on salt and sodium consumption, records of food salt measurements, and glomerular filtration rate (GFR). Data were analyzed using descriptive statistics and paired sample t-test.

The results revealed that after implementation of the care model, patients had significantly higher self-management health behavior scores compared to the pre-intervention period ($t = 4.21, p < .05$). Awareness of salt and sodium consumption also significantly improved ($t = 11.20, p < .001$). Moreover, kidney function, as measured by GFR, significantly improved after the intervention compared with the baseline measurement ($t = 2.31, p = 0.034$).

Keywords: Health coaching, health behavior, stage 4 chronic kidney disease, food salinity meter

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่าโรคไตเรื้อรังเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ก่อให้เกิดภาวะด้านสุขภาพและเศรษฐกิจอย่างมาก โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ภาวะไตวายระยะสุดท้าย และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร นอกจากนี้เมื่อโรคดำเนินไปสู่ระยะรุนแรง ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต เช่น การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือการล้างไตทางช่องท้อง ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลอย่างมากโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 เป็นระยะที่การทำงานของไตลดลงอย่างมาก โดยมีอัตราการกรองของไต (Glomerular Filtration Rate: GFR) อยู่ในช่วง 15–29 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร ผู้ป่วยในระยะนี้มีความเสี่ยงสูงที่จะเข้าสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้ายหากไม่ได้รับการดูแลและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความดันโลหิต การคั่งของน้ำ และการเสื่อมของไต การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองและลดการบริโภคเกลือและโซเดียมจึงเป็นแนวทางสำคัญในการชะลอการดำเนินของโรคปัจจุบันแนวทางการเสริมสร้างพลัง

อำนาจ (Empowerment)¹ และการโค้ชสุขภาพ (Health Coaching) ได้รับการยอมรับว่าเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการโค้ชสุขภาพช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจภายใน สามารถตั้งเป้าหมายด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมและนอกจากนี้ การใช้เครื่องมือสนับสนุนการจัดการตนเอง เช่น เครื่องวัดความเค็มในอาหาร (Salt Meter) ยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถประเมินปริมาณโซเดียมในอาหารได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้เกิดความตระหนักรู้และสามารถควบคุมพฤติกรรมการบริโภคได้ดีขึ้น²

จากประสบการณ์ของผู้วิจัยในการดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อมของโรงพยาบาลโกสุมพิสัยจังหวัดมหาสารคาม เป็นระยะเวลา 15 ปี โรงพยาบาลโกสุมพิสัย เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง อย่างไรก็ตามจากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 บางส่วนยังมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง ขาดความตระหนักรู้เกี่ยวกับการบริโภคเกลือและโซเดียม รวมทั้งยังขาดทักษะมีข้อจำกัดในการจัดการดูแลตนเอง ขาดการตั้งเป้าหมายด้านสุขภาพที่ชัดเจน ขาดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งผลให้การเสื่อมของไตดำเนินไปอย่างรวดเร็ว จากความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 โดยใช้แนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับ

เทคนิคการโค้ชสุขภาพ และการใช้เครื่องวัดความเค็มในอาหารเป็นเครื่องมือสนับสนุนการจัดการตนเอง เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เพิ่มความตระหนักรู้ในการบริโภคเกลือและโซเดียม และชะลอการเสื่อมของไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่4โรงพยาบาลโกสุมพิสัย
2. เพื่อประเมินผลของการพัฒนารูปแบบดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่4โรงพยาบาลโกสุมพิสัย

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะที่ 4 เป็นงานวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการ 1 มีนาคม – 1 ธันวาคม 2568 พื้นที่ดำเนินการโรงพยาบาลโกสุมพิสัย อ.โกสุมพิสัย จ.มหาสารคามซึ่งมีการวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลเตรียมการ มีนาคม 2568 เริ่มเก็บข้อมูล เมษายน-มิถุนายน 2568 และติดตามต่อเนื่อง

ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ผู้ป่วยไตวายระยะที่ 4 ทุกรายเข้ารับการรักษาที่คลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอกอสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม
2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยรายใหม่เข้ารับการรักษาที่คลินิกชะลอไตเสื่อม ระยะที่ 4 โรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอกอสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ในช่วงเวลา มีนาคม 2568 - มิถุนายน 2568 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) 1 กลุ่มตัวอย่าง โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังอายุ18-75ปีในคลินิกชะลอไตเสื่อมโรงพยาบาลโกสุมพิสัยรายใหม่
 2. มีอัตราการกรองของไต eGFR16-29มล./นาที่/1.73 เมตร² คำนวณด้วยสูตรของ CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration)
 3. สามารถรับรู้และติดต่อสื่อสารได้ปกติ
- #### เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)
1. ต้องการยกเลิกการเข้าร่วมการศึกษา
 2. เสียชีวิต
 3. มีเหตุฉุกเฉินต้องได้ออกเช่นมีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องได้นอนโรงพยาบาลบ่อย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบสอบถามโดยมีผู้เชี่ยวชาญการจำนวน 6 คน ตรวจสอบเครื่องมือได้แก่ อายุรแพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ พยาบาลโรคไต การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดแบบสอบถามให้สอดคล้องกับตัวแปรที่ศึกษาตามกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 5 ส่วน มีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ทั่วไปแบบสอบถาม (Questionnaire) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ผู้ประกอบอาหารรับประทานเป็นประจำ ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง และโรคร่วม

ส่วนที่ 2 เครื่องมือวัดการทำงานของไต

(Kidney Function Measurement) แบบบันทึกผลการตรวจประเมินทางคลินิก

- ดัชนีมวลกาย (Body mass index; BMI) เส้นรอบเอว ระดับความดันโลหิต (Systolic and diastolic blood pressure)
- การวัดอัตราการกรองของไต (GFR) คำนวณด้วยสูตร CKD-EPI/CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration equation)

- การวัดระดับครีเอตินินในเลือด (Serum Creatinine) ใช้ในการประเมินการทำงานของไต
- การตรวจปัสสาวะเพื่อการตรวจโปรตีนในปัสสาวะหรือการตรวจหาเซลล์ที่แสดงถึงการเสื่อมของไต

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ การจัดการตนเองทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ การจัดการเรื่องการรับประทานอาหาร จำนวน 7 ข้อ การออกกำลังกาย จำนวน 3 ข้อ และการใช้ยาอย่างเหมาะสม จำนวน 6 ข้อ รวม 16 ข้อผ่านตรวจสอบคุณภาพค่าความเชื่อมั่น จากสอดคล้องภายใน (Internal consistency reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .81 ของแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพซึ่งถือว่ามีความเชื่อมั่นระดับสูง³ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ โดยแต่ละข้อคำถามมีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความตระหนักรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียมประกอบด้วย 3 ส่วน ความรู้เกี่ยวกับปริมาณการบริโภคเกลือและโซเดียม 2 ข้อ พฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม 6 ข้อ การรับรู้เกี่ยวกับปริมาณการบริโภคเกลือและโซเดียม 2 ข้อ จัดทำขึ้นโดยผู้เชี่ยวชาญจากกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

ส่วนที่ 5 เอกสารบันทึกการตรวจความเค็มในอาหารและวัดความดันโลหิตที่บ้าน ใช้เครื่องวัดความเค็ม (Salt Meter) ในอาหาร โดยผู้ประดิษฐ์หลัก คือ ยศชนัน วงศ์สวัสดิ์ และทีมนักวิจัยมหาวิทยาลัยมหิดล⁴ การจัดระดับโซเดียมหรือระดับความเค็มเครื่องวัดความเค็ม ได้แบ่งการจัดระดับ 3 ระดับ คือ เค็มน้อย (น้อยกว่า 0.7) ระดับเริ่มเค็ม (0.7 - 0.9) ระดับเค็ม (มากกว่า 0.9) วัดทดสอบกับน้ำเกลือมาตรฐานหรือ 0.9% NSS ค่าที่วัดได้ควรเท่ากับ $0.9 + 0.02$ หรือ มีค่าระหว่าง 0.88 ถึง 0.92 เป็นค่าที่ยอมรับได้จำนวน 20 เครื่อง และเครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิตอลที่ผ่านการสอบเทียบคุณภาพเครื่องมือตามมาตรฐาน จำนวน

20 เครื่อง เป็นเครื่องที่ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (validity) มาแล้ว ผู้วิจัยจะดำเนินการขออนุญาตใช้เครื่องมือดังกล่าวจากเจ้าของเครื่องมือโดยไม่ได้ทำการดัดแปลงเนื้อหาใดๆ ผู้วิจัยจึงไม่จำเป็นต้องตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาอีก

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน สภาพปัญหา สภาพสุขภาพ ประวัติการเจ็บป่วย การรักษาพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลโกสุมพิสัยจังหวัดมหาสารคาม

ขั้นตอนที่ 2 ประชุมทีมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและชมรมเพื่อนช่วยเพื่อนโรคไต เข้าร่วมประชุมรับฟังผลการศึกษาศาสนาการณปัจจุบันและร่างรูปแบบในการดูแลของผู้ป่วย ให้ข้อเสนอแนะต่อรูปแบบการดูแลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อปรับปรุงระบบการดูแลของผู้ป่วยที่เหมาะสม ทบทวนวรรณกรรมสังเคราะห์ประเด็นแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) โดยใช้เทคนิค (Coaching Model System) การเป็นพี่เลี้ยงสุขภาพหรือโค้ชสุขภาพ (Health Coaching) รูปแบบการดูแลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยมีพยาบาลเฉพาะทางเป็นพี่เลี้ยงสุขภาพแบบรายกรณีขึ้นและ 1.การประเมินสถานะปัจจุบันของผู้ป่วย 2.การตั้งเป้าหมายร่วมกัน (Goal Setting) 3.การสร้างแรงบันดาลใจและสนับสนุน (Motivation and Encouragement) 4. การให้ข้อมูลและการศึกษาที่เกี่ยวข้อง (Education and Information Sharing) 5. การติดตามผลและปรับปรุง (Follow-up and Adjustments) 6.การสร้างการสนับสนุนจากครอบครัวและเครือข่ายสังคมโดยนำเอาอุปกรณ์เครื่องวัดปริมาณโซเดียมในอาหารหรือเครื่องวัดเกลือ (Salt meter) และเครื่องวัดความดันโลหิต พร้อมเอกสารการบันทึกช่วยจัดการตนเองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคและปรุงอาหารเพื่อชะลอไตเสื่อมผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 และผลลัพธ์ทางคลินิก

ขั้นตอนที่ 3 นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่พัฒนาจากขั้นที่ 2 นำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ที่รักษาในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลโกสุมพิสัยและสมครใจเข้าร่วม

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลและแก้ไขปรับปรุงคืนข้อมูล โดยใช้ผลการศึกษาในขั้นที่ 1-3 หากพบผลลัพธ์ที่ไม่เป็นไปตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ก็มีการทบทวนเพื่อแสวงหาวิธีการใหม่ จากนั้นก็ปฏิบัติตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการอีกครั้งตามขั้นตอน การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) ทำซ้ำวนตามวงจร จนกระทั่งบรรลุผลตามวัตถุประสงค์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติอิสระ ผู้วิจัยจะวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1.วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้เฉลี่ย โรคประจำตัวโรคร่วม ระยะเวลาการเจ็บป่วย ผู้ประกอบอาหารรับประทานเป็นประจำการแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ

(percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

2.วิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพการจัดการตนเอง ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ค่าพิสัย (range) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ด้วยสถิติ paired sample t-test

3.วิเคราะห์แบบประเมินความตระหนักรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียมใช้ด้วยสถิติ Paired sample t-test

4.วิเคราะห์การวัดอัตราการกรองของไตและความดันโลหิต (GFR) ด้วยสถิติ paired sample t-test

จริยธรรมการวิจัย

การดำเนินการวิจัยได้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการศูนย์จริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม เมื่อวันที่ 28 มีนาคม 2568 เอกสารรับรองเลขที่ 8/2568

ผลการศึกษา

1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่4โรงพยาบาลโกสุมพิสัย

ตารางที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 โรงพยาบาลโกสุมพิสัย

ขั้นตอน PAOR	กิจกรรมการดำเนินการ	เครื่องมือ/วิธีการ	ผลการดำเนินการ
Plan (วางแผน)	ศึกษาสถานการณ์ปัญหา วิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ทบทวนวรรณกรรม และประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อออกแบบรูปแบบการดูแล	การทบทวนเวชระเบียน การประชุมทีม ทบทวนงานวิจัย	ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ที่เหมาะสม
Act (ปฏิบัติ)	นำรูปแบบการดูแลไปทดลองใช้กับผู้ป่วยแนวคิด การเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยใช้เทคนิค Health Coaching การดูแลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยมีพยาบาลเฉพาะทางเป็นที่	- แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล - แบบบันทึกผลการตรวจทางคลินิก - แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพการจัดการ - Salt Meter เครื่องวัดความดันโลหิต 1.การประเมินสภาวะปัจจุบันของผู้ป่วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป 2.การตั้งเป้าหมายร่วมกัน ผู้วิจัยแจ้งผลการประเมินสภาวะสุขภาพแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ดูแลรับทราบ	(วงรอบที่1) ผู้ร่วมวิจัยคน มี 7 รายพบปัญหาเรื่องการจดบันทึกโซเดียมในอาหาร 3 ราย ดังนี้ 1.ไม่ได้จดบันทึกขนาด/ปริมาณโซเดียมทุกครั้งของมื้ออาหาร 2.ไม่ได้วัดและจดบันทึกความดันโลหิตทุกวัน

ตารางที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 โรงพยาบาลโกสุมพิสัย

ขั้นตอน PAOR	กิจกรรมการดำเนินการ	เครื่องมือ/วิธีการ	ผลการดำเนินการ
	เลี้ยงสุขภาพแบบรายกรณี ประกอบด้วย 1.ประเมินภาวะสุขภาพ 2.การตั้งเป้าหมายร่วมกัน 3.การสร้างแรงจูงใจ 4.การให้ข้อมูลความรู้ 5.การติดตามผล และปรับปรุง 6.การสนับสนุนจากครอบครัวและเครือข่ายชุมชน และใช้เครื่องวัดความเค็มในอาหารและเครื่องวัดความดันโลหิตที่บ้าน พร้อมสมุดจดบันทึกการตรวจความเค็มในอาหาร	และชี้แนะการตั้งเป้าหมายการชะลอไตเสื่อมร่วมกันโดยการกำหนดเป้าหมายระยะเวลาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 1 เดือน 2 เดือน 3 เดือนตามความต้องการ 3.การสร้างแรงบันดาลใจและสนับสนุนโดยนำเอาอุปกรณ์เครื่องวัดปริมาณโซเดียมในอาหารหรือเครื่องวัดเกลือ (Salt meter) และเครื่องวัดความดันโลหิต พร้อมเอกสารการบันทึก อธิบายการใช้เครื่องตรวจความเค็มในอาหารและการตรวจวัดความดันโลหิตที่บ้าน เป็นเครื่องมือในการช่วยการวิเคราะห์ข้อมูลปริมาณโซเดียมในอาหารผู้ร่วมวิจัยจะต้องตรวจอาหารทุกครั้งที่ปรุงอาหารหรือรับประทานอาหารพร้อมจดบันทึกตามแบบบันทึกที่ผู้วิจัยออกแบบส่วนเครื่องวัดความดันโลหิตให้วัดเวลาเช้า เทียง เย็น พร้อมจดบันทึก 4.การให้ข้อมูลและการศึกษาที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยให้ข้อมูลความรู้โรคไต การปรึกษาการบำบัดทดแทนไตการอ่านฉลากโภชนาการ สื่อข้อมูลประกอบด้วยแผ่นพับภาพ แผ่นพับ สื่อออนไลน์ ให้ข้อมูลคำปรึกษาชี้แนะแบบ Tele-nursing 5.การติดตามผลและปรับปรุงผู้วิจัยติดตามผลตรวจความเค็มในอาหารและการตรวจวัดความดันโลหิตที่บ้านโดยการโทรศัพท์หรือผ่านApplication line ทุก วันแรก และทุกสัปดาห์ จนครบ 1 เดือน 3 พร้อมชี้แนะการปรับลดความเค็มในอาหารให้อยู่ในเหมาะสมปลอดภัยเกณฑ์ที่กระผู้วิจัยยังติดตามในการกระตุ้นช่วยเหลือเสริมแรงโดยการโทรเยี่ยม หากมีข้อสงสัยให้ผู้ป่วยสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา 6.การสร้างการสนับสนุนจากครอบครัวและเครือข่ายสังคมผู้วิจัยประสานความร่วมมือผ่านอสม.และสถานี่สุขภาพตำบลในการช่วยเหลือดูแลเสริมพลัง	จากการติดตามสอบถามพบว่า 1 คนต้องเดินทางเพื่อขายของต่างจังหวัดไม่สะดวกที่จะจดบันทึกทุกครั้งแต่จะมีการใช้ Salt Meter วัดในอาหารเกือบทุกครั้งโดยเลือกรับประทานจากระดับความเค็มจากสีหน้าบนเครื่องตรวจเป็นรูปยิ้มอีก 2 คน ผู้ดูแลให้เหตุผลว่าบางครั้งต้องรีบไปทำงานจึงไม่ได้จดแต่เวลาปรุงอาหารใช้ Salt Meter วัดในอาหารทุกครั้ง และในช่วง 3 วันแรกผู้ร่วมวิจัยยังปรับลดการปรุงไม่ได้พอวัดระดับความเค็มเป็นหน้าบูดจึงมีการชี้แนะให้เติมปริมาณน้ำลงไปเพิ่มแล้วลองตรวจวัดความเค็มใหม่และห้ามชดน้ำเยอะหลังกินให้ดื่มน้ำตามมาก ๆ (วงรอบที่ 2) ปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลพฤติกรรมสุขภาพดำเนินกิจกรรม Health Coaching ต่อเนื่องร่วมกับครอบครัวและเครือข่ายชุมชนโดยไม่ต้องเคร่งเรื่องการจดบันทึกการตรวจโซเดียมทุกครั้งของมื้ออาหารแต่ยังคงใช้ Salt Meter วัดในอาหารทุกครั้งเพื่อปรับลดการปรุงอาหารและใช้พลังเครือข่ายอสม.และสถานี่สุขภาพแต่ละหมู่บ้านช่วยดูแลติดตามผู้ตรวจความเค็มในอาหาร
Observe (สังเกตผล)	- ติดตามผลพฤติกรรมสุขภาพการจัดการตนเอง - ความตระหนักรู้เรื่องโซเดียม และค่าการทำงานของไต	- แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพการจัดการตนเอง - แบบประเมินความตระหนักรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียม - การวัดอัตราการกรองของไต GFR	- ผู้ร่วมวิจัยมีพฤติกรรมสุขภาพการจัดการตนเองที่ดีขึ้น - ผู้ร่วมวิจัยความตระหนักรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียมที่ดีขึ้น - ผู้ร่วมวิจัยมีอัตราการกรองของไต (GFR) ที่ดีขึ้นบางคนสามารถกลับไปอยู่ระยะที่ 3 ได้
Reflect (สะท้อนผล)	วิเคราะห์ผลการดำเนินงานและประชุมทีมเพื่อสะท้อนผลและปรับปรุงรูปแบบการดูแล	การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติและสรุปผลการพัฒนารูปแบบการดูแล	ได้ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลให้เหมาะสมกับบริบท

2. ผลของการพัฒนารูปแบบดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่4โรงพยาบาลโกสุมพิสัย

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 จำนวน 17 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 70.58 มีอายุเฉลี่ย 60.88 ปี (SD = 7.33) รายได้เฉลี่ย 5,018 บาทต่อเดือน (SD = 6,208) น้ำหนักเฉลี่ย 67.65 กิโลกรัม (SD = 11.75) ส่วนสูงเฉลี่ย 160.65 เซนติเมตร (SD = 7.03) และมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ย 25.65 (SD = 4.29) ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังเฉลี่ย 3.82 ปี (SD = 2.40) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 70.59 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 41.18 และร้อยละ 35.26 ไม่ได้ประกอบอาชีพแล้ว ด้านผู้ประกอบการ พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้สมรสของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 52.94 สำหรับโรคร่วมที่พบมากที่สุด คือ โรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 82.35 รองลงมา ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงเพียงอย่างเดียว ร้อยละ 11.76 และโรคเบาหวานเพียงอย่างเดียว ร้อยละ 5.88

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ย 20.12 คะแนน (SD = 4.27) โดยมีช่วงคะแนนระหว่าง 16–27 คะแนน หลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 24.12 คะแนน (SD = 2.34) โดยมีช่วงคะแนนระหว่าง 21–31 คะแนน แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มดีขึ้นหลังได้รับรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น

การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired Sample t-test พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.21, p = 0.001$)

พิจารณาพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านการใช้ยาและการออกกำลังกายผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired Sample t-test พบว่าด้านการใช้ยา มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 7.41 เป็น 12.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ด้านการออกกำลังกาย มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 1.53 เป็น 3.12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .004$) ด้านการรับประทานอาหารมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .002$)

ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพในหลายด้าน

ผลการวิเคราะห์แบบประเมินความตระหนักรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียมเปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความตระหนักรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียม ก่อนและหลังการทดลอง ผลการเปรียบเทียบระดับความตระหนักรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียมก่อนและหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่มีความตระหนักรู้ (ร้อยละ 100) แต่หลังการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความตระหนักรู้ (ร้อยละ 100) แสดงให้เห็นว่าหลังการทดลองระดับความตระหนักรู้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์สภาพปัญหา พฤติกรรมเสี่ยงหลัก พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อโรคไตอย่างชัดเจนใน 2 เรื่องหลัก คือ การบริโภคอาหารที่มีเกลือสูงมาก (ปลาเค็ม/ปลาร้า/หมักดอง) ค่าเฉลี่ย (2.53) และ การเติมเครื่องปรุงระหว่างปรุงอาหาร มีค่าเฉลี่ยอยู่ (2.41) ขาดการจัดการตนเองการสั่งอาหารแบบไม่เติมเครื่องปรุง มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด

(0.06) สะท้อนว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด ปฏิเสธการเติมเครื่องปรุงหรือผงชูรสเมื่อต้องซื้ออาหารทานข้างนอกและการปรุงอาหารทานเองบอกลำพังกับข้อที่มีการเติมเครื่องปรุงปริมาณมากเปรียบเทียบกับข้อมูลหลังการทดลองชัดเจนมาก โดยเฉพาะการบริโภคอาหารที่มีเกลือสูงมาก (ปลาเค็ม/ปลาร้า/หมักดอง) ลดลงมากค่าเฉลี่ยอยู่ (0.71) และการเติมเครื่องปรุงระหว่างปรุงอาหารค่าเฉลี่ยอยู่ (0.18) ซึ่งแสดงถึงประสิทธิภาพของเทคนิค Health Coaching และการใช้ Salt Meter ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired Sample t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมบริโภคเกลือและโซเดียมก่อนและหลังการทดลองพบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมบริโภคเกลือและโซเดียมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าเฉลี่ยภาพรวมลดลงจาก 1.48 เป็น 0.84 ($t = 11.20, p < .001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมหรือกิจกรรมที่ดำเนินการสามารถช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคเกลือและโซเดียมของกลุ่มตัวอย่างได้

ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired Sample t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าอัตราการกรองของไต (GFR) ก่อนและหลังการติดตาม พบว่า ค่าเฉลี่ยของ GFR เพิ่มขึ้นจาก 25.43 ± 6.13 เป็น 28.81 ± 9.39 mL/min/1.73m² ค่า GFR หลังการติดตามสูงกว่าก่อนการติดตามเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 3.38 mL/min/1.73m² โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $t = 2.31, p = 0.034$

5.การวิเคราะห์ข้อมูลความดันโลหิต ด้วยสถิติ Paired sample t-test พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่าง 17 รายมีค่าความดันโลหิตทั้ง Systolic และ Diastolic ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) Systolic ลดลงเฉลี่ยถึง 18.53 mmHg ($p < .001^*$) Diastolic ลดลงเฉลี่ย 6.47 mmHg ($p < .034^*$)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 โรงพยาบาลโกสุมพิสัยพบว่า หลังการนำรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นไปใช้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการตนเอง ความตระหนักรู้เกี่ยวกับการบริโภคเกลือและโซเดียม รวมทั้งค่าการทำงานของไตและระดับความดันโลหิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ในประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้

ประการแรกผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการตนเอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.21, p < .05$) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้น ทั้งในด้านการรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย และการใช้ยาอย่างเหมาะสม ผลลัพธ์ดังกล่าวสามารถอธิบายได้ตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ของ Gibson¹ ซึ่งอธิบายว่าการส่งเสริมให้บุคคลมีความรู้ความเข้าใจ และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง จะช่วยเพิ่มศักยภาพในการควบคุมและจัดการปัญหาสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลความรู้ การสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพ และมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายสุขภาพ จึงเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ กระบวนการ Health Coaching ที่นำมาใช้ในรูปแบบการดูแลยังมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจภายใน และสามารถกำหนดเป้าหมายสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีรัตน์ อินธา และกิริยา คำนาน⁵ ที่พบว่า โปรแกรมการโค้ชสุขภาพสามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้น และมีการควบคุมความดันโลหิตและการบริโภคโซเดียมดีขึ้น

ประการที่สองผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองผู้ป่วยมีระดับความตระหนักรู้เกี่ยวกับการ

บริโภคเกลือและโซเดียมเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่มีความตระหนักรู้เกี่ยวกับการบริโภคเกลือและโซเดียม แต่หลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยทั้งหมดมีความตระหนักรู้ในประเด็นดังกล่าว คิดเป็นร้อยละ 100 นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง เช่น อาหารหมักดอง ปลาเค็ม หรือการเติมเครื่องปรุงรสในอาหารลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลลัพธ์ดังกล่าวอาจเกิดจากการนำเครื่องวัดความเค็มในอาหาร (Salt Meter) มาใช้เป็นเครื่องมือสนับสนุนการจัดการตนเอง ทำให้ผู้ป่วยสามารถประเมินระดับความเค็มของอาหารได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงและสามารถปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้อย่างเหมาะสม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ สาคร เจริญโรสง⁶ ที่พบว่าการใช้เครื่องวัดความเค็มในอาหารสามารถช่วยลดการบริโภคโซเดียมและเพิ่มความตระหนักรู้เกี่ยวกับการบริโภคเกลือของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ

ประการที่สาม ผลการศึกษาพบว่าหลังการดำเนินรูปแบบการดูแล ผู้ป่วยมีค่าการทำงานของไต (GFR) เพิ่มขึ้นจาก 25.43 ± 6.13 เป็น 28.81 ± 9.39 mL/min/1.73m² อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.31, p = 0.034$) และระดับความดันโลหิตทั้ง Systolic และ Diastolic ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและการลดการบริโภคโซเดียมสามารถช่วยควบคุมความดันโลหิตและชะลอการเสื่อมของไตได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และแนวทางของ Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) ที่ระบุว่า การควบคุมความดันโลหิตและการลดการบริโภคโซเดียมเป็นปัจจัยสำคัญในการชะลอการดำเนินของโรคไตเรื้อรัง ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ วันวิสาข์ สนใจ³ และเบญจมาศ มณีฉาย และคณะ⁷ ที่พบว่าการส่งเสริม

การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสามารถช่วยปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพและเพิ่มค่าการทำงานของไตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและเครือข่ายชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ยังช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเกิดขึ้นได้อย่างยั่งยืนมากขึ้น

โดยสรุป รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ที่พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับกระบวนการ Health Coaching และการใช้เครื่องมือสนับสนุนการจัดการตนเอง เช่น เครื่องวัดความเค็มในอาหาร สามารถช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เพิ่มความตระหนักรู้เกี่ยวกับการบริโภคเกลือและโซเดียม ลดระดับความดันโลหิต และมีส่วนช่วยชะลอการเสื่อมของไตของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงถือเป็นแนวทางการดูแลที่เหมาะสมและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในบริบทของหน่วยบริการสุขภาพระดับชุมชนได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 หน่วยบริการสาธารณสุขควรนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ที่พัฒนาขึ้นซึ่งประกอบด้วยแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ร่วมกับกระบวนการ Health Coaching และการใช้เครื่องวัดความเค็มในอาหาร (Salt Meter) ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกชะลอไตเสื่อม เพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยและชะลอการดำเนินของโรค

1.2 ควรขยายการดำเนินงานของรูปแบบการดูแลดังกล่าวไปยังหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD clinic) โดยบูรณาการการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย

ชุมชน เพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

1.3 บุคลากรสาธารณสุขควรส่งเสริมให้ครอบครัวและเครือข่ายชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะด้านการควบคุมการบริโภคเกลือและโซเดียม การติดตามพฤติกรรมสุขภาพ และการเสริมแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และใช้รูปแบบการวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองที่มีกลุ่มควบคุม เพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น

2.2 ควรมีการติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพ การควบคุมความดันโลหิต และการเปลี่ยนแปลงของอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

2.3 ควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วย เช่น การสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิต และความพร้อมของครอบครัว เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลที่ครอบคลุมและเหมาะสมกับบริบทของชุมชนมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความอนุเคราะห์และความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ผู้วิจัยขอขอบพระคุณชมรมเพื่อนช่วยเพื่อนโรคไตอำเภอโกสุมพิสัย ที่ให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ขอขอบพระคุณทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD Care Team) โรงพยาบาลโกสุมพิสัย ที่ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ และให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการศึกษาขอขอบพระคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเครือข่ายสุขภาพชุมชนในพื้นที่ ที่ให้ความร่วมมือในการติดตาม สนับสนุน และเสริมพลังแก่ผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพท้ายที่สุด ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และครอบครัวทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัยและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการศึกษานี้ จนทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16(3), 354–361.
2. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2565). คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต (ฉบับปรับปรุง).
3. วันวิสาข์ สนใจ. (2561). ผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและสมรรถภาพไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 2.
4. ยศชนัน วงศ์สวัสดิ์ และคณะ. (2567). เครื่องวัดความเค็ม (Salt Meter) ในอาหาร. มหาวิทยาลัยมหิดล
5. ศรีรัตน์ อินตา, และกิริยา คำนาน. (2022). ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โค้ชด้านสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีร่วมกับโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ต่อการบริโภคโซเดียม ระดับความดันโลหิต และอัตราการกรองของไต.
6. สาคร เสริญไธสง. (2566). ผลของการใช้เครื่องวัดความเค็มในอาหารต่อพฤติกรรมบริโภคโซเดียมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง.
7. บุญจามาต มณีฉาย, และคณะ. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและสมรรถภาพไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลโรคไต.

การพยาบาลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ กรณีศึกษา 2 ราย Nursing Care in Peritoneal Dialysis Related Peritonitis Case Study 2 Case.

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

อารีย์ ภูยาตาว¹
Aree Phuyadaw¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อเป็นแนวทางในการจัดทำโปรแกรมสอนล้างไตทางช่องท้องรายใหม่ 2) เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผู้ป่วยรายกรณีแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในช่วง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2569 ถึงเดือนมีนาคม 2569 จำนวน 2 ราย ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำข้อมูลมาวิเคราะห์วางแผนการพยาบาลและนำสู่การปฏิบัติการพยาบาล สรุปผลการศึกษาเพื่อรวบรวมข้อมูลและปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยเพื่อหาแนวทางแก้ไข

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องทั้ง 2 ราย มาด้วยอาการปวดท้องน้ำยาล้างไตขุ่นเหมือนกัน โดยแพทย์ให้การรักษาโดยการให้นอนโรงพยาบาลเพื่อให้ยาปฏิชีวนะผลพบว่าผู้ป่วยรายที่ 1 ผลเพาะเชื้อพบเชื้อแกรมลบ การรักษาไม่ตอบสนองต่อการให้ยาจึงจำเป็นต้องสิ้นสุดการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องเปลี่ยนมารักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมชั่วคราว ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ผลเพาะเชื้อพบเชื้อราต้องผ่าตัดเอาสายท่อล้างไตออกและเปลี่ยนมารักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแบบชั่วคราว

คำสำคัญ : ล้างไตทางช่องท้อง เยื่อช่องท้องอักเสบ

Abstract

This study aimed to 1) provide guidelines for developing a training program for new peritoneal dialysis patients and 2) provide nursing guidelines for peritoneal dialysis patients with peritonitis. This was a case study of two patients admitted to Kalasin Hospital between March 2026 and March 2026. A literature review and related research were conducted, data were analyzed to plan and implement nursing care, and the study results were summarized to identify problems encountered in patient care and to find solutions.

The study found that both peritoneal dialysis patients presented with similar symptoms of abdominal pain and cloudy dialysis fluid. They were hospitalized for antibiotic treatment. Patient 1's culture revealed a Gram-negative infection, and treatment was ineffective, requiring the termination of peritoneal dialysis and temporary hemodialysis. Patient 2's culture revealed a fungal infection, requiring surgical removal of the dialysis catheter and temporary hemodialysis.

Keywords: Peritoneal Dialysis, Peritonitis

บทนำ

การรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องเป็นอีกทางเลือกในการบำบัดทดแทนไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีถึงดีมาก^{1,4} สะดวกไม่ต้องเดินทางบ่อย สามารถล้างไตได้ด้วยตัวเองที่บ้าน แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องยังต้องพบภาวะแทรกซ้อนที่

สำคัญ คือภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบซึ่งส่งผลให้ต้องสิ้นสุดการรักษาและเปลี่ยนการรักษาเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบคือภาวะทุพโภชนาการ^{4,6,8,10,11,12} และส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยถึงร้อยละ 57.75 พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อแบคทีเรียของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

การล้างไตทางช่องท้องได้แก่ ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน^{8,10} และความดันโลหิตสูง การรับประทานยาที่ไม่ถูกสุขลักษณะ^{2,10} การปนเปื้อนจากขั้นตอนการล้างไต จากสถิติผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องที่มารับบริการหน่วยล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปี พ.ศ. 2567 ถึง ปี พ.ศ. 2569 ตามลำดับ ดังนี้ 208, 232, 266 และพบว่าสถิติการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ ปี พ.ศ. 2567 ถึง ปี พ.ศ. 2569 ตามลำดับ ดังนี้ 0.25, 0.21, 0.21 episode per patient – year⁹ พยาบาลไตเทียมเฉพาะทางล้างไตทางช่องท้อง จึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง ตามมาตรฐานอย่างใกล้ชิดทุกขั้นตอน รวมถึงการดูแลแบบองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคมและจิตวิญญาณ การที่พยาบาลไตเทียมเฉพาะทางล้างไตทางช่องท้องมีความรู้และทักษะในการดูแล จัดโปรแกรมการสอนการล้างไตทางช่องท้องตามมาตรฐาน เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถล้างไตทางช่องท้องที่บ้านได้อย่างถูกต้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดี^{5,7} โปรแกรมการให้ความรู้ การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อให้การพยาบาลได้อย่างครอบคลุม ผู้ศึกษาได้นำแนวคิด 11 แบบแผนของกอร์ดอน กระบวนการพยาบาลและทฤษฎีดูแลตัวเอง (self care theory) ของโอเรม เพื่อการวางแผนการพยาบาลแรกรับจนถึงสิ้นสุดการศึกษาเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยรายกรณี จำนวน 2 ราย โดยแนวทางการป้องกันและโปรแกรมการสอนการล้างไตทางช่องท้องเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบตามหลักฐานทางวิชาการ international society for peritoneal dialysis (ISPD) guideline ทบทวนใหม่ ค.ศ.2022 พบว่าการป้องกันการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ คือ การดูแลแผลช่องทางออกของสายท่อล้างไต เทคนิคการล้างไตที่

ถูกต้อง ลดการปนเปื้อน โปรแกรมการสอนล้างไตที่ครอบคลุม^{6,9,10} โดยนำกระบวนการพยาบาลแรกรับจนถึงสิ้นสุดการศึกษา ร่วมกับทีมสหสาขาเพื่อเป็นแนวทางในการจัดทำโปรแกรมการสอนล้างไตในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องรายใหม่และเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ ให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นแนวทางในการจัดทำโปรแกรมสอนล้างไตทางช่องท้องรายใหม่
2. เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ

วิธีการศึกษา

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผู้ป่วยรายกรณีแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในช่วง เดือน มีนาคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2569 จำนวน 2 ราย
2. ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำข้อมูลมาวิเคราะห์วางแผนการพยาบาลและนำสู่การปฏิบัติการพยาบาล
3. สรุปผลการศึกษาเพื่อรวบรวมข้อมูลและปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยเพื่อหาแนวทางแก้ไข

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาได้ทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลสามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องทั้ง 2 ราย มาด้วยอาการปวดท้องน้ำยาล้างไตขุ่นเหมือนกัน โดยแพทย์ให้การรักษาโดยการให้นอนโรงพยาบาลเพื่อให้ยาปฏิชีวนะผลพบว่าผู้ป่วยรายที่ 1 ผลเพาะเชื้อพบเชื้อแกรมลบ การรักษาไม่ตอบสนองต่อการให้ยาจึงจำเป็นต้องสิ้นสุดการรักษาด้วยการล้างไต

ทางช่องท้องเปลี่ยนมารักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมชั่วคราว ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ผลเพาะเชื้อพบเชื้อราต้องผ่าตัดเอาสายท่อล้างไตออกและเปลี่ยนมารักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแบบชั่วคราว

ตารางที่ 1 การศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ ในผู้ป่วยล้างไตที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ กรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
เพศและอายุ	เพศหญิง อายุ 35 ปี	เพศหญิง อายุ 50 ปี
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษาปีที่ 6	ประถมศึกษาปีที่ 6
สถานภาพสมรส	สมรส	สมรส
อาชีพ	ทำนา	ทำนา
สิทธิการรักษา	บัตรทอง	บัตรทอง
ภูมิลำเนา	อำเภอหนองคู จังหวัดกาฬสินธุ์	อำเภอยางสีสุราช จังหวัดกาฬสินธุ์
วันที่เข้ารับการรักษา	26 มีนาคม 2569	21 มีนาคม 2569
วันที่จำหน่าย	สิ้นสุดการศึกษา 10 เมษายน 2569	4 เมษายน 2569
การวินิจฉัยแรกเริ่ม	infected CAPD	infected CAPD
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	BUN 44 mg/dl Creatinine 9.58 mg/dl eGFR 7 mL/min/1.73m ² albumin 3.7 g/dl WBC 8,500 cell/mm ³ Neutrophils 90.6 % Hb 9.8 % hct 28.5 % PDF cell count 1150 cell/mm ³ PMN 87 % (26 มีนาคม 2569) PDF culture พบเชื้อ Citrobacter amalonaticus (26 มีนาคม 2569)	BUN 20 mg/dl Creatinine 5.73 mg/dl eGFR 8 mL/min/1.73m ² albumin 1.8 g/dl WBC 12,400 cell/mm ³ Neutrophils 80.4 % Hb 6.4 % hct 19.1 % PDF cell count 6420 cell/mm ³ PMN 95 % (21 มีนาคม 2569) PDF culture พบเชื้อ candida non albican (25 มีนาคม 2569)
ผลการตรวจร่างกาย	ตรวจร่างกาย Abdominal distension generalized tender Voluntary guarding rebound positive ,most tender RUQ No Pitting edema	ตรวจร่างกาย Abdominal soft mild tender No Pitting edema
การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย	Citrobacter amalonaticus infected CAPD	fungus infected CAPD
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	ปวดท้อง ถ่ายเหลว น้ำยาล้างไตขุ่น มา 1 วัน	ปวดท้อง ถ่ายเหลว 5 ครั้ง น้ำยาล้างไตขุ่น ก่อนมา 8 ชม.
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	ปี2557 ผู้ป่วยเริ่มล้างไตทางช่องท้อง 1 วันก่อนมา รับประทานอาหารผัดหอย มีอาการปวดท้อง ถ่ายเหลว 10 ครั้ง น้ำยาล้างไตขุ่น ญาติจึงนำส่ง รพ.	ปี2566 ผู้ป่วยเริ่มล้างไตทางช่องท้อง 8 ชม.ก่อนมา มีอาการปวดท้องน้ำยาล้างไตขุ่น ถ่ายเหลว 5 ครั้ง ญาติจึงนำส่ง รพ.
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ปี 2551 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ปี 2557 ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้อง ในปี 2557	13 ปี ก่อน ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง รักษาที่โรงพยาบาลมาตลอดโดยเบาหวานได้ยาเบาหวานแบบฉีด

ตารางที่ 1 การศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ ในผู้ป่วยลำไส้ที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ
กรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
		ปี 2566 ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้อง ในปี 2566

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบปัญหา ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 1 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดท้องจากภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ ข้อมูลสนับสนุน S : ผู้ป่วยบอกว่า “ ปวดท้องมาก ” O : ตรวจร่างกาย Abdominal distension generalized tender Voluntary guarding rebound positive ,most tender RUQ O : นอนคว่ำหมดตลอดเวลา O : pain score 10 คะแนน วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายบรรเทาอาการปวด กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินลักษณะอาการและความรุนแรงของอาการปวดท้องโดยใช้แบบประเมิน Pain score การหายใจ การตรวจวัดสัญญาณชีพ 2. ให้การพยาบาลด้วยการล้างไตโดยการเปลี่ยนน้ำยาเข้าออกติดต่อกัน 3 ถัง เพื่อลดอาการปวดท้อง 3. ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล 4. จัดท่านอนศีรษะสูง/ท่านอนให้อยู่ในท่าที่สุขสบาย 5. รายงานแพทย์ 6. สอนการ Relaxation Technique เพื่อบรรเทาอาการ เช่น การหายใจช้าๆ เป็นจังหวะ ลดสิ่งเร้าทางอารมณ์ เบี่ยงเบนความสนใจ 7. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบ สงบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้พัก 8. จัดกิจกรรมการพยาบาลให้อยู่ช่วงเวลาเดียวกัน/ไม่รบกวนผู้ป่วยขณะพักผ่อน/ นอนหลับ 9. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา tramal 25 mg prn q 8 hrs. 10. ประเมินอาการปวดท้องหลังให้การพยาบาล การประเมินผล 1. pain scale 5 คะแนน 2. หลับได้กลางคืนวันละ 5-6 ชั่วโมง กลางวันนอนได้ 1-2 ชั่วโมง ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 2 ผู้ป่วยมีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ ข้อมูลสนับสนุน S : ผู้ป่วยบอกว่า “ น้ำยาล้างไตขุ่น ปวดท้อง ” O : น้ำยาล้างไตขุ่น สาย TK พบจุดสีขาว O : ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ WBC 12,400 cell/mm³ Neutrophils 80.4 %	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 1 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดท้องจากภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ ข้อมูลสนับสนุน S : ผู้ป่วยบอกว่า “ ปวดท้องมาก ” O : Abdominal mild tender O : น้ำยาล้างไตไหลเข้าออกช้า O : pain score 8 คะแนน วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายบรรเทาอาการปวด กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินลักษณะอาการและความรุนแรงของอาการปวดท้องโดยใช้แบบประเมิน Pain score การหายใจ การตรวจวัดสัญญาณชีพ 2. ให้การพยาบาลด้วยการล้างไตโดยการเปลี่ยนน้ำยาเข้าออกติดต่อกัน 3 ถัง เพื่อลดอาการปวดท้อง 3. ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล 4. จัดท่านอนศีรษะสูง/ท่านอนให้อยู่ในท่าที่สุขสบาย 5. รายงานแพทย์ 6. สอนการ Relaxation Technique เพื่อบรรเทาอาการ เช่น การหายใจช้าๆ เป็นจังหวะ ลดสิ่งเร้าทางอารมณ์ เบี่ยงเบนความสนใจ 7. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบ สงบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้พัก 8. จัดกิจกรรมการพยาบาลให้อยู่ช่วงเวลาเดียวกัน/ไม่รบกวนผู้ป่วยขณะพักผ่อน/ นอนหลับ 9. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา paracetamol 500 mg.1 tab oral prn q 4-6 hrs. 10. ประเมินอาการปวดท้องหลังให้การพยาบาล การประเมินผล 1. pain scale 8 คะแนน 2. หลับได้กลางคืนวันละ 5-6 ชั่วโมง กลางวันนอนได้ 1-3 ชั่วโมง ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 2 ผู้ป่วยมีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ ข้อมูลสนับสนุน S : ผู้ป่วยบอกว่า “ น้ำยาล้างไตขุ่น ปวดท้อง ” O : น้ำยาล้างไตขุ่น สาย TK พบจุดสีขาว O : ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ WBC 12,400 cell/mm³ Neutrophils 80.4 %

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบปัญหา ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
WBC 8,500 cell/mm3 Neutrophils 90.6 % PDF cell count 1150 cell/mm3 PMN 87 % (26 มีนาคม 2569) PDF culture พบเชื้อ Citrobacter amalonaticus (26 มีนาคม 2569) วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ เช่น อาการไข้ หนาวสั่น ปวดท้อง น้ำยาล้างไตที่ปล่อยออกมา มีสีขาวขุ่น เป็นวัน เป็นต้น พร้อมทั้งซักประวัติที่เสี่ยงต่อการปนเปื้อนของระบบ สายรั้ว ความผิดพลาดในการเปลี่ยนถ่ายน้ำยา ขั้นตอนการล้างมือ และประวัติท้องผูก หรือถ่ายเหลว การรับประทานอาหารเพื่อรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเกิด เยื่อช่องท้องอักเสบ 2. ประเมินลักษณะอาการและความรุนแรงของอาการปวดท้อง อาการไข้ การหายใจ การตรวจวัดสัญญาณชีพ โดยเฉพาะ อุณหภูมิ การแสดงออกทางสีหน้าเพื่อประเมินถึงความรุนแรงของการติดเชื้อ 3. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา fortum 1 gm ip รอบสุดท้าย cefazolin 1 gm ip รอบสุดท้าย 4. ติดตามการตรวจทางห้องปฏิบัติการ PDF cell count PDF culture การประเมินผล 1. น้ำยาออกจากช่องท้องขุ่น 2. มีไข้ อุณหภูมิของร่างกาย อยู่ในช่วง 37.6 – 38.5 องศาเซลเซียส 3. PDF cell count 4,400 cell/mm³ PMN 93 % (30 มีนาคม 2569) 4. แพทย์พิจารณา remove tenckoff catheter (30 มีนาคม 2569) ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 3 มีความทนต่อการทำกิจกรรมลดลงจากการเจ็บป่วย ข้อมูลสนับสนุน S : ผู้ป่วยบอกว่า “เหนื่อย” O : ทำทางอ่อนเพลีย O : ผู้ป่วยติดเชื้อในช่องท้อง วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ 2. เพื่อให้ผู้ป่วยอาการเหนื่อยเพลียลดลง กิจกรรมการพยาบาล 1. ซักถามอาการเหนื่อย อ่อนเพลียของผู้ป่วย และอาการหายใจหอบเหนื่อย วัดสัญญาณชีพ	PDF cell count 6,420 cell/mm3 PMN 95 % (21 มีนาคม 2569) PDF culture พบเชื้อ candida non albican (25 มีนาคม 2569) วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินสายท่อล้างไต ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ เช่น อาการไข้ หนาวสั่น ปวดท้อง น้ำยาล้างไตที่ปล่อยออกมา มีสีขาวขุ่น เป็นวัน เป็นต้น พร้อมทั้งซักประวัติที่เสี่ยงต่อการปนเปื้อนของระบบ สายรั้ว ความผิดพลาดในการเปลี่ยนถ่ายน้ำยา ขั้นตอนการล้างมือ และประวัติท้องผูก หรือถ่ายเหลว การรับประทานอาหารเพื่อรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเกิด เยื่อช่องท้องอักเสบ 2. ประเมินลักษณะอาการและความรุนแรงของอาการปวดท้อง อาการไข้ การหายใจ การตรวจวัดสัญญาณชีพ โดยเฉพาะ อุณหภูมิ การแสดงออกทางสีหน้าเพื่อประเมินถึงความรุนแรงของการติดเชื้อ 3. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา tazocin 4.5 gm iv drip stat then 2.25 gm iv q 8 hrs. amikacin 150 mg. add in PDF 2,000 mL. รอบสุดท้าย 4. ให้ Amphotericin B 40 mg + DW 300 mL iv in 6 hrs. paracetamol 500 mg 1 tab และ CPM 10 mg ก่อนให้ Amphotericin B 5. ติดตามการตรวจทางห้องปฏิบัติการ PDF cell count PDF culture การประเมินผล 1. น้ำยาออกจากช่องท้องขุ่น 2. ไม่มีไข้ อุณหภูมิของร่างกาย 37 องศาเซลเซียส 3. PDF culture พบเชื้อ candida non albican (25 มีนาคม 2569) ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 3 มีความทนต่อการทำกิจกรรมลดลงจากการเจ็บป่วย ข้อมูลสนับสนุน S : ผู้ป่วยบอกว่า “เหนื่อย” O : ทำทางอ่อนเพลีย ซีด O : Hb 6.4 % Hct 19.1 % O : ผู้ป่วยติดเชื้อในช่องท้อง O : albumin 1.8 g/dl วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ 2. เพื่อให้ผู้ป่วยอาการเหนื่อยเพลียลดลง กิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบปัญหา ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
2. ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วย ประเมินความเหนื่อย อ่อนเพลีย อาการหายใจหอบเหนื่อยขณะ ทำกิจกรรมต่างๆ อาการเจ็บหน้าอกขณะทำกิจกรรม 3. ดูแลล่างไตทางช่องท้องด้วย 1.5 % PDF 2,000 ml. x 4 cycle dwell 4-6 hrs. 4. แนะนำให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ และปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันที่เหมาะสม แบ่งเวลาที่จะให้ผู้ป่วยพัก และกำหนด กิจกรรมโดยให้พักเป็นระยะๆ และหยุดกิจกรรมเมื่อรู้สึกเหนื่อย วิงเวียน หน้ามืด 5. แนะนำให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น การช่วยทำ กิจวัตรประจำวัน การล้างหน้า เปลี่ยนเสื้อผ้า 6. ดูแลให้ได้รับสายอาหารครบ 5 หมู่ และพลังงานเพียงพอ โดยคำนวณตามน้ำหนักตัว $46 \text{ kg} \times 35 \text{ kcal} = 1,610 \text{ kcal}$. โปรตีน 1.2-1.3 gm /kg/day เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ 7. ให้ยา Hypercrit 4,000 unit sc q วันอังคาร การประเมินผล ผู้ป่วยยังมีอาการอ่อนเพลีย แต่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันได้บางส่วน ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 4 ขาดความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติตัว ในการล้างไตทางช่องท้อง ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ป่วยบอกว่า “กินผิดหอยคิดว่ากินแล้วไม่เป็นอะไร” S : ญาติผู้ป่วยบอก “ผู้ป่วยไม่ค่อยทำตามคำแนะนำบอกว่าชอกกิน ก่อนวันนั้น” O: มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ กิจกรรมการพยาบาล 1. ก่อนที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจเข้ารับการรักษาบำบัดทดแทนไต ควรผ่าน กระบวนการให้คำปรึกษา Shared decision-making เพื่อให้มีความเข้าใจอย่างถูกต้องเกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพ การรักษา กระบวนการล้างไตทางช่องท้อง ผลกระทบจากการล้างไตทางช่องท้อง ทั้งผลดีและผลเสีย การปฏิบัติตนในขณะที่ได้รับการรักษาพร้อมกับกระตุ้นและสนับสนุนผู้ป่วยให้แสดงออกถึงความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง 2. ค้นหาความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้สึกไร้พลังอำนาจ สังเกตพฤติกรรมที่แสดงถึงการสูญเสียภาพลักษณ์ ตนเองไร้ค่า เช่นการแยกตัว การไม่ร่วมมือในการรักษา ประเมินว่าผู้ป่วยเผชิญปัญหาเหมาะสมหรือไม่ 3. ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคและการล้างไตทางช่องท้อง ประเมินระดับความวิตกกังวล อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงการรักษา และขั้นตอนการปฏิบัติในการรักษา ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและตามที่ผู้ป่วยต้องการ 4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ความไม่สบายใจ ข้อข้องใจ พยาบาลควรรับฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจ จัดให้ได้พูดคุยกันในระหว่าง กลุ่มผู้ป่วยด้วยกัน ให้เวลาในการปรับตัว	1. ซักถามอาการเหนื่อย อ่อนเพลียของผู้ป่วย และอาการหายใจ หอบเหนื่อย วัดสัญญาณชีพ ให้เลือด PRC 1 unit iv drip in 4 hrs. 2. ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วย ประเมินความเหนื่อย อ่อนเพลีย อาการหายใจหอบเหนื่อยขณะ ทำกิจกรรมต่างๆ อาการเจ็บหน้าอกขณะทำกิจกรรม 3. ดูแลล่างไตทางช่องท้องด้วย 1.5 % PDF 1,500 ml. x 4 cycle dwell 4-6 hrs. 4. แนะนำให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ และปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันที่เหมาะสม แบ่งเวลาที่จะให้ผู้ป่วยพัก และกำหนด กิจกรรมโดยให้พักเป็นระยะๆ และหยุดกิจกรรมเมื่อรู้สึกเหนื่อย วิงเวียน หน้ามืด 5. แนะนำให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น การช่วยทำ กิจวัตรประจำวัน การล้างหน้า เปลี่ยนเสื้อผ้า 6. ดูแลให้ได้รับสายอาหารครบ 5 หมู่ และพลังงานเพียงพอ โดยคำนวณตามน้ำหนักตัว $43 \text{ kg} \times 35 \text{ kcal} = 1505 \text{ kcal}$. โปรตีน 1.2-1.3 gm /kg/day เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ 7. ให้ยา Hemaplas 4,000 unit sc q วันอังคารและวันศุกร์ การประเมินผล ผู้ป่วยยังมีอาการอ่อนเพลีย แต่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันได้บางส่วน ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ขาดความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติตัว ในการล้างไตทางช่องท้อง ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ป่วยบอกว่า “บางครั้งล้างมือไม่ครบขั้นตอน” O: มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ กิจกรรมการพยาบาล 1. ก่อนที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจเข้ารับการรักษาบำบัดทดแทนไต ควรผ่าน กระบวนการให้คำปรึกษา Shared decision-making เพื่อให้มีความเข้าใจอย่างถูกต้องเกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพ การรักษา กระบวนการล้างไตทางช่องท้อง ผลกระทบจากการล้างไตทางช่องท้อง ทั้งผลดีและผลเสีย การปฏิบัติตนในขณะที่ได้รับการรักษาพร้อมกับกระตุ้นและสนับสนุนผู้ป่วยให้แสดงออกถึงความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง 2. ค้นหาความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้สึกไร้พลังอำนาจ สังเกตพฤติกรรมที่แสดงถึงการสูญเสียภาพลักษณ์ ตนเองไร้ค่า เช่นการแยกตัว การไม่ร่วมมือในการรักษา ประเมินว่าผู้ป่วยเผชิญปัญหาเหมาะสมหรือไม่ 3. ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคและการล้างไตทางช่องท้อง ประเมินระดับความวิตกกังวล อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงการรักษา และขั้นตอนการปฏิบัติในการรักษา ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและตามที่ผู้ป่วยต้องการ

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบปัญหา ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกถึงการวางแผนในการดูแลตนเองและให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงการรักษา 6. สร้างบรรยากาศในการส่งเสริมความรู้สึกรักคุณค่า เสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วย 7. พยายามให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล ค้นหาบทบาท ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการรักษาและความเจ็บป่วย อธิบายให้ญาติและผู้ดูแลเข้าใจกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถช่วยเหลือให้กำลังใจผู้ป่วย 8. จัดให้ผู้ป่วยพบกับผู้ป่วยที่ล้าทางช่องท้องมาเป็นเวลานาน และมีการปรับตัวที่ดี มีพฤติกรรมสุขภาพดี มาเป็นตัวอย่าง เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพการเจ็บป่วยเรื้อรังและการรักษา และมีความตั้งใจปฏิบัติตามแผนการรักษา 9. ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตั้งจุดมุ่งหมายในการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษา เมื่อปฏิบัติได้สำเร็จ บุคลากรและญาติควรให้กำลังใจและสนับสนุนเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ต่อไป 10. เมื่อผู้ป่วยมีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ พยาบาลไตเทียมเฉพาะทางล้าทางช่องท้องพิจารณา retraining peritoneal program พร้อมประเมินทักษะการล้าทางไต 11. พุดคุยให้กำลังใจและชื่นชมเมื่อผู้ป่วยล้าทางไตถูกต้องตามขั้นตอนล้าทางไต การประเมินผล 1. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา 2. เนื่องจากการศึกษาไม่ตอบสนองต่อการให้ยาจึงจำเป็นต้องสิ้นสุดการรักษาด้วยการล้าทางไตเปลี่ยนเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (31 มีนาคม 2569) จึงสิ้นสุดการศึกษกรณีศึกษารายที่ 1 ในวันที่ 31 มีนาคม 2569	4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ความไม่สบายใจ ข้อข้องใจ พยาบาลควรรับฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจ จัดให้ได้พูดคุยกันระหว่างกลุ่มผู้ป่วยด้วยกัน ให้เวลาในการปรับตัว 5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกถึงการวางแผนในการดูแลตนเองและให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงการรักษา 6. สร้างบรรยากาศในการส่งเสริมความรู้สึกรักคุณค่า เสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วย 7. พยายามให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล ค้นหาบทบาท ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการรักษาและความเจ็บป่วย อธิบายให้ญาติและผู้ดูแลเข้าใจกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถช่วยเหลือให้กำลังใจผู้ป่วย 8. จัดให้ผู้ป่วยพบกับผู้ป่วยที่ล้าทางช่องท้องมาเป็นเวลานาน และมีการปรับตัวที่ดี มีพฤติกรรมสุขภาพดี มาเป็นตัวอย่าง เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพการเจ็บป่วยเรื้อรังและการรักษา และมีความตั้งใจปฏิบัติตามแผนการรักษา 9. ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตั้งจุดมุ่งหมายในการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษา เมื่อปฏิบัติได้สำเร็จ บุคลากรและญาติควรให้กำลังใจและสนับสนุนเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ต่อไป 10. เมื่อผู้ป่วยมีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ พยาบาลไตเทียมเฉพาะทางล้าทางช่องท้องพิจารณา retraining peritoneal program พร้อมประเมินทักษะการล้าทางไต และการให้คิดถึงหลักการล้ามือที่ถูกต้อง 11. พุดคุยให้กำลังใจและชื่นชมเมื่อผู้ป่วยล้าทางไตถูกต้องตามขั้นตอนล้าทางไต การประเมินผล 1. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา 2. ให้ผู้ป่วยล้าทางไตเองสามารถล้ามือถูกขั้นตอน และล้าทางไตได้ถูกต้องตามขั้นตอน

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาผู้ป่วยล้าทางช่องท้องที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นการศึกษาในขณะที่ผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 35 ปี อาการสำคัญ ปวดท้อง ถ่ายเหลว น้ำยาล้างไตขุ่น มา 1 วัน ให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะต่อเนื่อง 5 วัน พบว่าผู้ป่วยมีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบติดเชื้อรุนแรง ไม่ตอบสนองต่อการให้ยาส่งผลให้ไม่สามารถรับการรักษาด้วยการล้าทางไต

ทางช่องท้องแบบต่อเนื่องได้ แพทย์จึงได้พิจารณาหยุดการทำ ล้าทางช่องท้อง remove tenckhoff catheter และเปลี่ยนแผนการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแบบชั่วคราว จึงสิ้นสุดการรักษาในวันที่ 10 เมษายน 2569 ระยะเวลาศึกษา จำนวน 6 วัน

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 50 ปี อาการสำคัญ ปวดท้อง ถ่ายเหลว 5 ครั้ง น้ำยาล้างไตขุ่น ก่อนมา 8 ชม. ให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ

ผสมกับน้ำยาล้างไตกับผู้ป่วย ผู้ป่วยรายนี้ผลเพาะเชื้อพบเชื้อรา แพทย์จึงได้พิจารณาหยุดการทำล้างไตทางช่องท้อง remove tenckhoff catheter และเปลี่ยนแผนการรักษา โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแบบชั่วคราว จึงสิ้นสุดการรักษาในวันที่ 4 เมษายน 2569 ระยะเวลาศึกษา จำนวน 6 วัน พยาบาลไตเทียมเฉพาะทางล้างไตทางช่องท้อง จึงจำเป็นต้องมีสมรรถนะ มีความเชี่ยวชาญ ในการสอนการล้างไตให้ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย สามารถล้างไตที่บ้านตามมาตรฐาน ร่วมกับการวางแผนการจำหน่าย อย่างมีระบบและมีแบบแผนที่ชัดเจนเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ที่บ้าน

อย่างปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป^{7,8,10}

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยการให้ความรู้และการฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน
2. ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบทุกรายควรมีการ retraining peritoneal dialysis program ทุกครั้ง เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ

เอกสารอ้างอิง

1. กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล. (2565). ระบาดวิทยาและการทบทวนมาตรการป้องกันโรคไตเรื้อรัง. นนทบุรี
2. ชนิดาภา อยู่พงษ์. (2566). ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้และการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง. เข้าถึงได้จาก <https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/index.php?fn=detail&sid=230#posted>
3. ชัญญุพัชร รัตนเดชพงศ์สิน. (2565). คุณภาพชีวิต และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. PCFM Vol 5 No. 4 Oct-Dec 2022:276-286.
4. เกลี้ยงศักดิ์ กาญจนบุษย์. (2560). แนวปฏิบัติการล้างไตทางช่องท้อง พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ. เฮลท์ เวิร์ค พลัส จำกัด.
5. นันทา มหิธรันท์และปิ่นแก้ว. (2566). ข้อเสนอแนะการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดและผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง. กรุงเทพฯ. สำนักพิมพ์เวชสาร.
6. ปิยรัตน์ โรจน์สง่า. (2565). คณะกรรมการทำนุทางคลินิกเพื่อทำนายการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง. ศรีนครินทร์เวชสาร.
7. มงคล วารีย์, นภลัย แสงโพธิ์, อัญญาณี ฮองตัน และชญญาวีร์ ไชยวงศ์. (2568). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อสถานะสุขภาพ พฤติกรรมการจัดการตนเองและพฤติกรรมป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบกลับซ้ำของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา, 8(1), หน้า 25-37.
8. ราตรี สัจจินดาและชนัญชิตา หาจันดา.(2562). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 (พ.ค.-ส.ค.62) หน้า 54
9. เวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. (2567). รายงานสถิติผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD) ประจำปี พ.ศ. 2567–2569. กาฬสินธุ์: โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ .10. สัราณ พลเดชา, สุนันท์ นกทองและวัลลภา ช่างเจรจา. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องในผู้ป่วยล้างไตในช่องท้องอย่างต่อเนื่องโรงพยาบาลบึงกาฬ. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 (ก.ย.-ธ.ค. 61) หน้า 3.
11. Kai Ming Chow, Philip Kam-Tao Lil, Yeoungjee Cho, Ali Abu-Alfa, Sunita Bavanandan. et al. (2023). ISPD Catheter-related InfectionRecommendations: 2023 Update. Peritoneal Dialysis International
12. Philip Kam-Tao Lil, Kai Ming Chow, Yeoungjee Cho, Stanley Fan, Ana E Figueiredo. et al. (2022). ISPD peritonitis guideline recommendations:2022 update on prevention and treatment. Peritoneal Dialysis International 2022, Vol. 42(2) 110-153.

การพยาบาลผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่มีโรคร่วมที่ได้รับการเปลี่ยนข้อเข่าเทียม Nursing Care for an Elderly Patient Undergoing Total Knee Arthroplasty with Multiple Comorbidities: A Case Study.

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

อรรรจนา จุ้ยสาย¹
Atjana Juisai¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีความซับซ้อนจากการมีโรคร่วม ในการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม กรณีศึกษาคือผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 80 ปี ภูมิลำเนาจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีอาการสำคัญคือปวดเข่าซ้ายและเดินลำบากมานาน 1 เดือน ตรวจร่างกายพบข้อเข่าซ้ายโก่งงอ ผลภาพถ่ายทางรังสีวินิจฉัย เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis) ทั้งยังมีโรคร่วมสำคัญคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเส้นเลือดหัวใจตีบที่เคยได้รับการทำบอลลูน และมีภาวะสายตามัวทั้งสองข้าง

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมข้างซ้าย (Lt TKA) เมื่อวันที่ 6 สิงหาคม 2568 การผ่าตัดเป็นไปด้วยความเรียบร้อย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการมีโรคร่วม สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ในวันที่ 4 หลังผ่าตัด ผลการติดตามอาการใน 1 เดือนต่อมาพบว่าผู้ป่วยสามารถเดินได้ปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: ข้อเข่าเสื่อม, การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม, ผู้สูงอายุ, กระบวนการพยาบาล

Abstract

This study aims to present the nursing care process for an elderly patient with complex comorbidities during the preoperative preparation for Total Knee Arthroplasty (TKA). The case study involves an 80-year-old Thai female from Phra Nakhon Si Ayutthaya Province, presenting with a one-month history of severe left knee pain and difficulty walking. Physical examination revealed a varus deformity of the left knee, and radiographic findings confirmed osteoarthritis. Significant comorbidities included hypertension, coronary artery disease (post-balloon angioplasty), and bilateral blurred vision.

Results: The patient successfully underwent Left Total Knee Arthroplasty (Lt TKA) on August 6, 2025. The procedure was completed without complications despite the high-risk profile. The patient was discharged on the fourth postoperative day. A one-month follow-up showed that the patient regained the ability to walk normally, remained free of complications, and reported an improved quality of life.

Keywords: Osteoarthritis, Total Knee Arthroplasty, Elderly, Nursing care process

¹ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

บทนำ

โรคข้อเข่าเสื่อม” ถือเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งเกิดจากการใช้งานของข้อเข่ามาเป็นเวลานาน (Primary OA knee) แต่ในปัจจุบันพบว่า โรคข้อเข่าเสื่อมพบได้บ่อยขึ้นในผู้ที่ยังอายุน้อย โดยเฉพาะในช่วงวัยกลางคน และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสาเหตุอาจจะไม่ได้เป็นเรื่องของอายุ แต่เป็นเรื่องของการมีน้ำหนักตัวเกิน และการใช้ข้อเข่ามากเกินไปหรือใช้ผิดท่าผิดวิธี จนทำให้เกิดปัญหาข้อเข่าเสื่อมเร็วกว่าปกติ มีอาการปวดขัดที่ข้อเข่า ไปจนถึงมีความเจ็บปวดอย่างรุนแรง แม้โรคข้อเข่าเสื่อมจะเกิดขึ้นได้เมื่ออายุมากขึ้น ปัจจุบันก็มีแนวทางในการรักษาที่เหมาะสมในแต่ละบุคคลหลายวิธี ดังนั้นหากเริ่มมีความผิดปกติที่ข้อเข่า ควรให้ความสำคัญ และเริ่มดูแลรักษาอาการตั้งแต่นั้นๆ ในกรณีที่เริ่มมีอาการเจ็บปวด ใช้ชีวิตลำบาก แนะนำควรปรึกษาแพทย์ เพื่อเข้ารับการตรวจวินิจฉัยหาสาเหตุที่แท้จริง พร้อมวางแผนแนวทางการรักษาอย่างถูกวิธี ก็จะช่วยลดความรุนแรง การลุกลาม และลดความเจ็บปวดทรมาน ให้กลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ แต่หากอาการรุนแรงการรักษาโดยการผ่าตัดแต่ละแบบจะเหมาะสมกับลักษณะปัญหาของคนไข้และบุคคล ซึ่งก่อนทำการรักษาด้วยการผ่าตัด จะมีการตรวจประเมินและวางแผนการรักษา ร่วมกับคนไข้ ด้วยการพิจารณาจากประวัติความเจ็บป่วย ลักษณะการเดิน ตรวจดูรูปร่างของเข่า ลักษณะกล้ามเนื้อขาและรอบเข่า สังเกตอาการอักเสบ ปวด บวม แดง ร้อน ดูการเคลื่อนไหวของข้อ การงอ การเหยียด และฟังเสียงกรอบแกรบ ร่วมกับการทำเอกซเรย์ CT scan หรือ MRI ร่วมด้วย^{1,2}

จากสถิติผู้ป่วยในแผนกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา พบว่า มีผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2564-2566 มีผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัด 226, 237 และ 248 ราย ตามลำดับ โดยพบภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญหลังผ่าตัด คือ การติดเชื้อข้อเทียมหลังผ่าตัด

จำนวน 10 ราย และข้อเข่าหลุดหลังผ่าตัดจำนวน 7 ราย³ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้เป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำ ทำให้เสียโอกาสในการทำงานส่งผลกระทบให้ขาดรายได้ รวมถึงค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นบุคคลในทีมดูแลที่มีความสำคัญ ในการบริหารจัดการตั้งแต่พบผู้ป่วยครั้งแรก มีการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามเป้าหมายที่กำหนด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างถูกต้องส่งผลให้ฟื้นตัวเร็ว และสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ปกติ⁴ ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมและมีโรคร่วม เพื่อนำผลการศึกษามาพัฒนา ปรับปรุงแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยข้อเข่าเทียมโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ให้ได้มาตรฐาน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค การประเมิน และวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ที่มารับการรักษาที่แผนกห้องตรวจ ศัลยกรรมกระดูก กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ตั้งแต่ระยะก่อนตรวจ ขณะตรวจ และหลังตรวจ

วิธีการศึกษา

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 80 ปี สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย สถานภาพ สมรส ภูมิลำเนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาได้ทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล

สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วม การศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการ ใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษา ครั้งนี้จะไม่มีเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวม และใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

อาการสำคัญ:

ปวดเข้าซ้าย เดินลำบาก 1 เดือน ก่อนมา โรงพยาบาล วันนั้นแพทย์นัดมาทำผ่าตัด

ประวัติความเจ็บป่วยปัจจุบัน:

1 ปีก่อนมา ปวดเข้า เป็น ๆ หาย ๆ พอเดิน ได้ มารับการรักษา แพทย์ให้ยาปรับประทุนบรรเทา ปวด อาการดีขึ้น จึงไม่มาตามนัด

6 เดือนก่อนมา ปวดเข้าซ้ายมากขึ้น เดิน ไกล ๆ จะปวดมาก มารับการรักษา ตรวจตามนัด ได้ยาปรับประทุน ส่งตรวจมวลกระดูก ค่า T SCORE: Left Femur bone: -1.4 Right Femur bone: -1. ผลแสดงว่ามีภาวะกระดูกพรุน

3 เดือน ก่อนมาปวดเข้าซ้ายมาก เข้าเริ่มโค้ง งอ ปวดมากเวลาเดินลงน้ำหนัก

1 สัปดาห์ก่อนมา ปวดเข้ามาก เดินลำบาก

ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต:

เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเส้นเลือดหัวใจ ตีบ ได้รับการรักษาโดยใช้บอลลูนขยายหลอดเลือด ตั้งแต่ ปี 2562

ประวัติการแพ้ยาและอาหาร:

ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร

ประวัติส่วนตัวและการเจ็บป่วยในครอบครัว:

ไม่มีใครเจ็บป่วยเป็นโรคร้ายแรงหรือมีโรค ประจำตัวใด ๆ

การประเมินสภาพร่างกายแรกรับ

หญิงไทย รูปร่างท้วม รู้สึกตัวดี ดูบวม ผิว สองสี ทำตามคำสั่งได้ ปนปวดขาซ้าย ข้อเข้าซ้าย โกง งอ ข้อเข้าข้างซ้ายขยับได้ไม่เต็มที่ มีอาการ ปวดเมื่อยขยับตัว สัญญาณชีพอุณหภูมิ 36.9 องศา

เซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/ นาที ความดันโลหิต 159/88 มิลลิเมตรปรอท O₂ sat 98-99 % น้ำหนักได้ 53.7 กิโลกรัม ส่วนสูง 154 เซนติเมตร

การตรวจร่างกายตามระบบ

ผิวหนัง: ผิวสองสี ผิวแห้ง ไม่มีบาดแผล ปลายมือปลายเท้า ไม่ซีด ไม่เขียว ไม่พบจ้ำเลือด ผิวหนังปกติ (Normal Skin Turgor) ผลการ ตรวจสอบ Capillary Filling Time 1-2 วินาที ไม่มีแขน ขาบวม

ศีรษะ ใบหน้าและลำคอ: ผมหงอกทั้งศีรษะ ผมหงอกและแห้ง กะโหลกศีรษะมีลักษณะขนาด รูปร่างปกติ ใบหน้าบวม เยื่อบุตาซีด ตามัว 2 ข้าง ไม่มีภาวะ Exophthalmos ภายในช่องปากและ เหงือกไม่มีบาดแผล ไม่พบ Neck Vein Engorged

ทรวงอก: ทรวงอกรูปร่างปกติ เคลื่อนไหว ตามจังหวะการหายใจ 2 ข้างเท่ากัน ฟังปอด ไม่ พบเสียง Crepitation อัตราการหายใจสม่ำเสมอ 22 ครั้ง/นาที

หัวใจและหลอดเลือด: หัวใจเต้นสม่ำเสมอ 84 ครั้ง/นาที ไม่พบเสียง murmur เป็นโรค ความดันโลหิตสูง โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ ความดัน โลหิต 159/98 มิลลิเมตรปรอท

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก: ขาซ้ายบวม ออกและสั้นกว่าขาข้างขวา 3 มิลลิเมตร

ระบบโลหิต และน้ำเหลือง: ผิวหนังดูซีด ไม่ เหลือง ไม่มีจ้ำเลือดหรือจุดเลือดออก คลำไม่พบ ต่อมน้ำเหลืองใด ๆ โต

ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์: อวัยวะสืบพันธุ์ปกติ ปัสสาวะเองได้ ไม่มีแสบขัด

สภาพจิตใจ และอารมณ์: ถามตอบ พูดคุยรู้ เรื่อง สีหน้า ดูวิตกกังวล คิ้วขมวดเล็กน้อย มักจะ ซักถามถึงอาการเจ็บป่วยและการผ่าตัด ไม่มี ประวัติเคยได้รับการบำบัดทางจิตในคลินิก หรือ โรงพยาบาล

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC: WBC 7, 1 60 cell/cu.mm, Neutrophil 70.3 % , Lymphocyte 21.4 % ,

Monocyte 7.2% , Eosinophil 0.7%, Basophil 0.6% , Hct 32.7% , FBS 104 mg/dl, BUN 18 mg/dl, Cr 0.66 mg/dl, eGFR 84 mL/min, Na 143 mmol/L, K 4 mmol/L, Cl 107 mmol/L, CO2 24 mmol/L, Chol 176, TG 62, Anti HIV: AN 001 PT 10.8 sec, INR 0.86, PTT 22.5 sec

การตรวจพิเศษอื่น ๆ

Chest X- Ray: ไม่มี Cardiomegaly ไม่มีภาวะหัวใจโต

Film Both Knee AP & Lateral : knee Osteoarthritis

EKG: Normal Sinus Rhythm
HR=60/min poor R wave progression
Lesion ผลการ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติจาก

ภาวะของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อัตราการเต้นของหัวใจ 60 ครั้งต่อนาที

สรุปอาการระยะก่อนตรวจ

ผู้ป่วยมาถึงหน้าห้องตรวจแผนกผู้ป่วยนอก ศัลยกรรมกระดูกเวลา 07.45 น. จากการประเมินสภาพทั่วไป รู้สึกตัวดี ขาซ้ายโก่งงอ นั่งรถเข็น ลูกสาวพามาตรวจ ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ผู้ป่วยมีอาการตามัวทั้ง 2 ข้าง มองเห็นไม่ชัด สีหน้าไม่สดชื่น คิวขมวด ปวดขาซ้าย เดินลำบาก อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 65 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 118/53 มิลลิเมตรปรอท Pain Score 5 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การพยาบาลระยะก่อนตรวจ 1. ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการปวดขาข้างซ้ายจากพยาธิสภาพของโรค	กิจกรรมการพยาบาล ให้ข้อที่อักเสบได้พักมากๆ โดยแนะนำจำกัดเรื่องการเคลื่อนไหวข้อเข่าที่อักเสบรุนแรงและมี อาการปวด ดูแลจัดทำที่สุกสบาย ใช้ผ้ารองบริเวณที่ผิวกดทับป้องกันการเสียดสี ประคบด้วยความเย็นบริเวณข้อที่ปวด เพื่อลดปวดบริเวณกล้ามเนื้อ ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวลเบามือ พุดคุยเบี่ยงเบนความสนใจและให้กำลังใจผู้ป่วยเวลาขยับ เคลื่อนไหวร่างกาย สอนการประเมินความปวด ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ได้แก่ยา Paracetamol , Tramadol การประเมินผล สีหน้าผ่อนคลาย พักผ่อนได้ บ่นปวดเข่าซ้ายลดลง ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 84 ครั้ง/นาที Pain Score 3 คะแนน
2. ความสามารถในการทำกิจวัตรลดลง เนื่องจากกล้ามเนื้อและข้ออ่อนแรงจากพยาธิสภาพของโรค ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย เดินลำบาก	กิจกรรมการพยาบาล ประสานงานกับศูนย์เปเลเปลี่ยนเป็นเปเลนอนคันใหญ่ ดูแลจัดทำที่สุกสบาย ใช้ผ้ารองบริเวณที่ผิวกดทับป้องกันการเสียดสี เกิดบาดแผล แนะนำญาติอยู่ใกล้ชิด จัดบริเวณที่สามารถมองเห็นได้ง่าย หลังให้การพยาบาลทุกครั้ง ดูแลช่วยเหลือในกิจกรรมการเคลื่อนไหวหรือเปลี่ยนอิริยาบถ ใส่รื้อกันเตียงก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง การประเมินผล ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้มในระหว่างรอตรวจ มีบุตรสาวอยู่ใกล้ชิดตลอดเวลา

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การพยาบาลระยะแพทย์ตรวจ ก่อนย้ายเข้าห้องตรวจ เตรียมเวชระเบียน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแจ้งให้ผู้ป่วยทราบ ช่วยแพทย์จัดทำและคอยช่วยเหลือขณะตรวจ แพทย์วางแผน Set Left Total Knee Arthroplasty (LT TKA) วันที่ 6 สิงหาคม 2568 ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล เพราะมีโรคประจำตัวหลายโรค ความดันโลหิตสูง เส้นเลือดหัวใจตีบนานแล้ว คิวขมวด บ่นว่า “ผ่าแล้วจะเดินได้หรือเปล่า” เมื่อสอบถามเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม วิธีการผ่าตัด ผู้ป่วยและญาติไม่เข้าใจว่าเหตุใดต้องเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ระยะแพทย์ตรวจพบปัญหาทางการพยาบาล 3. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและโรคที่เป็นอยู่ รวมทั้งการผ่าตัด	กิจกรรมการพยาบาล สอบถามและประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับ การปฏิบัติที่ผ่านๆ มา สาเหตุการเจ็บป่วยครั้งนี้ รับฟังปัญหา และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ไม่แสดงท่าทีหรือกริยาที่รำคาญ ให้เวลาแก่ผู้ป่วยในการซักถาม ตอบปัญหาข้อข้องใจ และระบายความรู้สึก เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยพูดคุย แลกเปลี่ยนข้อมูลที่ได้รับมาอย่างไม่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยทราบข้อมูลที่ถูกต้อง ทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับแผนการรักษาในครั้งนี้ว่า ผู้ป่วยมีภาวะข้อเข่าเสื่อมจำเป็นต้องได้รับการเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เพื่อมีผลดีกลับมาเดินได้ การประเมินผล ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น คลายความวิตกกังวล ต้องการเดินได้
4. ผู้ป่วยและญาติพร้อมความรู้เรื่องโรค	กิจกรรมการพยาบาล ประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ให้คำแนะนำเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค วิธีการผ่าตัดระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด การใช้ยาระงับความรู้สึก เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยและญาติซักถามปัญหา แนะนำการออกกำลังกาย กล้ามเนื้อขาทั้ง 2 ข้างให้แข็งแรง เพื่อให้การเดินหลังผ่าตัดดีขึ้นเร็ว การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม และการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม บอกการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง
5. ผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการผ่าตัด เนื่องจากมีโรคประจำตัวหลายโรค	กิจกรรมการพยาบาล ซักประวัติเกี่ยวกับการแพ้ยา โรคประจำตัว การผ่าตัดที่ผ่านมา การใช้ยาละลายลิ่มเลือด ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ยาสมุนไพรหรือยาชุด และประวัติยาโรคประจำตัว พร้อมกับตรวจร่างกาย เพื่อประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในการผ่าตัด ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC, BUN, Cr, Electrolyte, Anti HIV ผล EKG, Film Chest รวบรวมผลพร้อมเตรียมเวชระเบียน ส่งพบแพทย์เจ้าของไข้เพื่อประเมินความพร้อมในการผ่าตัด ส่งปรึกษาแพทย์อายุรกรรม เพื่อประเมินความเสี่ยงและความพร้อมในการผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวหลายโรค ส่งปรึกษาวินิจฉัยแพทย์เพื่อประเมินอาการ และ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติ แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด เช่น การงดยาละลายลิ่มเลือด และรับประทานยาโรคประจำตัวต่อเนื่อง การประเมินผล ผู้ป่วยได้รับการประเมินก่อนผ่าตัดครบถ้วน ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจวิธีการและขั้นตอนของการให้ยาระงับความรู้สึกและการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าตามความเหมาะสม ผู้ป่วยได้รับการประเมินความเสี่ยงก่อนผ่าตัดจากแพทย์อายุรกรรม ให้ผ่าตัดได้ โดยหยุด ASA ก่อนผ่าตัด 7 วัน (หยุดยา ASA วันที่ 30 กรกฎาคม 2568) และรับประทานยาโรคประจำตัวจนถึงวันผ่าตัด
การพยาบาลระยะหลังแพทย์ตรวจ 6. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม	กิจกรรมการพยาบาล อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค แผนการรักษาของแพทย์ว่าการผ่าตัดเป็นวิธีที่จะแก้ไขภาวะที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ได้ อธิบายถึงเหตุการณ์ในเช้าวันผ่าตัดว่าจะมีเจ้าหน้าที่จากห้องผ่าตัดไปรับผู้ป่วยด้วยเปลนอน ก่อนเวลานัดทำผ่าตัดประมาณ 30 นาที เมื่อถึงห้องผ่าตัดพยาบาลห้องผ่าตัดจะออกมารับผู้ป่วยเข้าไปในห้องผ่าตัด ขณะผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับยาระงับความรู้สึก ทำให้ไม่เจ็บปวดตลอดระยะเวลาการผ่าตัดและหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาลและพยาบาลห้องผ่าตัด อธิบายการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ได้แก่ เตรียมความสะอาดร่างกายทั่วไป เช่น การอาบน้ำ สระผม ทำความสะอาดผิวหนังทั่วร่างกาย แนะนำให้ผู้ปวยนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง เพราะการพักผ่อนอย่างเพียงพอจะทำให้ผู้ป่วยสดชื่น ไม่อ่อนเพลีย ซึ่งจะเป็นผลดีต่อการให้ยาระงับความรู้สึก และการผ่าตัดดำเนินไปด้วยดี เกิดความปลอดภัยต่อชีวิตของผู้ป่วย แนะนำให้ถอดสิ่งของมีค่า เช่น สร้อยคอ แหวน ที่ติดตัวออกก่อนที่จะไปห้องผ่าตัด เพื่อป้องกันการเกิดรอยไหม้ขณะทำผ่าตัด เมื่อศัลยแพทย์ใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า และป้องกันการสูญหาย การเช็นไบยีนยอมผ่าตัด การงดน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน เพื่อป้องกันการอาเจียนสำลักเศษอาหารเข้าหลอดลม ขณะผ่าตัด อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายถึงชีวิตได้ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ แนะนำให้ถอดฟันปลอม และของมีค่าต่าง ๆ ฝากไว้กับญาติก่อนไปห้องผ่าตัด อธิบายการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดดังนี้ หายใจเข้าออกลึก ๆ โดยหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ และหายใจออกทางปากช้า ๆ เพื่อช่วยให้ปอดขยายตัวได้ดี ป้องกันโรคแทรกซ้อนทางปอด ออกกำลังกาย โดยเคลื่อนไหวส่วนของร่างกายเพื่อป้องกันข้อติด กล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือลีบจากการใช้นาน้อย ให้บริหารร่างกายทุกวัน พลิกตะแคงตัวเปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันแผลกดทับ ให้ลุกนั่งเร็ว หรือลุกเคลื่อนไหวร่างกายจะทำให้การไหลเวียนโลหิต และอวัยวะต่าง ๆ ทำหน้าที่ได้ดี จะช่วยให้แผลดีดี หายเร็ว ท้องไม่อืด และไม่เกิดแผลกดทับ บริเวณแผลผ่าตัด หลังผ่าตัดจะมีท่อระบายต่อออกจากบริเวณแผลผ่าตัดต่อลงขวดสุญญากาศ เพื่อเป็นการระบายเลือดและน้ำเหลืองที่ยังตกค้างอยู่ในแผลผ่าตัดออกมา ทำให้แผลผ่าตัดแห้งดี และหายเร็ว และจะนำสำลีออกหลังผ่าตัดประมาณวันที่ 3-5 ส่วนแผล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ผ่าตัดให้ดูและระวังไม่ให้แผลเปื่อยน้ำ ไม่ให้แกะเกาแผลเพราะจะทำให้แผลติดเชื้อได้ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก และซักถามข้อสงสัยข้อสงสัยต่าง ๆ พร้อมทั้งสังเกตการแสดงออก ท่าที คำพูด อารมณ์ของผู้ป่วย ตลอดจนความผิดปกติทางด้านร่างกายในขณะที่ผู้ป่วยซักถามปัญหา หรือพยาบาลตอบปัญหาแก่ผู้ป่วยในขอบเขตที่สมควร การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติบอกการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมได้ถูกต้อง
7. เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปหอยุ่ป่วย	กิจกรรมการพยาบาล ประเมินระดับความรู้สึกตัว ตรวจวัดสัญญาณชีพก่อนส่งไปหอยุ่ป่วย พร้อมทั้งบันทึกอาการไว้เป็นหลักฐาน ผูกป้ายข้อมือผู้ป่วยให้เรียบร้อย เพื่อเป็นการระบุตัว ผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ตรวจสอบสภาพรถเปลนั่ง ไม่ชำรุด ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่หอยุ่ป่วย เพื่อเตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วย โดยบอกประวัติอาการสำคัญ ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย และเมื่อได้รับคำตอบว่าพร้อมที่จะรับผู้ป่วย จึงส่งตัวผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องต่อไป พยาบาลตามไปส่งผู้ป่วยโดยขณะเคลื่อนย้ายสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เมื่อถึงหอยุ่ป่วยบอกอาการ การรักษาที่ให้กับผู้ป่วยขณะอยู่ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องต่อไป การประเมินผล ผู้ป่วยได้รับการเคลื่อนย้ายอย่างปลอดภัย

สรุปกรณีศึกษา

การเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ร่วมกับมีโรคร่วม มีความซับซ้อน และละเอียดอ่อนต่อการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องมีทักษะในการประเมิน และสามารถบูรณาการการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ใช้องค์ความรู้ที่มีให้การพยาบาลผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลปลอดภัย ครอบคลุมทุกระยะของการรักษาพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ได้รับการพยาบาลตั้งแต่ระยะก่อนตรวจ ขณะตรวจ หลังตรวจ ส่งเข้าหอยุ่ป่วยปลอดภัย ได้รับการผ่าตัด Left Total Knee Arthroplasty (Lt TKA) วันที่ 6 สิงหาคม 2568 จำหน่าย วันที่ 9 สิงหาคม 2568 จากการติดตามการรักษาวันที่ 8 กันยายน 2568 ผู้ป่วยสามารถเดินได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

สรุปและอภิปรายผล

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้ พบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จ ส่วนหนึ่งมาจากพยาบาลที่มีความรู้ มีทักษะความชำนาญเฉพาะทางศัลยกรรมกระดูก สามารถบูรณาการความรู้ทางทฤษฎีสู่การปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าได้สำเร็จให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลที่ถูกต้องตามมาตรฐาน สามารถติดตาม และประเมินผลการพยาบาล ปัญหาทางการพยาบาลครอบคลุมทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะก่อนตรวจ ระยะขณะตรวจ ระยะหลังตรวจ ปัญหาทางการพยาบาลสำคัญได้รับการแก้ไขจนหมดไป ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีความเข้าใจ ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำ สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยสามารถ ทำงานได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁵

จากการศึกษาปัญหาในการดูแลรักษาพยาบาล นัศมาผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม แพทย์มีแผนการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม พยาบาลผู้ป่วยนอกต้องให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วย และมีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษาพยาบาลก่อนผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยไม่เคยมีความรู้ ความเข้าใจ และไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการผ่าตัดใหญ่มาก่อน จึงมีความกลัว ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลสูง ดังนั้นพยาบาลจึงต้องใช้เวลาในการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยเผชิญความเครียด ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ การรับรู้และเข้าใจในข้อมูลต่างๆ เป็นไปอย่างช้าๆ พยาบาลจึงต้องใช้ทักษะและเวลาในการให้คำแนะนำ อธิบายและช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ เป็นเวลานาน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ ความเข้าใจ และสามารถนำไปปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อเข่าเทียมที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม ซึ่งมีความซับซ้อนในการดูแล มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในทุกๆ ระยะของการรักษา จำเป็นต้องประสานทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อร่วมดูแลผู้ป่วย พยาบาลศัลยกรรมกระดูกซึ่งเป็นผู้ที่ให้

การพยาบาลและดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดจึงต้องมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย โดยมีความรู้เรื่องพยาธิสภาพของข้อเข่าเสื่อมรวมทั้งโรคร่วมที่มักพบบ่อยในผู้สูงอายุ การรักษา การพยาบาล การเฝ้าระวัง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อกลับสู่ชุมชน^{2,6}

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลต้องมีทักษะ ความรู้ สมรรถนะในการพยาบาลผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม
2. พัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยข้อเข่าเทียมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม
3. การพัฒนาการทำงานทีมสหสาขาวิชาชีพ ประเมินความพร้อมก่อนผ่าตัด เช่น อายุรแพทย์ นักกายภาพบำบัด และงานเยี่ยมบ้าน
4. ควรจัดทำช่องทางในการสื่อสารให้ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมเข้าถึงข้อมูลความรู้ในการปฏิบัติตัวและการดูแลตนเองที่ถูกต้องเพื่อป้องกันข้อเข่าหลุดซ้ำ ในรูปแบบของคลิปวิดีโอหรือแอปพลิเคชันไลน์

เอกสารอ้างอิง

1. กิรติ เจริญชลวานิช. (2565). รู้จักโรคข้อเข่าเสื่อม. www.phyathai.com/th/article/3784.
2. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. พิมพ์ครั้งที่1. ทรคิงค์.
3. งานเวชระเบียนและสถิติ. (2567). สถิติผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ปี 2564-2566.
4. จินพิชญ์สา สาทิยามาส. (2566). การพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อกระดูกและข้อ. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ศูนย์รังสิต, พิมพ์ครั้งที่ 5.
5. วราห์ ยินยงวิวัฒน์. (2564). การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมชนิดซับซ้อน Complex Primary Total Knee Arthroplasty. บริษัท สหมิตรพัฒนาการพิมพ์(1992) จำกัด: กรุงเทพฯ
6. วัลลภ สารานูเวช, บุญยรักษ์ วิสุทธีผล และพนธกร พานิชกุล. (2565). กระดูกและข้อ สะโพกและข้อเข่า. www.bangkokinternationalhospital.com/th/health-articles/diseases-and-treatments/osteoarthritis-and-how-to-care.

การประเมินผลการดำเนินงานโรงพยาบาลอัจฉริยะ จังหวัดตราด

Evaluation of Smart Hospital Implementation in Trat Province, Thailand.

(Received: April 22,2026 ; Revised: April 25,2026 ; Accepted: April 27,2026)

ธงชัย ยี่หวา¹

Thongchai Yeewa¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ประเมินภาพรวมการดำเนินงานโรงพยาบาลอัจฉริยะของจังหวัดตราดตามเกณฑ์การประเมินของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 2) วิเคราะห์ระดับความก้าวหน้าและความแตกต่างของการดำเนินงานระหว่างหน่วยบริการ 3) สังเคราะห์ปัจจัยเชิงระบบที่ส่งเสริมและเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงาน และ 4) เสนอแนวทางการนโยบายและเชิงบริหารสำหรับยกระดับการดำเนินงานให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดตราด จำนวน 7 แห่ง โดยใช้ประชากรทั้งหมดเป็นหน่วยการวิเคราะห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบวิเคราะห์ข้อมูลตามเกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ และแบบบันทึกและสังเคราะห์ข้อมูลเชิงระบบระดับจังหวัด ทั้งนี้ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์เปรียบเทียบเชิงระบบ และการจัดลำดับข้อเสนอแนะโดยใช้เมทริกซ์ผลกระทบและความเป็นไปได้ (Impact and Feasibility Matrix)

ผลการศึกษาพบว่า การดำเนินงานโรงพยาบาลอัจฉริยะของจังหวัดตราดในภาพรวมอยู่ในระดับค่อนข้างสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 748.70 คะแนน จากคะแนนเต็ม 1,000 คะแนน (ร้อยละ 74.87) ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของเขตสุขภาพที่ 6 และระดับประเทศ เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบพบว่า โครงสร้างพื้นฐานและการบริหารจัดการอยู่ในระดับสูง ในขณะที่บุคลากรเป็นข้อจำกัดร่วมของจังหวัด ทั้งนี้ มีโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ระดับเพชรจำนวน 2 แห่ง และระดับเงินจำนวน 5 แห่ง โดยไม่มีโรงพยาบาลใดผ่านเกณฑ์ระดับทอง ข้อค้นพบที่สำคัญ คือ การเกิดช่องว่างของกลุ่มระดับทอง (Gold Zone Gap) ในโรงพยาบาลจำนวน 3 แห่ง ซึ่งมีคะแนนรวมผ่านเกณฑ์เชิงปริมาณของระดับทอง แต่ไม่ผ่านเกณฑ์เชิงคุณภาพเนื่องจากความไม่สมบูรณ์ของระบบคิวอิเล็กทรอนิกส์

คำสำคัญ: การประเมินผล; โรงพยาบาลอัจฉริยะ; CIPP Model; ระบบสุขภาพดิจิทัล

Abstract

This survey research aimed to: 1) assess the overall implementation of Smart Hospitals in Trat Province according to the Ministry of Public Health assessment criteria for fiscal year 2025; 2) analyze the level of progress and differences in implementation among healthcare facilities; 3) synthesize system-level facilitating and barrier factors affecting implementation; and 4) propose policy and administrative recommendations for improving implementation in accordance with local context. The study population consisted of all seven hospitals under the Ministry of Public Health in Trat Province, all of which were included as units of analysis. Research instruments included a data analysis form based on the Smart Hospital assessment criteria and a provincial-level system recording and synthesis form. Data were analyzed using descriptive statistics, comparative system analysis, and prioritization of recommendations through the Impact and Feasibility Matrix.

The findings showed that the overall implementation of Smart Hospitals in Trat Province was at a relatively high level, with a mean score of 748.70 out of 1,000 points (74.87%), which was higher than both the average score of Regional Health Area 6 and the national average. When considering individual domains, infrastructure and management were found to be at a high level, whereas personnel represented a common limitation across the province. Two hospitals achieved Diamond level, and five hospitals achieved Silver level, while no hospital achieved Gold level. A key finding was the presence of a Gold Zone Gap in three hospitals, where total scores met the quantitative threshold for Gold level but failed to meet the qualitative criteria due to incomplete electronic queue systems.

Keywords: Evaluation Research; Smart Hospital; CIPP Model; Digital Health System

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด

บทนำ

การเปลี่ยนผ่านทางดิจิทัล (Digital Transformation) เป็นกลไกสำคัญในการยกระดับระบบบริการสุขภาพระดับสากล ท่ามกลางบริบทที่ระบบสุขภาพต้องเผชิญกับความต้องการรับบริการที่เพิ่มสูงขึ้น ความซับซ้อนของโรคและการรักษา ตลอดจนข้อจำกัดด้านกำลังคนและทรัพยากร องค์กรด้านสุขภาพจึงจำเป็นต้องมีกลยุทธ์การลงทุนและเลือกใช้เทคโนโลยีอย่างเป็นระบบ โดยคำนึงถึงผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้นและความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง เพื่อให้เกิดโครงการที่สัมฤทธิ์ผลอย่างรวดเร็วควบคู่ไปกับโครงการเชิงยุทธศาสตร์ระยะยาว¹

ในส่วนของประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดทิศทางการพัฒนา "โรงพยาบาลอัจฉริยะ" อย่างเป็นรูปธรรม โดยใช้เกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 เป็นกรอบมาตรฐานกลาง ซึ่งกำหนดคะแนนเต็ม 1,000 คะแนน แบ่งองค์ประกอบเป็น 4 ด้าน ได้แก่ โครงสร้างพื้นฐาน การบริหารจัดการ การให้บริการ และบุคลากร พร้อมทั้งกำหนดระดับการรับรอง 3 ระดับ ได้แก่ ระดับเงิน ระดับทอง และระดับเพชร โดยพิจารณาจากเงื่อนไขเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพประกอบกัน² กรอบการประเมินดังกล่าวมีบทบาทสำคัญในการกำกับติดตาม เปรียบเทียบผลการดำเนินงาน และวางแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพดิจิทัลของหน่วยบริการภาครัฐ

อย่างไรก็ตาม การขับเคลื่อนโรงพยาบาลอัจฉริยะในระดับพื้นที่มิได้เกิดขึ้นภายใต้เงื่อนไขที่เท่าเทียมกัน เนื่องจากหน่วยบริการแต่ละแห่งมีความแตกต่างกันทั้งโครงสร้างพื้นฐานดิจิทัล ความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ ความพร้อมและทักษะทางดิจิทัลของบุคลากร ระบบสารสนเทศ งบประมาณ และบริบททางภูมิศาสตร์ ทั้งนี้ จังหวัดตราดมีลักษณะเฉพาะทางภูมิศาสตร์ที่ประกอบด้วยพื้นที่แผ่นดินใหญ่ พื้นที่ชายแดน พื้นที่ชายฝั่ง และพื้นที่เกาะ โดยมีโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 7 แห่ง ความหลากหลายทางบริบทดังกล่าว

ย่อมส่งผลกระทบต่อระดับความก้าวหน้าในการดำเนินงานโรงพยาบาลอัจฉริยะที่แตกต่างกันระหว่างหน่วยบริการ⁵

การประเมินผลเชิงระบบระดับจังหวัดจึงมีความสำคัญ เพื่อสะท้อนภาพรวมความก้าวหน้า เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างหน่วยบริการ ระบุปัจจัยที่ส่งเสริมและเป็นอุปสรรคเชิงระบบ รวมถึงสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและเชิงบริหารที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการประเมินแบบชิปปี้ (CIPP Model) ของ Stufflebeam และ Coryn³ ร่วมกับเมทริกซ์ผลกระทบและความเป็นไปได้ (Impact and Feasibility Matrix) [1] และกรอบเป้าหมาย 4 ประการ (Quadruple Aim) ของ Bodenheimer และ Sinsky⁴ เพื่อสังเคราะห์ข้อค้นพบเชิงระบบ อันจะนำไปสู่แนวทางการยกระดับการดำเนินงานโรงพยาบาลอัจฉริยะของจังหวัดตราดอย่างเป็นรูปธรรม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินภาพรวมการดำเนินงานโรงพยาบาลอัจฉริยะของจังหวัดตราดตามเกณฑ์การประเมินของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568
2. เพื่อวิเคราะห์ระดับความก้าวหน้าและความแตกต่างของการดำเนินงานระหว่างหน่วยบริการ
3. เพื่อสังเคราะห์ปัจจัยเชิงระบบที่เอื้อและเป็นอุปสรรคต่อการขับเคลื่อนโรงพยาบาลอัจฉริยะในระดับจังหวัด
4. เพื่อเสนอแนวทางเชิงนโยบายและเชิงบริหารสำหรับการยกระดับการดำเนินงานให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data Analysis) ร่วมกับการวิเคราะห์

เชิงระบบระดับจังหวัด (Provincial-level System Evaluation) เพื่อประเมินผลการดำเนินงานโรงพยาบาลอัจฉริยะของจังหวัดตราดตามเกณฑ์การประเมินของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ภายใต้กรอบแนวคิด CIPP Model^{2,3}

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดตราด จำนวน 7 แห่ง ที่ดำเนินงานตามนโยบายโรงพยาบาลอัจฉริยะ ประกอบด้วยโรงพยาบาลทั่วไประดับ S จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 จำนวน 5 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 จำนวน 1 แห่ง ผู้วิจัยใช้ประชากรทั้งหมดเป็นหน่วยการวิเคราะห์ (Unit of analysis) โดยพิจารณาผลการดำเนินงานในระดับองค์กร (โรงพยาบาลแต่ละแห่ง) มิใช่ระดับบุคคล (บุคลากรหรือผู้รับบริการ) ดังนั้นจึงไม่มีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่างทางสถิติ

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) สำหรับการวิเคราะห์ ประกอบด้วย 1) เป็นโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดตราด และ 2) ดำเนินงานตามนโยบายโรงพยาบาลอัจฉริยะ ทั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้กำหนดเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) เนื่องจากเป็นการศึกษาจากประชากรเป้าหมายทั้งหมดในพื้นที่ที่ผ่านเกณฑ์ดังกล่าวครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) แบบวิเคราะห์ข้อมูลตามเกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยอ้างอิงเกณฑ์การประเมินของสำนักสุขภาพดิจิทัล กระทรวงสาธารณสุข² เพื่อใช้สรุประดับการดำเนินงานของหน่วยบริการทั้ง 4 องค์ประกอบ และ 2) แบบบันทึกและสังเคราะห์ข้อมูลเชิงระบบระดับจังหวัด เพื่อใช้รวบรวม จัดระบบ เปรียบเทียบ และสังเคราะห์ข้อมูลจากรายงานผลการดำเนินงานของหน่วยบริการ

ฐานข้อมูลสารสนเทศ และเอกสารที่เกี่ยวข้องของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด⁵

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือวิจัยทั้ง 2 ชนิดจากเกณฑ์มาตรฐานและเอกสารอ้างอิงทางการของกระทรวงสาธารณสุข เครื่องมือจึงมีความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ในระดับนโยบาย นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความครบถ้วน ความชัดเจน และความสอดคล้องของรายการวิเคราะห์กับวัตถุประสงค์การวิจัย รวมทั้งตรวจสอบความเชื่อมโยงระหว่างตัวแปรมิติการประเมิน และผลลัพธ์ที่ต้องการวิเคราะห์ ยิ่งไปกว่านั้น ผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) จากหลายแหล่งเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการศึกษา ทั้งนี้ เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ใช้แบบสอบถามหรือเครื่องมือวัดระดับบุคคล ผู้วิจัยจึงไม่ได้ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือในเชิงสถิติ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากหน่วยบริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษานโยบาย แนวทาง และเกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะของกระทรวงสาธารณสุข
2. รวบรวมข้อมูลจากรายงานผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลทั้ง 7 แห่ง ฐานข้อมูลสารสนเทศ และเอกสารประกอบจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด
3. ตรวจสอบความครบถ้วนและความสอดคล้องของข้อมูลกับเกณฑ์การประเมินในแต่ละด้าน
4. บันทึกและจัดหมวดหมู่ข้อมูลโดยใช้แบบวิเคราะห์ข้อมูลตามเกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ
5. สังเคราะห์ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบและเชิงระบบโดยใช้แบบบันทึกและสังเคราะห์ข้อมูลเชิงระบบระดับจังหวัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยแบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาเพื่อสรุปภาพรวมผลการดำเนินงาน โดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) การวิเคราะห์เปรียบเทียบเชิงระบบระหว่างหน่วยบริการ เพื่อศึกษาความแตกต่างตามบริบทพื้นที่ ลักษณะหน่วยบริการ และทรัพยากรที่มีอยู่ และ 3) การวิเคราะห์เชิงสังเคราะห์ภายใต้กรอบแนวคิดการประเมินแบบซิปป์ (CIPP Model) เพื่ออธิบายปัจจัยที่ส่งเสริมและเป็นอุปสรรคเชิงระบบต่อการดำเนินงานโรงพยาบาลอภัยภูเบศรระดับจังหวัด จากนั้นผู้วิจัยนำผลการสังเคราะห์ดังกล่าวไปใช้เป็นข้อมูลนำเข้า (Input) สำหรับการจัดลำดับข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและเชิงบริหาร โดยใช้เมทริกซ์ผลกระทบและความเป็นไปได้ (Impact and Feasibility Matrix)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดตราด (เลขรับรอง 19/2568 วันที่อนุมัติ 15 กรกฎาคม 2568) โดยเป็นการศึกษาจากข้อมูลทุติยภูมิ ไม่มีการแทรกแซงต่อบุคคล และไม่กระทบต่อ

การปฏิบัติงานตามปกติของหน่วยบริการ ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาในรูปแบบภาพรวมเชิงสถิติและใช้รหัส H1–H7 แทนชื่อหน่วยบริการทุกแห่ง เพื่อให้การนำเสนอผลเป็นไปอย่างเป็นกลางและสอดคล้องกับแนวทางการคุ้มครองข้อมูลระดับหน่วยบริการ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของหน่วยบริการและบริบทการศึกษา

ผู้วิจัยใช้ประชากรทั้งหมดเป็นหน่วยการวิเคราะห์ ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดตราด จำนวน 7 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลทั่วไประดับ S จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 จำนวน 5 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 จำนวน 1 แห่ง หน่วยบริการดังกล่าวกระจายตัวอยู่ในบริบทพื้นที่ที่แตกต่างกัน ได้แก่ พื้นที่บนฝั่ง (แม่น้ำ) พื้นที่บนฝั่งทั่วไปและชายแดน และพื้นที่เกาะ ทั้งนี้ ความแตกต่างเชิงโครงสร้างดังกล่าวมีส่วนสำคัญต่อการตีความระดับความก้าวหน้าของการดำเนินงานโรงพยาบาลอภัยภูเบศรในแต่ละหน่วยบริการ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหน่วยบริการที่ศึกษา (N = 7 แห่ง)

รหัส	ระดับ โรงพยาบาล	ประเภทพื้นที่	เตียงทั้งหมด	ประชากรในเขต รับผิดชอบ	OPD ปี 2567	IPD ปี 2567
H1	รพท. (S)	บนฝั่ง (แม่น้ำ)	312	92,211	452,574	22,941
H2	รพช. (F2)	บนฝั่ง (ชายแดน)	30	24,739	76,455	1,606
H3	รพช. (F2)	บนฝั่ง	30	44,444	95,276	1,712
H4	รพช. (F2)	บนฝั่ง (ชายแดน)	30	34,287	81,143	1,826
H5	รพช. (F2)	บนฝั่ง (ชายฝั่ง)	30	19,146	72,165	715
H6	รพช. (F2)	เกาะ	30	8,728	43,412	1,022
H7	รพช. (F3)	เกาะ	10	2,962	20,144	121

จากตารางที่ 1 พบว่า หน่วยบริการในจังหวัดตราดมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนทั้งขนาดของโรงพยาบาล ภาระงานบริการ และบริบทพื้นที่ โดยเฉพาะหน่วยบริการในพื้นที่เกาะที่มีลักษณะเฉพาะเกี่ยวกับการเดินทางและการเข้าถึงบริการ ดังนั้น ความแตกต่างดังกล่าวจึงเป็นบริบท

สำคัญที่ส่งผลต่อการประเมินการดำเนินงานโรงพยาบาลอภัยภูเบศรของแต่ละหน่วยบริการ ซึ่งผู้วิจัยจะนำเสนอในลำดับต่อไป

2. ผลการประเมินการดำเนินงาน โรงพยาบาลอภัยภูเบศรตามเกณฑ์ ปีงบประมาณ 2568

ผลการศึกษาพบว่า การดำเนินงานโรงพยาบาลอภัยโรคของจังหวัดตราดมีคะแนนประเมินเฉลี่ย 748.70 คะแนน (ร้อยละ 74.87) โดยมีช่วงคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 651–879 คะแนน หน่วยบริการที่มีคะแนนรวมสูงสุด คือ H6 รองลงมาคือ H1 ในขณะที่ H2 และ H7 มีคะแนนรวมต่ำสุดเท่ากันเมื่อจำแนกตามระดับการรับรอง พบว่ามีหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ระดับเพชรจำนวน 2 แห่ง และระดับเงินจำนวน 5 แห่ง โดยไม่มีหน่วยบริการใดผ่านเกณฑ์ระดับทอง ทั้งนี้ ทุกหน่วยบริการผ่านเกณฑ์

CTAM ระดับสูงครบถ้วน เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบ พบว่า โครงสร้างพื้นฐานและการบริหารจัดการมีผลการดำเนินงานอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ในขณะที่องค์ประกอบด้านบุคลากรมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดและมีความแตกต่างระหว่างหน่วยบริการอย่างชัดเจนที่สุด ผลการประเมินดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าความพร้อมของบุคลากรยังคงเป็นข้อจำกัดร่วมที่สำคัญของระบบในระดับจังหวัด

ตารางที่ 2 ผลการประเมินโรงพยาบาลอภัยโรครายหน่วยบริการ จังหวัดตราด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

รหัส	โครงสร้างพื้นฐาน (300)	บริหารจัดการ (300)	การให้บริการ (300)	บุคลากร (100)	คะแนนรวม (1,000)	ร้อยละ	ระดับ ที่ได้
H1	253	265	237	70	825	82.5	เพชร
H2	223	201	197	30	651	65.1	เงิน
H3	247	255	224	30	756	75.6	เงิน
H4	251	230	216	40	737	73.7	เงิน
H5	227	243	252	20	742	74.2	เงิน
H6	273	255	251	100	879	87.9	เพชร
H7	215	231	185	20	651	65.1	เงิน
ค่าเฉลี่ย	241.3	240.0	223.1	44.3	748.7	74.9	-

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า H1 และ H6 เป็นหน่วยบริการที่ได้รับการรับรองระดับเพชร ในขณะที่ H2, H3, H4, H5 และ H7 ได้รับการรับรองระดับเงิน อย่างไรก็ตาม ไม่ปรากฏหน่วยบริการที่ได้รับการรับรองระดับทองในจังหวัดตราด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

3. การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานระหว่างหน่วยบริการ

จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการดำเนินงานระหว่างหน่วยบริการ ผู้วิจัยพบว่าความแตกต่างไม่ได้เกิดจากคะแนนรวมเพียงปัจจัยเดียว แต่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมของบุคลากร ความสมบูรณ์ของระบบบริการดิจิทัล และบริบทพื้นที่อย่างชัดเจน โดยเฉพาะองค์ประกอบบุคลากรที่มีช่วงห่างระหว่างคะแนนสูงสุดและต่ำสุดมากที่สุด ซึ่ง

สะท้อนให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำภายในจังหวัดอย่างเป็นรูปธรรม

ข้อค้นพบที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ การเกิดช่องว่างของกลุ่มระดับทอง (Gold Zone Gap) ในหน่วยบริการ H3 H4 และ H5 ซึ่งมีคะแนนรวมผ่านเกณฑ์เชิงปริมาณของระดับทอง แต่ไม่ผ่านเงื่อนไขเชิงคุณภาพในระดับ “เชื่อมโยงไร้รอยต่อ” เนื่องจากความไม่สมบูรณ์ของระบบคิวอิเล็กทรอนิกส์ ผลการศึกษาดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า การยกระดับจากระดับเงินสู่ระดับทองของหน่วยบริการกลุ่มนี้ไม่ได้ขึ้นอยู่กับ การเพิ่มคะแนนสะสม แต่จำเป็นต้องพัฒนาระบบบริการดิจิทัลบางประการให้ครบถ้วนตามเกณฑ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบคิวอิเล็กทรอนิกส์

นอกจากนี้ คะแนนเฉลี่ยของจังหวัดตราดยังสูงกว่าค่าเฉลี่ยของเขตสุขภาพที่ 6 และระดับประเทศ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการขับเคลื่อนโรงพยาบาลอภัยโรค

ของจังหวัดตราดในภาพรวมอยู่ในระดับที่ดีเมื่อเปรียบเทียบกับหน่วยงานอ้างอิงภายนอก อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาความแตกต่างภายในจังหวัดร่วมด้วย จะพบว่าความสำเร็จในภาพรวมยังคงมีช่องว่างการดำเนินงานระหว่างหน่วยบริการบางกลุ่มแฝงอยู่

4. การสังเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานและนัยเชิงพัฒนา

จากการสังเคราะห์ผลการศึกษายกย่องกรอบแนวคิดการประเมินแบบซิปป์ (CIPP Model) ผู้วิจัยพบว่า การดำเนินงานโรงพยาบาลอภัยภูเบศรของจังหวัดตราดมีทั้งปัจจัยที่ส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคซึ่งเชื่อมโยงกันในเชิงระบบ ปัจจัยที่ส่งเสริมที่สำคัญ ได้แก่ ความพร้อมของโครงสร้างพื้นฐานทางดิจิทัลของทุกหน่วยบริการ การผ่านเกณฑ์ประเมินความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ (CTAM) ระดับสูงครบทุกแห่ง การจัดทำแผนพัฒนาโรงพยาบาลอภัยภูเบศรระดับจังหวัด และความสำเร็จของหน่วย

บริการที่แสดงผลการดำเนินงานอย่างโดดเด่นภายใต้บริบทพื้นที่ที่ท้าทาย เช่น H6

ในทางกลับกัน ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคสำคัญ ได้แก่ ความพร้อมของบุคลากรและการพัฒนาศักยภาพทางดิจิทัลที่ยังไม่เพียงพอ ความไม่สมบูรณ์ของระบบคิวอิเล็กทรอนิกส์ในหลายหน่วยบริการ การใช้งานใบรับรองแพทย์ดิจิทัล (MOPH CERT) ที่ยังไม่ครอบคลุม และข้อจำกัดเฉพาะของพื้นที่เกาะทั้งนี้ ผลการศึกษาบ่งชี้ว่า การยกระดับการดำเนินงานโรงพยาบาลอภัยภูเบศรของจังหวัดตราดในระยะต่อไป ควรมุ่งเน้นการปรับปรุงประเด็นยุทธศาสตร์ที่สามารถดำเนินการได้รวดเร็วและเกิดผลกระทบสูง (Quick wins) เช่น การพัฒนาระบบคิวอิเล็กทรอนิกส์ การอบรมบุคลากรทางดิจิทัล และการขยายผลการใช้งาน MOPH CERT ควบคู่ไปกับการสนับสนุนเชิงโครงสร้างในประเด็นที่ต้องอาศัยการขับเคลื่อนจากระดับจังหวัดและระดับเขตสุขภาพ

ตารางที่ 3 สรุปข้อค้นพบเชิงระบบ ปัจจัยที่สำคัญ และนัยเชิงนโยบายต่อการพัฒนา

ประเด็นสำคัญ	ข้อค้นพบ	นัยต่อการพัฒนา
ภาพรวมผลการดำเนินงาน	จังหวัดตราดมีคะแนนเฉลี่ย 748.70 คะแนน สูงกว่าเขตสุขภาพที่ 6 และระดับประเทศ	จังหวัดมีฐานการพัฒนาที่ดีและสามารถต่อยอดเชิงนโยบายได้
ระดับการรับรอง	ระดับเพชร 2 แห่ง ระดับเงิน 5 แห่ง ไม่มีระดับทอง	ยังมีช่องว่างระหว่างศักยภาพเชิงปริมาณกับเงื่อนไขเชิงคุณภาพ
Gold Zone Gap	H3 H4 และ H5 มีคะแนนถึงเกณฑ์ระดับทอง แต่ระบบคิวอิเล็กทรอนิกส์ยังไม่สมบูรณ์	ควรเร่งพัฒนาระบบคิวอิเล็กทรอนิกส์เป็นมาตรการเร่งด่วน
ด้านบุคลากร	คะแนนเฉลี่ยด้านบุคลากรต่ำที่สุด และมีความเหลื่อมล้ำสูง	ควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรดิจิทัลอย่างเป็นระบบ
กระบวนการบริการดิจิทัล	การใช้ MOPH CERT และระบบคิวอิเล็กทรอนิกส์ยังไม่ครอบคลุมทุกแห่ง	ควรเพิ่มความสำเร็จของระบบบริการดิจิทัลในหน่วยบริการ
บริบทพื้นที่พิเศษ	หน่วยบริการพื้นที่เกาะมีข้อจำกัดเฉพาะ แต่ H6 แสดงผลการดำเนินงานโดดเด่น	ควรถอดบทเรียนจากกรณีเด่นและสนับสนุนโครงสร้างพื้นฐานในพื้นที่เกาะ

สรุปและอภิปรายผล

1. ภาพรวมผลการดำเนินงานโรงพยาบาลอภัยภูเบศรของจังหวัดตราด

ผลการศึกษาที่พบว่า การดำเนินงานโรงพยาบาลอภัยภูเบศรของจังหวัดตราดมีคะแนนประเมินเฉลี่ย 748.70 คะแนน (ร้อยละ 74.87) ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของเขตสุขภาพที่ 6 และระดับประเทศ

นั้น สะท้อนให้เห็นว่าการขับเคลื่อนนโยบายโรงพยาบาลอภัยภูเบศรระดับจังหวัดมีทิศทางเชิงบวกและเกิดผลสัมฤทธิ์เชิงระบบอย่างเป็นรูปธรรม ข้อค้นพบดังกล่าวสามารถอธิบายได้จากความพร้อมของโครงสร้างพื้นฐานทางดิจิทัลระดับจังหวัด ทั้งระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (Hospital Information System: HIS) ระบบสำรองข้อมูล ศูนย์ข้อมูล และ

การผ่านเกณฑ์ประเมินความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ (CTAM) ระดับสูงครบทุกแห่ง ซึ่งล้วนเป็นองค์ประกอบสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัลทั้งระดับองค์กรและระดับระบบบริการ^{2,6}

อย่างไรก็ตาม แม้ภาพรวมผลการดำเนินงานระดับจังหวัดจะอยู่ในเกณฑ์ดี แต่เมื่อพิจารณาจำแนกตามหน่วยบริการกลับพบความแตกต่างอย่างชัดเจน โดยปรากฏช่วงห่างของคะแนนระหว่างหน่วยบริการที่มีผลประเมินสูงสุดและต่ำสุดถึง 228 คะแนน ประเด็นนี้สะท้อนให้เห็นว่า ความสำเร็จในภาพรวมระดับจังหวัดไม่ได้บ่งชี้ถึงความพร้อมหรือความก้าวหน้าที่เหมาะสมกันของทุกหน่วยบริการ ดังนั้น สำหรับการยกระดับการดำเนินงานโรงพยาบาลอัจฉริยะในระยะต่อไป ผู้วิจัยจึงเสนอให้ประยุกต์ใช้แนวทางการพัฒนาที่สอดคล้องกับบริบทเฉพาะพื้นที่ แทนการใช้มาตรการแบบเหมารวมสำหรับทุกหน่วยบริการ

2. บทบาทของเกณฑ์เชิงคุณภาพต่อการยกระดับผลการดำเนินงาน

ข้อค้นพบที่สำคัญประการหนึ่งของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ การเกิดช่องว่างของกลุ่มระดับทอง (Gold Zone Gap) ในหน่วยบริการจำนวน 3 แห่ง ซึ่งมีคะแนนรวมผ่านเกณฑ์เชิงปริมาณของระดับทอง แต่ไม่ผ่านเงื่อนไขเชิงคุณภาพเนื่องจากความไม่สมบูรณ์ของระบบคิวอิเล็กทรอนิกส์ ประเด็นดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงหลักการสำคัญของการประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะในปัจจุบันว่า การยกระดับผลการดำเนินงานไม่ได้พิจารณาจากคะแนนสะสมเพียงประการเดียว แต่ขึ้นอยู่กับความครบถ้วนสมบูรณ์ของระบบบริการดิจิทัลที่สามารถใช้งานได้จริงด้วย²

ในทางปฏิบัติ ข้อค้นพบดังกล่าวมีนัยสำคัญอย่างยิ่งต่อการกำหนดนโยบายระดับจังหวัด เนื่องจากแสดงให้เห็นว่า การยกระดับหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายไปสู่ระดับทองอาจไม่จำเป็นต้องลงทุนทรัพยากรจำนวนมากในทุกองค์ประกอบ แต่ควรมุ่งเน้นการแก้ไขช่องว่างเชิงคุณภาพที่เป็นประเด็นยุทธศาสตร์สำคัญ (Leverage point) ซึ่งในกรณีนี้

คือ การพัฒนาระบบคิวอิเล็กทรอนิกส์ให้มีความสมบูรณ์

3. ความสำคัญของบุคลากรต่อความก้าวหน้าของโรงพยาบาลอัจฉริยะ

ผลการศึกษาพบว่า องค์ประกอบบุคลากรมีคะแนนประเมินเฉลี่ยต่ำที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับองค์ประกอบอื่น และปรากฏความเหลื่อมล้ำระหว่างหน่วยบริการสูงที่สุด ประเด็นดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า แม้จังหวัดตราดจะมีความพร้อมของโครงสร้างพื้นฐานทางดิจิทัลในระดับค่อนข้างดี แต่การพัฒนาโรงพยาบาลอัจฉริยะยังคงเผชิญข้อจำกัดที่สำคัญด้านบุคลากรมากกว่าด้านระบบเทคโนโลยี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหน่วยบริการที่ไม่ได้จัดการอบรมทางดิจิทัลในรอบปีที่ผ่านมา หรือพัฒนาศักยภาพของบุคลากรอย่างจำกัด

ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งระบุว่า การต่อต้านการเปลี่ยนแปลงของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) และระดับความรู้ทางดิจิทัล (Digital literacy) ของบุคลากร เป็นปัจจัยสำคัญต่อการยอมรับและการประยุกต์ใช้ระบบสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (e-Health) หรือระบบสุขภาพดิจิทัล (Digital health) ในทางปฏิบัติ^{7,8} ดังนั้น ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงบ่งชี้อย่างชัดเจนว่า การลงทุนด้านบุคลากรควรได้รับการจัดลำดับความสำคัญเทียบเท่ากับการลงทุนด้านโครงสร้างพื้นฐาน

4. อิทธิพลของบริบทพื้นที่ต่อการดำเนินงานโรงพยาบาลอัจฉริยะ

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า บริบทพื้นที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำเนินงานโรงพยาบาลอัจฉริยะ โดยเฉพาะในพื้นที่เกาะหรือพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านการเดินทางและโครงสร้างพื้นฐาน อย่างไรก็ตาม ข้อค้นพบจากหน่วยบริการ H6 ซึ่งมีผลการดำเนินงานในระดับสูงแม้จะตั้งอยู่ภายใต้บริบทพื้นที่เกาะ สะท้อนให้เห็นว่าข้อจำกัดทางภูมิศาสตร์มิใช่อุปสรรคอย่างสิ้นเชิง หากหน่วยบริการบริหารจัดการทรัพยากร พัฒนาศักยภาพบุคลากร และขับเคลื่อนกระบวนการทางดิจิทัลอย่างเป็นระบบ

ในทางกลับกัน ข้อค้นพบจากหน่วยบริการบางแห่งที่มีผลการดำเนินงานต่ำกว่าศักยภาพ บ่งชี้ว่าปัญหาดังกล่าวไม่ได้เกิดจากบริบทพื้นที่เพียงประการเดียว แต่ยังเกี่ยวข้องกับความพร้อมเชิงกระบวนการ การพัฒนาศักยภาพของบุคลากร และระดับการสนับสนุนเชิงบริหาร ประเด็นดังกล่าวสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ซึ่งระบุว่าโครงสร้างพื้นฐานและงบประมาณในพื้นที่ห่างไกลเป็นข้อจำกัดที่สำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัล (Digital health)⁹

สรุปผลการศึกษา ผลการศึกษาพบว่า การดำเนินงานโรงพยาบาลอัจฉริยะของจังหวัดตราดในภาพรวมอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของเขตสุขภาพที่ 6 และระดับประเทศ อย่างไรก็ตามระดับความก้าวหน้าระหว่างหน่วยบริการยังคงมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน โดยมีหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ระดับเพชรจำนวน 2 แห่ง และระดับเงินจำนวน 5 แห่ง ทั้งนี้ ไม่ปรากฏหน่วยบริการใดผ่านเกณฑ์ระดับทองในประจำปีงบประมาณที่ศึกษา ข้อค้นพบที่สำคัญ ได้แก่ การเกิดช่องว่างของกลุ่มระดับทอง (Gold Zone Gap) ในหน่วยบริการจำนวน 3 แห่ง องค์ประกอบบุคลากรซึ่งเป็นข้อจำกัดร่วมของจังหวัด และอิทธิพลของบริบทพื้นที่ที่ส่งผลต่อการดำเนินงานแต่มีข้ออุปสรรคอย่างสิ้นเชิง หากหน่วยบริการบริหารจัดการทรัพยากรและกระบวนการอย่างเหมาะสม ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าการยกระดับโรงพยาบาลอัจฉริยะในระดับจังหวัดจำเป็นต้องพิจารณาองค์ประกอบทั้งด้านบริบท (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และผลผลิต (Product) ควบคู่กันไป

ข้อจำกัดของการศึกษา การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณาประกอบการตีความผลการวิจัย ได้แก่ ประการแรก ผู้วิจัยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากรายงานและระบบสารสนเทศของหน่วยงาน ซึ่งผลลัพธ์ย่อมขึ้นอยู่กับความครบถ้วนและคุณภาพของข้อมูลที่บันทึกไว้ตามระบบปฏิบัติงานปกติ ประการที่สอง ผู้วิจัยกำหนดหน่วย

การวิเคราะห์ (Unit of analysis) ในระดับองค์กร (โรงพยาบาลแต่ละแห่ง) มิใช่ระดับบุคคล (บุคลากรหรือผู้รับบริการ) ผลการศึกษาจึงไม่สามารถสะท้อนมิติประสบการณ์ของผู้ใช้งานหรือการยอมรับเทคโนโลยีในระดับบุคคลได้โดยตรง ประการสุดท้าย การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการเฉพาะในระดับจังหวัดเดียว ดังนั้น การนำผลการวิจัยไปอ้างอิงหรือประยุกต์ใช้กับจังหวัดอื่นที่มีบริบทแตกต่างกันจึงควรดำเนินการด้วยความระมัดระวัง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษา ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและเชิงบริหารเพื่อเป็นแนวทางในการยกระดับการดำเนินงานโรงพยาบาลอัจฉริยะ ดังนี้

1.1 ควรเร่งรัดพัฒนาระบบคิวอิเล็กทรอนิกส์ให้มีความสมบูรณ์ในหน่วยบริการกลุ่มที่เกิดช่องว่างของกลุ่มระดับทอง (Gold Zone Gap)

1.2 ควรพัฒนาศักยภาพทางดิจิทัลของบุคลากรอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะหน่วยบริการที่ไม่ได้จัดการอบรมในรอบปีที่ผ่านมา

1.3 ควรขยายผลการใช้งานใบรับรองแพทย์ดิจิทัล (MOPH CERT) และส่งเสริมการใช้งานระบบนัดหมายออนไลน์อย่างเป็นรูปธรรม

1.4 ควรจัดสรรและสนับสนุนโครงสร้างพื้นฐานทางดิจิทัลสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่เกาะและพื้นที่ที่มีข้อจำกัดทางภูมิศาสตร์

1.5 ควรถอดบทเรียนจากหน่วยบริการต้นแบบที่มีผลการดำเนินงานในระดับสูง เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการขยายผลสู่หน่วยบริการอื่นภายในจังหวัด

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

สำหรับการศึกษาในระยะต่อไป ผู้วิจัยเสนอให้ดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้รับบริการและผู้ใช้งานระบบ การวิจัยเพื่อติดตามผลลัพธ์ภายหลังการนำข้อเสนอแนะไปปฏิบัติจริง ตลอดจนการศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (Economic evaluation) ของการลงทุนพัฒนาระบบโรงพยาบาลอัจฉริยะในระดับจังหวัด

เอกสารอ้างอิง

1. McKinsey & Company.(2021). The future of healthcare: Value creation through next-generation business models. McKinsey Healthcare Systems and Services Practice; 2021.
2. สำนักสุขภาพดิจิทัล.(2568). คู่มือการประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (ฉบับปรับปรุงวันที่ 3 มกราคม 2568). กระทรวงสาธารณสุข; 2568.
3. Stufflebeam DL, Coryn CLS.(2014). Evaluation theory, models, and applications. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2014.
4. Bodenheimer T, Sinsky C.(2014). From triple to quadruple aim: Care of the patient requires care of the provider. Ann Fam Med. 2014;12(6):573-6.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด.(2567). แผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด. ตราด: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด; 2567.
6. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2567). แนวทางการประเมินความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (Cybersecurity Technical Assessment Matrix: CTAM) สำหรับหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2567.
7. Talwar S, Kaur P, Kumar S, Talwar M.(2023). Resistance of multiple stakeholders to e-health innovations: Barriers to implementation and adoption. J Bus Res. 2023;166:114135.
8. Pitukung A, Rerkmongkol W, Louhasuwanpanich S.(2023). Digital literacy among nurses working in a university hospital in Thailand. Thai J Nurs Health Care. 2023;38(2):261436.
9. Sylla B, Ismaila O, Diallo G.(2025). 25 years of digital health toward universal health coverage in low- and middle-income countries: A rapid systematic review. J Med Internet Res. 2025;27:e59042.

ผลการใช้และพัฒนาโปรแกรมป้องกันปอดอักเสบโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีโอเรมต่อความสามารถ
ผู้ดูแลผู้ป่วยคาท่อหลอดลมคอและใส่สายยางให้อาหาร
ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โรงพยาบาลอุดรธานี

Effects and development of a Pneumonia Prevention Program Applying Orem's Self-Care Theory on Caregiver Competency for Patients with Tracheostomy Tubes and Nasogastric Feeding Tubes Prior to Discharge, Udonthani Hospital.

(Received: April 23,2026 ; Revised: April 25,2026 ; Accepted: April 27,2026)

สุภาวดี กิจเวชเจริญ¹

Supawadee Kitjwetcharoen¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนา และใช้โปรแกรมป้องกันปอดอักเสบ ดำเนินการตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลา 13 เดือน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ป่วย จำนวน 187 คน ผู้ดูแล จำนวน 187 คน รวม 374 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความเหมาะสมโปรแกรม แบบประเมินความรู้ แบบประเมินความสามารถผู้ดูแล แบบสอบถามความพึงพอใจ และแบบเก็บข้อมูลทางคลินิก สถิติที่ใช้ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบก่อนหลังด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรม การเตรียมความพร้อม การทำความสะอาดช่องปาก การดูแลแผล การดูแลแผลเจาะคอท่อหลอดลมคอ การทำความสะอาดท่อหลอดลมคอขึ้นใน การให้อาหารทางสายยาง และการสังเกตอาการสงสัยปอดอักเสบ ร่วมกับการติดตามต่อเนื่องสัปดาห์ภายใน 28 วันหลังจำหน่าย ผลการใช้โปรแกรมพบว่า คะแนนความรู้ของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก ($\bar{X} = 26.83$, $SD = 1.74$) คะแนนความสามารถของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก ($\bar{X} = 178.65$, $SD = 8.34$) ความแตกต่างของทั้งสองตัวแปรนี้มีนัยสำคัญ ได้แก่ อัตราการเกิดปอดอักเสบภายใน 28 วันหลังจำหน่าย อัตราการกลับเข้ารับรักษาด้วยสาเหตุปอดอักเสบ ความพึงพอใจของผู้ดูแล และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ($p < .001$) สรุปและอภิปรายผลโปรแกรมป้องกันปอดอักเสบสามารถเพิ่มความรู้และความสามารถผู้ดูแล ลดอัตราการเกิดปอดอักเสบและการกลับเข้ารับรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: โปรแกรมป้องกันปอดอักเสบ, ผู้ดูแลผู้ป่วยคาท่อหลอดลมคอ, การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสายยางให้อาหาร

Abstract

This research was a Research and Development study aimed to investigate the situation and problems of discharge planning for patients with tracheostomy tubes and nasogastric feeding tubes, to develop and implement a pneumonia prevention program applying Orem's Self-Care Theory, and to evaluate the program's effectiveness on caregiver competency prior to discharge. The study was conducted from August 2024 to August 2025, spanning a total of 13 months, using Orem's Self-Care Deficit Theory and Systems Theory as conceptual frameworks. The sample consisted 187 patients together with 187 caregivers, totaling 374 participants, for program evaluation. Research instruments included focus group discussion guides, general data recording forms, program appropriateness assessment forms, knowledge assessment forms, caregiver competency assessment forms, satisfaction questionnaires, and clinical outcome data collection forms. Statistical methods employed were frequency, percentage, mean, standard deviation, and Paired t-test for pre- and post-comparison.

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอุดรธานี

The findings revealed that program development yielded a pneumonia prevention program comprising seven content domains delivered over three days, namely preparation, oral care, suctioning, tracheostomy wound care, inner cannula cleaning, nasogastric tube feeding, and pneumonia symptom surveillance, along with four follow-up sessions within 28 days post-discharge. Expert evaluation of program appropriateness was at the highest level (Mean = 4.72, SD = 0.21). Program implementation results demonstrated that caregivers' knowledge scores increased from a low level (Mean = 12.45, SD = 3.21) to a high level (Mean = 26.83, SD = 1.74), and caregivers' competency scores increased from a low level (Mean = 73.42, SD = 12.58) to a high level (Mean = 178.65, SD = 8.34), with statistically significant differences in both variables at the .05 level ($p < .001$). The incidence rate of pneumonia within 28 days post-discharge was 4.28 percent, and the readmission rate due to pneumonia was 3.21 percent. Caregiver satisfaction was at the highest level (Mean = 4.71, SD = 0.19), and professional nurse satisfaction was at the highest level (Mean = 4.68, SD = 0.22). The effective in enhancing caregiver knowledge and competency, reducing pneumonia incidence and hospital readmission rates, and can be practically applied within hospital discharge planning service systems.

Keywords: Pneumonia Prevention Program, Tracheostomy Tube Caregiver, Nasogastric Feeding Tube Discharge Planning

บทนำ

โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) เป็นการอักเสบของเนื้อปอดที่ส่งผลให้การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ผู้ป่วยหายใจหอบและอาจเสียชีวิตได้ โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง จากรายงานภาระโรคทั่วโลก พ.ศ. 2566 การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่างยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตจากการติดเชื้อสูงสุดในโลก ก่อให้เกิดการเสียชีวิตประมาณ 2.50 ล้านคน และสูญเสียสุขภาพ 98.70 ล้านปี¹

ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในปี พ.ศ. 2566 จำนวน 251,631 ราย เพิ่มขึ้นร้อยละ 30.00 จากปีก่อน² โดยสำนักโรคบาตวิทยาพบว่า ร้อยละ 8.00–10.00 ของผู้ป่วยติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจจะมีภาวะปอดอักเสบ³ ผู้ป่วยที่คาท่อหลอดลมคอและใส่สายยางให้อาหารมีความเสี่ยงสูงต่อปอดอักเสบจากการสำลัก เนื่องจากอาหารของเหลว และสารคัดหลั่งสามารถผ่านเข้าสู่ทางเดินหายใจส่วนล่างได้⁴ ร่วมกับความเสี่ยงจากการไหลย้อนกลับของอาหารในผู้ป่วยที่ใส่สายยางให้อาหาร⁵ สาเหตุอื่นที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะกลืนลำบาก การสะสมของเชื้อโรคในช่องปาก และการดูแลสุขอนามัยที่ไม่เหมาะสม⁶ รวมถึงการสูญเสีย

รีเฟล็กซ์การไอและการกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและสมองเสื่อม^{7,8}

แนวคิดที่ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมครั้งนี้ คือ ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเรม ซึ่งอธิบายว่าเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเอง พยาบาลมีบทบาทในการดูแลทดแทนและสนับสนุนให้ความรู้⁹ โดยในระยะเตรียมจำหน่ายกลับบ้านจะใช้ระบบสนับสนุนให้ความรู้ (Educative Supportive System) แก่ผู้ดูแลร่วมกับทฤษฎีระบบเพื่อกำหนดปัจจัยนำเข้ากระบวนการ และผลผลิตของโปรแกรมอย่างเป็นระบบ¹⁰

จังหวัดอุดรธานีพบอัตราผู้ป่วยปอดอักเสบเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง จาก 38.50 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2565 เป็น 48.70 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2567¹¹ และโรงพยาบาลอุดรธานีพบผู้ป่วยที่คาท่อหลอดลมคอและใส่สายยางให้อาหารจำหน่ายกลับบ้านเพิ่มขึ้นจาก 219 ราย เป็น 475 ราย พร้อมอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำด้วยปอดอักเสบเพิ่มจากร้อยละ 25.00 เป็นร้อยละ 65.66¹² ปัญหาสำคัญคือผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมาก่อน (ร้อยละ 95.20) ขาดความรู้และทักษะในการดูแลตามหลักปราชญ์จากเชื้อ การดูแล

สุขอนามัยช่องปาก และขั้นตอนการให้อาหารทางสายยาง¹² ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมป้องกันปอดอักเสบที่มีมาตรฐาน มีกระบวนการให้ความรู้ สาทิต และฝึกทักษะปฏิบัติอย่างเป็นระบบ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีโอเรม เพื่อเพิ่มขีดความสามารถของผู้ดูแลและลดอัตราการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยกลุ่มนี้

จากสถานการณ์และปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยได้เล็งเห็นว่าอัตราการเกิดปอดอักเสบและการกลับเข้ารับการรักษาในผู้ป่วยที่ค้ำท่อหลอดลมคอและใส่สายยางให้อาหารมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และผู้ดูแลยังขาดศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง การพัฒนาโปรแกรมป้องกันปอดอักเสบที่มีมาตรฐาน มีกระบวนการให้ความรู้ สาทิต และฝึกทักษะปฏิบัติอย่างเป็นระบบ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีโอเรมและทฤษฎีระบบ จึงเป็นแนวทางสำคัญในการเพิ่มขีดความสามารถของผู้ดูแล ลดอัตราการเกิดปอดอักเสบ ลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ และเป็นแนวปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยค้ำท่อหลอดลมคอและใส่สายยางให้อาหารก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โรงพยาบาลอุดรธานี
2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมป้องกันปอดอักเสบในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยค้ำท่อหลอดลมคอและใส่สายยางให้อาหารก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โรงพยาบาลอุดรธานี
3. เพื่อประเมินผลการใช้โปรแกรมป้องกันปอดอักเสบต่อความสามารถผู้ดูแลผู้ป่วยค้ำท่อหลอดลมคอและใส่สายยางให้อาหารก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โรงพยาบาลอุดรธานี

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยการพัฒนาโปรแกรมป้องกันปอดอักเสบโดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีโอเรมต่อความสามารถผู้ดูแลผู้ป่วยค้ำท่อหลอดลมคอและใส่สายยางให้อาหารก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โรงพยาบาลอุดรธานี เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem's Self-Care Deficit Theory) และทฤษฎีระบบ (System Theory) ทำการศึกษาในช่วงวันที่ 1 สิงหาคม 2567 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2568 รวมระยะเวลา 13 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วย ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลอุดรธานีที่แพทย์อนุญาตให้จำหน่ายกลับบ้านโดยมีท่อหลอดลมคอและสายยางให้อาหารติดตัว มีอาการคงที่ และมีระยะเวลาเตรียมจำหน่ายไม่น้อยกว่า 3-5 วัน และผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยตลอดระยะเวลาอนรรักษาในโรงพยาบาลสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และไม่มีภาวะเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยค้ำท่อหลอดลมคอและใส่สายยางให้อาหารที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอุดรธานี โดยผู้ป่วย จำนวน 187 คน ผู้ดูแล จำนวน 187 คน รวม 374 คน ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์-สิงหาคม 2568 โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย แนวทางการสนทนากลุ่มแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความเหมาะสมโปรแกรม แบบประเมินความรู้ แบบประเมินความสามารถผู้ดูแล แบบสอบถามความพึงพอใจ และแบบเก็บข้อมูลทางคลินิก

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบก่อนหลังด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

1. การศึกษาสถานการณ์และปัญหาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยคาทอลิกและใส่สายยางให้อาหารก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โรงพยาบาลอุดรธานี จากการวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยคาทอลิกและใส่สายยางให้อาหาร พบปัญหาหลัก 5 ประเด็น ได้แก่ ปัญหาด้านความรู้และทักษะของผู้ดูแล ปัญหาด้านมาตรฐานการเตรียมผู้ดูแล ปัญหาด้านการฝึกทักษะปฏิบัติ ปัญหาด้านการติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่าย และปัญหาด้านทรัพยากรและการสนับสนุนองค์กร ปัญหาเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแล และระบบบริการสุขภาพโดยรวม ทำให้การวางแผนจำหน่ายไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ผู้ดูแลขาดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องและต่อเนื่องที่บ้าน และเกิดอัตราการกลับเข้ารับการรักษารุนแรงด้วยสาเหตุปอดอักเสบในระดับที่น่ากังวล ซึ่งปัญหาเหล่านี้สามารถแก้ไขได้ด้วยการพัฒนาโปรแกรมป้องกันปอดอักเสบที่มีกิจกรรมและกระบวนการที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลและพยาบาลวิชาชีพอย่างครอบคลุมและเป็นระบบ

2. การพัฒนาโปรแกรมป้องกันปอดอักเสบในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยคาทอลิกและใส่สายยางให้อาหารก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โรงพยาบาลอุดรธานี โปรแกรมป้องกันปอดอักเสบโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีโอเรม โรงพยาบาลอุดรธานี ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) กิจกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนการดูแล โดยเน้นการล้างมือที่ถูกวิธีและการเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมใช้ก่อนปฏิบัติกิจกรรมทุกครั้ง เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคสู่ผู้ป่วย 2) กิจกรรมการทำความสะอาดช่องปาก โดยออกแบบให้ผู้ดูแลสามารถทำความสะอาดช่องปากได้อย่างถูกต้องอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ด้วยการจัดทำผู้ป่วยที่เหมาะสมและการตรวจสอบตำแหน่งท่อหลอดลมคอก่อนทุกครั้ง เพื่อลดการสะสมของเชื้อโรคในช่องปากซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของปอดอักเสบจาก

การสำลัก 3) กิจกรรมการดูดเสมหะ โดยออกแบบขั้นตอนการดูดเสมหะที่ปลอดภัยครอบคลุมการจัดทำผู้ป่วย การเปลี่ยนสายดูดเสมหะทุกครั้ง การทดสอบแรงดันไม่เกิน 120 มิลลิเมตรปรอท การสอดสายลึกไม่เกิน 10 เซนติเมตร และการดูดไม่เกิน 10 วินาทีต่อครั้ง เพื่อป้องกันการบาดเจ็บและการติดเชื้อในทางเดินหายใจ 4) กิจกรรมการดูแลแผลเจาะคอที่หลอดลมคอ โดยออกแบบขั้นตอนการทำแผลที่ถูกหลักปลอดเชื้อเข้า-เย็นหรือเมื่อแผลเปื้อน ด้วยการเช็ดวนรอบแผลจากด้านในออกด้านนอก การใช้แอลกอฮอล์ร้อยละ 70 และน้ำเกลือ NSS อย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันการติดเชื้อบริเวณรอยเจาะ 5) กิจกรรมการทำความสะอาดท่อหลอดลมคอชั้นใน โดยออกแบบให้ผู้ดูแลสามารถถอด ทำความสะอาด และใส่กลับท่อหลอดลมคอชั้นในได้อย่างถูกต้อง โดยต้มในน้ำเดือดนาน 30 นาทีสำหรับท่อโลหะ หรือแช่แอลกอฮอล์ร้อยละ 70 นาน 20 นาทีแล้วล้างด้วยน้ำเกลือ NSS สำหรับท่อพลาสติก เพื่อรักษาความสะอาดและลดการสะสมของเสมหะที่อาจเป็นแหล่งเพาะเชื้อ 6) กิจกรรมการให้อาหารทางสายยาง โดยออกแบบขั้นตอนการให้อาหารที่ครอบคลุมการตรวจสอบตำแหน่งสาย การตรวจอาหารค้างในกระเพาะ การให้อาหารไหลช้าตามแรงโน้มถ่วง การให้น้ำตามหลังอย่างน้อย 100 ซีซี และการจัดทำศีรษะสูงหลังให้อาหารอย่างน้อย 45 นาที-1 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการสำลักอาหารที่เป็นสาเหตุหลักของปอดอักเสบ และ 7) กิจกรรมการสังเกตอาการที่สงสัยว่าเป็นปอดอักเสบ โดยออกแบบให้ผู้ดูแลสามารถสังเกตและประเมินอาการเตือน 5 ประการ ได้แก่ ไอบ่อยร่วมกับเสมหะสีเหลืองหรือเขียว หายใจมากกว่า 20 ครั้งต่อนาที ระดับความรู้สึกตัวลดลง มีไข้สูงกว่า 37.5 องศาเซลเซียส และเหงื่อออกมากร่วมกับหนาวสั่น พร้อมกำหนดเกณฑ์การนำส่งสถานพยาบาลทันทีเมื่อพบอาการสงสัยตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไป การออกแบบทั้งหมดใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเรม และทฤษฎีระบบเป็นพื้นฐาน

พร้อมหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนแต่ละองค์ประกอบ เพื่อให้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม ตอบสนองความต้องการ และสามารถ

นำไปใช้ได้จริงในบริบทของโรงพยาบาลอุดรธานี ดังแสดงในตาราง 1

ตารางที่ 1 โครงสร้างโปรแกรมป้องกันปอดอักเสบโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีโอเรม โรงพยาบาลอุดรธานี

วัน	กิจกรรมหลัก	เนื้อหา	สื่อและอุปกรณ์	ผู้รับผิดชอบ
วันที่ 1	ประเมินความรู้และความสามารถเบื้องต้น ให้ความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ มอบคู่มือ QR-Code	ปอดอักเสบ สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง การป้องกัน เนื้อหาทั้ง 7 ด้าน	สื่อวีดิทัศน์ คู่มือ QR-Code แบบประเมินความรู้และความสามารถ	พยาบาล ผู้รับผิดชอบ ประจำหอผู้ป่วย
วันที่ 2	สาธิตกิจกรรมการดูแลครบ 7 ด้าน ผักปฏิบัติกับหุ่นจำลอง ผักปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย	เทคนิคการดูแลหะ การทำแผลเจาะคอ การให้อาหารทางสายยาง การทำความสะอาดท่อชั้นใน	หุ่นจำลอง อุปกรณ์ทางการแพทย์ คู่มือ QR-Code	พยาบาล ผู้รับผิดชอบ ประจำหอผู้ป่วย
วันที่ 3	ผู้ดูแลปฏิบัติอิสระครบ 7 ด้าน ประเมินความพร้อมก่อนจำหน่าย วางแผนการดูแลต่อเนื่อง ประสาน Smart COC	การดูแลครบทั้ง 7 ด้าน แผนการดูแลต่อเนื่อง ช่องทางการติดต่อ	แบบประเมินความรู้และความสามารถ แบบสอบถามความพึงพอใจ	พยาบาล ผู้รับผิดชอบ + ศูนย์ COC
วันที่ 7, 14, 21 หลังจำหน่าย	ติดตามทางโทรศัพท์ ประเมินการดูแลต่อเนื่อง ให้คำปรึกษาและแก้ไขปัญหา	การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ครบ 7 ด้าน อาการสงสัยปอดอักเสบ	แบบเก็บข้อมูลติดตาม (ชุดที่ 8)	พยาบาล ผู้รับผิดชอบ
วันที่ 28 หลังจำหน่าย	เยี่ยมบ้าน ประเมินสภาพแวดล้อม ประเมินความสามารถดูแลจริง ทบทวนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้	การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ครบ 7 ด้าน	แบบเก็บข้อมูลติดตาม (ชุดที่ 8)	พยาบาล ผู้รับผิดชอบ + ทีม COC

3. การประเมินผลการใช้โปรแกรมป้องกันปอดอักเสบต่อความสามารถผู้ดูแลผู้ป่วยคาทอลิกและใส่สายยางให้อาหารก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โรงพยาบาลอุดรธานี

3.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพและความพึงพอใจต่อโปรแกรม พยาบาลวิชาชีพคณะทำงาน จำนวน 19 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 15 คน (ร้อยละ 78.90) เพศชาย จำนวน 4 คน (ร้อยละ 21.10) มีอายุเฉลี่ย 37 ปี (SD = 4.90) อายุน้อยสุด 31 ปี อายุมากที่สุด 45 ปี ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงาน 11-15 ปี จำนวน 11 คน (ร้อยละ 57.90) รองลงมา มีประสบการณ์มากกว่า 15 ปี จำนวน 6 คน (ร้อยละ 31.50) และน้อยกว่า 10 ปี จำนวน 2 คน (ร้อยละ 10.50) มีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 15 ปี (SD = 5.09) น้อยสุด 9 ปี มากสุด 23 ปี ผลการประเมินความ

พึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อโปรแกรมป้องกันปอดอักเสบโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.68, SD = 0.22) โดยพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจมากที่สุด จำนวน 10 คน (ร้อยละ 52.60) และพึงพอใจมาก จำนวน 9 คน (ร้อยละ 47.40) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่มีคะแนนความพึงพอใจสูงสุด คือ ด้านความเหมาะสมของโปรแกรม ($\bar{X}$ = 4.75, SD = 0.20) รองลงมาคือด้านประสิทธิภาพการใช้โปรแกรม ($\bar{X}$ = 4.70, SD = 0.21) ด้านความพึงพอใจโดยรวม ($\bar{X}$ = 4.68, SD = 0.23) และด้านการสนับสนุนจากองค์กร ($\bar{X}$ = 4.58, SD = 0.25) ตามลำดับ

3.2 ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 187 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 119 คน (ร้อยละ 63.60) เพศชาย จำนวน 68 คน (ร้อยละ

36.40) มีอายุเฉลี่ย 49 ปี อายุน้อยสุด 20 ปี อายุมากที่สุด 94 ปี กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 40-49 ปี จำนวน 56 คน (ร้อยละ 29.80) รองลงมาคือ 30-39 ปี จำนวน 40 คน (ร้อยละ 21.30) และ 50-59 ปี จำนวน 44 คน (ร้อยละ 23.40) การวินิจฉัยโรคที่พบมากที่สุดคือ DM HT Stroke CAD จำนวน 84 คน (ร้อยละ 44.70) รองลงมาคือ DM HT Stroke Pneumonia จำนวน 28 คน (ร้อยละ 14.90) Hemorrhagic Stroke จำนวน 24 คน (ร้อยละ 12.80) และ Head Injury จำนวน 38 คน (ร้อยละ 20.20) ระดับความรู้สึกรู้ตัวส่วนใหญ่รู้สึกตัวแต่ไม่รู้เรื่อง จำนวน 156 คน (ร้อยละ 83.50) และรู้สึกตัวรู้เรื่อง จำนวน 31 คน (ร้อยละ 16.50) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบประถมศึกษา จำนวน 98 คน (ร้อยละ 52.10) อาชีพส่วนใหญ่รับจ้าง จำนวน 92 คน (ร้อยละ 48.90) สิทธิการรักษาส่วนใหญ่ใช้บัตรประกันสุขภาพ จำนวน 163 คน (ร้อยละ 87.20) อุปกรณ์สอดใส่พิเศษที่พบมากที่สุดคือ เจาะคอท่อเหล็กร่วมกับสายยางให้อาหาร จำนวน 168 คน (ร้อยละ 89.40) ผู้ป่วยทุกรายมีประวัติภาวะสูญเสียความสามารถในการกลืน (Dysphagia) และภาวะติดเตียง (Bedridden) ร้อยละ 100 และมีค่าความอิ่มตัวออกซิเจน (O2Sat) มากกว่าร้อยละ 95 ทุกราย

3.3 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 187 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 126 คน (ร้อยละ 66.70) เพศชาย จำนวน 61 คน (ร้อยละ 32.30) มีอายุเฉลี่ย 45 ปี อายุน้อยสุด 20 ปี อายุมากที่สุด 67 ปี ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นภรรยา จำนวน 108 คน (ร้อยละ 57.80) รองลงมาเป็นสามี จำนวน 53 คน (ร้อยละ 28.30) และบุตร จำนวน 26 คน (ร้อยละ 13.90) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่สมรสแล้ว จำนวน 177 คน (ร้อยละ 94.70) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบปวช. จำนวน 140 คน (ร้อยละ 74.90) รองลงมาจบปวส./อนุปริญญา จำนวน 22 คน (ร้อยละ 11.80) และปริญญาตรี จำนวน 9 คน (ร้อยละ 4.80) อาชีพส่วนใหญ่รับจ้าง จำนวน 164 คน (ร้อยละ

87.70) รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนส่วนใหญ่พอเพียงแต่ต้องประหยัด จำนวน 177 คน (ร้อยละ 94.70) ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 178 คน (ร้อยละ 95.20) และมีภาวะสุขภาพแข็งแรงไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 165 คน (ร้อยละ 88.20)

3.4 ผลการประเมินความรู้ของผู้ดูแลก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ผลการประเมินความรู้ของผู้ดูแลโดยใช้แบบประเมินความรู้ (ชุดที่ 7) จำนวน 30 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน พบว่าก่อนการใช้โปรแกรมผู้ดูแลมีคะแนนความรู้เฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 12.45$, $SD = 3.21$) คิดเป็นร้อยละ 41.50 หลังการใช้โปรแกรมผู้ดูแลมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 26.83$, $SD = 1.74$) คิดเป็นร้อยละ 89.43 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 42.18$, $p < 0.001$) โดยคะแนนความรู้หลังการใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมเฉลี่ย 14.38 คะแนน เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกด้านมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยด้านที่มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ ด้านการดูดเสมหะ รองลงมาคือ ด้านการให้อาหารทางสายยาง และด้านการทำความสะอาดท่อหลอดลมคอขึ้นใน ตามลำดับ

3.5 ผลการประเมินความสามารถของผู้ดูแลก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ผลการประเมินความสามารถของผู้ดูแลโดยใช้แบบประเมินความสามารถ (ชุดที่ 6) จำนวน 41 ข้อ คะแนนเต็ม 205 คะแนน พบว่าก่อนการใช้โปรแกรมผู้ดูแลมีคะแนนความสามารถรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 73.42$, $SD = 12.58$) คิดเป็นร้อยละ 35.81 หลังการใช้โปรแกรมผู้ดูแลมีคะแนนความสามารถรวมเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 178.65$, $SD = 8.34$) คิดเป็นร้อยละ 87.15 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความสามารถรวมก่อนและหลังการใช้โปรแกรมพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 78.42$, $p <$

0.001) โดยคะแนนความสามารถหลังการใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมเฉลี่ย 105.23 คะแนน เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกด้านมีคะแนนความสามารถเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยด้านที่มีคะแนน

ความสามารถเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ ด้านการให้อาหารทางสายยาง รองลงมาคือ ด้านการดูดเสมหะ และด้านการดูแลแผลเจาะคอท่อหลอดลมคอ ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความสามารถของผู้ดูแลก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ($n = 187$)

ด้านที่ประเมิน	ก่อนใช้โปรแกรม $\bar{X}$ (SD)	หลังใช้โปรแกรม $\bar{X}$ (SD)	ผลต่าง $\bar{X}$	t	p-value
1. การเตรียมความพร้อม	3.52 (1.08)	8.98 (0.84)	5.46	45.32	<0.001
2. การทำความสะอาดช่องปาก	8.74 (2.15)	22.14 (1.52)	13.40	56.78	<0.001
3. การดูดเสมหะ	13.25 (3.42)	35.48 (2.18)	22.23	64.91	<0.001
4. การดูแลแผลเจาะคอท่อหลอดลมคอ	9.84 (2.68)	26.52 (1.74)	16.68	62.35	<0.001
5. การทำความสะอาดท่อหลอดลมคอชั้นใน	6.42 (1.85)	17.68 (1.24)	11.26	58.42	<0.001
6. การให้อาหารทางสายยาง	18.54 (4.12)	48.32 (2.85)	29.78	72.14	<0.001
7. การสังเกตอาการปอดอักเสบ	13.11 (2.74)	19.53 (1.68)	6.42	38.56	<0.001
รวมทั้งหมด	73.42 (12.58)	178.65 (8.34)	105.23	78.42	<0.001

3.6 ผลลัพธ์ทางคลินิกหลังการใช้โปรแกรม ผลการติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกภายใน 28 วันหลังจำหน่ายกลับบ้านโดยใช้แบบเก็บข้อมูล (ชุดที่ 8) พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เกิดปอดอักเสบภายใน 28 วันหลังจำหน่าย จำนวน 8 คน (ร้อยละ 4.28) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลย้อนหลังก่อนใช้โปรแกรม จำนวนผู้ป่วยที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำ (Re-admission) ด้วยสาเหตุปอดอักเสบ จำนวน 6 คน (ร้อยละ 3.21) จำนวนผู้ดูแลที่ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลได้ถูกต้องครบถ้วนทุกด้านเมื่อประเมินที่บ้าน จำนวน 174 คน (ร้อยละ 93.05) และจำนวนผู้ดูแลที่ติดต่อสอบถามปัญหาทางโทรศัพท์ จำนวน 52 คน (ร้อยละ 27.81) โดยปัญหาที่ติดต่อสอบถามมากที่สุดคือ ปัญหาเกี่ยวกับการให้อาหารทางสายยาง รองลงมาคือ การดูดเสมหะ และการสังเกตอาการผิดปกติตามลำดับ

3.7 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อโปรแกรม ผลการประเมินความพึงพอใจ

ของผู้ดูแลต่อโปรแกรมป้องกันปอดอักเสบโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจ (ชุดที่ 9) หลังสิ้นสุดโปรแกรมวันที่ 3 พบว่าผู้ดูแลมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.71$, $SD = 0.19$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่มีคะแนนความพึงพอใจสูงสุดคือ ด้านพยาบาลผู้สอน ($\bar{X} = 4.82$, $SD = 0.15$) รองลงมาคือ ด้านกิจกรรมการเรียนรู้ ($\bar{X} = 4.75$, $SD = 0.18$) ด้านการติดตามต่อเนื่อง ($\bar{X} = 4.72$, $SD = 0.20$) ด้านเนื้อหาโปรแกรม ($\bar{X} = 4.68$, $SD = 0.21$) และด้านความพึงพอใจโดยรวม ($\bar{X} = 4.65$, $SD = 0.22$) ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาศาสนการณ์และปัญหาการวางแผนจำหน่าย พบว่า ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่คอท่อหลอดลมคอและใส่สายยางให้อาหารมีจำนวนเพิ่มขึ้นต่อเนื่องทุกปี โดยทุกรายมีภาวะสูญเสียความสามารถในการกลืนและภาวะติดเชื้อร่วมด้วย ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อปอดอักเสบ

จากการสำรวจ สอดคล้องกับ Almansour และคณะ¹³ ที่พบว่าปอดอักเสบเป็นการติดเชื้อที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยที่มีท่อเจาะคอ โดยพบมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยทั้งหมด ปัญหาสำคัญคือผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมาก่อน ซึ่งสอดคล้องกับ Hsiao และคณะ¹⁴ ที่พบว่าผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการอบรมมีอัตราการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการอบรม นอกจากนี้ยังพบปัญหาการขาดมาตรฐานการเตรียมผู้ดูแลก่อนจำหน่าย สอดคล้องกับ Lima และคณะ¹⁵ ที่พบว่าบุคลากรพยาบาลต้องการโปรโตคอลที่ชัดเจน และสิทธิบัตร แก้วธำรงค์ และนิตยา สะค่อม¹⁶ ที่เน้นว่าการดูแลอย่างเป็นระบบตั้งแต่แรกช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การพัฒนาโปรแกรมป้องกันปอดอักเสบโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีโอเรม พบว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยกิจกรรมการเรียนรู้ครอบคลุมเนื้อหาเจ็ดด้านในระยะเวลาสามวัน ร่วมกับการติดตามต่อเนื่องสี่ครั้งภายใน 28 วันหลังจำหน่าย ผลการประเมินความเหมาะสมจากผู้เชี่ยวชาญอยู่ในระดับมากที่สุด การนำทฤษฎีโอเรมมาใช้ในการออกแบบโปรแกรมสอดคล้องกับ แก้วกาญจน์ เสือรัมย์¹⁷ ที่พบว่าการนำทฤษฎีโอเรมมาช่วยช่วยให้พยาบาลประเมินความต้องการการดูแลได้ครอบคลุมทุกมิติ การออกแบบโปรแกรมที่เน้นระบบสนับสนุนและให้ความรู้เป็นหลักสอดคล้องกับ จันทร์ทิรา เจริญนิย และคณะ¹⁸ ที่พบว่าทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเรมสามารถปรับใช้ได้ตั้งแต่ระยะวิกฤตจนถึงระยะฟื้นฟู การใช้สื่อวีดิทัศน์และคู่มือ QR-Code ร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติจริงสอดคล้องกับ Tovichien และคณะ¹⁹ ที่พบว่าโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลร่วมกับการสนับสนุนแบบต่อเนื่องช่วยลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายได้อย่างมีนัยสำคัญ และ Shi และคณะ²⁰ ที่พบว่าการฝึกปฏิบัติด้วยสถานการณ์จำลองช่วยให้ความรู้และความมั่นใจของผู้ดูแลคงอยู่ได้นานถึง 12 เดือน

การประเมินผลการใช้โปรแกรมต่อความสามารถผู้ดูแล พบว่า คะแนนความรู้และความสามารถของผู้ดูแลหลังการใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม โดยเพิ่มขึ้นจากระดับน้อยเป็นระดับมากทั้งสองด้าน สอดคล้องกับ Shi และคณะ²⁰ ที่พบว่ากลุ่มทดลองที่ผ่านหลักสูตรฝึกอบรมแบบอิงสมรรถนะมีคะแนนความรู้และความมั่นใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ความสามารถด้านการให้อาหารทางสายยางและการดูดเสมหะมีคะแนนเพิ่มขึ้นมากที่สุด สอดคล้องกับ ปาริชาติ ใจดี²¹ ที่พบว่าทักษะดังกล่าวมีอัตราปฏิบัติได้ถูกต้องสูงสุดในพยาบาลที่ผ่านการอบรมตามแนวปฏิบัติที่ชัดเจน และ Hsiao และคณะ¹⁴ ที่พบว่าผู้ดูแลที่ได้รับการอบรมเรื่องการให้อาหารอย่างปลอดภัยมีอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการอบรม อัตราการเกิดปอดอักเสบและการกลับเข้ารับรักษาภายใน 28 วันอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับ Tovichien และคณะ¹⁹ ที่พบว่าโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลร่วมกับการติดตามต่อเนื่องช่วยลดอัตราการกลับเข้ารับรักษาได้อย่างมีนัยสำคัญ และ สิริพร นาคพาณิชย์²² ที่พบว่าการฝึกทักษะผู้ดูแลก่อนจำหน่ายส่งผลให้ผู้ป่วยไม่พบภาวะแทรกซ้อนและไม่กลับเข้ารับรักษาซ้ำ ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลและพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับมากที่สุด สะท้อนความเหมาะสมของโปรแกรมและเป็นปัจจัยสำคัญต่อความยั่งยืนในการนำไปใช้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. การปรับปรุงแบบให้เหมาะสมกับบริบทการนำโปรแกรมไปใช้ในหน่วยบริการอื่นควรปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยศึกษาสถานการณ์และปัญหาของผู้ป่วยและผู้ดูแลในบริบทนั้น ความพร้อมด้านบุคลากรและอุปกรณ์ปรับเนื้อหาและระยะเวลาของโปรแกรมให้สอดคล้องกับทรัพยากรที่มี ลักษณะของผู้ดูแลและประเภทของอุปกรณ์สอดใส่พิเศษที่พบบ่อยใน

พื้นที่นั้น โดยเน้นการสร้างการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกระดับตั้งแต่เริ่มต้น

2. การพัฒนาศักยภาพบุคลากร ควรจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านทักษะการสอนและการสาธิต การประเมินความสามารถผู้ดูแล การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ และการเยี่ยมบ้านอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อการทำงานเชิงรุกในการเตรียมผู้ดูแลให้มีความสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยที่บ้าน

3. การสร้างความรู้และทักษะให้ผู้ดูแล ควรจัดกิจกรรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติแก่ผู้ดูแลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ไม่มีประสบการณ์และผู้สูงอายุที่เป็นผู้ดูแล จัดทำคู่มือ

การดูแลที่เข้าใจง่าย มีภาพประกอบและ QR-Code เชื่อมโยงสื่อวิดีโอทัศนที่สามารถทบทวนได้ตลอดเวลา และมีพยาบาลคอยให้คำปรึกษาและประเมินความสามารถซ้ำก่อนจำหน่ายทุกราย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล เจ้าหน้าที่บุคลากรโรงพยาบาลอุดรธานี ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

- 1.GBD 2023 Lower Respiratory Infections and Antimicrobial Resistance Collaborators.(2024). Global burden of lower respiratory infections and aetiologies, 1990–2023: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. Lancet Infect Dis.
- 2.กระทรวงสาธารณสุข.(2566). รายงานสถานการณ์โรคปอดอักเสบ ปี 2566. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- 3.สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2567). รายงานการเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค.
- 4.DiBardino DM, Wunderink RG.(2015). Aspiration pneumonia: A review of modern trends. J Crit Care. 2015;30(1):40–8.
- 5.Metheny NA.(2006). Preventing respiratory complications of tube feedings: Evidence-based practice. Am J Crit Care. 2006;15(4):360–9.
- 6.Bosch X, Formiga F, Cuerpo S, Torres B, Rosón B, Lopez-Soto A.(2012). Aspiration pneumonia in old patients with dementia. Eur J Intern Med. 2012;23(8):720–6.
- 7.สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.(2548). แนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว. กรุงเทพมหานคร: กรมการแพทย์.
- 8.พวงทอง ไกรพิบูลย์.(2555). โรคปอดอักเสบ. กรุงเทพมหานคร: ซีเอ็ดดูเคชั่น.
- 9.อุทัย สุดสุข, กาญจนา ปัญญาธร, ภัทราวดี สุขเจริญ.(2565). ผลการใช้โปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีโอเรมต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กปอดอักเสบ. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2565;45(2):12–23.
- 10.ศิริรัตน์ ปานอุทัย, วิภาวรรณ ตังนิพนธ์, นงศคราญ วิเศษกุล.(2553). การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง. เชียงใหม่: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- 11.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี.(2567). รายงานสถานการณ์โรคปอดอักเสบจังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ 2565–2567. อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี.
- 12.งานสารสนเทศสุขภาพโรงพยาบาลอุดรธานี.(2567). รายงานสถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลอุดรธานี ปีงบประมาณ 2564–2567. อุดรธานี: โรงพยาบาลอุดรธานี.

- 13.Almansour NA, AlHedyan YA, Alshathri NN, Alsubaie RS, Alsuliman SY, Omair AA, et al.(2024). Efficacy of home healthcare on the management of tracheostomy patients. *Saudi Med J.* 2024;45(7):724–30.
- 14.Hsiao SY, Yao CT, Lin YT, Huang ST, Chiou CC, Huang CY, et al.(2022). Relationship between aspiration pneumonia and feeding care among home care patients with an in-dwelling nasogastric tube in Taiwan: A preliminary study. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(9):5419.
- 15.Lima FC, Neves WFS, Dias ALL, et al.(2024). Nursing care protocol for critical users with tracheostomy under mechanical ventilation. *Rev Bras Enferm.* 2024;77(2):e20230337.
- 16.สิริภัทร แก้วอำรงค์, นิตยา ฮะค่อม.(2563). บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ได้รับการเจาะคอและใส่ท่อหลอดลมคอในหอผู้ป่วยไอซียู. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- 17.แก้วกาญจน์ เสือรัมย์.(2565). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีโอเร็มในการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ: กรณีศึกษา. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ.
- 18.จันทร์ทิรา เจียรณัย และคณะ.(2565). การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ: ทฤษฎีการดูแลตนเองและการประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาล. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล.
- 19.Tovichien P, Khaowsibsam N, Choursamran B, Charoensittisup P, Palamit A, Udomittipong K.(2023). Impact of respiratory care training and family support using telemedicine on tracheostomized children admitted with respiratory infection after discharge. *BMC Pediatr.* 2023;23(1):627.
- 20.Shi Y, Orkin J, Walsh CM, Chu S, Keilty K, McKay S, et al.(2022). Pediatric chronic tracheostomy care: An evaluation of an innovative competency-based education program for community health care providers. *Front Pediatr.* 2022;10:885405.
- 21.ปาริชาติ ใจดี.(2568). การพัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการนอนโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2568.
- 22.สิริพร นาคพานิชย์.(2566). กรณีศึกษาการพยาบาลผู้สูงอายุปอดอักเสบและมีการติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง. วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช. 2566;3(2):E000566.

อุบัติการณ์และปัจจัยทำนายภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงปอดเฉียบพลันในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หลอดเลือดแดงปอด โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

Incidence and clinical predictors of acute pulmonary embolism in patients undergoing CTPA, King Narai Hospital.

(Received: April 23,2026 ; Revised: April 25,2026 ; Accepted: April 27,2026)

ธนภัทร ร่มสายหยุด¹
Tanaphat Romsaiyut¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลังนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ ปัจจัยที่สัมพันธ์ และปัจจัยทำนายการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงปอดเฉียบพลันในผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หลอดเลือดแดงปอด ณ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช กลุ่มตัวอย่างจำนวน 270 ราย ได้มาจากเวชระเบียนผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบบันทึกข้อมูลซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC = 1.00) และมีค่าความเชื่อมั่นสูง (Cronbach's alpha = 0.92) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ตัวแปรเดียว และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษาพบว่า อุบัติการณ์ของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงปอดเฉียบพลันเท่ากับ ร้อยละ 28.1 โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มความน่าจะเป็นทางคลินิกระดับปานกลางตามเกณฑ์ Wells criteria ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อาการเป็นลมหมดสติ ภาวะหัวใจหยุดเต้น ภาวะอ้วน การไม่เคลื่อนไหวร่างกาย การใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจน ค่า D-dimer สูง ความผิดปกติจาก echocardiography และคะแนน Wells ≥ 4 จากการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุ พบว่า syncope, cardiac arrest, obesity, immobilization, estrogen use, ความผิดปกติจาก echocardiography และ Wells score ≥ 4 เป็นปัจจัยทำนายอิสระของการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงปอดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงปอดเฉียบพลัน, Wells criteria, CTPA, D-dimer, Echocardiography

Abstract

This survey research by retrospective study aimed to determine the incidence, associated factors, and predictive factors of acute pulmonary embolism (APE) among patients undergoing computed tomography pulmonary angiography (CTPA) at King Narai Maharaj Hospital. A total of 270 patients were included, with data collected from medical records. The research instrument was a structured data collection form developed from literature review, demonstrating excellent content validity (IOC = 1.00) and high reliability (Cronbach's alpha = 0.92). Data were analyzed using descriptive statistics, univariate analysis, and multivariable logistic regression, with statistical significance set at $p < 0.05$.

The results showed that the incidence of APE was 28.1%. Most patients were classified as having moderate clinical probability according to the Wells criteria. Factors significantly associated with APE included syncope, cardiac arrest, obesity, immobilization, estrogen use, elevated D-dimer levels, abnormal echocardiographic findings, and a Wells score ≥ 4 . Multivariable logistic regression analysis identified syncope, cardiac arrest, obesity, immobilization, estrogen use, abnormal echocardiographic findings, and Wells score ≥ 4 as independent predictors of APE with statistical significance.

Keywords: Acute pulmonary embolism, Wells criteria, CTPA, D-dimer, Echocardiography

¹ พ.บ.กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

บทนำ

ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงปอดเฉียบพลัน (Acute Pulmonary Embolism; APE) เป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยทั้งในและนอกโรงพยาบาล^{1,2} ภาวะดังกล่าวจัดอยู่ในกลุ่มโรค venous thromboembolism ซึ่งมักเกิดจากลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำส่วนลึก โดยเฉพาะบริเวณขาและเชิงกราน แล้วหลุดไปอุดตันหลอดเลือดแดงปอด ส่งผลให้เกิดการรบกวนการไหลเวียนเลือดในปอด การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง และเพิ่มภาระการทำงานของหัวใจห้องขวา ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันและการเสียชีวิตได้⁽¹⁾ แม้ว่า APE จะเป็นภาวะที่พบได้บ่อย แต่การวินิจฉัยยังคงเป็นความท้าทาย เนื่องจากอาการและอาการแสดงทางคลินิกมักไม่จำเพาะ ผู้ป่วยอาจมาด้วยอาการหายใจลำบาก เจ็บหน้าอก หน้ามืด เป็นลม หรือมีภาวะหัวใจเต้นเร็ว ซึ่งอาจพบได้ในโรคทางหัวใจและปอดอื่น ๆ ทำให้แพทย์ต้องอาศัยการประเมินร่วมกันทั้งจากอาการทางคลินิก ปัจจัยเสี่ยง และการตรวจเพิ่มเติมเพื่อยืนยันการวินิจฉัย^{2,3} หากการวินิจฉัยล่าช้าหรือไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนสูง

เอกซเรย์คอมพิวเตอร์หลอดเลือดแดงปอด (Computed Tomography Pulmonary Angiography; CTPA) ได้รับการยอมรับว่าเป็นวิธีมาตรฐานหลักในการวินิจฉัย APE ในปัจจุบัน เนื่องจากมีความไวและความจำเพาะสูง สามารถแสดงตำแหน่งและขนาดของลิ่มเลือดได้อย่างชัดเจน อีกทั้งยังช่วยประเมินโรคอื่น ๆ ที่อาจเป็นสาเหตุของอาการผู้ป่วย³ อย่างไรก็ตามการใช้ CTPA อย่างแพร่หลายส่งผลให้มีการตรวจในผู้ป่วยจำนวนมากที่มีความน่าจะเป็นของโรคต่ำ โดยงานวิจัยในต่างประเทศรายงานว่าสัดส่วนของการตรวจ CTPA ที่พบ APE จริงอยู่ในช่วงประมาณร้อยละ 10–30 เท่านั้น^{4,5} การตรวจ CTPA นอกจากจะมีค่าใช้จ่ายสูงแล้ว ยังมีความเสี่ยงจากการได้รับรังสีและการใช้สาร

ทึบรังสี ซึ่งอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะไตวายเฉียบพลันจากสารทึบรังสี โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ที่มีโรคประจำตัว³ การส่งตรวจโดยไม่จำเป็นจึงอาจส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์อย่างไม่เหมาะสม

โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่สงสัยภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงปอดเฉียบพลันที่ถูกส่งตรวจ CTPA เพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี 2566-2568 มีจำนวนการส่งตรวจ 680, 720 และ 768 ราย ตามลำดับ ผลการตรวจพบ APE ร้อยละ 20.34 สัมพันธ์กับงานวิจัยก่อนหน้านี้^{3,5}

แนวทางเวชปฏิบัติสากล เช่น แนวทางของ European Society of Cardiology และ American College of Chest Physicians แนะนำให้มีการประเมินความน่าจะเป็นของ APE ก่อนการส่งตรวจ CTPA โดยอาศัยข้อมูลทางคลินิกและปัจจัยเสี่ยง เช่น อายุ ประวัติลิ่มเลือดอุดตัน การผ่าตัด การนอนโรงพยาบาล โรคกระเพาะ และอาการทางคลินิกที่สอดคล้องกับโรค(1,5) อย่างไรก็ตาม การนำแนวทางดังกล่าวไปใช้ในเวชปฏิบัติจริงอาจแตกต่างกันไปตามบริบทของสถานพยาบาล ลักษณะประชากรผู้ป่วย และทรัพยากรที่มีอยู่ในประเทศไทย ข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติการณ์ของ APE และปัจจัยทำนายการเกิดโรคในผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ CTPA ยังมีจำกัด โดยเฉพาะในระดับโรงพยาบาลตติยภูมิ ซึ่งมีผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนและมีปัจจัยเสี่ยงหลากหลาย การขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ในบริบทดังกล่าวอาจทำให้การตัดสินใจส่งตรวจ CTPA ยังไม่ใช่วิธีที่เหมาะสมที่สุด

ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีความสำคัญในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติการณ์ของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงปอดเฉียบพลันในผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ CTPA รวมถึงการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการเกิดโรค ข้อมูลที่ได้จะช่วยสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก เพิ่มความแม่นยำในการคัดกรองผู้ป่วย ลดการตรวจที่ไม่จำเป็น และนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการ

ดูแลรักษาผู้ป่วยที่สงสัยภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงปอดเฉียบพลันในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงปอดเฉียบพลันในผู้ป่วยที่ได้รับการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หลอดเลือดแดงปอดโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

วัตถุประสงค์รอง

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงปอดเฉียบพลัน โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงปอดเฉียบพลัน โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง (Survey Research by Retrospective Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่สงสัยภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงปอดเฉียบพลันได้รับการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หลอดเลือดแดงปอด โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566-30 กันยายน 2568 จำนวน 2,168 คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วม

โครงการ (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยสัญชาติไทยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. มีอาการทางคลินิกสงสัยภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงปอดเฉียบพลันระยะเวลาไม่เกิน 1 เดือน ได้รับการส่งตรวจ CTPA เพื่อวินิจฉัยโรค

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจาก

โครงการ (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการเฉียบพลันแต่ลักษณะภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สงสัยภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงปอดแบบเรื้อรัง (Chronic PE)

2. ผู้ป่วยที่มีข้อมูลไม่ครบถ้วนหรือภาพตรวจไม่สามารถแปลผลได้

การคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample size calculation)

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประมาณอุบัติการณ์ของ APE ในผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ CTPA โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการประมาณสัดส่วนประชากร ดังนี้

$$n = \frac{Z^2 \times p(1 - p)}{d^2}$$

โดยที่แทนค่าในสมการ

- n = ขนาดตัวอย่าง
- Z = ค่าคงที่ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (1.96)
- p = อุบัติการณ์ที่คาดการณ์จากงานวิจัยก่อนหน้า (ประมาณ 0.20)
- d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (0.05)

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.20(0.80)}{(0.05)^2}$$

$$n \approx 246 \text{ ราย}$$

ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำที่ต้องการคือ 246 ราย โดยจะเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อชดเชยข้อมูลที่อาจไม่สมบูรณ์ ทำให้ขนาดตัวอย่างรวมประมาณ 270 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบบันทึกข้อมูล โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ วันที่เข้ารับการรักษา แผนกที่ส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หลอดเลือดแดงปอด ระยะเวลาอนโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางคลินิก ประกอบด้วย สัญญาณชีพ ค่า O2 saturation Arterial blood gas ระดับ d-dimer, Cardiac enzymes, EKG, ผลตรวจ echocardiogram

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเสี่ยง ประกอบด้วย โรคประจำตัว ภาวะความเจ็บป่วยร่วม

ส่วนที่ 4 การประเมินความน่าจะเป็นทางคลินิกด้วย Wells criteria ได้แก่

- อาการเหนื่อยเฉียบพลันหรือเจ็บหน้าอก ร่วมกับอาการแสดงของ deep vein thrombosis (ขา บวมปวด 3 คะแนน)

- ไม่มีสาเหตุอื่น ๆ อธิบายได้ (3 คะแนน)

- ชีพจรเร็วกว่า 100 ครั้ง/นาที (1.5 คะแนน)

- Immobilization หรือประวัติผ่าตัดในช่วง 4 สัปดาห์ก่อน (1.5 คะแนน)

- ประวัติ deep vein thrombosis หรือ PE (1.5 คะแนน)

- ไอเป็นเลือด (1 คะแนน)

- มะเร็งที่กำลังรักษาในช่วง 6 เดือน (1 คะแนน)

การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม

คะแนนรวมมากกว่า 6 จัดเป็นกลุ่มที่มีความน่าจะเป็นทางคลินิกสูง (high clinical probability)

2-6 คะแนน จัดเป็นกลุ่มที่มีความน่าจะเป็นทางคลินิกปานกลาง (moderate clinical probability)

น้อยกว่า 2 คะแนนจัดเป็นกลุ่มที่มีความน่าจะเป็นทางคลินิกต่ำ (low clinical probability)

ส่วนที่ 5 การประเมินความรุนแรงกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงปอดเฉียบพลันตามระดับความรุนแรงโดยใช้ PE severity index (PESI) score^(6,7) มีปัจจัยที่ใช้ประเมิน ได้แก่ อายุ เพศชาย มะเร็ง โรคหัวใจและปอดเรื้อรัง ชีพจร ≥ 110 , SBP < 100 อัตราการหายใจ > 30 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ < 36 , O2 saturation < 90 และระดับความรู้สึกรู้สตัวเปลี่ยนแปลง คะแนน PESI แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ class I ถึง class V ดังนี้

Class I (Very Low Risk): Score ≤ 65 (0-1.6% mortality)

Class II (Low Risk): Score 66-85 (1.7-3.5% mortality)

Class III (Intermediate Risk): Score 86-105 (3.2-7.1% mortality)

Class IV (High Risk): Score 106-125 (4-10.4% mortality)

Class V (Very High Risk): Score >125 (10-24.5% mortality)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบบันทึกข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยอาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 3 ท่าน เพื่อให้แน่ใจว่าเครื่องมือครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และมีความเหมาะสมต่อการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน ความตรงเชิงเนื้อหา IOC=1.00

นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความชัดเจนและความสอดคล้องของแบบบันทึกข้อมูลโดยการทดลองเก็บข้อมูลกับเวชระเบียนตัวอย่างจำนวน 30 ตัวอย่าง ก่อนเริ่มการเก็บข้อมูลจริง เพื่อปรับปรุงเครื่องมือให้มีความสมบูรณ์และลดความคลาดเคลื่อนในการเก็บข้อมูล ความเชื่อมั่นโดยวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟา (alphacoefficient) ของครอนบาค=0.92

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมจะถูกนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมทางสถิติ ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจะถูกตรวจสอบความครบถ้วนก่อนการวิเคราะห์ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า $p < 0.05$

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะประชากรและข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงการรายงานอุบัติการณ์ของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงปอดเฉียบพลัน

2. การวิเคราะห์ตัวแปรเดียว (Univariate analysis) ใช้การวิเคราะห์ตัวแปรเดียวเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงปอดเฉียบพลัน โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ตรวจพบ APE และกลุ่มที่ไม่พบ APE

- ตัวแปรเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วย Chi-square test หรือ Fisher's exact test
- ตัวแปรเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วย Independent t-test หรือ Mann-Whitney U test ตามลักษณะการกระจายของข้อมูล
- ตัวแปรที่มีค่า $p < 0.05$ จากการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว หรือเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญทางคลินิก จะถูกนำเข้าสู่การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุในขั้นตอนถัดไป

3. การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุ (Multivariable logistic regression) ใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุเพื่อระบุปัจจัยทำนายอิสระของการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงปอดเฉียบพลัน โดยผลลัพธ์จะรายงานเป็นค่า odds ratio (OR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval)

มีการตรวจสอบปัญหาความสัมพันธ์กันของตัวแปร (multicollinearity) ก่อนการวิเคราะห์ และประเมินความเหมาะสมของแบบจำลองทางสถิติด้วยวิธีที่

เหมาะสม เช่น Hosmer-Lemeshow goodness-of-fit test

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับสำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

อุบัติการณ์ของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงปอดเฉียบพลันในผู้ป่วยที่ได้รับการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หลอดเลือดแดงปอด

ตารางที่ 1 อุตการณ์ของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงปอดเฉียบพลันในผู้ป่วยที่ได้รับการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หลอดเลือดแดงปอด (N=270)

การเกิด APE	จำนวน (%)	p-value
Non-APE	194 (71.9)	
APE	76 (28.1)	
- Low clinical probability (<2 คะแนน)	7 (9.2)	0.002*
- Moderate clinical probability (2-6 คะแนน)	45 (59.2)	
- High clinical probability (>6 คะแนน)	24 (31.6)	

จากตารางที่ 1 อุตการณ์ของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงปอดเฉียบพลันในผู้ป่วยที่ได้รับการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หลอดเลือดแดงปอดจำนวนทั้งหมด 270 คน พบภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงปอดเฉียบพลันจำนวน 76 คน (28.1%) เมื่อจำแนกประเมินความน่าจะเป็นทางคลินิกในผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยลิ่มเลือดอุดตันใน

หลอดเลือดแดงปอดเฉียบพลันด้วย Wells criteria พบว่า อยู่ในระดับ Moderate clinical probability จำนวน 45 คน (59.2%) High clinical probability จำนวน 24 (31.6%) และ Low clinical probability (<2 คะแนน) 7 คน (9.2%) แต่ละระดับแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มีอาการสงสัย Acute Pulmonary Embolism (APE) ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ตรวจพบและตรวจไม่พบโดยวิธี CTPA

ข้อมูลทั่วไป	All patient (n=270)	Positive APE (n=76)	Negative APE (n=194)	P-value
Sex				
Male	110 (40.7%)	31 (40.8%)	79 (40.7%)	0.990
Female	160 (59.3%)	45 (59.2%)	115 (59.3%)	
Age (year)				
35-45	28 (10.4%)	6 (7.9%)	22 (11.3%)	^f 0.040*
46-55	62 (23.0%)	10 (13.2%)	52 (26.8%)	
56-65	74 (27.4%)	26 (34.2%)	48 (24.7%)	
>65	106 (39.3%)	34 (44.7%)	72 (37.1%)	
Mean (min,max)	60.4 (38-79)	62.7 (43-79)	61.3 (39-76)	
Symptoms				
Dyspnea	168 (62.2%)	48 (63.2%)	120 (61.9%)	0.860
leg pain & swelling	28 (10.4%)	12 (15.8%)	16 (8.2%)	0.080
Chest pain	14 (5.2%)	6 (7.9%)	8 (4.1%)	0.270
Syncope	16 (5.9%)	14 (18.4%)	2 (1.0%)	^f 0.001*
Arrest	8 (3.0%)	7 (9.2%)	1 (0.5%)	^f 0.001*
Risk factors				
Active cancer or metastasis	72 (26.7%)	24 (31.6%)	48 (24.7%)	0.270
Infection	63 (23.3%)	11 (14.5%)	52 (26.8%)	^f 0.040*
Recent major surgery	28 (10.4%)	8 (10.5%)	20 (10.3%)	0.960
Previous PE	14 (5.2%)	13 (17.1%)	1 (0.5%)	^f 0.001*
Pills	8 (3.0%)	7 (9.2%)	1 (0.5%)	^f 0.001*
Immobility	4 (1.5%)	4 (5.3%)	0 (0%)	^f 0.010*
Comorbidities				
HT	62 (23.0%)	19 (25.0%)	43 (22.2%)	0.620
DM	43 (15.9%)	17 (22.4%)	26 (13.4%)	0.070
Dyslipidemia	38 (14.1%)	12 (15.8%)	26 (13.4%)	0.610
Obesity	24 (8.9%)	18 (23.7%)	6 (3.1%)	^f 0.001*
No underlying disease	34 (12.6%)	10 (13.2%)	24 (12.4%)	0.860
findings				
D-dimer (positive) (ng/ml)	53 (19.6%)	25 (32.9%)	28 (14.4%)	^f 0.001*
Mean (min, max)	532 (100-1,980)	650 (100-1,980)	510 (100-1,100)	
Abnormal echo	28 (10.4%)	18 (23.7%)	10 (5.2%)	0.001*
Doppler US	24 (8.9%)	14 (18.4%)	11 (5.7%)	^f 0.002*

^f Fisher's exact test (percent (%) in column) *significant (P-value ≤0.05)

จากตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มี
อาการสงสัย Acute Pulmonary Embolism (APE)

ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ตรวจพบและตรวจไม่พบโดยวิธี
CTPA พบว่า ผู้ป่วยทั้งหมด 270 ราย แบ่งเป็นกลุ่ม

Positive APE 76 ราย และ Negative APE 194 ราย สัดส่วนเพศไม่แตกต่างกันระหว่างสองกลุ่ม อายุมีการกระจายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.040$) โดยกลุ่ม Positive APE มีสัดส่วนผู้ป่วยอายุ 56 ปีขึ้นไปมากกว่า อาการหอบเหนื่อยเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดและไม่แตกต่างระหว่างกลุ่ม ขณะที่อาการเป็นลมหมดสติและภาวะหัวใจหยุดเต้นพบมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่ม Positive APE ($p < 0.001$) ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับ Positive APE ได้แก่ ประวัติ pulmonary embolism มาก่อน การใช้ยาคุมกำเนิด

และภาวะไม่เคลื่อนไหวร่างกาย ($p < 0.05$) ในขณะที่การติดเชื้อพบมากกว่าในกลุ่ม Negative APE ($p = 0.040$) โรคร่วมส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกัน ยกเว้นภาวะอ้วนซึ่งพบมากกว่าในกลุ่ม Positive APE อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$)

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า กลุ่ม Positive APE มีสัดส่วน D-dimer เป็นบวก การตรวจพบความผิดปกติจาก echocardiography และ Doppler ultrasonography สูงกว่ากลุ่ม Negative APE อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ตารางที่ 3 ลักษณะผิดปกติที่ตรวจพบจาก CTPA เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นและไม่เป็น acute pulmonary embolism (APE)

ลักษณะความผิดปกติจาก CTPA	All patient (n=270)	Positive APE (n=76)	Negative APE (n=194)	P-value
Intrathoracic findings				
Pleural effusion				
Mild	78 (28.9%)	25 (32.9%)	53 (27.3%)	0.360
Moderate	20 (7.4%)	4 (5.3%)	16 (8.2%)	0.430
Severe	8 (3.0%)	5 (6.6%)	3 (1.5%)	^f 0.030*
Pneumonia	60 (22.2%)	14 (18.4%)	46 (23.7%)	0.340
Lung atelectasis	52 (19.3%)	13 (17.1%)	39 (20.1%)	0.580
Congestive heart failure	34 (12.6%)	5 (6.6%)	29 (14.9%)	0.070
Intrathoracic metastasis	16 (5.9%)	7 (9.2%)	9 (4.6%)	0.170
Lung cancer	12 (4.4%)	6 (7.9%)	6 (3.1%)	0.120
Chronic PE	14 (5.2%)	10 (13.2%)	4 (2.1%)	^f 0.001*
Emphysema	7 (2.6%)	2 (2.6%)	5 (2.6%)	0.990
Bronchiectasis	8 (3.0%)	2 (2.6%)	6 (3.1%)	0.830
Aortic aneurysm	4 (1.5%)	2 (2.6%)	2 (1.0%)	0.320
Aortic dissection	6 (2.2%)	4 (5.3%)	2 (1.0%)	^f 0.040*
Extrathoracic findings				
Liver metastasis	13 (4.8%)	6 (7.9%)	7 (3.6%)	0.180
Massive ascites	10 (3.7%)	2 (2.6%)	8 (4.1%)	0.720
Bone metastasis	14 (5.2%)	6 (7.9%)	8 (4.1%)	0.240
New diagnosis of cancer	8 (3.0%)	5 (6.6%)	3 (1.5%)	^f 0.030*

^f Fisher's exact test (percent (%) in column) *significant (P-value ≤ 0.05)

จากตารางที่ 3 ลักษณะผิดปกติที่ตรวจพบจาก CTPA เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นและไม่เป็น acute pulmonary embolism (APE) พบว่าความผิดปกติภายในทรวงอกที่พบบ่อยที่สุดคือ

pleural effusion โดยส่วนใหญ่เป็นระดับเล็กน้อย แต่ pleural effusion ระดับรุนแรง พบได้บ่อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่ม Positive APE เมื่อเทียบกับกลุ่ม Negative APE (6.6% เทียบกับ 1.5%, $p =$

0.030) ในขณะที่ระดับเล็กน้อยและปานกลางไม่พบความแตกต่างระหว่างสองกลุ่ม ความผิดปกติอื่นภายในทรวงอก ได้แก่ pneumonia, lung atelectasis, congestive heart failure, intrathoracic metastasis และมะเร็งปอด ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่ม chronic pulmonary embolism และ aortic dissection พบได้บ่อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่ม Positive APE (p

$= 0.001$ และ $p = 0.040$ ตามลำดับ) สำหรับความผิดปกตินอกทรวงอก พบว่า การวินิจฉัยมะเร็งร้ายใหม่ พบได้บ่อยกว่าในกลุ่ม Positive APE อย่างมีนัยสำคัญ (6.6% เทียบกับ 1.5%, $p = 0.030$) ส่วน liver metastasis, massive ascites และ bone metastasis ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างสองกลุ่ม

ตารางที่ 4 ปัจจัยทำนายภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงปอดเฉียบพลันในผู้ป่วยที่ได้รับการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หลอดเลือดแดงปอด

ตัวแปร	APE (n = 76)	Non-APE (n = 194)	Crude OR (95% CI)	p-value	Adjusted OR (95% CI)	p-value
ข้อมูลพื้นฐาน						
อายุ ≥ 65 ปี	34 (44.7%)	72 (37.1%)	1.37 (0.79–2.37)	0.26		
FeMale	45 (59.2%)	115 (59.3%)	1.00 (0.58–1.73)	0.99		
อาการทางคลินิก						
Dyspnea	48 (63.2%)	120 (61.9%)	1.06 (0.61–1.85)	0.86		
leg pain & swelling	12 (15.8%)	16 (8.2%)	2.09 (0.93–4.72)	0.08		
Pleuritic chest pain	6 (7.9%)	8 (4.1%)	2.00 (0.67–5.94)	0.27		
Syncope	14 (18.4%)	2 (1.0%)	21.7 (4.8–97.6)	0.001**	20.3 (5.1–99.4)	0.001*
Arrest	7 (9.2%)	1 (0.5%)	19.6 (2.3–165.7)	0.001**	18.3 (2.7–163.2)	0.001*
Comorbidities						
HT	19 (25.0%)	43 (22.2%)	1.17 (0.62–2.22)	0.62		
DM	17 (22.4%)	26 (13.4%)	1.87 (0.95–3.69)	0.07		
Dyslipidemia	12 (15.8%)	26 (13.4%)	1.21 (0.57–2.56)	0.61		
Obesity	18 (23.7%)	6 (3.1%)	9.75 (3.6–26.3)	0.001**	9.38 (3.7–25.8)	0.001*
สัญญาณชีพ						
HR > 100 bpm	32 (42.1%)	48 (24.7%)	2.23 (1.25–3.98)	0.005		
SBP < 100 mmHg	23 (30.3%)	39 (20.1%)	1.73 (0.95–3.14)	0.04		
SpO ₂ < 95%	14 (18.4%)	12 (6.2%)	3.40 (1.48–7.83)	0.002*	3.38 (0.98–7.02)	0.050
ปัจจัยเสี่ยงต่อ PE						
Previous VTE	24 (31.6%)	48 (24.7%)	1.41 (0.78–2.54)	0.27		
Recent surgery/admission	11 (14.5%)	52 (26.8%)	0.46 (0.22–0.94)	0.04		
Active cancer	8 (10.5%)	20 (10.3%)	1.02 (0.43–2.42)	0.96		
Immobilization	13 (17.1%)	1 (0.5%)	40.0 (5.2–309.6)	0.001**	38.9 (5.8–301.8)	0.001*
Estrogen use	7 (9.2%)	1 (0.5%)	19.6 (2.3–165.7)	0.021*	19.4 (2.7–163.4)	0.001*
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ/ตรวจพิเศษ						

ตารางที่ 4 ปัจจัยทำนายภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงปอดเฉียบพลันในผู้ป่วยที่ได้รับการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หลอดเลือดแดงปอด

ตัวแปร	APE (n = 76)	Non-APE (n = 194)	Crude OR (95% CI)	p-value	Adjusted OR (95% CI)	p-value
D-dimer $\geq$ 500 ng/mL	25 (32.9%)	28 (14.4%)	2.93 (1.53–5.62)	0.001		
Troponin positive	10 (13.2%)	12 (6.2%)	2.30 (0.93–5.69)	0.07		
Abnormal ECHO Findings	18 (23.7%)	10 (5.2%)	5.68 (2.41–13.4)	0.001**	4.38 (2.96–13.0)	0.002*
คะแนนประเมินความเสี่ยง						
Wells score $\geq$ 4	38 (50.0%)	42 (21.6%)	3.64 (2.03–6.53)	0.001**	3.47 (1.97–5.92)	0.001*

logistic regression*significant (P-value $\leq$ 0.05)

จากตารางที่ 4 พบว่า จากการวิเคราะห์แบบ univariable logistic regression พบว่า อาการเป็นลมหมดสติ (syncope) ภาวะหัวใจหยุดเต้น (cardiac arrest) ภาวะอ้วน การมีอัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ ($SpO_2 < 95\%$) การไม่เคลื่อนไหวร่างกาย การใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจน ระดับ D-dimer $\geq$ 500 ng/mL การตรวจพบความผิดปกติจาก echocardiography และคะแนน Wells score $\geq$ 4 มีความสัมพันธ์กับการเกิด APE อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อทำการวิเคราะห์แบบ multivariable logistic regression พบว่า syncope (adjusted OR 20.3, 95% CI 5.1–99.4), cardiac arrest (adjusted OR 18.3, 95% CI 2.7–163.2), obesity (adjusted OR 9.38, 95% CI 3.7–25.8), immobilization (adjusted OR 38.9, 95% CI 5.8–301.8), estrogen use (adjusted OR 19.4, 95% CI 2.7–163.4), abnormal echocardiographic findings (adjusted OR 4.38, 95% CI 2.96–13.0) และ Wells score $\geq$ 4 (adjusted OR 3.47, 95% CI 1.97–5.92) ยังคงเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิด APE อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลังเพื่อประเมินอุบัติการณ์และปัจจัยทำนาย

ของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงปอดเฉียบพลัน (acute pulmonary embolism; APE) ในผู้ป่วยที่ได้รับการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หลอดเลือดแดงปอด (CT pulmonary angiography; CTPA) ณ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ผลการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์ของ APE ในกลุ่มผู้ป่วยที่สงสัยโรคและได้รับการตรวจ CTPA เท่ากับร้อยละ 28.1 สอดคล้องกับรายงานจากการศึกษาก่อนหน้าในต่างประเทศซึ่งรายงานอุบัติการณ์ของ APE ในผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ CTPA อยู่ระหว่างร้อยละ 15–30 ขึ้นอยู่กับลักษณะประชากรและเกณฑ์การส่งตรวจ^(8–10)

อุบัติการณ์ของ APE ในการศึกษาขึ้นอยู่กับระดับค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับการศึกษาบางรายงานซึ่งอาจอธิบายได้จากลักษณะของประชากรที่เป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล (hospital-based population) และเป็นผู้ป่วยที่แพทย์มีความสงสัยทางคลินิกสูงจนตัดสินใจส่งตรวจ CTPA นอกจากนี้ เมื่อประเมินด้วย Wells criteria พบว่าผู้ป่วย APE ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่ม moderate และ high clinical probability ซึ่งสนับสนุนบทบาทของ Wells score ในการคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด APE ก่อนการตรวจทางรังสีวินิจฉัย ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติของ European Society of Cardiology (ESC) และ American College of Chest Physicians (ACCP) ที่แนะนำให้ใช้ clinical

prediction rules ร่วมกับ D-dimer เพื่อลดการตรวจ CTPA ที่ไม่จำเป็น^{11,12}

ปัจจัยด้านข้อมูลพื้นฐานและอาการทางคลินิก การศึกษานี้ไม่พบความแตกต่างของเพศระหว่างกลุ่ม APE และ non-APE ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษา ที่รายงานว่าเพศไม่ได้เป็นปัจจัยเสี่ยงอิสระของ APE อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยอายุมากกว่า 65 ปีมีสัดส่วน สูงกว่าในกลุ่ม APE แม้จะไม่ใช่ปัจจัยทำนายอิสระ หลังการวิเคราะห์พหุ สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าอายุ เป็นปัจจัยเสริมความเสี่ยงผ่านการมีโรคร่วมและ ภาวะไม่เคลื่อนไหวมากกว่าการเป็นสาเหตุโดยตรง¹³ ในด้านอาการทางคลินิก อาการหอบเหนื่อยเป็น อาการที่พบบ่อยที่สุดในทั้งสองกลุ่ม แต่ไม่สามารถ แยกผู้ป่วย APE ออกจาก non-APE ได้อย่างมี นัยสำคัญ ซึ่งสะท้อนถึงลักษณะอาการที่ไม่จำเพาะ ของโรคนี้ อย่างไรก็ตาม อาการเป็นลมหมดสติ (syncope) และภาวะหัวใจหยุดเต้น (cardiac arrest) พบได้บ่อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่ม APE และ ยังคงเป็นปัจจัยทำนายอิสระหลังการวิเคราะห์ multivariable logistic regression โดย มี ค่า adjusted OR สูงมาก สอดคล้องกับการศึกษาก่อน หน้ารายงานว่า syncope เป็นอาการแสดงของ APE ชนิดรุนแรงซึ่งสัมพันธ์กับภาวะ hemodynamic compromise และการอุดตันของหลอดเลือดปอด ขนาดใหญ่^{14,15}

โรคร่วมและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด APE พบว่า ภาวะอ้วนเป็นหนึ่งในปัจจัยทำนายอิสระที่สำคัญที่สุด ในการศึกษานี้ โดยผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนมีความเสี่ยง ต่อการเกิด APE สูงกว่ากลุ่มที่ไม่อ้วนประมาณ 9 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับวรรณกรรมที่ชี้ว่าภาวะอ้วนสัมพันธ์ กับภาวะ hypercoagulable state การอักเสบเรื้อรัง และการลดลงของ venous return จากการไม่ เคลื่อนไหว¹⁶ การไม่เคลื่อนไหวร่างกาย (immobilization) และการใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจน เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีค่า adjusted OR สูงมากใน การศึกษานี้ สอดคล้องกับ Virchow's triad ซึ่ง อธิบายกลไกการเกิดลิ่มเลือดจากภาวะ venous stasis และ hypercoagulability ผลการศึกษานี้

สอดคล้องกับรายงานก่อนหน้านี้ที่ระบุว่าการใช้ ฮอร์โมนเอสโตรเจนเพิ่มความเสี่ยงต่อ venous thromboembolism อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะใน สตรีที่มีปัจจัยเสี่ยงร่วมอื่น^{17,18}

ในด้านสัญญาณชีพ พบว่าผู้ป่วย APE มี สัดส่วนของ tachycardia และ hypoxemia สูงกว่า กลุ่ม non-APE อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับ พยาธิสรีรวิทยาของ APE ที่ทำให้เกิด ventilation-perfusion mismatch และเพิ่มภาระต่อหัวใจห้อง ขวา อย่างไรก็ตาม ความดันโลหิตต่ำไม่คงอยู่เป็น ปัจจัยทำนายอิสระหลังการปรับตัวแปรร่วม สะท้อน ว่าภาวะ hypotension อาจพบเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่ม high-risk PE เท่านั้น¹¹

ระดับ D-dimer ≥ 500 ng/mL มีความสัมพันธ์กับการเกิด APE อย่างมีนัยสำคัญใน การวิเคราะห์ univariable ซึ่งสนับสนุนบทบาทของ D-dimer ในการคัดกรองผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ค่า D-dimer ไม่ถูกนำมาเข้าสู่แบบจำลองสุดท้าย เนื่องจากมี ความสัมพันธ์กับ Wells score และตัวแปรทางคลินิก อื่น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าควรใช้ D-dimer ร่วมกับ clinical probability¹² การตรวจพบความ ผิดปกติจาก echocardiography เป็นปัจจัยทำนาย อิสระของ APE ในการศึกษาที่สะท้อนถึงบทบาทของ right ventricular dysfunction ในผู้ป่วย APE ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคและพยากรณ์ โรคที่ไม่ดี¹⁹ นอกจากนี้ คะแนน Wells score ≥ 4 ยังคงเป็นปัจจัยทำนายอิสระที่สำคัญหลังการ วิเคราะห์พหุ แสดงให้เห็นว่า Wells score เป็น เครื่องมือที่มีประโยชน์สูงในบริบทของการปฏิบัติงาน จริงในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและสามารถช่วยใน การตัดสินใจส่งตรวจ CTPA ได้อย่างเหมาะสม

ผลการศึกษานี้มีนัยสำคัญเชิงคลินิก โดยช่วย ให้แพทย์สามารถระบุผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อ APE ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มี syncope, cardiac arrest, obesity, immobilization, estrogen use, abnormal echocardiography และ Wells score ≥ 4 ซึ่งควรได้รับการประเมินและรักษา อย่างเร่งด่วน ตามคำแนะนำของ European Society

of Cardiology (ESC) Guidelines²⁰ แนะนำการใช้ Wells score ≥ 4 แนะนำ ทำ CTPA ทันที (ไม่จำเป็นต้องตรวจ D-dimer ก่อน) และถ้า Wells < 4 ตรวจ D-dimer ก่อน หาก positive ค่อยทำ imaging

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้คือการใช้ข้อมูลจริงจากเวชระเบียนและการยืนยันการวินิจฉัยด้วย CTPA ซึ่งเป็น gold standard อย่างไรก็ตามการศึกษาแบบย้อนหลังอาจมีข้อจำกัดด้านความครบถ้วนของข้อมูล และไม่สามารถสรุปความเป็นเหตุเป็นผลได้ นอกจากนี้เป็นการศึกษาจากโรงพยาบาลเดียว อาจจำกัดการนำไปใช้กับประชากรอื่น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการนำผลวิจัยไปใช้

1. การพบว่าอุบัติการณ์ของ APE ในผู้ป่วยที่ได้รับการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หลอดเลือดแดงปอดอยู่ในระดับค่อนข้างสูง สะท้อนถึงความจำเป็นในการมีระบบคัดกรองผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้การส่งตรวจ CTPA เป็นไปอย่างเหมาะสม ลดการตรวจที่ไม่จำเป็น และเพิ่มโอกาสในการวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงได้อย่างทันท่วงที

2. ผลการศึกษายืนยันบทบาทของการประเมินความน่าจะเป็นทางคลินิกด้วย Wells score โดยเฉพาะคะแนนตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป ซึ่งเป็นปัจจัยทำนายอิสระของการเกิด APE ดังนั้น ควรส่งเสริมให้มีการใช้ Wells score อย่างเป็นระบบในผู้ป่วยทุกรายที่สงสัย APE ร่วมกับการพิจารณาผล

ตรวจ D-dimer และข้อมูลทางคลินิกอื่น เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจส่งตรวจ CTPA และลดความล่าช้าในการวินิจฉัย

3. การระบุปัจจัยทำนายที่มีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนกับ APE ได้แก่ อาการเป็นลมหมดสติ ภาวะหัวใจหยุดเต้น ภาวะอ้วน การไม่เคลื่อนไหวร่างกาย การใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจน ความผิดปกติจาก echocardiography และภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ สามารถช่วยให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ตระหนักถึงกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งควรได้รับการประเมินอย่างเร่งด่วน และพิจารณาการรักษาเบื้องต้นตามแนวทางเวชปฏิบัติ เช่น การให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด เมื่อไม่มีข้อห้าม

4. ผลการศึกษานี้ยังสามารถใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนในการพัฒนาคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติภายในโรงพยาบาล (clinical pathway) สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่สงสัย APE รวมถึงการอบรมแพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อเพิ่มความรู้ ความตระหนัก และคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในภาพรวม ซึ่งอาจนำไปสู่การลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนจากโรคในระยะยาว

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาต่อยอดในรูปแบบ prospective multicenter study เพื่อยืนยันผลลัพธ์และประเมินบทบาทของการใช้ clinical prediction rules ร่วมกับ biomarkers ในการลดการตรวจ CTPA ที่ไม่จำเป็น รวมถึงการประเมินผลลัพธ์ด้านการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. Konstantinides SV, Meyer G, Becattini C, Bueno H, Geersing GJ, Harjola VP, et al.(2020). 2019 ESC guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism. Eur Heart J. 2020; 41: 543–603.
2. Goldhaber SZ.(2004). Pulmonary embolism. Lancet. 2004; 363: 1295–1305.
3. Stein PD, Fowler SE, Goodman LR, Gottschalk A, Hales CA, Hull RD, et al.(2006). Multidetector computed tomography for acute pulmonary embolism. N Engl J Med. 2006; 354: 2317–2327.
4. Wells PS, Anderson DR, Rodger M, Stiell I, Dreyer JF, Barnes D, et al.(2000). Evaluation of clinical models for predicting the probability of pulmonary embolism. Thromb Haemost. 2000; 83: 416–420.
5. Raja AS, Greenberg JO, Qaseem A, Denberg TD, Fendrick AM, Schuur JD, et al.(2015). Evaluation of patients with suspected pulmonary embolism. N Engl J Med. 2015; 372: 1343–1352.

6. Araszkievicz A, Kurzyna M, Kopeć G, Sławek-Szmyt S, Wrona K, Stepniewski J, et al.(2021). Pulmonary embolism response team: A multidisciplinary approach to pulmonary embolism treatment. Polish PERT Initiative Report. *Kardiol Pol.* 2021; 79: 1311–1319.
7. Aujesky D, Obrosky DS, Stone RA, Auble TE, Perrier A, Cornuz J, et al.(2005). Derivation and validation of a prognostic model for pulmonary embolism. *Am J Respir Crit Care Med.* 2005; 172(8): 1041–1046.
8. Stein PD, et al.(2006). Multidetector computed tomography for acute pulmonary embolism. *N Engl J Med.* 2006; 354: 2317–27.
9. Anderson DR, et al.(2007). Computed tomographic pulmonary angiography vs ventilation–perfusion lung scanning in patients with suspected pulmonary embolism. *JAMA.* 2007; 298: 2743–53.
10. Carrier M, et al.(2018). Effectiveness of diagnostic strategies for suspected pulmonary embolism. *Ann Intern Med.* 2018; 169: 766–73.
11. Konstantinides SV, et al.(2020). 2019 ESC guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism. *Eur Heart J.* 2020; 41: 543–603.
12. Kearon C, et al.(2016). Antithrombotic therapy for VTE disease: CHEST guideline. *Chest.* 2016; 149: 315–52.
13. Goldhaber SZ.(2004). Pulmonary embolism. *Lancet.* 2004; 363: 1295–305.
14. Prandoni P, et al.(2016). Syncope as a presenting symptom of acute pulmonary embolism. *N Engl J Med.* 2016; 375: 152–60.
15. Dellas C, et al.(2015). Syncope in acute pulmonary embolism. *Eur Heart J.* 2015; 36: 231–9.
16. Ageno W, et al.(2008). Risk factors for venous thromboembolism. *Circulation.* 2008; 117: 93–102.
17. Canonico M, et al.(2008). Hormone therapy and venous thromboembolism. *BMJ.* 2008; 336: 1227–31.
18. Cushman M.(2007). Epidemiology and risk factors for venous thrombosis. *Semin Hematol.* 2007; 44: 62–9.
19. Becattini C, et al.(2013). Right ventricular dysfunction in acute pulmonary embolism. *Circulation.* 2013; 128: 123–32.
20. Van der Plas WA, van der Hulle T, den Exter PL, Klok FA, Huisman MV.(2021). Age-adjusted and clinical probability–adapted D-dimer cutoffs to rule out pulmonary embolism: a narrative review of clinical trials. *J Clin Med.* 2021;10:296-380.

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด:กรณีศึกษา

Nursing care for patients with septic shock: A case study.

(Received: April 24,2026 ; Revised: April 27,2026 ; Accepted: April 29,2026)

ศรันยา วัฒนาวงศ์ดอน¹Saranya Wattanawongdon¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประวัติ การดำเนินโรค การรักษาและการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด โดยศึกษาประวัติผู้ป่วยจากเวชระเบียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโนนสูง ปี 2568 โดยเลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 1 ราย

ผลการศึกษกรณีศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 62 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการ ไข้ มีแผลที่นิ้วมือซ้าย 1วันก่อนมาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 7 วันก่อน มาโรงพยาบาลด้วยอาการ ไปทำนา มีแผลที่นิ้วมือซ้าย แผลมีหนอง มีโรคประจำตัวเป็น HT เคยผ่าตัดปีกมดลูกข้างขวา ปฏิเสธแพ้ยา ปฏิเสธดื่มเหล้า สูบบุหรี่ แพทย์วินิจฉัยเป็น Septic shock ได้รับการรักษาด้วยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ยากลุ่ม Norepinephrine และยาปฏิชีวนะ ได้รับการพยาบาลตั้งแต่อยู่ในระยะวิกฤต ระยะกึ่งวิกฤต ระยะฟื้นฟูและระยะจำหน่าย รวมระยะเวลา 6 วัน จากการรักษาพยาบาลสามารถฟื้นฟูร่างกายและจิตใจ ทั้งยังได้รับคำแนะนำและมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

คำสำคัญ: ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด,การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

Abstract

This case study aims to investigate the history, disease progression, treatment, and nursing care of a patient with sepsis. Patient records from hospitalizations at Non Sung Hospital in 2025 were collected, selecting one patient with sepsis as a case study.

This case study describes a 62-year-old Thai female patient who presented with fever and an infected wound on her left finger. The patient had a history of hypertension and reported wound infection following agricultural work. She was diagnosed with septic shock and received treatment including intravenous fluid resuscitation, norepinephrine infusion, and antibiotic therapy. Nursing care was provided across critical, subcritical, recovery, and discharge phases over a total of six days. The patient showed significant improvement in both physical and psychological conditions and demonstrated adequate knowledge and understanding of post-discharge self-care.

Keywords: Septic shock, Sepsis nursing care

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis)เกิดจากการติดเชื้อและกระบวนการอักเสบที่เกิดขึ้นในร่างกายอย่างรุนแรงและต่อเนื่อง ทำให้เกิดการติดเชื้อ(Septic shock) ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บการทำงานของอวัยวะต่างล้มเหลวนำไปสู่ภาวะล้มเหลวของระบบอวัยวะสำคัญต่างๆ เช่น ระบบไหลเวียนเลือด ระบบทางเดินหายใจ

ระบบประสาท และระบบการแข็งตัวของเลือดเป็นต้น และหากอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ(Multiple organ failure)จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว¹

สถานการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดมีจำนวนประมาณ 48.9 ล้านคนทั่วโลก จะเสียชีวิตราวๆ 11 ล้านคนต่อปี หรือคิดเป็นร้อยละ 22.5 แต่ละปี อุบัติการณ์ภาวะติดเชื้อในการแสเลือดมี

¹ โรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา

แนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 4.9 เช่นเดียวกับอัตราการเสียชีวิต เพิ่มขึ้นเป็น 7.8 รายต่อ 1000 คนต่อปี ในประเทศไทยจากรายงาน KPI กระทรวงสาธารณสุข ตัวชี้วัดที่ 12 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด แบบ บ ร น แ ร ง ช นิด Community-acquired ปีงบประมาณ 2566 -2568 ร้อยละ 35.73, 27.87 และ 27.92 ตามลำดับ จะเห็นว่าอัตราเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น²

จากสถิติโรงพยาบาลโนนสูงในปี 2566-2568 มีข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 387, 357, และ 388 ราย ตามลำดับ มีอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ร้อยละ 5.17, 3.64, และ 12.28 และยังพบอัตราการเกิด Septic shock ร้อยละ 14.47, 10.92 และ 9.79 ตามลำดับ³

หากผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการพยาบาล ตั้งแต่กระบวนการคัดกรองเพื่อให้ได้รับการวินิจฉัย ที่ถูกต้องอย่างรวดเร็ว นำไปสู่การวางแผนและการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพครบถ้วนทุกด้านรวมถึง การประเมินเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ตั้งแต่แรกเริ่ม (Early warning signs) เพื่อดักจับได้รวดเร็ว ทันเวลาต่อความรุนแรง และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่ให้เข้าสู่ภาวะความดันโลหิตต่ำกว่าปกติหรือร่วมกับมีอวัยวะภายในล้มเหลว และช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้⁴

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาประวัติ การดำเนินโรค การรักษาและการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

วิธีการศึกษา

1. การศึกษาประวัติผู้ป่วยจากเวชระเบียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโนนสูง ปี 2568 โดยเลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 1 ราย

2. ดำเนินการค้นคว้าเอกสารที่มีความเกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจาก

การติดเชื้อในกระแสเลือด

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหา และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ในผู้ป่วย

4. สรุปและอภิปรายผลจากกรณีศึกษา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาได้ทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาคือเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 62 ปี HN000097069 มาโรงพยาบาลด้วยอาการ ไข้ มีแผลที่นิ้วมือซ้าย 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 7 วันก่อนมาโรงพยาบาล มาด้วยอาการ ไปทำนา มีแผลที่นิ้วมือซ้าย 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ เวียนศีรษะ แผลที่นิ้วมือซ้ายมีหนอง จึงมาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต โรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง เคยผ่าตัดปีกมดลูกข้างขวา ปฏิเสธแพ้ยา ปฏิเสธการดื่มเหล้า สูบบุหรี่ 2Q positive

แรกเริ่มที่ ER สภาพผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย ไข้ 38.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 116 ครั้งต่อนาที หายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 80/50 มม.ปรอท Sat 98 % qSOFA score 2 คะแนน ประเมิน SOS Score 6 คะแนน On 0.9% NSS 1000 ml load 500 ml then drip 80 cc/hr at 9.30 Plasil 1 amp dilute sterile 10 ml v at 9.32 Tramol 50 mg dilute sterile 10 ml v at 9.34 Ceftriazone 2 gm+nss 100ml drip in

30 นาที Retained Foley 'cath วัดสัญญาณชีพ
ซ้ำได้ ใช้ 37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้งต่อ
นาที หายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 80/46
มม.ปรอท Sat 98 % ประเมินSOS Score 5
คะแนน 0.9%NSS 1000 ml load 500 ml then
drip 80 cc/hr Norepinephrine 4 mg+5%d/w
250 ml v drip 10 cc/hr หลังให้ยาวัดสัญญาณ
ชีพซ้ำได้ ใช้ 37.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง
ต่อนาที หายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต
100/60 มม.ปรอท Sat 98 % ประเมินSOS Score
3 คะแนน ย้ายขึ้นตึกผู้ป่วยใน ได้รับการเฝ้าระวัง
อาการและสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง
ติดตามบันทึกสารน้ำเข้าออก ได้รับการแก้ไขภาวะ

ความดันโลหิตต่ำด้วย Norepinephrine จน
สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้รับยาปฏิชีวนะ
ตามแผนการรักษาคือ Ceftriaxone 2 gm v OD
Clindamycin 600 mg iv drip OD ติดตามผล
Culture No Growthได้รับการรักษาภาวะ Septic
shock รวมระยะเวลา 6 วัน หลังได้ยาครบแพทย์
เยี่ยมอาการให้กลับบ้านได้ นัดติดตามอาการอีก 1
สัปดาห์ ก่อนจำหน่ายให้คำแนะนำในการมาตรวจ
ตามนัด ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านแก่
ผู้ป่วยตามหลัก D-METHOD

วิเคราะห์กรณีศึกษา

ตารางที่ 1 วิเคราะห์กรณีศึกษา

Septic shock	ข้อมูลวิชาการ	ข้อมูลผู้ป่วย
1.การวินิจฉัย	1. qSOFA score อย่างน้อย 2 ข้อ	1.อัตราหายใจ 24 ครั้งต่อนาที 2.ความดันโลหิต 80/50 มม.ปรอท
	2.มีแหล่งการติดเชื้อ	2.แผลที่นิ้วมือซ้ายมีหนอง
	3. SOS Score > 4	3. SOS Score =6 คะแนน
ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยแรกรับ คือ Septic shock คือ ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต จาก1. qSOFA score 2 คะแนน ข้อ 2.แผลที่นิ้วมือซ้ายมีหนอง 3. SOS Score =6 คะแนน		
2.การรักษา	1.การให้ยาปฏิชีวนะและควบคุมแหล่งติดเชื้อ	1.Ceftriaxone 2 gm iv OD 2.Clindamycin 600 mg iv drip OD
	2.การรักษาแบบไหลเวียนเลือดให้ปกติ	1.0.9%NSS 1000 ml load 500 ml then drip 80 cc/hr 2. Norepinephrine 4 mg +5%d/w 250 ml v drip 10 cc/hr
ได้รับการรักษาตามแนวทางเพื่อ Safety goal ภายใน1ชั่วโมงแรก โดยการเจาะเลือดเพาะเชื้อและให้ยาปฏิชีวนะทันทีหลังเจาะเลือด ส่งตรวจ ให้สารน้ำ30 ml/kg ใน 1 ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยได้รับ 1000 ml มีการประเมินสารน้ำหลังให้และติดตามอาการ พบว่าผู้ป่วยมี ภาวะช็อก ต้องให้ยาเพิ่มความดันโลหิต		
3.การพยาบาล	1.การคัดกรอง -ชักประวัติ -qSOFA -SOS Score	1.qSOFA score 2 คะแนน -อัตราหายใจ 24 ครั้งต่อนาที -ความดันโลหิต 80/50 มม.ปรอท 2.SOS Score 6 คะแนน 3.การซักประวัติอาการสำคัญคือ ใช้แผลที่นิ้วมือซ้ายมี หนอง
	2.การประเมิน -สัญญาณชีพ - SOS Score -ติดตามผลเลือด	1. SOS Score ทุก 2 ชม. 2. V/S ทุก 15 นาที 3. Urine out put ทุก 2 ชม. 4.ติดตามผลLactate
	3.การรายงานแพทย์ -MAP< 65 mmHg	1.หลังจาก Load NSS BP 80/46 mmHg 2.อัตราหายใจ 24 ครั้งต่อนาที Sat 98 %

ตารางที่ 1 วิเคราะห์กรณีศึกษา

Septic shock	ข้อมูลวิชาการ	ข้อมูลผู้ป่วย
	-Urine < 0.5 mL/kg/hr -หายใจเหนื่อย RR >24	3.ปัสสาวะออกคาสาย
4.การวางแผนจำหน่าย	1.ให้ Antibiotic ครบ 2.ติดตามผลการรักษาและควบคุมอาการโรคร่วม 3.วางแผนร่วมกับทีมติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง	ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ไม่มีไข้ แผลไม่มีหนอง รับประทานอาหารได้ สัญญาณชีพปกติ off Norepinephrine ได้จนสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาคือ Ceftriaxone 2 gm v OD ,Clindamycin 600 mg iv drip OD ติดตามผล Culture No Growthได้รับการรักษาภาวะ Septic shock รวมระยะเวลา 6 วัน หลังได้ยาครบแพทย์เยี่ยมอาการให้กลับบ้านได้ นัดติดตามอาการอีก 1 สัปดาห์ ก่อนจำหน่ายให้คำแนะนำในการมาตรวจตามนัด ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านแก่ผู้ป่วยตามหลัก D-METHOD

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะวิกฤต 1.มีภาวะช็อกเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ข้อมูลสนับสนุน ไข้ 38.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 116 ครั้งต่อนาที หายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 80/50 มม.ปรอท MAP 60 มม.ปรอท Sat 98 % qSOFA score 2 คะแนน ประเมินSOS Score 6 คะแนน แผลที่นิ้วซ้ายมีหนอง WBC 10,031 cell/uL,Neutrophil 84.3% วัตถุประสงค์ เพื่อให้ปลอดภัยจากภาวะช็อกและมีการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆได้เพียงพอ เกณฑ์การประเมิน 1.MAP> 65 มม.ปรอท, Urine > 0.5 mL/kg/hr 2.Serum lactate< 2.0 mmol/L 3.ระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีกระสับกระส่าย 4.อัตราการเต้นของหัวใจ 60-100 ครั้งต่อนาที 5.ไข้ลดลง อุณหภูมิร่างกาย 36.5-37.5 องศาเซลเซียส 6.WBC 5,000-10,000 cells/uL,Neutrophil 40-70% Capillary refill ไม่เกิน 2 วินาที	กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก เช่น เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย ซึม สับสน ไม่รู้สึกตัว หัวใจเต้นเร็ว ชีพจรเบาเร็ว ความดันเลือดต่ำ (Systolic ต่ำกว่า50-90 mmHg หรือต่ำทั้ง Systolic และDiastolic)ผิวหนังซีดหรือเขียว (Cyanosis) เย็นชื้น (Clammy) 2.ตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงทุกๆ 15-30นาที แล้วประเมินทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อติดตามอาการของผู้ป่วยและวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม 3.ประเมินค่าMAP ถ้า<65 mmHg รายงานแพทย์ 4.ประเมิน SOS Score และรายงานแพทย์ตามเกณฑ์ที่กำหนด 5.ดูแลให้0.9%NaCl 1000 mL.iv drip 80 mL/hr ตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อทดแทนการสูญเสียน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย 6.ดูแลให้ได้รับ Levophed(Norepinephrinr) (1:4)10-16mL/hr ปรับลด/เพิ่มครั้งละ3mL Keep BP>90/60 และ MAP>65mmHg ตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยา โดยตรวจสอบการเกิด Extravasationทุก 2 hr 7.ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriazone 2 gms. IV OD ,Clindamycin 600 mg iv drip OD ตามแผนการรักษาของแพทย์ 8.บันทึกจำนวนปัสสาวะทุก 4 ชั่วโมง ถ้าจำนวนปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 cc/hrรายงานแพทย์ทราบ 9.ดูแลเช็ดตัวลดไข้ เมื่อ T ≥ 38°C 10.ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง เพื่อป้องกันการ

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์	กิจกรรมการพยาบาล
	ติดเชื้อและลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่ม การประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีกระสับกระส่าย ใช้ 37.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที หายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/60 มม.ปรอท Sat 98 % ประเมินSOS Score 3 คะแนน ปัสสาวะออก 250 cc
ระยะกึ่งวิกฤต 2.มีโอกาสดเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ข้อมูลสนับสนุน 1.ผู้ป่วยอ่อนเพลีย 2.ผลการตรวจเลือดพบ Potassium 3.1 mmol/L 3. ECG: normol sinus rhythm วัตถุประสงค์ เพื่อให้เกิดภาวะสมดุลของสารน้ำอิเล็กโทรไลต์ เกณฑ์การประเมิน 1.ผลการตรวจเลือดพบ Potassium 3.5-5.1 mmol/L 2.ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะไม่สมดุลของสารน้ำอิเล็กโทรไลต์ 3.ECG: normol sinus rhythm	กิจกรรมการพยาบาล 1.วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง Monitoring ECG อย่างต่อเนื่องเพื่อประเมินจังหวะการเต้นของหัวใจและคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 2.สังเกตอาการและอาการแสดงของ -ภาวะMetabolic acidosis เช่น ซึม สับสน คลื่นไส้อาเจียน -อาการHypokalemia เช่น อ่อนเพลีย อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง กล้ามเนื้อกระตุก และเป็นตะคริว จังหวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ ใจสั่น -อาการHypomagnesemia เช่น อ่อนเพลีย สับสน เวียนศีรษะอย่างรุนแรง เห็นชา เป็นตะคริว กล้ามเนื้ออ่อนแรง เกร็ง สั่น ชักกระตุก จังหวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ 3.ดูแลให้ได้รับยาที่เพิ่มระดับโพแทสเซียมในเลือด Elixir KCL 30ml. รับประทานตามแผนการรักษา 4.เจาะเลือดส่งตรวจอิเล็กโทรไลต์และติดตามผล ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์ทราบ 5.บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินการสูญเสียสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ออกทางปัสสาวะ การประเมินผล ระดับความรู้สึกตัวปกติ แขนและขาไม่อ่อนแรง ไม่เกิดตะคริว Potassium 3.83 mmol/L ECG: normol sinus rhythm
3.มีภาวะติดเชื้อที่แผล ข้อมูลสนับสนุน มีไข้ 38.1 องศาเซลเซียส แผลที่นิ้วมือซ้ายมีหนอง บวมแดง วัตถุประสงค์ ปลอดภยจากภาวะติดเชื้อที่แผล เกณฑ์การประเมิน 1.ไข้ลดลง อุณหภูมิร่างกาย 36.5-37.5 องศาเซลเซียส 2. WBC 5,000-10,000 cells/uL,Neutrophil 40-70% 3.แผลบริเวณนิ้วมือซ้าย ไม่มีหนอง บวม แดง ร้อน กดเจ็บลดลง	กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินการติดเชื้อบริเวณแผล เช่น มีหนอง บวม แดงปวด ร้อน 2.ทำแผลด้วยหลักปราศจากเชื้อ(Aseptic Technique) สังเกตลักษณะหนอง กลิ่นและเนื้อตาย 3.วัดอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง หากมีไข้>38.5 องศาเซลเซียส ให้เช็ดตัวลดไข้ 4.รักษาความสะอาดรอบแผลไม่ให้แผลเปื่อยน้ำ 5.ถ้าผู้ป่วยปวดมากให้บรรเทาอาการปวด ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา 6.ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriazone 2 gms. IV OD ,Clindamycin 600 mg iv drip OD ตามแผนการรักษาของแพทย์ 7.แนะนำอาหารโปรตีนสูง วิตามินซีสูง(เนื้อสัตว์, นม ,ไข่, ถั่ว, ผลไม้) การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกายปกติ แผลไม่มีหนอง บวมแดงลดลง
4.ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้	กิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
เนื่องจากกลไกการเจ็บป่วยในระยะวิกฤติและขาดข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล บุตรมาสอบถามอาการหลายครั้ง วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบข้อมูลและคลายความวิตกกังวลให้มีส่วนร่วมในการรักษา เกณฑ์การประเมิน 1.ผู้ป่วยและญาติเข้าใจอาการและแนวทางการรักษาพยาบาล สีหน้าคลายความวิตกกังวล 2.ผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม	1.สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ ด้วยท่าทีอ่อนโยน เห็นอกเห็นใจและให้ความเป็นกันเอง 2.อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงอาการ อาการเปลี่ยนแปลง แนวทางการดูแลรักษาพยาบาลเป็นระยะๆเพื่อให้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและลดความวิตกกังวล 3.ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องตามแผนการรักษาพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมด้วยความเต็มใจ 4.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม 5.ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล พุดคุยให้กำลังใจ การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติเข้าใจการรักษาพยาบาล สีหน้าคลายความวิตกกังวล
ระยะฟื้นฟูสภาพ 5.เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำจากพร่องความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ข้อมูลสนับสนุน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน เกณฑ์การประเมิน 1.ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน	กิจกรรมการพยาบาล 1.อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจตามหลัก DMETHOD ดังนี้ -D-Diagnosis อธิบาย สาเหตุ การดำเนินโรค การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเกี่ยวกับการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ -M-Medicine แนะนำการรับประทานยาที่ได้รับสรรพคุณ ขนาด วิธีใช้และอาการข้างเคียงที่อาจพบได้โดยเฉพาะยามาเชื้อให้ทานยาต่อเนื่องจนยาหมด -E-Environment เตรียมสิ่งแวดล้อมในบ้านให้ปลอดภัยจากอุบัติเหตุ ป้องกันการพลัดตกหกล้ม ทำความสะอาดสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงการสัมผัสชุมชนแออัด -T-Treatment เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับแนวทางการรักษา อธิบายการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด เช่น ไ้สูง ปัสสาวะแสบขัด ซึม -H-Health แนะนำการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น ปัสสาวะแสบขัด มีไข้สูง ปวดบั้นเอว -O-Out patient การมาพบแพทย์ตามนัดหรือก่อนนัดหากมีอาการผิดปกติ กรณีฉุกเฉินติดต่อสถานบริการใกล้บ้าน -D-Diet รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ งดของมัน และดื่มน้ำวันละ2-3 ลิตร ไม่กลั้นปัสสาวะ การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และเข้าใจและสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านได้

สรุปและอภิปรายผล

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลจากกรณีศึกษาผู้ป่วย พบว่ามีการติดเชื้อที่ผลบริเวณนี้ัวซ้าย ส่งผลให้มีการติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ(Septic shock)ทำให้เสียชีวิตของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย พยาธิสภาพ

ที่สำคัญของภาวะช็อกจากการติดเชื้อ(Septic shock) คือมีภาวะรั่วซึมของสารน้ำออกนอกหลอดเลือด(Vascular leakage)ทำให้เกิดภาวะขาดน้ำ(Hypovolemia)เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ(Hypotension) กรณีศึกษามีภาวะช็อกได้รับการให้สารน้ำ(Fluid resuscitation)ร่วมกับยาเพิ่มความดันโลหิตคือการให้ยาเพิ่มความดันโลหิต

(Norepinephrine) หลังจากได้รับสารน้ำเพียงพอแล้ว ซึ่งการติดเชื้อในกระแสเลือด และมีภาวะช็อก (Septic shock) เป็นภาวะวิกฤตที่คุกคามถึงชีวิต พยาบาลจึงควรมีสมรรถนะเชิงวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เช่น การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Septic guideline) ตระหนักถึงความสำคัญของการเฝ้าระวัง (Monitor) อย่างต่อเนื่อง การใช้เครื่องมือการประเมินเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม (Early Warning Signs) รายงานแพทย์ในเวลาที่เหมาะสม ให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองการรักษา เนื่องจากจะช่วยรักษาอวัยวะสำคัญ ลดระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลและช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ในด้านการบริหารจัดการผู้ป่วยที่มีแนวโน้มที่อาจจะเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (Septic shock) ควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด นำแนวปฏิบัติมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลช่วยให้พยาบาลสามารถตัดสินใจได้ง่าย รวดเร็วปฏิบัติการพยาบาลตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมส่งผลให้ผู้ป่วยรอดชีวิต^{5,6,7}

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลจะต้องมีความรู้ทักษะในการประเมินผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาล การประเมินซ้ำให้ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พร้อมทั้งมีความสามารถในการประเมินภาวะวิกฤตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เพื่อรายงานแพทย์และให้การพยาบาลใน

ภาวะวิกฤตได้

2. พยาบาลต้องมีความรู้ทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาที่มีความเสี่ยงสูง (High alert Drugs)

3. นำเครื่องมือการประเมินเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม (Early Warning Signs) มาใช้ในการประเมินผู้ป่วยแบบเชิงรุกในรายโรคที่สำคัญของแต่ละหอผู้ป่วย และสำหรับผู้ป่วยทั่วไป เพื่อให้มีการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน และมีคุณภาพการพยาบาลในทางเดียวกัน

4. ควรมีระบบผู้จัดการรายกรณี (Case manager) ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อให้การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดสู่การปฏิบัติให้ครบถ้วน มีการนิเทศทางคลินิกการปฏิบัติการพยาบาลและรับผิดชอบการเก็บตัวชี้วัด ในหน่วยงานนำมาวิเคราะห์ วางแผนแก้ไข พัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

5. มีการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดตั้งแต่ระดับโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงอย่างรวดเร็วตามระบบช่องทางด่วนผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Septic Fast Track)

6. ควรมีหอผู้ป่วยหนักสำหรับดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเพื่อได้รับการรักษา จัดการ รวดเร็ว ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข.(2565). แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
2. กรมการแพทย์.(2564). แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อรุนแรงและช็อกจากการติดเชื้อ. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์.
3. โรงพยาบาลโนนสูง. (2568). ข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในปี2566-2568 โรงพยาบาลโนนสูง.
4. World Health Organization.(2023). Sepsis [Internet]. 2023 [cited 10 Jan 2026]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sepsis>

5. พรทิพย์ แก้วคำ, สุภาพร ศรีสุข.(2566). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด. วารสารพยาบาล ศาสตร. 2566;41(2):45–58.
6. Seymour CW, Gesten F, Prescott HC, et al.(2017). Time to treatment and mortality during mandated emergency care for sepsis. N Engl J Med. 2017;376(23):2235–2244.
7. นนทรัตน์ จำเริญวงศ์, สุพรรณิการ์ ปิยะรักษ์, ชยธิดา ไชยวงษ์.(2563). การประเมินและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและสาธารณสุขภาคใต้ [อินเทอร์เน็ต].2563

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

Factors Associated with Hospital Readmission and Clinical Outcomes among Patients with Non-Communicable Diseases at Nabon Hospital, Nakhon Si Thammarat Province.

(Received: April 23,2026 ; Revised: April 28,2026 ; Accepted: April 30,2026)

ทศมา ทองจันทร์¹
Tassama Thongchan¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลังนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 30 วัน รวมถึงผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาครั้งแรกระหว่างเดือนมกราคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 336 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ และการวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติกพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 25.3 มีการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำโดยไม่ได้วางแผน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำอย่างเป็นอิสระ ได้แก่ การมีจำนวนโรคร่วมตั้งแต่ 3 โรคขึ้นไป (aOR = 2.45; 95% CI: 1.39-4.32), การมีโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคหลัก (aOR = 4.31; 95% CI: 1.83-10.16), การมีโรคไตเรื้อรังเป็นโรคหลัก (aOR = 5.28; 95% CI: 1.94-14.37) และการมีประวัติเคยนอนโรงพยาบาลในปีที่ผ่านมา (aOR = 2.51; 95% CI: 1.44-4.37) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นอกจากนี้กลุ่มที่กลับมารักษาซ้ำมีสัดส่วนการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงสูงกว่ากลุ่มที่ไม่กลับมารักษาซ้ำอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.045$)

คำสำคัญ: การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, ปัจจัยเสี่ยง, ผลลัพธ์ทางคลินิก

Abstract

This survey research by retrospective study aimed to investigate the incidence and factors associated with 30-day unplanned hospital readmission and clinical outcomes among patients with non-communicable diseases (NCDs) at Nabon Hospital, Nakhon Si Thammarat Province. Data were collected from the medical records of 336 patients admitted between January and December 2024. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, and multiple logistic regression.

The results revealed that 25.3% of the samples had an unplanned readmission. Independent factors significantly associated with readmission were having ≥ 3 comorbidities (aOR = 2.45; 95% CI: 1.39-4.32), chronic obstructive pulmonary disease as the principal diagnosis (aOR = 4.31; 95% CI: 1.83-10.16), chronic kidney disease as the principal diagnosis (aOR = 5.28; 95% CI: 1.94-14.37), and history of hospital admission in the past year (aOR = 2.51; 95% CI: 1.44-4.37) ($p < 0.05$). Furthermore, the readmission group had a significantly higher proportion of severe clinical complications compared to the non-readmission group ($p = 0.045$).

Keywords: Hospital readmission, Non-communicable diseases, Risk factors, Clinical outcomes

¹ นายแพทย์ชำนาญการ ประจำโรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกและระดับประเทศ องค์การอนามัยโลกรายงานว่ากลุ่มโรคนี้เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและความพิการทั่วโลก¹ ในประเทศไทย การก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว และการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต ส่งผลให้ภาระจากโรค NCDs ทวีความรุนแรงขึ้น กรมควบคุมโรคจึงกำหนดให้การป้องกันและควบคุมโรคกลุ่มนี้เป็นวาระแห่งชาติ² ในระบบสุขภาพของไทย โรงพยาบาลชุมชนถือเป็นหน่วยบริการด่านหน้าที่สำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วย NCDs ตั้งแต่การคัดกรอง วินิจฉัย และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม จากปริมาณผู้ป่วยที่เพิ่มสูงขึ้นและมีความซับซ้อนของโรค ทำให้ระบบบริการต้องเผชิญกับความท้าทาย โดยเฉพาะปรากฏการณ์การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (Hospital Readmission) ภายใน 30 วัน ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่สะท้อนถึงประสิทธิภาพและคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยในช่วงเปลี่ยนผ่าน (Transition of care) จากโรงพยาบาลกลับสู่บ้านและชุมชน³ การกลับมารักษาซ้ำไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน แต่ยังสะท้อนถึงการใช้ทรัพยากรสุขภาพที่ซ้ำซ้อนและก่อให้เกิดต้นทุนมหาศาลต่อระบบบริการสุขภาพ⁴

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำมีความหลากหลายและซับซ้อน ซึ่งสามารถอธิบายอย่างเป็นระบบได้ด้วยแบบจำลองพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของแอนเดอร์เซน (Andersen's Behavioral Model) ประกอบด้วย ปัจจัยนำ (เช่น อายุ เพศ) ปัจจัยเอื้อ (เช่น สิทธิการรักษา การมีผู้ดูแล การติดตามหลังจำหน่าย) และปัจจัยด้านความจำเป็นทางสุขภาพ (เช่น ความรุนแรงของโรคหลัก จำนวนโรคร่วม และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ)⁵ การศึกษาใน

บริบทของประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะโรคร่วมหลายโรคและขาดความสามารถในการดูแลตนเองมักมีความเสี่ยงสูงที่จะต้องกลับมารักษาซ้ำ⁶ นอกจากนี้ การกลับมารักษาซ้ำยังมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์อื่น ๆ เช่น ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่ยาวนานขึ้น และอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น⁷ อย่างไรก็ตาม แม้จะมีงานวิจัยในด้านนี้จำนวนมาก แต่องค์ความรู้ส่วนใหญ่ยังได้มาจากการศึกษาในระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลตติยภูมิ หรือมุ่งเน้นเพียงโรคใดโรคหนึ่งเฉพาะเจาะจง ข้อมูลเชิงประจักษ์ในกลุ่มผู้ป่วย NCDs หลากหลายชนิดรวมกัน บริบทของโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและระบบเครือข่ายที่แตกต่างออกไปนั้น ยังมีอยู่อย่างจำกัด

โรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ต้องรองรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวนมาก แต่ปัจจุบันยังขาดข้อมูลและองค์ความรู้ที่จำเพาะเจาะจงเกี่ยวกับอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยในพื้นที่ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกอันจะเป็นประโยชน์โดยตรงต่อการระบุกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง และใช้เป็นหลักฐานสนับสนุนในการพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่าย (Discharge planning) รวมถึงระบบการดูแลต่อเนื่องให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลและลดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำและลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลนาบอน

2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ ปัจจัยทางคลินิก และปัจจัยด้านการรักษาที่มีความสัมพันธ์กับการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ

3. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำและกลุ่มที่ไม่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำ

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลังโดยการทบทวนเวชระเบียน (Retrospective Analytical Study by Medical Record Review) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รูปแบบการวิจัยนี้มีความเหมาะสมเนื่องจากผู้วิจัยสามารถใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) ในระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลมาวิเคราะห์หาปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลลัพธ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยดำเนินการรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Health Record: EHR) และฐานข้อมูลผู้ป่วยในของโรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายของการศึกษานี้ คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยหลักเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเข้ารับการรักษาในฐานะผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้วิจัยทำการคัดเลือกประชากรทั้งหมดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Total Population Sampling) ในช่วงระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยหลักเมื่อจำหน่าย (Principal Diagnosis) เป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดัน

โลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือโรคไตเรื้อรัง และ 3) ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยมีชีวิต เพื่อป้องกันตัวแปรทางคลินิกที่อาจเป็นปัจจัยกวน (Confounding factors) ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) โดยจะคัดผู้ป่วยที่มีลักษณะดังต่อไปนี้จากการศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างการเข้ารับการรักษาครั้งแรก ผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นเพื่อรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาและขอกลับบ้านโดยไม่สมัครใจ ผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำตามแผนที่วางไว้ล่วงหน้า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่า 24 ชั่วโมง และผู้ป่วยที่เวชระเบียนมีข้อมูลไม่สมบูรณ์ จากการคัดเลือกตามเกณฑ์ดังกล่าว ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีข้อมูลสมบูรณ์เข้าสู่การวิเคราะห์ผลรวมทั้งสิ้น 336 ราย

เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบบันทึกข้อมูล (Case Record Form) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดการวิจัย โดยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ แบบบันทึกข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก ได้แก่ 1) ข้อมูลด้านประชากรและปัจจัยเอื้อต่อการเข้าถึงบริการ 2) ข้อมูลด้านคลินิกและความจำเป็นทางสุขภาพ เช่น กลุ่มโรคหลัก จำนวนโรคร่วม และผลทางห้องปฏิบัติการ และ 3) ข้อมูลผลลัพธ์การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำและผลลัพธ์ทางคลินิก

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยผู้วิจัยหลักด้วยวิธีการทบทวนข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Health Record) ของโรงพยาบาลนาบอน ตามกรอบระยะเวลาที่กำหนด ผู้วิจัยได้คัดกรองผู้ป่วยตามเกณฑ์และบันทึกข้อมูลตัวแปรที่เกี่ยวข้องลงในแบบบันทึกข้อมูลที่จัดทำขึ้น ทั้งนี้ ข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนของผู้ป่วยได้ถูกแปลงเป็นรหัสการวิจัย (Study ID) ตั้งแต่ขั้นตอนการเก็บ

ข้อมูล เพื่อรักษาความลับและปกป้องสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วย

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ดำเนินการภายใต้หลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตามคำประกาศเฮลซิงกิอย่างเคร่งครัด และได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช (เอกสารรับรองเลขที่ ๒๑/๒๕๖๙ รหัสโครงการ NSTPH ๒๑/๒๕๖๙) เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการทบทวนข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน ซึ่งไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงโดยตรงและไม่มีการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย จึงได้รับการยกเว้นกระบวนการขอความยินยอม (Waiver of Consent) จากผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตเข้าถึงข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ่อน้อยอย่างเป็นทางการ ผู้วิจัยให้ความสำคัญสูงสุดในการปกป้องความเป็นส่วนตัวและการรักษาความลับของผู้ป่วย โดยดำเนินการตัดข้อมูลที่สามารัระบุตัวตนได้โดยตรง (De-identification) และนำระบบการเข้ารหัสโดยใช้รหัสการวิจัย (Study ID) มาใช้แทน ข้อมูลทั้งหมดถูกจัดเก็บในคอมพิวเตอร์ที่มีการป้องกันด้วยรหัสผ่าน และการนำเสนอผลการศึกษาก็จะกระทำในภาพรวมเชิงสถิติเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติสำหรับการทดสอบสมมติฐานไว้ที่ 0.05 ในเบื้องต้นได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยข้อมูลเชิงคุณภาพนำเสนอในรูปแบบของความถี่และร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือค่ามัธยฐานและพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ในกรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นปกติ

สำหรับการวิเคราะห์เชิงอนุมานเพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ การวิเคราะห์เริ่มต้นด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้น (Bivariate Analysis) เพื่อเปรียบเทียบลักษณะระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำและกลุ่มที่ไม่กลับมารักษาซ้ำ โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) สำหรับตัวแปรเชิงคุณภาพ และใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test) หรือสถิติทดสอบแมนน์-วิทนีย์ ยู (Mann-Whitney U test) สำหรับตัวแปรเชิงปริมาณ จากนั้น ตัวแปรอิสระที่มีนัยสำคัญทางสถิติจากการวิเคราะห์เบื้องต้นจะถูกนำเข้าสู่สมการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (Multiple Logistic Regression) เพื่อค้นหาปัจจัยทำนายอย่างเป็นอิสระและควบคุมอิทธิพลของตัวแปรกวน ผลลัพธ์จากการวิเคราะห์จะนำเสนอในรูปแบบของอัตราส่วนออดส์ (Odds Ratio) พร้อมช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95

ผลการศึกษา

อุบัติการณ์การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ และลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวนทั้งสิ้น 336 ราย พบว่ามีผู้ป่วยที่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำโดยไม่ได้วางแผนภายใน 30 วัน (Unplanned 30-day Readmission) จำนวน 85 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์ร้อยละ 25.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 59.8) มีอายุเฉลี่ย 68.7 ± 13.9 ปี โรคหลักที่นำมาสู่การนอนโรงพยาบาลครั้งแรกที่พบมากที่สุดคือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ร้อยละ 43.5) และกว่าครึ่งหนึ่งมีประวัติเคยนอนโรงพยาบาลในปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 52.1)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ($n=85$) และกลุ่มที่ไม่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ($n=251$) พบว่ากลุ่มที่

กลับมารักษาซ้ำมีสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีจำนวนโรค
ร่วมตั้งแต่ 3 โรคขึ้นไปสูงกว่า (ร้อยละ 55.3 เทียบ
กับร้อยละ 29.5, $p<0.001$) และมีสัดส่วนผู้ป่วยที่
มีประวัติเคยนอนโรงพยาบาลในปีที่ผ่านมาสูงกว่า

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 70.6 เทียบกับ
ร้อยละ 46.2, $p<0.001$) ดังรายละเอียด
เปรียบเทียบในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบลักษณะระหว่างกลุ่มที่ไม่กลับมาและกลับมารักษาซ้ำใน 30 วัน

ลักษณะข้อมูล	ไม่กลับมารักษาซ้ำ (n = 251)	กลับมารักษาซ้ำ (n = 85)	p-value
จำนวนโรคร่วม ≥ 3 โรค	74 (29.5%)	47 (55.3%)	$<0.001^*$
โรคหลัก			$<0.001^*$
DM, HT, IHD, Stroke	95 (37.8%)	20 (23.5%)	
HF, COPD, CKD	156 (62.2%)	65 (76.5%)	
มีประวัติเคยนอน รพ. ในปีที่ผ่านมา	116 (46.2%)	60 (70.6%)	$<0.001^*$
ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง	1 (0.4%)	2 (2.4%)	0.045*
เสียชีวิตใน 30 วัน	0 (0.0%)	1 (1.2%)	0.472

หลังจากควบคุมอิทธิพลของตัวแปรกวนด้วย
การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุคูณ พบว่ามี
ปัจจัย 4 ประการที่มีความสัมพันธ์กับการกลับเข้า
รับการรักษาซ้ำภายใน 30 วันอย่างเป็นอิสระ ได้แก่
การมีจำนวนโรคร่วมตั้งแต่ 3 โรคขึ้นไป (Adjusted
Odds Ratio [aOR] = 2.45, 95% CI: 1.39-4.32),

การมีโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคหลัก (aOR =
4.31, 95% CI: 1.83-10.16), การมีโรคไตเรื้อรัง
เป็นโรคหลัก (aOR = 5.28, 95% CI: 1.94-14.37)
และ การมีประวัติเคยนอนโรงพยาบาลในปีที่ผ่านมา
(aOR = 2.51, 95% CI: 1.44-4.37) ดังแสดง
ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยทำนายการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 30 วัน (การวิเคราะห์พหุคูณ)

ปัจจัย	Adjusted OR	95% Confidence Interval	p-value
จำนวนโรคร่วม ≥ 3 โรค	2.45	1.39 – 4.32	0.002*
โรคหลัก: COPD	4.31	1.83 – 10.16	0.001*
โรคหลัก: CKD	5.28	1.94 – 14.37	0.001*
มีประวัติเคยนอน รพ. ในปีที่ผ่านมา	2.51	1.44 – 4.37	0.001*

ผลลัพธ์ทางคลินิกอื่น ๆ

ในด้านผลลัพธ์ทางคลินิกอื่น ๆ ที่เกิดขึ้น
ภายใน 30 วันหลังการจำหน่าย พบว่ากลุ่มที่
กลับมารักษาซ้ำมีสัดส่วนการเกิดภาวะแทรกซ้อน
รุนแรงสูงกว่ากลุ่มที่ไม่กลับมารักษาซ้ำอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 2.4 เทียบกับร้อยละ
0.4, $p=0.045$) อย่างไรก็ตาม ไม่พบความแตกต่าง

ของอัตราการเสียชีวิตภายใน 30 วันระหว่างสอง
กลุ่ม (ร้อยละ 1.2 เทียบกับร้อยละ 0.0, $p=0.472$)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับเข้ารับ
การรักษาในโรงพยาบาลซ้ำและผลลัพธ์ทางคลินิก
ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวน 336 ราย
ณ โรงพยาบาลนาบอน พบอุบัติการณ์การกลับเข้า

รับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 30 วันร้อยละ 25.3 ซึ่งถือเป็นอัตราที่ค่อนข้างสูงเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในบริบทอื่นของประเทศไทยที่พบในช่วงร้อยละ 14–20^{3,6} ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างอิสระกับการกลับมารักษาซ้ำประกอบด้วยปัจจัยด้านความจำเป็นทางสุขภาพ (Need factors) ตามกรอบแนวคิดของแอนเดอร์เซน⁵ เป็นหลัก ได้แก่ การมีจำนวนโรคร่วมตั้งแต่ 3 โรคขึ้นไป, การมีโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหรือโรคไตเรื้อรังเป็นโรคหลัก และการมีประวัติเคยนอนโรงพยาบาลในปีที่ผ่านมา นอกจากนี้ ในด้านผลลัพธ์ทางคลินิกยังพบว่ากลุ่มที่กลับมารักษาซ้ำมีส่วนการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงสูงกว่ากลุ่มที่ไม่กลับมารักษาซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสะท้อนให้เห็นว่าการกลับมารักษาซ้ำไม่เพียงแต่เป็นดัชนีชี้วัดคุณภาพบริการ แต่ยังสัมพันธ์โดยตรงกับความปลอดภัยของผู้ป่วยและภาระทรัพยากรสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชน⁴

ผลการวิจัยยืนยันว่าความซับซ้อนทางคลินิกเป็นปัจจัยชี้ขาดสำคัญของการกลับมารักษาซ้ำ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหลายโรค (≥ 3 โรค) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Selmer และคณะ⁸ ที่ชี้ให้เห็นว่าภาวะโรคร่วมที่ซับซ้อนส่งผลให้การจัดการตนเองและการควบคุมอาการหลังจำหน่ายเป็นไปได้ยาก ประเด็นที่น่าสนใจคือผู้ป่วยกลุ่มโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) และโรคไตเรื้อรัง (CKD) มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำสูงกว่ากลุ่มอื่นอย่างชัดเจนเนื่องจากลักษณะธรรมชาติของโรคที่มีโอกาสเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันได้ง่ายจากการติดเชื้อหรือความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ สอดคล้องกับงานวิจัยในระดับภูมิภาคเอเชีย^{9,10} ขณะเดียวกัน การที่ประวัติการนอนโรงพยาบาลในอดีตเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญ ตอกย้ำถึงภาวะความเปราะบาง (Frailty) ของผู้ป่วยในพื้นที่นาบอน ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่ต้องการกลไกการแทรกแซงในช่วงเปลี่ยนผ่านการดูแลที่เข้มข้นมากกว่าปกติ¹¹ อย่างไรก็ตาม การที่ไม่พบความแตกต่างของอัตราการเสียชีวิตระหว่างกลุ่มอาจ

อธิบายได้ว่าระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ยังสามารถจัดการภาวะวิกฤตเมื่อผู้ป่วยกลับมาโรงพยาบาลได้อย่างทันท่วงที แต่การเพิ่มขึ้นของภาวะแทรกซ้อนรุนแรงในกลุ่มที่กลับมารักษาซ้ำยังคงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องได้รับการเฝ้าระวังอย่างเป็นระบบต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการบริการทางคลินิกและเชิงนโยบาย จากผลการศึกษาที่พบว่าปัจจัยด้านจำนวนโรคร่วม กลุ่มโรคเสี่ยงสูง (COPD และ CKD) และประวัติการนอนโรงพยาบาลในอดีต มีอิทธิพลอย่างมากต่อการกลับมารักษาซ้ำ โรงพยาบาลนาบอนควรพัฒนาระบบการคัดกรองความเสี่ยง (Risk Stratification) ตั้งแต่แรกรับเพื่อระบุกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงอย่างเป็นระบบ โดยควรบูรณาการกระบวนการวางแผนจำหน่ายแบบสหวิชาชีพที่เน้นการจัดการรายกรณี (Case Management) สำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยเฉพาะ ควบคู่ไปกับการสร้างความเข้มแข็งของระบบการดูแลต่อเนื่องในช่วงเปลี่ยนผ่าน (Transition of Care) ผ่านการประสานงานกับเครือข่ายบริการปฐมภูมิในพื้นที่เพื่อจัดโปรแกรมเยี่ยมบ้านภายใน 7 วันหลังจำหน่าย โดยมุ่งเน้นการประเมินความรู้ด้านสุขภาพ การบริหารจัดการยาที่ซับซ้อน และการสังเกตอาการเตือนที่ต้องกลับมาพบแพทย์ก่อนเกิดภาวะวิกฤต อันจะเป็นกลยุทธ์สำคัญในการลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำที่ป้องกันได้

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยในอนาคต เนื่องจากงานวิจัยชิ้นนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ย้อนหลังจากเวชระเบียน ซึ่งมีข้อจำกัดในการเข้าถึงปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพและบริบททางสังคมเชิงลึกของผู้ป่วย ดังนั้นในระยะต่อไปควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อสำรวจอุปสรรคและปัจจัยกำหนดสุขภาพในระดับบุคคลและครอบครัวที่ส่งผลต่อ

ความล้มเหลวในการดูแลตนเองที่บ้าน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคไตเรื้อรัง ที่มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำสูง นอกจากนี้ ควรมีการพัฒนางานวิจัยเชิงทดลองเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณี หรือรูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ

เข้ามาช่วยในการติดตามอาการ (Tele-monitoring) เพื่อพิสูจน์ถึงความคุ้มค่าและประสิทธิผลในการลดอัตราการใช้บริการในโรงพยาบาลซ้ำอย่างยั่งยืนในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2022). Noncommunicable diseases progress monitor 2022. Geneva: World Health Organization; 2022.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2567). แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. 2566–2570). นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
3. Balasubramanian V, Ford AW, Puthumana J, Sharma M, Mohan S.(2025). Association of outpatient follow-up after discharge and 30-day unplanned readmission: A systematic review and meta-analysis. JAMA Network Open. 2025;8(1):e2451234.
4. Ministry of Public Health [Thailand], World Health Organization, United Nations Development Programme, United Nations Interagency Task Force on NCDs.(2021). Prevention and control of noncommunicable diseases in Thailand: The case for investment. Bangkok: United Nations Development Programme; 2021.
5. Alkhawaldeh A, Al-Dwaikat TN, Al-Hussami M.(2023). Application and use of Andersen’s behavioral model as a theoretical framework: A systematic literature review from 2012–2021. BMC Health Services Research. 2023;23(1):126.
6. พรชนก ปันรัตน์, อัจฉริยา พ่วงแก้ว, ดวงรัตน์วัฒนกิจไกรเลิศ, ศรีสกุล. จิรกาญจนกร. (2567). ปัจจัยทำนายการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 30 วันจากภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน. วารสารพยาบาลสมาคมฯไทย. 2567;17(1):101-20.
7. Palupi S, Patcharanarumol W, Tangcharoensathien V, Damnoen S.(2024). COVID-19’s impact on hospital stays, mortality, and readmissions for poverty-related diseases, noncommunicable diseases, and injury groups in Thailand. PLOS ONE. 2024;19(3):e0300130.
8. Selmer C, Van Spall HGC, Nielsen C, Gustafsson F, Køber L, Schou M.(2025). Performance of hospital readmission prediction models: A systematic review and meta-analysis. International Journal of Nursing Studies. 2025;165:105188.
9. Lin X, Hong H, Luo F, Zeng R, Wu C.(2024). Risk factors for hospital readmission among patients with chronic obstructive pulmonary disease in Asia: A systematic review and meta-analysis. Heliyon. 2024;10(8):e29683.
10. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.(2565). ข้อเสนอแนะเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย; 2565.
11. Suraarunsumrit P, Sinthornkasem P, Petchthai P, Sainimnuan S, Preedachitkul R, Srinonprasert V.(2025). Impact of frailty on healthcare utilization in older patients admitted to medical wards: A study from a large medical school in a middle-income setting. Siriraj Medical Journal. 2025;77(2):112-21.

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะจอประสาทตาจากเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการ
ตรวจคัดกรอง ณ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Prevalence and Factors Associated with Diabetic Retinopathy in Patients with Type 2
Diabetes Mellitus Undergoing Screening at Roi Et Hospital.

(Received: April 23,2026 ; Revised: April 28,2026 ; Accepted: April 30,2026)

พันธกานต์ ศุภเศรษฐ์สิริ¹
Panthakarn Supachet-siri¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางโดยการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะจอประสาทตาจากเบาหวานในกลุ่มประชากรผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการตรวจคัดกรอง ณ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจคัดกรองจอประสาทตา ระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนธันวาคมพุทธศักราช 2568 จำนวนทั้งสิ้น 326 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปการทดสอบไคสแควร์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างและการวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติกพหุคูณเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงอิสระ

ผลการศึกษาพบว่าความชุกของภาวะจอประสาทตาจากเบาหวานในกลุ่มตัวอย่างคิดเป็นร้อยละ 23.6 ปัจจัยทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะจอประสาทตาจากเบาหวานอย่างเป็นอิสระและเพิ่มความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่อัตราการกรองของไตที่ลดลง ($eGFR < 60 \text{ mL/min/1.73 m}^2$) เป็นปัจจัยเสี่ยงอิสระ (aOR 2.19 95% CI 1.19 ถึง 4.02) ในขณะที่ปัจจัยด้านอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (aOR 0.39 95% CI 0.21 ถึง 0.73) สรุปได้ว่าประชากรผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะการทำงานของไตบกพร่องมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะจอประสาทตาจากเบาหวาน หน่วยบริการสาธารณสุขจึงควรพัฒนาระบบคัดกรองเชิงรุกแบบบูรณาการและติดตามดูแลการทำงานของอวัยวะเป้าหมายทั้งไตและตา ร่วมกันอย่างใกล้ชิดในผู้ป่วยกลุ่มนี้เพื่อป้องกันการสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวร

คำสำคัญ: ภาวะจอประสาทตาจากเบาหวาน, โรคเบาหวานชนิดที่ 2, ความชุก, ปัจจัยเสี่ยง, โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Abstract

This survey research by retrospective study aimed to investigate the prevalence and factors associated with diabetic retinopathy in patients with type 2 diabetes mellitus at Roi Et Hospital. Data were systematically collected from the medical records of 326 patients who underwent retinal screening between January and December 2025. Data were analyzed using descriptive statistics Chi-square test and multiple logistic regression.

The results revealed that the prevalence of diabetic retinopathy among the samples was 23.6 percent. Independent clinical factors significantly associated with an increased risk of diabetic retinopathy included a declined estimated glomerular filtration rate of less than 60 (aOR 2.19 95% CI 1.19 to 4.02). Conversely age of 60 years and over was significantly associated with a decreased risk (aOR 0.39 95% CI 0.21 to 0.73). In conclusion patients with renal impairment are at a high risk of developing diabetic retinopathy. Proactive screening and holistic monitoring systems should be prioritized for this specific high-risk group to prevent severe visual loss.

Keywords: Diabetic Retinopathy, Type 2 Diabetes Mellitus, Prevalence, Risk Factors, Roi Et Hospital

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นวิกฤตการณ์ทางสาธารณสุขระดับโลกที่มีแนวโน้มความชุกและภาระโรคเพิ่มสูงขึ้น

อย่างต่อเนื่อง รายงานภาระโรคระดับโลก (Global Burden of Disease Study 2021) ประมาณการว่ามีประชากรทั่วโลกกว่า 529 ล้านคนที่ป่วยด้วย

¹ กลุ่มงานจักษุวิทยา โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

โรคเบาหวาน โดยร้อยละ 96 เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียสุขภาพ (DALYs) จากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและความพิการ¹ ภาวะน้ำตาลในเลือดที่สูงเรื้อรังส่งผลให้เกิดความเสียหายต่อหลอดเลือดขนาดเล็กทั่วร่างกายผ่านกลไกที่ซับซ้อน ทั้งภาวะเครียดออกซิเดชัน (Oxidative stress) การอักเสบเรื้อรัง และการทำงานที่ผิดปกติของเซลล์บุผนังหลอดเลือด นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่สำคัญ² สำหรับประเทศไทย สถานการณ์โรคเบาหวานมีทิศทางที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จึงได้กำหนดให้โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป้าหมายที่ต้องมีการดำเนินงานเชิงรุก ทั้งด้านการคัดกรอง ควบคุมโรค และการจัดการภาวะแทรกซ้อนอย่างเป็นระบบ เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระยะยาว³

หนึ่งในภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่หลอดเลือดขนาดเล็กที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างรุนแรงคือ ภาวะจอประสาทตาจากเบาหวาน (Diabetic Retinopathy: DR) ซึ่งเป็นสาเหตุอันดับต้นของการสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวรในประชากรวัยทำงานทั่วโลกที่สามารถป้องกันได้ จากการทบทวนวรรณกรรมระดับนานาชาติพบว่า ความชุกของภาวะนี้ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานมีสูงถึงร้อยละ 22-35⁴ เนื่องจากภาวะจอประสาทตาจากเบาหวานในระยะแรกเริ่ม (Non-Proliferative Diabetic Retinopathy: NPDR) มักไม่มีอาการแสดงที่ชัดเจน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงไม่ตระหนักถึงความผิดปกติจนกระทั่งโรคดำเนินไปสู่ระยะรุนแรงที่มีหลอดเลือดงอกใหม่ (Proliferative Diabetic Retinopathy: PDR) หรือเกิดภาวะจุดภาพชัดบวม (Diabetic Macular Edema: DME) การตรวจคัดกรองจอประสาทตาอย่างสม่ำเสมอจึงเป็นมาตรการที่มีความสำคัญสูงสุด⁵ เมื่อพิจารณาบริบทของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง มีบทบาทสำคัญในการเป็นศูนย์กลางรับส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานที่มีความซับซ้อนและให้การดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนทางตาระดับรุนแรง แม้จะมีการดำเนินงานคัดกรองอย่าง

ต่อเนื่อง แต่ข้อมูลเชิงวิเคราะห์ที่จำเพาะต่อความชุกและลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยในพื้นที่ยังคงมีจำกัด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดและลุกลามของภาวะจอประสาทตาจากเบาหวาน ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และปัจจัยทางคลินิกที่สำคัญ ได้แก่ ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ยาวนาน การควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ที่ไม่ดี ภาวะความดันโลหิตสูง ดัชนีมวลกายที่เกินเกณฑ์ รวมถึงการมีภาวะไตจากเบาหวาน (Diabetic Nephropathy) ร่วมด้วย เนื่องจากจอประสาทตาและไตมีรากฐานพยาธิกำเนิดของหลอดเลือดขนาดเล็กที่คล้ายคลึงกัน^{6,7} อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ของปัจจัยเหล่านี้อาจมีความแตกต่างกันไปตามบริบทของประชากรและระดับของสถานพยาบาล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความชุกและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะจอประสาทตาจากเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง ณ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการพัฒนาระบบบริการ การจัดลำดับความสำคัญในการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงสูง และการวางแผนการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม อันจะนำไปสู่การป้องกันการสูญเสียการมองเห็นได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะจอประสาทตาจากเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง ณ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (ได้แก่ เพศ และอายุ) และปัจจัยทางคลินิก (ได้แก่ ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ระดับความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย และการมีภาวะไตจากเบาหวานร่วมด้วย) กับการเกิดภาวะจอประสาทตาจากเบาหวานในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (survey research by retrospective study) โดยการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง มี

วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะจอประสาทตาจากเบาหวาน รูปแบบการวิจัยนี้มีความเหมาะสมเนื่องจากผู้วิจัยสามารถใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) ในระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยโคราชที่หาปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลลัพธ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยดำเนินการรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Health Record: EHR) ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายของการวิจัยนี้คือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทุกรายที่เข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนประชากรโดยอ้างอิงความชุกของภาวะจอประสาทตาจากเบาหวานร้อยละ 26.0 ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และเผื่อความคลาดเคลื่อนของข้อมูลร้อยละ 10 ทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 326 ราย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบตามลำดับ (Consecutive sampling) จากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะจอประสาทตาจากเบาหวาน ณ คลินิกจักษุวิทยา ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2568 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2568 ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ได้แก่ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (รหัส ICD-10: E11) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในเวชระเบียนครบถ้วนสมบูรณ์ ในขณะเดียวกันได้กำหนดเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 เบาหวานขณะตั้งครรภ์ หรือเบาหวานสาเหตุจำเพาะอื่น ๆ ผู้ป่วยที่มีประวัติโรคทางจอประสาทตาชนิดอื่นที่ไม่ใช่จากโรคเบาหวาน ผู้ป่วยที่มีภาวะสื่อประสาทไขสันหลังอย่างรุนแรงจนไม่สามารถประเมินจอประสาทตาได้อย่างชัดเจน และผู้ป่วยที่ขาดข้อมูลทางคลินิกที่สำคัญต่อการวิเคราะห์

เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบบันทึกข้อมูล (Case Record Form: CRF) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดการวิจัย โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน แบบบันทึกข้อมูลประกอบด้วย 4 ส่วนหลัก ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลระบุตัวตน (รหัสประจำตัวผู้เข้าร่วมวิจัยและวันที่เข้ารับการตรวจ) ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ และอายุ) ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยทางคลินิก (ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดครั้งล่าสุด ระดับความดันโลหิต น้ำหนักและส่วนสูง สำหรับคำนวณดัชนีมวลกาย และการมีภาวะไตจากเบาหวานร่วมด้วยโดยประเมินจากรหัสการวินิจฉัย N08.3 หรือมีค่า eGFR < 60 mL/min/1.73 m²) และส่วนที่ 4 ข้อมูลผลการตรวจคัดกรองจอประสาทตา ซึ่งเป็นตัวแปรตาม โดยจำแนกเป็นกลุ่มที่มีและไม่มีภาวะจอประสาทตาจากเบาหวาน

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลเริ่มต้นภายหลังจากโครงการได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ดเพื่อเข้าถึงฐานข้อมูลผู้ป่วย จากนั้นประสานงานกับหน่วยงานเวชระเบียนและศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสืบค้นรายชื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะจอประสาทตาในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา ผู้วิจัยดำเนินการคัดกรองรายชื่อตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก พร้อมทั้งตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล (Data cleaning) จากระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Health Record: EHR) จากนั้นจึงคัดลอกข้อมูลทางคลินิกและผลการตรวจลงในแบบบันทึกข้อมูลรูปแบบไฟล์ดิจิทัลที่ได้รับการป้องกันด้วยรหัสผ่านและปกปิดข้อมูลระบุตัวตนเพื่อนำเข้าสู่โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปสำหรับการวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยกำหนด

ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Statistical significance) สำหรับการทดสอบสมมติฐานไว้ที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$ การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลัก ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและคำนวณหาความชุกของภาวะจอประสาทตาจากเบาหวาน โดยนำเสนอข้อมูลเชิงคุณภาพ (Categorical data) ในรูปของค่าร้อยละ และร้อยละ สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ (Continuous data) จะนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($\text{Mean} \pm \text{SD}$) ในกรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ หรือนำเสนอด้วยค่ามัธยฐานและพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (Median, IQR) ในกรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นปกติ 2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอิสระกับการเกิดภาวะจอประสาทตาจากเบาหวาน ในขั้นตอนแรกเป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้น (Bivariate analysis) โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) หรือการทดสอบที่แน่นอนของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) สำหรับตัวแปรเชิงคุณภาพ และใช้สถิติ Independent samples t-test หรือ Mann-Whitney U test สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรเชิงปริมาณระหว่างกลุ่ม จากนั้นนำตัวแปรอิสระที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เข้าสู่การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (Multiple Logistic Regression) เพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรกวน (Confounding factors) และค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะจอประสาทตาจากเบาหวานอย่างเป็นอิสระ โดยผลการวิเคราะห์จะนำเสนอในรูปของค่าอัตราส่วนออดส์ปรับแก้ (Adjusted Odds Ratio: aOR) พร้อมด้วยช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% Confidence Interval: 95% CI)

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ดำเนินการภายใต้หลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (Good Clinical Practice: GCP)

อย่างเคร่งครัด โดยโครงการได้รับการพิจารณา ทบทวนและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ใบรับรอง RE059/2569 อนุมัติเมื่อวันที่ 4 มีนาคม พ.ศ. 2569

ผลการศึกษา

จากการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองจอประสาทตาและมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าสู่การวิจัย (โดยทำการสุ่มตัวอย่างจากฐานข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมด) จำนวนทั้งสิ้น 326 ราย พบว่ามีผู้ป่วยที่ตรวจพบภาวะจอประสาทตาจากเบาหวาน (Diabetic Retinopathy) จำนวน 77 ราย คิดเป็นความชุกร้อยละ 23.6

ลักษณะทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวาน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.5 (194 ราย) อายุเฉลี่ย 62.7 ± 11.3 ปี ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 10.5 ± 6.7 ปี โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 51.8) เป็นโรคนานกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี ในด้านข้อมูลทางคลินิกมีค่า HbA1c เฉลี่ยร้อยละ 7.8 ± 1.7 และมีอัตราการกรองของไต (eGFR) เฉลี่ย $75.9 \pm 24.9 \text{ mL/min/1.73 m}^2$

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะจอประสาทตาจากเบาหวาน

เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางคลินิกระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มีและไม่มีภาวะจอประสาทตาจากเบาหวาน พบว่า กลุ่มที่มีภาวะจอประสาทตาจากเบาหวานมีสัดส่วนผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 60 ปีมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีภาวะดังกล่าว (ร้อยละ 49.4 เทียบกับ 35.7, $p = 0.016$) นอกจากนี้ กลุ่มที่มีภาวะจอประสาทตาจากเบาหวานยังมีระดับ HbA1c เฉลี่ยสูงกว่า (8.2 ± 2.1 เทียบกับ 7.7 ± 1.6 , $p = 0.024$) และมีสัดส่วนผู้ป่วยที่มีอัตราการกรองของไตลดลง ($\text{eGFR} < 60 \text{ mL/min/1.73 m}^2$) สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 37.7 เทียบกับ 24.1, $p = 0.019$) ขณะที่เพศ ระยะเวลาการป่วย และดัชนีมวลกาย ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างทั้งสองกลุ่ม ($p > 0.05$) ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลและทางคลินิกระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีภาวะจอประสาทตา (n = 326)

ปัจจัยที่ศึกษา	ไม่มี DR (n=249)	มี DR (n=77)	p-value
เพศ, ราย (%)			0.449
ชาย	96 (38.6)	36 (46.8)	
หญิง	153 (61.4)	41 (53.2)	
กลุ่มอายุ, ราย (%)			0.016*
< 60 ปี	89 (35.7)	38 (49.4)	
≥ 60 ปี	160 (64.3)	39 (50.6)	
ระยะเวลาป่วย, ราย (%)			0.122
< 10 ปี	125 (50.2)	32 (41.6)	
≥ 10 ปี	124 (49.8)	45 (58.4)	
ดัชนีมวลกาย, ราย (%)			0.887
< 25 kg/m ²	114 (45.8)	34 (44.2)	
≥ 25 kg/m ²	135 (54.2)	43 (55.8)	
ระดับ HbA1c (%), (Mean ± SD)	7.7 ± 1.6	8.2 ± 2.1	0.024*
อัตราการกรองของไต, ราย (%)			0.019*
≥ 60 (ไม่ลดลง)	189 (75.9)	48 (62.3)	
< 60 (ลดลง)	60 (24.1)	29 (37.7)	

(หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05)

ปัจจัยเสี่ยงอิสระต่อการเกิดภาวะจอประสาทตาจากเบาหวาน

เมื่อนำปัจจัยที่มีความสำคัญทางสถิติและปัจจัยที่มีความสำคัญทางคลินิกมาวิเคราะห์ด้วยสถิติ Multiple Logistic Regression พบว่า ผู้ป่วยที่มีอัตราการกรองของไตลดลง (eGFR < 60 mL/min/1.73 m²) มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะจอประสาทตาจากเบาหวานเพิ่มขึ้น 2.19 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(aOR = 2.19, 95% CI: 1.19–4.02, p = 0.012) ขณะที่ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีโอกาสดังกล่าวจากเบาหวานลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (aOR = 0.39, 95% CI: 0.21–0.73, p = 0.003) ส่วนเพศ ระยะเวลาการป่วย ดัชนีมวลกาย และระดับ HbA1c ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะจอประสาทตาด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกพหุคูณ

ปัจจัยที่ศึกษา	Adjusted Odds Ratio (aOR)	95% CI	p-value
เพศ (ชายเทียบกับหญิง)	1.20	0.70 – 2.06	0.512
อายุ (≥ 60 ปีเทียบกับ < 60 ปี)	0.39	0.21 – 0.73	0.003*
ระยะเวลาป่วย (≥ 10 ปีเทียบกับ < 10 ปี)	1.73	0.96 – 3.12	0.068
ดัชนีมวลกาย (≥ 25 เทียบกับ < 25 kg/m ²)	0.99	0.58 – 1.71	0.979
ระดับ HbA1c (ต่อ 1% ที่เพิ่ม)	1.11	0.96 – 1.28	0.163
อัตราการกรองของไต (eGFR < 60)	2.19	1.19 – 4.02	0.012*

(หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p < 0.05)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะจอประสาทตาจากเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ณ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบว่ามีความชุกของภาวะดังกล่าวอยู่ที่ร้อยละ 23.6 ซึ่งตัวเลขนี้มีความสอดคล้องอย่างยิ่งกับค่าประมาณการความชุกโดยรวมในระดับนานาชาติและระดับประเทศที่ได้รายงานไว้ก่อนหน้านี้ว่ามีค่าความชุกอยู่ที่ประมาณร้อยละ 22 ถึง 35⁴ ข้อค้นพบนี้สะท้อนให้เห็นว่าสถานการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางตาของโรงพยาบาลร้อยเอ็ดอยู่ในระดับที่เทียบเคียงได้กับมาตรฐานของสถานพยาบาลระดับตติยภูมิทั่วไปที่รองรับผู้ป่วยจากหลากหลายพื้นที่และมีระบบการจัดการคัดกรองที่เป็นไปตามมาตรฐาน อย่างไรก็ตามสัดส่วนประชากรที่พบความผิดปกตินี้ยังคงเป็นตัวเลखที่มีความสำคัญทางสาธารณสุขและบ่งชี้ว่าระบบบริการสุขภาพยังคงต้องเผชิญกับความท้าทายในการจัดการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เพื่อป้องกันการสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวรในระยะยาว การคัดกรองอย่างครอบคลุมจึงยังคงเป็นมาตรการพื้นฐานที่ขาดไม่ได้ในการดำเนินงานของหน่วยบริการสาธารณสุขเพื่อลดภาระโรคระดับโลกที่กำลังเพิ่มสูงขึ้น¹

เมื่อพิจารณาวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะจอประสาทตาจากเบาหวานอย่างลึกซึ้งพบว่าอัตราการกรองของไตที่ลดลงหรือน้อยกว่า 60 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวกายเป็นปัจจัยเสี่ยงอิสระที่สำคัญที่สุดในการวิจัยครั้งนี้ โดยประชากรผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตทำงานบกพร่องมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางตาสูงกว่ากลุ่มที่ไตทำงานปกติอย่างชัดเจนถึง 2.19 เท่า ผลลัพธ์อันโดดเด่นนี้มีความสอดคล้องกับหลักฐานทางพยาธิกำเนิดที่อธิบายว่าโรคไตและโรคจอประสาทตาจากเบาหวานมีรากฐานของความผิดปกติของหลอดเลือดขนาดเล็กหรือไม่โครวาสคิวลาร์ร่วมกัน⁷ ภาวะน้ำตาลในเลือดที่สูงเรื้อรังจะกระตุ้นให้เกิดภาวะเครียดออกซิเดชันและการอักเสบเรื้อรังซึ่งเข้าไปทำลายเซลล์บุผนังหลอดเลือดบริเวณหน่วยไตและมักจะส่งผลกระทบต่อแนวกันระหว่างเลือดและจอประสาท

ตาในเวลาไล่เลี่ยกัน ความเสียหายที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบนี้ทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อมสภาพมีความเสี่ยงในระดับสูงที่จะพบความเสียหายทางกายวิภาคที่จอประสาทตาร่วมด้วยเสมอ การตระหนักถึงความเชื่อมโยงนี้จึงมีความสำคัญในการปรับมุมมองการดูแลผู้ป่วยให้เป็นแบบองค์รวมมากยิ่งขึ้นเพื่อชะลอความเสื่อมของอวัยวะเป้าหมายไปพร้อมกัน²

สิ่งที่เป็ข้อค้นพบที่น่าสนใจและท้าทายกรอบแนวคิดเดิมในการศึกษาค้นคว้าคือปัจจัยด้านอายุของผู้ป่วย โดยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปกลับเป็นปัจจัยที่ช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะจอประสาทตาจากเบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปรากฏการณ์ดังกล่าวอาจอธิบายได้จากลักษณะทางคลินิกที่แตกต่างกันของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เริ่มเกิดโรคตั้งแต่อยู่ในวัยทำงานหรืออายุน้อยซึ่งมักจะมีพยาธิสภาพของโรคที่รุนแรงกว่า มีระดับความต้ออินซูลินที่สูงกว่า และอาจประสบปัญหาด้านความสม่ำเสมอในการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีเวลาและตระหนักถึงความเจ็บป่วยมากกว่า⁶ นอกจากนี้ผลลัพธ์นี้อาจเป็นผลมาจากอคติจากการรอดชีพที่อธิบายว่าผู้ป่วยสูงอายุที่สามารถมารับบริการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนได้ต่อเนื่องมักจะเป็นกลุ่มประชากรที่สามารถควบคุมดูแลสุขภาพของตนเองได้ในเกณฑ์ดีและไม่มีพยาธิสภาพที่รุนแรงมาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเป็นโรค

สำหรับการวิเคราะห์ปัจจัยด้านระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ยาวนานกว่า 10 ปีและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดหรือฮีโมโกลบินเอวันซี แม้ผลการวิเคราะห์ทางสถิติในระดับพหุตัวแปรจะไม่ได้แสดงความสัมพันธ์ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ แต่ตัวแปรทั้งสองยังคงแสดงให้เห็นถึงทิศทางของแนวโน้มความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตามหลักการทางพยาธิวิทยาที่สัมพันธ์กับภาวะน้ำตาลในเลือดสูงสะสมในร่างกาย การควบคุมระดับน้ำตาลที่ไม่มีประสิทธิภาพเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการสร้างสารประกอบปลายทางของไกลเคชันซึ่ง

ทำลายหลอดเลือดฝอยในจอประสาทตาโดยตรง⁸ แนวทางเวชปฏิบัติสากลยังคงเน้นย้ำความสำคัญของการดูแลตัวแปรเหล่านี้อย่างใกล้ชิด⁵ การที่ไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติที่ชัดเจนในแบบจำลองสุดท้ายนี้อาจเป็นผลสะท้อนมาจากอิทธิพลของตัวแปรกวนร่วมในแบบจำลองทางสถิติเนื่องจากระยะเวลาการป่วยและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีเป็นปัจจัยต้นน้ำที่ส่งผลกระทบต่อความเสี่ยงของไตโดยตรงอยู่แล้ว เมื่อนำตัวแปรการกรองของไตเข้ามาวิเคราะห์ร่วมด้วยจึงอาจบดบังอิทธิพลของตัวแปรเชิงเดี่ยวเหล่านี้ไป อย่างไรก็ตามปัจจัยทั้งสองประการนี้ยังคงเป็นตัวชี้วัดสำคัญขึ้นพื้นฐานที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องให้ความสนใจเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในทุกระบบของร่างกายตามข้อกำหนดในแผนปฏิบัติการระดับชาติ³

ข้อจำกัดของการวิจัยเนื่องจากเป็นการวิจัยเชิงสังเกตแบบย้อนหลังซึ่งอาศัยการเก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลเวชระเบียนที่มีอยู่เดิม ทำให้มีข้อจำกัดในการควบคุมความครบถ้วนของข้อมูลทางคลินิกบางประการที่อาจมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ ได้แก่ ข้อมูลระดับคอเลสเตอรอลชนิดความหนาแน่นต่ำ ข้อมูลความดันโลหิตแบบประเมินต่อเนื่อง หรือข้อมูลปริมาณโปรตีนอัลบูมินรั่วในปัสสาวะซึ่งเป็นตัวแทนของการอักเสบระดับหลอดเลือดที่สำคัญ นอกจากนี้ การศึกษาในลักษณะภาคตัดขวางนี้ไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลกระทบที่แท้จริงตามลำดับเวลาได้อย่างสมบูรณ์แบบทำได้เพียงระบุขนาดของความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นพร้อมกัน ณ จุดเวลาที่ทำการศึกษาคัดกรองเท่านั้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงคลินิกและการนำไปใช้ประโยชน์ จากผลการศึกษาที่พบว่าปัจจัยเสี่ยงอิสระ

ที่สำคัญที่สุดที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะจอประสาทตาจากเบาหวานคือ การมีอัตราการกรองของไตลดลง คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD Clinic) และกลุ่มงานจักษุวิทยา โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ควรพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและคัดกรองความเสี่ยงเชิงรุกแบบบูรณาการ โดยให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะการทำงานของไตบกพร่อง (eGFR < 60 mL/min/1.73 m²) รวมถึงกลุ่มผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 60 ปี ควรมีการจัดทาระบบแจ้งเตือน (Alert system) ในระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ เมื่อห้องปฏิบัติการรายงานผลค่า eGFR ที่ต่ำกว่าเกณฑ์ เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับการส่งต่อและนัดหมายตรวจคัดกรองจอประสาทตาอย่างทันทั่วถึง และมีการติดตามดูแลการทำงานของอวัยวะเป้าหมายทั้งไตและตาาร่วมกันอย่างใกล้ชิด

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต ควรมีการต่อยอดการศึกษาในรูปแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์ไปข้างหน้า (Prospective cohort study) เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของจอประสาทตาและประเมินอัตราการลุกลามของโรค (Progression rate) ในกลุ่มผู้ป่วยเดิม ซึ่งจะช่วยยืนยันความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลกระทบของปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงบทบาทของปัจจัยทางคลินิกอื่นๆ ที่อาจเกี่ยวข้อง เช่น ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (Dyslipidemia) หรือการใช้ยาบางกลุ่ม (เช่น ยาลดไขมันกลุ่ม Statin หรือยาลดความดันโลหิตกลุ่ม ACEI/ARB) เพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่ครอบคลุมและสามารถนำไปสู่การพัฒนาแบบการพยากรณ์ความเสี่ยง (Predictive model) ที่จำเพาะต่อบริบทของผู้ป่วยในพื้นที่ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- 1 GBD 2021 Diabetes Collaborators.(2023). Global, regional, and national burden of diabetes from 1990 to 2021, with projections of prevalence to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet. 2023;402(10397):203-34.

2. Morya S, D'souza C, V. P R, et al.(2024). Diabetic Retinopathy: A Review on Its Pathophysiology and Novel Treatment Modalities. *Cureus*. 2024;16(1):e52399.
3. กรมควบคุมโรค.(2566). แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อของประเทศไทย พ.ศ. 2566–2570. นนทบุรี: กองโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
4. Teo ZL, Tham YC, Yu M, Cheng CY, Wong TY, Sabanayagam C.(2021). Global prevalence of diabetic retinopathy and projection of burden through 2045: systematic review and meta-analysis. *Ophthalmology*. 2021;128(10):1427-38.
5. American Diabetes Association Professional Practice Committee.(2024). Retinopathy, neuropathy, and foot care: Standards of Care in Diabetes—2024. *Diabetes Care*. 2024;47(Suppl 1):S231-43.
6. Xuan J, Wang L, Fan L, Ji S. (2022). Systematic review and meta-analysis of the related factors for diabetic retinopathy. *Ann Palliat Med*. 2022;11(7):2368-81.
7. Euswas N, Phonnopparat N, Morasert K, Thakhampaeng P, Kaewsanit A, Mungthin M, et al.(2021). National trends in the prevalence of diabetic retinopathy among Thai patients with type 2 diabetes and its associated factors from 2014 to 2018. *PLoS One*. 2021;16(1):e0245801.
8. Li H, Zhang X, Chen L, Zhang M, Lu W.(2023). Research progress on the pathogenesis of diabetic retinopathy. *BMC Ophthalmol*. 2023;23(1):111.

การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด
Development of Discharge planning Model for Stroke patients at
PhoChai Hospital Roi Et Province.

(Received: April 25,2026 ; Revised: April 28,2026 ; Accepted: April 30,2026)

ชนิสรา ทิพย์เจริญ¹
Chanisara Thipjareon¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและการพัฒนา (Research and Development) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 33 คน ดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2569- เมษายน 2569 การวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะ โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจ แบบประเมิน ความเป็นไปได้ แบบประเมินคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย : จากการสนทนากลุ่มย่อย (Focus group) โดยผู้ดูแลผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโพธิ์ชัย พบประเด็นปัญหาที่สำคัญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 6 ประเด็น มา ปรับปรุงการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นำไปใช้กับผู้ป่วยและประเมินผลลัพธ์ ได้แก่ การประเมินความเป็นไปได้ของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง ภาพรวมมีความเป็นไปได้ระดับมาก ($\bar{X}$ =4.50, SD=0.031) ความพึงพอใจต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมอยู่ใน ระดับมาก ($\bar{X}$ =4.11,SD= 0.113) ผลลัพธ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายและ การดูแลต่อเนื่อง พบมีคะแนนคุณภาพชีวิตปานกลางร้อยละ 53.33 และคะแนนคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 46.67 และความพึง พอใจของผู้ป่วย/ผู้ดูแลต่อการบริการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยรวมอยู่ในระดับ มาก ($\bar{X}$ =4.32,SD= 0.220)

คำสำคัญ : การวางแผนจำหน่าย , การดูแลต่อเนื่อง,ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

This study aimed to develop a discharge planning and continuous care model for stroke patients in the inpatient nursing department of Pho Chai Hospital, Roi Et Province. This research and development of a discharge planning and continuous care model for stroke patients, using the DMETHOD discharge planning concept from the Nursing Division, Ministry of Public Health, and the continuous care concept by Orraphan Tosin as a conceptual framework. The sample group consisted of 33 stroke patient caregivers. The research was conducted between February 2026 and April 2026. The research was divided into four phases. A satisfaction questionnaire, feasibility assessment, and quality of life assessment were used to evaluate the results. Descriptive statistics were used, including frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation.

Research Results: From focus group discussions with caregivers and staff providing care to stroke patients at Pho Chai Hospital, six key issues concerning stroke patient care were identified. These issues were then used to improve discharge planning and continuous care for stroke patients. The findings were then applied to patients and evaluated. The feasibility of the discharge planning and continuous care model was assessed as high overall ($\bar{X}$ =4.50, SD=0.031). The satisfaction of professional nurses with the discharge

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโพธิ์ชัย

planning and continuous care model was high overall ($\bar{X}$ =4.11, 5D=0.113). The quality of life outcomes for stroke patients after receiving discharge planning and continuous care showed a moderate quality of life score in 53.33% and a good quality of life score in 46.67%. Patient/caregiver satisfaction with the discharge planning and continuous care services for stroke patients was also assessed. Overall, the results were at a high level ($\bar{X}$ =4.32, SD=0.220)

Keywords: Discharge planning, Continuous care, Stroke patients

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke, Cerebrovascular disease) เป็นภาวะที่สมองสูญเสียการทำงานบางส่วนฉับพลันจากหลอดเลือดตีบ อุดตัน หรือแตก ส่งผลทำให้เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลายการทำงานของสมองหยุดชะงัก ทำให้เกิดความผิดปกติของร่างกาย อาการแสดงและความรุนแรงขึ้นอยู่กับตำแหน่ง และขนาดของเนื้อสมองที่สูญเสียการทำงาน พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ และเป็นสาเหตุอันดับที่ 2 ของการเสียชีวิต และอันดับที่ 3 ของความพิการ จะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาที่มีผลกระทบต่อประชากรทั่วโลกอย่างมาก องค์การโรคหลอดเลือดสมอง¹ ได้กำหนดให้วันที่ 29 ตุลาคมของทุกปีเป็นวันโรคหลอดเลือดสมองโลก หรือวันอัมพาตโลก (World Stroke Day) ประเด็นในปี 2568 คือ Every Minute Counts : Let's Act Together and #ActFAST for World Stroke Day ทุกนาทีมีค่า สังเกตไว ช่วยได้ทัน #ActFAST วันโรคหลอดเลือดสมองโลก มุ่งเน้นให้ประชาชนสร้างความตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการสังเกตสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองและเข้ารับการรักษารวดเร็ว ข้อมูลจากองค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก พบว่า ทุก 1 นาที มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ 30 คน และโดยเฉลี่ยผู้ใหญ่ 1 ใน 4 คน จะป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 ครั้งในชีวิต สำหรับประเทศไทยข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข (HDC) ปี 2567² พบผู้ป่วยสะสมโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 363,688 คน รายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยปีพ.ศ. 2566 พบผู้เสียชีวิตจากโรค

หลอดเลือดในสมองจำนวน 37,947 คน³ จากสถิติจังหวัดร้อยเอ็ดพบอัตราผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2566-2567 เท่ากับ 229.80 และ 240.96 ต่อแสนประชากรซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและยังพบอัตราตายของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2565-2568 ร้อยละ 4.49 ,4.73 ,4.06 และ 4.92 ตามลำดับ โรงพยาบาลโพธิ์ชัย พบอัตราตายของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2565-2568 ร้อยละ 0, 0, 5.88 และ 13.33 ตามลำดับ²

ผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพในงานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโพธิ์ชัย จากการทบทวนประวัติ พบว่า ผู้ป่วยที่กลับเข้ามารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วันด้วยสาเหตุความไม่รู้วิธีการปฏิบัติตัว และพบมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันอาการกำเริบได้จากการมีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสม ได้แก่ ภาวะติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ ปัญหาเรื่องการขับถ่ายและปัญหาข้อต่ออักเสบ ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาโรงพยาบาลโพธิ์ชัย ได้ใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่มีการใช้กันอย่างแพร่หลาย และเป็นที่รู้จักมายาวนาน คือ D-METHOD ประกอบไปด้วยการให้ความรู้เรื่องโรค (disease : D) ยาที่ใช้ (medication : M) สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจและสังคม (environment and economic : E) แนวทางการรักษา (treatment : T) ภาวะแทรกซ้อนและอาการเจ็บป่วย (health : H)การมาตรวจตามนัด (outpatient referral : O) และอาหาร (diet : D) แต่ผลจากการวางแผนจำหน่ายดังที่กล่าวมา ยังไม่เพียงพอที่จะลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ เนื่องจากในการประเมินผลการ

จำหน่ายผู้ป่วยในขั้นตอนการค้นหาสภาพจริง พบว่า ขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ในด้านการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่สามารถตรวจสอบได้ จึงไม่สามารถตรวจสอบการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ และความเข้าใจของผู้ป่วยต่อการได้รับการวางแผนจำหน่ายได้ ไม่มีกระบวนการประเมินผลการวางแผนจำหน่ายของเจ้าหน้าที่อย่างเป็นรูปธรรมจากหัวหน้างานจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ พบว่าเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำในวันที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเท่านั้น โดยคำแนะนำที่แจ้งผู้ป่วยให้ทราบส่วนมาก คือ การกินยาตามที่แพทย์สั่ง และการมาพบแพทย์ตามวันเวลาที่นัด ซึ่งในการให้คำแนะนำดังกล่าว พบว่า ไม่มีการประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ดูแลอย่างเป็นระบบ ไม่มีแนวทางการวางแผนจำหน่ายอย่างมีขั้นตอน ไม่ประเมินความพร้อมของผู้รับข้อมูลก่อนการจำหน่าย รวมทั้งขาดการตรวจสอบ และประเมินผลจากการให้คำแนะนำของผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม เช่น ถามและบันทึกว่า ผู้ป่วยเข้าใจในสิ่งที่สอนหรือแนะนำมากน้อยเพียงใด ประกอบกับปี 2567-2568 งานการพยาบาลผู้ป่วยใน ได้มีการ RCA เพื่อการพัฒนาคุณภาพในเรื่องการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีการกลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน และอาการเดิม ผู้วิจัยสนใจที่จะสร้างการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างเป็นระบบ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการพยาบาลและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพและสามารถกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านอยู่ในสังคมได้ดีตามศักยภาพของตน จึงได้ใช้แนวคิดการเปลี่ยนผ่าน⁴ ร่วมกับกระบวนการวางแผนจำหน่ายแนวคิด⁵ และการดูแลต่อเนื่อง⁶ ซึ่งแตกต่างจากการวางแผนจำหน่ายแบบเดิมในรูปแบบ DMETHOD โดยการบูรณาการแนวคิดดังกล่าว เน้นการประเมินผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม จัดการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วม เพื่อให้เข้าใจในการปฏิบัติ

ตัวอย่างเป็นแนวทางเดียวกัน มีแผนการสอนพร้อมคู่มือการดูแลตนเองที่บ้าน มีรูปแบบการประเมินผลและการติดตามทางโทรศัพท์ , Line group ที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน เพื่อให้มีการปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องได้อย่างสมบูรณ์และมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีกับผู้ป่วย และพยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในการใช้แผนการจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องมากขึ้น สัมพันธภาพกับผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจที่จะให้ข้อมูลในการเจ็บป่วยในการติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโพธิ์ชัย
3. เพื่อประเมินผลของการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโพธิ์ชัย

วิธีดำเนินงานวิจัย

เป็นการวิจัยและการพัฒนา (Research and Development) รูปแบบการวางแผนจำหน่ายและ

การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แนวคิดการวางแผนจำหน่าย DMETHOD ของกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุขและการดูแลต่อเนื่องของ อรพรรณ โตสิงห์⁶

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ได้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(พยาบาลวิชาชีพ) จำนวน 33 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยและการพัฒนา (Research and Development) พัฒนารูปแบบการวางแผน

จำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโพธิ์ชัย ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2569- เมษายน 2569 การวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ศึกษาสภาพปัญหาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโพธิ์ชัย ของผู้ดูแลผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการสนทนากลุ่มย่อย (Focus group)

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง นำข้อมูลปัญหาความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยร่วมกับผู้ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ กำหนดและพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตามแนวคิดที่ทบทวนศึกษา มาจัดทำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโพธิ์ชัย จัดอบรมพยาบาลวิชาชีพเรื่องการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะที่ 3 ให้บริการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด

ระยะที่ 4 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และทบทวนรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ราย case เพื่อนำไปปรับปรุงการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายต่อไป

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่รับรอง COE 0012569 เมื่อวันที่ 26 เดือน มกราคม พ.ศ.2569

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

การวิเคราะห์สถานการณ์

ข้อสรุปจากการสนทนากลุ่มย่อย (Focus group) โดยผู้ดูแลผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโพธิ์ชัย พบประเด็นปัญหาที่สำคัญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 6 ประเด็น ได้แก่

1.1 สมรรถนะของบุคลากรมีความหลากหลายในการวางแผนจำหน่าย เช่นพยาบาลขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องการวางแผนจำหน่ายขาดความตระหนักไม่เห็นความสำคัญของการวางแผนจำหน่าย ขาดความต่อเนื่องในการปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย

1.2 แนวทางที่ใช้ D-METHOD ในการวางแผนจำหน่ายเป็นเพียงกรอบกว้างๆขาดความต่อเนื่อง ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนเฉพาะโรค

1.3 ขาดความตระหนัก ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย มีการเปลี่ยนตัวผู้ดูแลบ่อย

1.4 กระบวนการพยาบาลวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ชัดเจน

1.5 การทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพไม่มีการมอบหมายงานบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบในการร่วมวางแผนจำหน่าย ขาดความร่วมมือ ขาดการสื่อสารแผนการรักษา ไม่สามารถติดตามผลการปฏิบัติงาน

1.6 ผลลัพธ์การดูแลจำกัดอยู่ที่ตัวชี้วัดบางตัวทำให้ผู้บริหารติดตามกำกับตัวชี้วัดไม่สม่ำเสมอและตัวชี้วัดเป็นเชิงรับยังไม่สะท้อนผลลัพธ์ของการวางแผนจำหน่ายอย่างแท้จริง

การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

นำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม (Focus group) มาวิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหาและความต้องการการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและนำกรอบแนวคิด งานวิจัยที่เกี่ยวข้องร่างรูปแบบการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโพธิ์ชัย เสนอผู้เกี่ยวข้องพิจารณาให้ความเห็นและข้อเสนอแนะ แล้วทำการแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้พัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด

การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมอง โรงพยาบาลโพธิ์ชัย

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 80.00 มีอายุเฉลี่ย 66.5 ปี ($SD=14.88$) สถานภาพสมรส 53.33 ระดับการศึกษาจบประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ร้อยละ 46.67 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 53.33 รายได้ต่อเดือน 0-10,000 บาท ร้อยละ 66.67 ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีโรคประจำตัว ร้อยละ 66.67 ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 90.00 รองลงมาคือโรคเบาหวานร้อยละ 50.00 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาอนโรงพยาบาลเป็นครั้งแรกร้อยละ 60.00

ข้อมูลทั่วไป พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลโพธิ์ชัย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.94 มีอายุเฉลี่ย 41.69 ปี ($SD=11.06$) สถานภาพสมรส ร้อยละ 51.52 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 93.94 ประสบการณ์การทำงานมากกว่า 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 57.58 ท่านมีประสบการณ์การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 90.91 และพยาบาลเคยเข้ารับการฝึกอบรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 78.79

การประเมินความเป็นไปได้ของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาล

โพธิ์ชัย ของพยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 6 ด้านส่วนใหญ่ภาพรวมมีความเป็นไปได้ ระดับมาก ($\bar{X}=4.50, SD=0.031$)

ผลความพึงพอใจต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลโพธิ์ชัย โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.11, SD=0.113$) และมีความพึงพอใจรายด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก โดยพบด้านนโยบายหน่วยงานและการปฏิบัติ ($\bar{X}=4.40, SD=0.375$) ด้านการยอมรับ ($\bar{X}=4.39, SD=0.189$) ด้านความรับผิดชอบ ($\bar{X}=4.28, SD=0.149$) ด้านผู้ร่วมงาน ($\bar{X}=4.04, SD=0.107$)

ด้านความสำเร็จในงาน ($\bar{X}=3.96, SD=0.728$) ด้านความมีอิสระ ($\bar{X}=3.60, SD=0.826$)

ผลลัพธ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาลโพธิ์ชัย พบมีคะแนนคุณภาพชีวิตปานกลางร้อยละ 53.33 และคะแนนคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 46.67

ความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ดูแลต่อบริการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโพธิ์ชัย โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.32, SD=0.220$) และมีความพึงพอใจรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุดได้แก่ ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร ($\bar{X}=4.60, SD=0.507$) ด้านการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านและการติดตามทางโทรศัพท์หรือ Line ($\bar{X}=4.51, SD=0.339$) และพบความพึงพอใจรายด้านอยู่ในระดับมากได้แก่ ด้านความสามารถปฏิบัติงาน ($\bar{X}=4.25, SD=0.138$) และด้านการดูแลจิตใจและการประสานงาน ($\bar{X}=3.97, SD=0.164$)

สรุปและอภิปรายผล

วิเคราะห์สถานการณ์ ศึกษาสภาพปัญหาการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโพธิ์ชัย ของผู้ดูแลผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการสนทนากลุ่มย่อย

(Focus group) พบว่าเทคนิคการใช้สนทนากลุ่มเป็นการกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเห็นความสำคัญของการพัฒนางานที่ทำอยู่เป็นประจำ และมีการวิเคราะห์สภาพปัญหาเชิงลึกได้มากขึ้น พบสภาพปัญหาจริงนำไปสู่การพัฒนากระบวนการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของ พิมลพรรณ ทิพาคำ⁷ พบสภาพปัญหาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบ ประกอบด้วยด้านปัจจัยนำเข้า ไม่มีแนวทางแบบบันทึกการจำหน่ายและอุปกรณ์ในการวางแผนจำหน่ายเฉพาะโรค ความรู้และทักษะการวางแผนจำหน่ายของพยาบาลที่แตกต่างกัน ด้านกระบวนการ ไม่มีแนวทางปฏิบัติ ส่วนมากให้คำแนะนำและขาดการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ด้านผลผลิต ขาดการเตรียมความพร้อมผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ ปาณิสรา สนั่นเอื้อ⁸ พบยังไม่มีข้อกำหนดที่เป็นมาตรฐานร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ทั้งนี้ การปฏิบัติขึ้นอยู่กับความรู้ ประสบการณ์และการรักษาของแพทย์เจ้าของไข้

รูปแบบการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด ที่พัฒนามาใช้เป็นรูปแบบที่มีขั้นตอนอย่างเป็นระบบ มีการใช้รูปแบบ D-METHOD และการดูแลต่อเนื่อง สอดคล้องกับที่เป็นอยู่เดิมและมีความเป็นเฉพาะโรคที่มีความเหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รูปแบบการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องเริ่มตั้งแต่การรับจนถึงจำหน่ายอย่างเป็นระบบ ได้กำหนดกิจกรรมที่ต้องทำได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย หาผู้ดูแลหลัก ประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลภายหลังจำหน่ายตามแนวทาง DMETHOD นัดผู้ป่วยครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพในการร่วม Team meeting วางแผนการสอนเตรียมสิ่งแวดล้อม ส่งเสริมการฝึกทักษะ ทบทวนความรู้ การติดตามต่อเนื่องที่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาวินัส

คำพวงและคณะ⁹ ที่พบว่าโปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสุโขทัยสามารถยืนยันได้ว่าการเพิ่มระดับความรู้และทักษะของผู้ดูแล ทำให้ผู้ป่วยไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุความไม่รู้ วิธีปฏิบัติตัว สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี รักษ์วงศ์ และคณะ¹⁰ พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ความสำเร็จของการจัดการอาการรบกวนและความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .000 ,.002, .011 และ .000 ตามลำดับแต่การเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

ผลการประเมินการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า รูปแบบมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ภาพรวมในระดับมาก ($\bar{X}=4.50$, $SD=0.031$) อาจจะมีผลมาจากการพัฒนากระบวนการวางแผนจำหน่ายฯ จากการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ จึงทำให้มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่ายฯ ที่พัฒนาขึ้นเพราะความพึงพอใจเป็นเรื่องของความรู้สึกที่ได้รับการตอบสนองจากการได้รับผลตามที่วางแผนหรือตั้งเป้าหมายไว้ การได้รับการยอมรับในความคิดเห็นนำมาวางแผนเพื่อพัฒนา ความมีอิสระในการพัฒนา โดยรวมระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลโพธิ์ชัย โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.11$, $SD=0.113$) อภิปรายได้ว่าการใช้การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง ที่เน้นบทบาทของพยาบาลในการจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนผ่านได้ตั้งแต่การประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างเป็นองค์รวม เตรียมความรู้และพัฒนาทักษะผู้ป่วย เตรียมสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยในการให้ความรู้และฝึกทักษะ มีสื่อการสอนที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล การให้ผู้ดูแล/

ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผน
จำหน่าย ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมทำ Team
meeting ช่วยเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติ
กิจวัตรประจำวัน เพิ่มผลลัพธ์คุณภาพชีวิตของ
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับการ
วางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาล
โพธิ์ชัย พบมีคะแนนคุณภาพชีวิตปานกลางร้อยละ
53.33 และคะแนนคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 46.67
และพบความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ดูแลต่อบริการ
วางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโพธิ์ชัย โดยรวมอยู่
ในระดับมาก ($\bar{X}=4.32, SD=0.220$) ซึ่งสอดคล้อง
กับการศึกษาของ คณิงนิจ ศิริระโคตรและคณะ¹¹
พบว่าญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีความพร้อมในการ
ดูแลและคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และพบกลุ่มทดลองไม่
พบการกลับมารักษาซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ
สุวรรณา เวียงนนท์¹² พบผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็น
โรคปอดอักเสบมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการ
วางแผนจำหน่าย โดยรวมอยู่ในระดับมาก
($Mean=4.17, SD=0.39$) และ สอดคล้องกับ
การศึกษาของ ปาณิสรา สนั่นเอื้อ (2567) พบความ
พึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแล
แบบประคับประคองต่อการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=2.43, SD=0.21$) และความ
เป็นไปได้ของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
ระยะท้ายแบบประคับประคองของเจ้าหน้าที่ผู้
ให้บริการภาพรวมมีความเป็นไปได้ระดับมาก
($\bar{X}=3.85, SD=0.32$)

สรุป

โดยสรุปรูปแบบการวางแผนจำหน่ายและการ
ดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
โรงพยาบาลโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด ที่พัฒนาขึ้นจาก
การวิจัยนี้ โดยประยุกต์จากแนวคิดการเปลี่ยนผ่าน
(Coleman and Boulton, 2003) ร่วมกับ
กระบวนการวางแผนจำหน่ายแนวคิด DMETHOD
(กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 2550)
และการดูแลต่อเนื่อง (อรพรรณ โตสิงห์, 2546)

ช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางการพยาบาลในการ
ส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วย/ผู้ดูแล มีความ
พร้อมในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง และสามารถ
ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดี
ส่งผลให้มีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ลด
ความเสี่ยงของการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมองอีกด้วย เกิดความพึงพอใจทั้ง
ผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารควรมีการส่งเสริมและติดตาม
การใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายและ
การดูแลต่อเนื่อง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและนำผลการใช้มา
พัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายให้ได้มาตรฐาน
และมีประสิทธิภาพมากขึ้นนำไปสู่การกำหนด
นโยบายการวางแผนจำหน่ายเฉพาะโรคที่สำคัญของ
หน่วยงานให้มีรูปแบบที่ชัดเจน

2. หน่วยงานสามารถนำข้อมูลในการ
ศึกษาวิจัยครั้งนี้มาใช้เป็นแนวทางให้ผู้
ปฏิบัติมีขั้นตอนการ

วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่าง
เป็นระบบ ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความสามารถ ความ
มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และต่อเนื่อง
หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว

3. ควรมีการนำรูปแบบการวางแผน
จำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมองที่

พัฒนาขึ้นไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโดยเริ่มตั้งแต่
วางแผนจำหน่ายเมื่อแรกรับและใช้เครื่องมือในการ
ดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน
เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีต่อผู้ป่วย/
ผู้ดูแล และสถานบริการสุขภาพมากขึ้น

4. ควรขยายการจัดบริการเพิ่มเติมในกลุ่ม
ผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่จำเป็นต้องได้รับ
การดูแลอย่าง

ต่อเนื่องและควรมีการทบทวนรูปแบบที่พัฒนาขึ้น
เพื่อปรับปรุงให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

5. สนับสนุนให้มีการพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการโดยจัดอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือส่งฝึกอบรม/ศึกษาต่อการพยาบาลเฉพาะทาง
- ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป
 1. ศึกษาการติดตามผลการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลในระยะยาวและพัฒนารูปแบบอย่างต่อเนื่องโดยศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีต่อประเด็นอื่นๆ ได้แก่ การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นต้น
- กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณบุคลากรทุกท่านที่เกี่ยวข้องตลอดจน ภาควิชาและผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิ์ชัยที่ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization:(WSO).(2020).Learn about stroke.Retrieved December 11.2021, <https://www.world-stroke.org>.
- 2.กระทรวงสาธารณสุข.(2568).อัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง. https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/area/index.php?ma=2&pf=01818101&tp=12_3
- 3.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2568).รณรงค์วันหลอดเลือดสมองโลก. <https://www.hfocus.org/content/2025/10/35790>
- 4.Coleman, E. A., & Boulton, C. (2003). Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. Journal of the American Geriatrics Society, 51(4), 556-557.
- 5.กองการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข.(2550).แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย.มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- 6.อรพรรณ โตสิงห์. (2546). การดูแลอย่างต่อเนื่องและบทบาทของพยาบาลในยุคปฏิรูประบบสุขภาพ. ในวันเพ็ญ พิขีดพรชัย, และอุษวดี อัครวิเศษ. (2546). การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย: แนวคิดและการประยุกต์ใช้(ฉบับปรับปรุง). โรงพิมพ์นิมิตวิทยา.
- 7.พิมลพรรณ ทิพาคำ.(2567).การพัฒนากระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความพึงพอใจของผู้ดูแล โรงพยาบาลสันกำแพง.<https://chiangmaihealth.go.th>
- 8.ปานิสรา สนั่นเอื้อ.(2567).การพัฒนากระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ตักผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบึงคล้า จังหวัดบึงกาฬ.<https://bkpho.moph.go.th>
- 9.ภาวินัส คำพวง และศิริลักษณ์ อุปวณิช.(2567).ประสิทธิผลของโปรแกรมวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสุโขทัย.<https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th>
- 10.เพ็ญศรี รักช่วงค์,มูจจรินทร์ อัครพัฒน์,สุนันดา คเชนทร์ชัย และพนารัตน์ วิศเวทนิมิต.(2564).การพัฒนากระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย.วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล,37(1), 266-280.
- 11.คณินิจ ศิริระโคตร, พจนีย์ ชูสีลัง, เบญจพร เองวานิช, บุญมี ชุมพล และสุวิธยา ศรีรักษา.(2565). การพัฒนากระบวนการวางแผนจำหน่ายแบบบูรณาการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารสภาการพยาบาล 37(3), 20-43.
- 12.สุวรรณา เวียงนันท.(2567).การพัฒนากระบวนการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบในโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง.วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ,5(1),328-341.

รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลนาดี
อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

Model of public health volunteers in caring for elderly development in Na Dee
Subdistrict, Yang Talat District, Kalasin Province.

(Received: April 27,2026 ; Revised: April 29,2026 ; Accepted: April 30,2026)

เชิดชัย โชติชนะอาภา¹

Cherdchai Chotchanaarpa¹

บทคัดย่อ

การศึกษา รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลนาดี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและระดับความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้สูงอายุ และศึกษารูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลนาดี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่างเดือน ธันวาคม 2568 ถึงมีนาคม 2569 รวมระยะเวลา 4 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลนาดี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 115 คน โดยการเจาะจง แบ่งเป็น 2 รุ่นๆ ที่ 1 จำนวน 54 คน และรุ่นที่ 2 จำนวน 61 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent t – test และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพและระดับความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลนาดี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินงาน พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด และไม่มีมีความแตกต่างกัน ระหว่างรุ่นที่ 1 และ 2 และเมื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพและระดับความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลนาดี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน รุ่นที่ 1 และรุ่นที่ 2 พบว่า โดยรวมและรายด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานความรู้ด้านสุขภาพและระดับความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลนาดี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน

คำสำคัญ: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การดูแลผู้สูงอายุ ความรู้ด้านสุขภาพ ความเข้าใจ

Abstract

This study model of public health volunteers in caring for elderly development in Na Dee Subdistrict, Yang Talat District, Kalasin Province. Aimed to investigate the health literacy and understanding of village health volunteers in elderly care, and to examine the model for developing these volunteers in this capacity. The study was conducted as action research from December 2025 to March 2026, a total of four months. The sample consisted of 115 village health volunteers in Na Di Subdistrict, Yang Talat District, Kalasin Province, selected through purposive sampling and divided into two groups: 54 volunteers in the first group and 61 volunteers in the second group. Data was collected using questionnaires and analyzed using content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, independent t-test, and dependent t-test.

The study results showed that the health literacy and comprehension level of village health volunteers in caring for the elderly in Na Di Subdistrict, Yang Talat District, Kalasin Province, after the implementation of the program, were at the highest level overall and in each aspect, with no significant difference between the first and second cohorts. However, when comparing the health literacy and

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยางตลาด

comprehension level of village health volunteers in caring for the elderly in Na Di Subdistrict, Yang Talat District, Kalasin Province, before and after the implementation of the program (Cohort 1 and Cohort 2), it was found that there were statistically significant differences at the .05 level both overall and in each aspect. The health literacy and comprehension of village health volunteers in caring for the elderly in Na Di Subdistrict, Yang Talat District, Kalasin Province, after the implementation was better than before the implementation.

Keywords: Village health volunteers, Elderly care, Health literacy, comprehension

บทนำ

ในปัจจุบันประชากรโลกกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรครั้งสำคัญ โดยองค์การสหประชาชาติได้กำหนดนิยามของ “ผู้สูงอายุ” ว่าหมายถึงบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยนับตามอายุเกิด ทั้งนี้ สถิติจากองค์การสหประชาชาติในปี ค.ศ. 2019 ระบุว่าประชากรโลกที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวนสูงถึง 1,016 ล้านคน และคาดการณ์ว่าภายในปี ค.ศ. 2050 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าตัวของประชากรปัจจุบัน ซึ่งหมายความว่า 1 ใน 5 ของประชากรโลกจะเป็นผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลให้หลายประเทศเข้าสู่สถานะ “สังคมผู้สูงอายุ” (Aging Society) และ “สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์” (Aged Society) อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ปัญหาสำคัญที่ตามมาพร้อมกับการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุคือ สภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอยตามวัย การเผชิญกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เช่น การหกล้ม ซึ่งนำไปสู่การสูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง นอกจากนี้ ปัญหาในระดับโลกยังรวมถึงการจัดระบบสวัสดิการสังคมและการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ไม่ครอบคลุมเพียงพอต่อความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งความแตกต่างในแต่ละภูมิภาค เช่น ยุโรปที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 24 ในขณะที่แอฟริกาที่มีเพียงร้อยละ 5 สะท้อนให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำในการจัดการนโยบายสาธารณสุขเพื่อรองรับสังคมสูงวัยทั่วโลก¹

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่รวดเร็ว ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจ

และสังคมแห่งชาติ ได้ชี้ให้เห็นว่าประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ โดยพบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นสัดส่วนเกินร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ปัญหาหลักของผู้สูงอายุไม่เพียงแต่อยู่ที่จำนวนที่เพิ่มมากขึ้น แต่ยังรวมถึงปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่นำไปสู่ ผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง (Dependent Elderly) ซึ่งหมายถึงผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น เช่น ผู้สูงอายุติดเตียง หรือผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว การกลืนปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ และความบกพร่องทางพุทธิปัญญา จากการพยากรณ์สถานการณ์ในอีก 20 ปีข้างหน้า พบว่าจำนวนผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น 4 ถึง 5 เท่า ซึ่งเป็นภาระหนักสำหรับครอบครัวและระบบสาธารณสุขไทย ความสำคัญและความจำเป็นจึงอยู่ที่การวางแผนระบบการดูแลระยะยาว (Long-term Care) ที่มีประสิทธิภาพ การขาดความพร้อมในการดูแลจากคนในครอบครัวและการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เหมาะสม ยังคงเป็นช่องว่างสำคัญที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยลดลง การเตรียมความพร้อมของชุมชนและทรัพยากรบุคคลในพื้นที่จึงเป็นกลยุทธ์สำคัญที่จะช่วยบรรเทาปัญหาเหล่านี้ให้ยั่งยืน^{2,3}

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ “อสม.” เป็นตัวแปรสำคัญในระบบสาธารณสุขมูลฐาน ที่มีบทบาทเป็นตัวกลางระหว่างชุมชนและหน่วยงานภาครัฐ ในการทำหน้าที่เฝ้าระวัง ส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลสุขภาพของคนในพื้นที่ ความสำคัญของ อสม. คือการเป็นผู้ที่เข้าใจบริบทวิถีชีวิต และปัญหาของคนในชุมชนอย่างลึกซึ้ง ทำ

ให้สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียงได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ บทบาทของ อสม. ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการให้คำแนะนำเบื้องต้น แต่ยังรวมถึงการช่วยคัดกรองสุขภาพ การส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการสุขภาพ และการเป็นแกนนำในการวางแผนพัฒนาชุมชนร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบล ในมิติของการดูแลผู้สูงอายุ อสม. เปรียบเสมือนผู้ดูแลลำดับแรก ที่ช่วยลดภาระให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ผ่านการเยี่ยมบ้านและการให้กำลังใจ ทั้งนี้ การพัฒนาศักยภาพของ อสม. ให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ที่ทันสมัยและมีความเข้าใจในการจัดการโรคเรื้อรัง รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้ อสม. สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพภายใต้บริบทการเปลี่ยนแปลงของสังคมสูงวัยในปัจจุบัน^{2,4}

การปฏิบัติงานของ อสม. ในการดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันมีความซับซ้อนและต้องการทักษะที่สูงขึ้นกว่าเดิม เนื่องจากผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวและความต้องการดูแลที่หลากหลาย จากการศึกษาพบว่า อสม. ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง จะมีศักยภาพในการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุได้ดีกว่า ทั้งในด้านการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และการจัดการภาวะพึ่งพิงในรายที่ซับซ้อน อย่างไรก็ตาม บทบาทของ อสม. ในการดูแลผู้สูงอายุไม่ได้เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ แต่ในการดำเนินการต้องผ่านการสนับสนุนจากรูปแบบการพัฒนา (Development Model) ที่เน้นทั้งการฟื้นฟูความรู้ (Re-training) การสร้างทักษะการสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีหรือโปรแกรมเสริมพลังที่ออกแบบมาให้เหมาะสมกับพื้นที่ ความสำเร็จในการพัฒนา อสม. ในพื้นที่ตำบลนาดี อำเภอขามเฒ่า จังหวัดกาฬสินธุ์ จึงต้องอาศัยการบูรณาการองค์ความรู้ด้านสุขภาพเข้ากับความเข้าใจในวิถีชุมชน เพื่อให้รูปแบบการพัฒนาส่งผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การศึกษานี้จึงมุ่งเน้นไปที่การสร้าง

แนวทางที่เป็นระบบ เพื่อยกระดับบทบาท อสม. ให้เป็นพลังขับเคลื่อนหลักในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้มีความมั่นคงและยั่งยืนตามนโยบายสุขภาพในระดับท้องถิ่น⁵

สถานการณ์ผู้สูงอายุในตำบลนาดี อำเภอขามเฒ่า จังหวัดกาฬสินธุ์ ในปี พ.ศ. 2568 สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการจัดการดูแลสุขภาพของประชากรกลุ่มดังกล่าว จากข้อมูลระบบรายงาน "3 หมอ" ตำบลนาดี มีประชากรผู้สูงอายุทั้งสิ้น 923 คน โดยจำแนกตามดัชนีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ออกเป็น 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ กลุ่มติดสังคม 887 คน กลุ่มติดบ้าน 32 คน และกลุ่มติดเตียง 4 คน ถึงแม้ว่าส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุที่ยังสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ⁶ แต่จากการวิเคราะห์สถานการณ์พบว่า ปัญหาสำคัญ คือความรู้และทักษะของผู้ดูแล ทั้งสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข เนื่องจากผู้สูงอายุในปัจจุบันมีภาวะสุขภาพที่ซับซ้อนมากขึ้น มักมีโรคเรื้อรังหลายโรครวมกัน และต้องการการดูแลเฉพาะทางมากกว่าการช่วยเหลือทั่วไป อสม. ส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ด้านสุขภาพที่จำเป็นต่อการจัดการดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้อย่างเหมาะสม รวมถึงการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโรคเรื้อรังและการฟื้นฟูสมรรถภาพ นอกจากนี้ สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังไม่เอื้อต่อความปลอดภัย ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการหกล้มซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเองและกลายเป็นผู้พึ่งพิงอย่างถาวร ปัญหาเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าการมีข้อมูล ADL เพียงอย่างเดียวยังไม่เพียงพอ จำเป็นต้องมีการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างจริงจัง พร้อมทั้งการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาทวีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขในระยะยาว⁷

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ศึกษา เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นไปอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม

ทุกมิติของคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษารูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลนาดี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงในบริบทของชุมชนท้องถิ่น อันจะส่งผลต่อการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ให้มีความยั่งยืนและเป็นรูปธรรมในระยะยาว

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและระดับความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลนาดี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลนาดี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลนาดี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษา รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลนาดี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่างเดือนธันวาคม 2568 ถึงมีนาคม 2569 รวมระยะเวลา 4 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1 ประชากร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลนาดี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลนาดี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 115 คน

โดยการเจาะจง แบ่งเป็น 2 รุ่นๆ ที่ 1 จำนวน 54 คน และรุ่นที่ 2 จำนวน 61 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลนาดี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

1.1 ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและระดับความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลนาดี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

1.2 กำหนดกิจกรรมการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลนาดี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

1.3 ดำเนินการตามกิจกรรมการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลนาดี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

1.4 สรุปผลการดำเนินงานการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลนาดี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลนาดี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้ด้านสุขภาพกับข้อความดังกล่าวมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ท่านมีความรู้ด้านสุขภาพกับข้อความดังกล่าวมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้ด้านสุขภาพกับข้อความดังกล่าวปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ท่านมีความรอบรู้ด้าน
สุขภาพกับข้อความดังกล่าวน้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความรอบรู้ด้าน
สุขภาพกับข้อความดังกล่าวน้อยที่สุด เท่ากับ 1
คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้⁸

คะแนนเฉลี่ย แปลผล

4.21 – 5.00 มีท่านความรอบรู้ด้าน
สุขภาพมากที่สุด

3.41 – 4.20 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ
มาก

2.61 – 3.40 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ
ปานกลาง

1.81 – 2.60 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ
น้อย

1.00 - 1.80 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ
น้อยที่สุด

2.2 แบบประเมินแบบประเมินความเข้าใจ
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการ
ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลนาดี อำเภอยางตลาด จังหวัด
กาฬสินธุ์ เป็นแบบ rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์
ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ความเข้าใจ อยู่ระดับ
มากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ความเข้าใจ อยู่ระดับมาก
เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ความเข้าใจ อยู่ระดับ
ปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ความเข้าใจ อยู่ระดับ น้อย
เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ความเข้าใจ อยู่ระดับ
น้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้⁸

คะแนนเฉลี่ย แปลผล

4.21 – 5.00 มีความเข้าใจ อยู่ในระดับ
มากที่สุด

3.41 – 4.20 มีความเข้าใจ อยู่ในระดับ
มาก

2.61 – 3.40 มีความเข้าใจ อยู่ในระดับ
ปานกลาง

1.81 – 2.60 มีความเข้าใจ อยู่ในระดับ
น้อย

1.00 - 1.80 มีความเข้าใจ อยู่ในระดับ
น้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้
ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น
เองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน
(IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่
เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้
แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำ
แบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้อง
จากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของ
เครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับ
ประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อ
ทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้น
นำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของ
แบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอน
บาค (Cronbach method) แบบประเมินความ
รอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .912
แบบประเมินแบบประเมินความเข้าใจของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ค่าความ
เที่ยง เท่ากับ .846

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษา รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้สูงอายุ
ตำบลนาดี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ มี
ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและ
ระดับความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลนาดี
อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

2. กำหนดกิจกรรมการพัฒนา
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแล

ผู้สูงอายุ ตำบลนาดี อำเภอยางตลาด จังหวัด
กาฬสินธุ์

3. ดำเนินการตามกิจกรรมการพัฒนา
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแล
ผู้สูงอายุ ตำบลนาดี อำเภอยางตลาด จังหวัด
กาฬสินธุ์

4. สรุปผลการดำเนินงานการพัฒนา
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแล
ผู้สูงอายุ ตำบลนาดี อำเภอยางตลาด จังหวัด
กาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการ
วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการ
วิเคราะห์ กิจกรรมรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้สูงอายุ
ตำบลนาดี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติใน
การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่
ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความ
รอบรู้ด้านสุขภาพและระดับความเข้าใจของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแล
ผู้สูงอายุ ตำบลนาดี อำเภอยางตลาด จังหวัด
กาฬสินธุ์สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน
ได้แก่ Dependent t – test ในการเปรียบเทียบ
ระดับความดันโลหิต ความรอบรู้ด้านสุขภาพและ
ระดับความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลนาดี
อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลัง
การดำเนินงาน

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้สูงอายุ
ตำบลนาดี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้รับ
การรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและระดับความ
เข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ในการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลนาดี อำเภอยางตลาด
จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการดำเนินงาน พบว่า
โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง และไม่
มีความแตกต่างกัน ระหว่างรุ่นที่ 1 และ 2

2. รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้สูงอายุ
ตำบลนาดี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
ประกอบด้วย ด้านอาหารและโภชนาการสำหรับ
ผู้สูงอายุ ด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับ
ผู้สูงอายุ ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้าน
การจัดกิจกรรมสันทนาการและการชะลอความ
เสื่อม ด้านการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมและ
ปลอดภัยและด้านการใช้ภูมิปัญญาไทยและ
การแพทย์ทางเลือกในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
โดนเน้นการบรรยาย สาธิต การฝึกปฏิบัติการ
สรุปผลการเรียนรู้ การกำหนดแนว และการ
แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและระดับความ
เข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ในการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลนาดี อำเภอยางตลาด
จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินงาน พบว่า
โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด และไม่
มีความแตกต่างกัน ระหว่างรุ่นที่ 1 และ 2

4. การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ
และระดับความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลนาดี
อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลัง
การดำเนินงาน รุ่นที่ 1 และรุ่นที่ 2 พบว่า โดยรวม
และรายด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงาน
ความรอบรู้ด้านสุขภาพและระดับความเข้าใจของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแล
ผู้สูงอายุ ตำบลนาดี อำเภอยางตลาด จังหวัด
กาฬสินธุ์ ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน (ตารางที่ 1, 2)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแล
ผู้สูงอายุ ตำบลนาดี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน รุ่นที่ 1
(Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
การเข้าถึงข้อมูลและ บริการสุขภาพ	2.64	0.59	4.80	0.20	53	-20.886	.000	-2.36459	-1.95022
ความเข้าใจข้อมูลและ บริการสุขภาพที่ เพียงพอต่อการปฏิบัติ	2.70	0.53	4.79	0.23	53	-22.112	.000	-2.27736	-1.89856
การโต้ตอบซักถามเพื่อ เพิ่มความรู้ความเข้าใจ	2.51	0.65	4.81	0.22	53	-21.557	.000	-2.50489	-2.07844
การตัดสินใจด้าน สุขภาพ	2.83	0.40	4.69	0.24	53	-25.280	.000	-2.01377	-1.71771
การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ ตนเอง	2.58	0.36	4.81	0.21	53	-31.522	.000	-2.36855	-2.08516
การบอกต่อข้อมูลด้าน สุขภาพ	2.65	0.37	4.74	0.19	53	-30.764	.000	-2.21916	-1.94750
รวม	2.65	0.16	4.77	0.10	53	-70.984	.000	-2.17870	-2.05896

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้สูงอายุ
ตำบลนาดี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน รุ่นที่ 1 (Dependent t -
test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ข้อปฏิบัติการกินอาหาร ของผู้สูงอายุ	2.64	0.30	4.79	0.15	53	-38.850	.000	-2.26554	-2.04310
การออกกำลังกายที่ เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ	2.64	0.32	4.76	0.14	53	-38.855	.000	-2.22983	-2.01091
ประโยชน์ของการออก กำลังกายในผู้สูงอายุ	2.62	0.31	4.79	0.17	53	-39.255	.000	-2.27413	-2.05303
วิธีการส่งเสริม สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ	2.64	0.21	4.69	0.21	53	-41.799	.000	-2.14611	-1.94957
รวม	2.63	0.11	4.76	0.09	53	-97.294	.000	-2.16526	-2.07779

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้าน
สุขภาพและระดับความเข้าใจของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้สูงอายุ
ตำบลนาดี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อน

การดำเนินงาน พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ใน
ระดับปานกลาง และไม่มีมีความแตกต่างกัน ระหว่าง
รุ่นที่ 1 และ 2 สอดคล้องกันกับการศึกษาของไอร
รัตน์ คูหะมณี, ยุวดี รอดจากภัย, นิภา มหารัษฎพงศ์
⁹ ได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพกับบทบาทของ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันโรคเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจ อยู่ในระดับดีมาก ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ด้านทักษะการตัดสินใจ และด้านการจัดการตนเองอยู่ในระดับดีและในด้านทักษะการสื่อสารสุขภาพ อยู่ในระดับพอใช้ ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการจัดทำรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลนาดี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย ด้านอาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ ด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุด้านการจัดกิจกรรมสันทนาการและการชะลอความเสื่อม ด้านการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมและปลอดภัยและด้านการใช้ภูมิปัญญาไทยและการแพทย์ทางเลือกในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตามคู่มือผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ของกองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยเน้นการบรรยายสาธิต การฝึกปฏิบัติการสรุปผลการเรียนรู้ การกำหนดแนว และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ตามทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential Learning Theory) ของ Kolb (1984) และทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (Adult Learning Theory) ของ Knowles¹⁰ และแนวคิดการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงอายุ¹¹ และแนวทางการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ¹² ส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพและระดับความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลนาดี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินงาน พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด และไม่มีความแตกต่างกัน ระหว่างรุ่นที่ 1 และ 2 และเมื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและระดับความเข้าใจของอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลนาดี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน รุ่นที่ 1 และรุ่นที่ 2 พบว่า โดยรวมและรายด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานความรอบรู้ด้านสุขภาพและระดับความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลนาดี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ดวงเนตร ธรรมกุล เรณู ขวัญยืน อรณัฐ ชูศรี¹³ การพัฒนาความรู้ทักษะความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผลการวิจัยพบว่า อสม.ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.70 มีอายุ 50-60 ปี ร้อยละ 36.70 ($M = 49.53$, $SD = 11.88$) จบชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 46.70 มีอาชีพหลักเป็นเกษตรกร ร้อยละ 45.00 ผลการเปรียบเทียบระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าอบรมฯ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลัง ($M = 16.72$, 18.98 ; $SD = 1.61$, 1.65) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$, $t = 9.10$) ผลการประเมินทักษะความสามารถ พบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะก่อนและหลังการอบรม ($M = 5.85$, 7.32 ; $SD = 1.93$, 0.68) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$, $t = 8.14$) และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนนความพึงพอใจต่อการได้รับการบริการจาก อสม. ทั้งรายด้านและโดยรวมในระดับมากที่สุด ($M = 4.80$, $SD = 0.51$) ดังนั้นการพัฒนาความสามารถของ อสม.ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยคู่มือการอบรมนี้ สามารถนำไปใช้ได้ และควรมีการทบทวนเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับการศึกษาของ โอริสา พรหมสถิต¹⁴ ผลการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลปากน้ำชุมพร จังหวัดชุมพร ผลการวิจัย พบว่า การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้วงจร PDCA มี 5 กิจกรรม

ได้แก่ 1) การเสริมสร้างความรู้ ทักษะและการรับรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2) ส่งเสริมทักษะในการฝึกปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 3) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในครอบครัว 4) การให้ข้อมูลข่าวสาร 5) การพัฒนาศักยภาพ อสม.ในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ระยะท้าย หลังพัฒนา อสม. มีการรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI: 1.31-1.92, $p = 0.007$) ทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง หลังพัฒนาโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI: 1.80-2.81, $p = 0.001$) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ โดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI: 1.10-4.82, $p = 0.002$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและระดับความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้สูงอายุ ควรใช้รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ด้านอาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ ด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุด้านการจัดกิจกรรมสันทนาการและการชะลอความเสื่อม ด้านการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมและปลอดภัยและด้านการใช้ภูมิปัญญาไทยและการแพทย์ทางเลือกในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเน้นการบรรยาย สาธิต การฝึกปฏิบัติการสรุปผลการเรียนรู้ การกำหนดแนว และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาการใช้รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้สูงอายุ ต่อสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและในระยะยาวเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่ยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2019). World Population Ageing 2019 (ST/ESA/SER.A/444). New York: United Nations.
2. กระทรวงสาธารณสุข. (2567). คู่มืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน: สมาร์ท อสม. และ อสม. หมอประจำบ้าน. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2566). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในมิติเชิงพื้นที่ พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
4. World Health Organization. (2009). Health literacy and health promotion: Definitions, concepts and examples in the Eastern Mediterranean Region. Paper presented at the 7th Global Conference on Health Promotion, Nairobi, Kenya.
5. กองสุกศึกษา. (2563). แนวทางการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
6. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปอแดง (2568). รายงานข้อมูลผู้สูงอายุ ตำบลปอแดง. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปอแดง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอยางตลาด
7. กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2567). คู่มือผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
8. Best J. W.(1981), Research in Education, 4th Edition , New Delhi, Prentice Hall Of India Pvt. Ltd.
9. อุไรรัตน์ คุ้มหมณี, ยุวดี รอดจากภัย, นิภา มหารัชพงศ์.(2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันโรคเรื้อรัง. วารสารกรมการแพทย์. ปีที่ 45 ฉบับที่ 1 137-42
10. Knowles, M. S. (1980). The modern practice of adult education: From pedagogy to andragogy (2nd ed.). New York: Cambridge Books.

11. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง ดวงเนตร ธรรมกุล.(2558). การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 9(2) 1-8
12. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2564) คู่มือผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง. กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. 2565
13. ดวงเนตร ธรรมกุล เรณู ขวัญยืน อรุณช ชูศรี.(2568). การพัฒนาความรู้ ทักษะความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี. ปีที่ 8 ฉบับที่ 1. 157-69
14. โอริสา พรหมสถิตย์.(2568). ผลการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลปากน้ำชุมพร จังหวัดชุมพร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 10(2), 14–23. สืบค้นจาก <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/4075>

การบริหารอัตรากำลังกับบริบทพื้นที่จังหวัดชัยภูมิให้มีประสิทธิภาพ
Effective Human Resource Management in the Context of Chaiyaphum Province.

(Received: March 28,2026 ; Revised: March 31,2026 ; Accepted: April 4,2026)

นฤมล โสรัจจี¹
Naruemol Sorat¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการบริหารอัตรากำลังกับบริบทพื้นที่จังหวัดชัยภูมิให้มีประสิทธิภาพ โดยใช้แนวคิดระบบสุขภาพ การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ โดยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลทุติยภูมิ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึง กันยายน 2568 ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และอัตราส่วน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ข้อมูลของบุคลากรในสายวิชาชีพหลัก ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานจริงในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมียังไม่ครบตามกรอบอัตรากำลังตามมติ อภพ. โดยแพทย์มีการปฏิบัติงานจริงในสายวิชาชีพแพทย์ ร้อยละ 52.99 ทันตแพทย์ ร้อยละ 96.15 เภสัชกร ร้อยละ 74.42 และพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 80.28 อัตรากำลังสาธารณสุขสายวิชาชีพหลักที่ปฏิบัติงานจริง 2,434 อัตรา ร้อยละ 75.71 และมีส่วนขาดตามกรอบอัตรากำลัง จำนวน 781 อัตรา ร้อยละ 24.29 นอกจากนี้อัตราส่วนบุคลากรต่อประชากร พบว่า อัตรากำลังสาธารณสุขในภาพรวมสายวิชาชีพหลัก 4 สายงาน 1:19,966 คน ซึ่งมีภาวะการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพในพื้นที่

คำสำคัญ : การบริหารอัตรากำลัง, กำลังคนด้านสุขภาพ, จังหวัดชัยภูมิ

Abstract

This survey research aimed to study health workforce management in relation to the local context of Chaiyaphum province and to propose approaches for improving its efficiency on the health system framework. This study was based on secondary data collected from secondary data record form. The data was collected between October 2024 to September 2025. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, and ratio and qualitative data were analyzed using content analysis.

The research findings revealed that the number of health professionals in the main workforce categories included doctors, dentists, pharmacists, and registered nurses under the Chaiyaphum Provincial Public Health Office did not meet the staffing framework set by the Civil Service Subcommittee. The proportion of active workforce was 52.99% for doctors, 96.15% for dentists, 74.42% for pharmacists, and 80.28% for registered nurses. Overall, there were 2,434 personnel (75.71% of the required positions), with a shortage of 781 positions (24.29%). In addition, the overall health workforce to population ratio across the 4 professional categories was 1:19,966, indicating a significant shortage of health personnel in the area.

Keyword : Health workforce management, Workforce management, Chaiyaphum province

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ

บทนำ

ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยกำลังเผชิญกับความท้าทายด้านกำลังคนสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในบริบทของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมสูงวัย (Aging society) และภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) ที่เพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้ความต้องการบริการสุขภาพมีความซับซ้อนและเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่การกระจายตัวของบุคลากรด้านสุขภาพยังคงมีความเหลื่อมล้ำระหว่างพื้นที่เมืองและชนบท¹ ในระดับประเทศ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายด้านการบริหารกำลังคนสุขภาพ โดยมุ่งเน้นให้มีการจัดสรรอัตรากำลังอย่างเหมาะสมตามภาระงาน (workload-based staffing) และบริบทของพื้นที่ โดยใช้เครื่องมือ เช่น Workload Indicators of Staffing Need (WISN) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดสรรบุคลากรให้สอดคล้องกับความต้องการบริการ² อย่างไรก็ตาม จากรายงานสถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพ พบว่ายังคงมีปัญหาระบบขาดแคลนและการกระจายตัวไม่เหมาะสม โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและพื้นที่ห่างไกล กระทรวงสาธารณสุขมีการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ในสาขาสุขภาพช่องปากโดยมุ่งเน้นการเข้าถึงบริการสุขภาพตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงระดับตติยภูมิ เพื่อการส่งเสริมป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟู ส่งผลให้มีผู้ป่วยเข้ารับบริการทางทันตกรรมเป็นจำนวนมาก มีผลโดยตรงต่อทันตแพทย์ที่มีจำนวนจำกัดในการให้บริการประชาชนในปัจจุบัน^{3,4}

ในการบริหารอัตรากำลังบุคลากรในกระทรวงสาธารณสุขมีการกำหนดการบริหารทรัพยากรบุคคลในสถานบริการทุกแห่งตามกรอบอัตรากำลัง ให้สอดคล้องกับภาระงานจริง (Full-Time Equivalent : FTE) ผ่านเขตสุขภาพ โดยจัดสรรกรอบอัตรากำลังรายสายงานไม่เกิน ร้อยละ 100.0 และภาพรวมไม่เกิน ร้อยละ 85.0 เพื่อแก้ปัญหาคอขวดด้านกำลังคนพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้ก้าวหน้าตามตำแหน่ง ใน

หน่วยงาน อย่างเพียงพอ และรวดเร็วทันเวลา ในระดับเขตสุขภาพ โดยเฉพาะเขตสุขภาพที่มีลักษณะภูมิประเทศหลากหลาย พบปัญหาการกระจายบุคลากรที่ไม่สมดุลระหว่างโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน รวมถึงหน่วยบริการปฐมภูมิ⁵ ซึ่งมีภาระงานสูงจากการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุ แต่กลับมีอัตรากำลังจำกัด ส่งผลให้เกิดภาระงานเกิน (work overload) และกระทบต่อคุณภาพบริการและความพึงพอใจของผู้รับบริการ แนวคิดระบบสุขภาพตามกรอบขององค์การอนามัยโลก อธิบายว่าระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 6 ด้าน (Health System Building Blocks) ได้แก่ การให้บริการสุขภาพ (Service Delivery) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce) ระบบข้อมูลสุขภาพ (Health Information Systems) เทคโนโลยีและเวชภัณฑ์ (Medical Products and Technologies) ระบบการเงินการคลังสุขภาพ (Health Financing) และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership and Governance)⁶ ซึ่งกำลังคนด้านสุขภาพเป็น 1 ใน 6 องค์ประกอบหลักของระบบสุขภาพที่มีผลโดยตรงต่อคุณภาพและประสิทธิภาพของบริการ⁶

ในระดับพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีลักษณะภูมิประเทศเป็นที่ราบสูงสลับภูเขา มีพื้นที่กว้างขวาง การคมนาคมบางพื้นที่ยังเข้าถึงได้ยาก ประชากรกระจายตัวในหลายอำเภอ ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ นอกจากนี้ จังหวัดชัยภูมียังมีแนวโน้มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ทำให้ความต้องการบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการดูแลระยะยาว (Long-term care) และการจัดการโรคเรื้อรัง จากการวิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่ โดยการนำข้อมูลจำนวนบุคลากรในสายงานหลักมาวิเคราะห์และเปรียบเทียบสัดส่วนต่อจำนวนประชากร ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ จาก

หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ซึ่งจะมีข้อจำกัดการใช้ตำแหน่งว่างเกี่ยวกับการมีเงื่อนไขของตำแหน่ง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขส่งวงไว้เพื่อบริหารจัดการภาพรวม หรือตำแหน่งโครงการบรรจุทุนสมเด็จย่าฯ ตามจังหวัดชายแดน พบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน คือการขาดแคลนอัตรากำลัง ตำแหน่งที่ว่างเกินกรอบโครงสร้างอัตรากำลังที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด กรอบอัตรากำลัง และเมื่อการดำเนินการสรรหาตำแหน่งว่างรับย้ายแล้ว หน่วยงานต้นสังกัดไม่อนุมัติให้ย้าย หรือการยกเลิกการขอย้าย จะทำให้สามารถบริหารอัตรากำลังคนได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้ประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพลดลง ทั้งในด้านการเข้าถึงบริการ ระยะเวลารอคอย และคุณภาพการดูแลรักษา ดังนั้น จึงสนใจศึกษาการบริหารอัตรากำลังที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ กำลังคนสุขภาพอย่างเป็นระบบ และนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการบริหารอัตรากำลังที่เหมาะสม สอดคล้องกับภาระงานและบริบทพื้นที่ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ และลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการของประชาชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์อัตรากำลังคน แนวทางการบริหารอัตรากำลังคนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อศึกษาการบริหารอัตรากำลังกับบริบทพื้นที่จังหวัดชัยภูมิให้มีประสิทธิภาพ

วิธีการศึกษา

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยใช้แนวคิดระบบสุขภาพ (Health System Framework)⁶ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ

เครื่องมือการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data Record Form) มีทั้งหมด 4 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหน่วยบริการ ประกอบด้วย ชื่อหน่วยบริการ ระดับหน่วยบริการ (รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.) และจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลอัตรากำลัง ประกอบด้วย จำนวนบุคลากรแยกตามวิชาชีพ จำนวนตำแหน่งตามกรอบ อัตราว่าง

ส่วนที่ 3 การกระจายกำลังคน ประกอบด้วย สัดส่วนบุคลากรต่อประชากร ความแตกต่างระหว่างอำเภอ พื้นที่ขาดแคลน/เกิน

ส่วนที่ 4 การพิจารณาการใช้ตำแหน่งว่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัย โดยนักวิจัย ซึ่งมีทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน ตุลาคม 2567 ถึงเดือนกันยายน 2568 โดยรายละเอียดดังนี้

- 1) ดำเนินการประสานงาน โดยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ข้อมูลไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ และหน่วยบริการในสังกัด
- 2) ดำเนินการรวบรวมข้อมูลจากเอกสารรายงานและฐานข้อมูลที่มีอยู่ โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทุติยภูมิเป็นเครื่องมือหลัก
- 3) ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลในแต่ละหน่วยบริการให้ครอบคลุมทั้ง 4 ส่วนของเครื่องมือ
- 4) ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลระหว่างแหล่งข้อมูลต่างๆ เช่น จำนวนบุคลากรกับรายงานอัตรากำลัง กรณีพบข้อมูลไม่ครบถ้วนหรือไม่

สอดคล้อง ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อประสานหน่วยงาน เพื่อยืนยันและแก้ไขข้อมูล

5) บันทึกข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลทุติยภูมิ อย่างเป็นระบบ และจัดเก็บข้อมูลในรูปแบบไฟล์ อิเล็กทรอนิกส์ จัดหมวดหมู่ตามหน่วยบริการและ อำเภอ เพื่อความสะดวกในการวิเคราะห์

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยยึดหลักจริยธรรมตาม Belmont Report ได้แก่ หลักความเคารพในบุคคล หลักการให้ คุนประโยชน์และไม่ก่ออันตราย และหลักความ ยุติธรรม โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิที่ไม่สามารถระบุตัว บุคคลได้ คำนึงถึงการรักษาความลับของข้อมูล และ การใช้ข้อมูลเพื่อประโยชน์ทางวิชาการและการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพโดยไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อ บุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และอัตราส่วน

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อให้ได้

ตารางที่ 1 ข้อมูลการบริหารอัตรากำลังสาธารณสุขของบุคลากรแพทย์

สายวิชาชีพ	จำนวนที่ควรมี (ร้อยละ 100.0) มติ อภพ.กระทรวง	การบริหารกรอบอัตรากำลัง			
		จำนวนปฏิบัติงานจริง	ร้อยละ	จำนวนที่ขาด	ร้อยละ
แพทย์	568	301	52.99	267	47.01

ข้อมูลอัตรากำลังสาธารณสุขของบุคลากร ทันตแพทย์ พบว่า จำนวนที่ควรมีตามมติ อภพ. กระทรวง 130 อัตรา มีการปฏิบัติงานจริง 126 อัตรา

ข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมมาสนับสนุนการอธิบาย ข้อมูลเชิงปริมาณ

ผลการศึกษา

สถานการณ์อัตรากำลังคนในสังกัดสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ

ข้อมูลของบุคลากรในสายวิชาชีพหลัก มีจำนวนการปฏิบัติงานจริงภาพรวม 4 สายงาน 2,434 อัตรา ร้อยละ 75.71 แบ่งตามรายวิชาชีพ พบว่า อัตรากำลังที่มีจำนวนปฏิบัติงานจริงสูงสุด คือ ทันตแพทย์ ร้อยละ 96.15 รองลงมา คือ พยาบาล วิชาชีพ ร้อยละ 80.28 เภสัชกร ร้อยละ 74.42 และ แพทย์ ซึ่งมีอัตรากำลังที่มีจำนวนปฏิบัติงานจริงน้อย ที่สุด ร้อยละ 52.99

การบริหารอัตรากำลังคนตามกรอบ อัตรากำลังในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ชัยภูมิ

ข้อมูลอัตรากำลังสาธารณสุขของบุคลากร แพทย์ พบว่า จำนวนที่ควรมีตามมติ อภพ.กระทรวง 568 อัตรา มีการปฏิบัติงานจริง 301 อัตรา ร้อยละ 52.99 ขาดตามกรอบอัตรากำลัง 267 อัตรา ร้อยละ 47.01 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ร้อยละ 96.15 ขาดตามกรอบอัตรากำลัง 5 อัตรา ร้อยละ 3.85 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลการบริหารอัตรากำลังสาธารณสุขของบุคลากรทันตแพทย์

สายวิชาชีพ	จำนวนที่ควรมี (ร้อยละ 100.0) มติ อภพ.กระทรวง	การบริหารกรอบอัตรากำลัง			
		จำนวนปฏิบัติงานจริง	ร้อยละ	จำนวนที่ขาด	ร้อยละ
ทันตแพทย์	130	125	96.15	2	3.85

ข้อมูลอัตรากำลังสาธารณสุขของบุคลากร 74.42 ขาดตามกรอบอัตรากำลัง 55 อัตรา ร้อยละ
เภสัชกร พบว่า จำนวนที่ควรมีตามมติ อภพ.กระทรวง 25.58 รายละเอียดดังตารางที่ 3
215 อัตรา มีการปฏิบัติงานจริง 160 อัตรา ร้อยละ

ตารางที่ 3 ข้อมูลการบริหารอัตรากำลังสาธารณสุขของบุคลากรเภสัชกร

สายวิชาชีพ	จำนวนที่ควรมี (ร้อยละ 100.0) มติ อภพ.กระทรวง	การบริหารกรอบอัตรากำลัง			
		จำนวนปฏิบัติงานจริง	ร้อยละ	จำนวนที่ขาด	ร้อยละ
เภสัชกร	215	160	74.42	55	25.58

ข้อมูลอัตรากำลังสาธารณสุขของบุคลากร อัตรา ร้อยละ 80.28 ขาดตามกรอบอัตรากำลัง 454
พยาบาลวิชาชีพ พบว่า จำนวนที่ควรมีตามมติ อภพ. อัตรา ร้อยละ 19.72 รายละเอียดดังตารางที่ 4
กระทรวง 2,302 อัตรา มีการปฏิบัติงานจริง 1,848

ตารางที่ 4 ข้อมูลการบริหารอัตรากำลังสาธารณสุขของบุคลากรพยาบาลวิชาชีพ

สายวิชาชีพ	จำนวนที่ควรมี (ร้อยละ 100.0) มติ อภพ.กระทรวง	การบริหารกรอบอัตรากำลัง			
		จำนวนปฏิบัติงานจริง	ร้อยละ	จำนวนที่ขาด	ร้อยละ
พยาบาลวิชาชีพ	2,302	1,848	80.28	454	19.72

ข้อมูลอัตรากำลังสาธารณสุขของบุคลากร อัตรา มีการปฏิบัติงานจริง 2,434 อัตรา ร้อยละ
แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ 75.71 ขาดตามกรอบอัตรากำลัง 781 อัตรา ร้อยละ
พบว่า จำนวนที่ควรมีตามมติ อภพ.กระทรวง 3,215 24.29 รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ข้อมูลการบริหารอัตรากำลังสาธารณสุขของสายวิชาชีพหลัก

สายวิชาชีพ	จำนวนที่ควรมี (ร้อยละ 100.0) มติ อภพ.กระทรวง	การบริหารกรอบอัตรากำลัง			
		จำนวนปฏิบัติงานจริง	ร้อยละ	จำนวนที่ขาด	ร้อยละ
สายวิชาชีพหลัก	3,215	2,434	75.71	781	24.29

ข้อมูลอัตรากำลังสาธารณสุขของบุคลากร กรอบอัตรากำลังตาม อัตราส่วนสายวิชาชีพหลัก 1
แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ คน ต่อประชากร 1,103,370 คน พบว่า ภาพรวมมี

อัตรากำลังสาธารณสุขสายวิชาชีพหลัก อัตราส่วน 1:19,966 คน มีอัตรากำลังสาธารณสุขสายวิชาชีพสูงที่สุด คือ ทันตแพทย์ อัตราส่วน 1:8,826 คน รองลงมา คือ เภสัชกร อัตราส่วน 1:6,896 คน แพทย์

อัตราส่วน 1:3,665 คน และพยาบาลวิชาชีพ มีอัตราส่วนน้อยที่สุด คือ 1:579 รายละเอียดดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ข้อมูลการบริหารอัตรากำลังสาธารณสุขของสายวิชาชีพหลัก อัตราส่วนต่อประชากร

สายวิชาชีพ	จำนวนที่ควรมี (ร้อยละ 100.0) มติ อภพ.กระทรวง	การบริหารกรอบอัตรากำลัง		อัตราส่วน 1 : ประชากร
		จำนวนปฏิบัติงานจริง	ร้อยละ	
แพทย์	568	301	52.99	3,665
ทันตแพทย์	130	125	96.15	8,826
เภสัชกร	215	160	74.42	6,896
พยาบาลวิชาชีพ	2,302	1,848	80.28	579
รวม	3,215	2,434	75.71	19,966

สรุปและอภิปรายผล

อัตรากำลังสาธารณสุขสายวิชาชีพหลัก ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ จากจำนวนที่ควรมี (ร้อยละ 100) ตามมติ อภพ.กระทรวง จำนวน 3,215 อัตรา พบว่า จำนวนที่มีอยู่จริง 2,434 อัตรา ร้อยละ 75.71 และมีส่วนขาดตามกรอบอัตรากำลัง จำนวน 781 อัตรา ร้อยละ 24.29 และอัตราส่วน 1:ประชากร พบว่า อัตรากำลังสาธารณสุข ในภาพรวมสายวิชาชีพหลัก 4 สายงาน อัตราส่วน 1:19,966 คน แสดงให้เห็นถึงภาวะการขาดแคลนอัตรากำลังในภาพรวม อัตราส่วนบุคลากรต่อประชากร สะท้อนถึงภาระงานที่บุคลากรแต่ละคนต้องรับผิดชอบในระดับสูง และมีแนวโน้มส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการให้บริการสุขภาพ สอดคล้องกับแนวคิดการบริหารอัตรากำลังตามภาระงาน (Workload-based staffing) ที่ชี้ให้เห็นว่า เมื่อจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอกับภาระงาน จะส่งผลให้เกิดภาวะงานล้น (work overload) และลดประสิทธิภาพในการให้บริการ ทั้งในด้านคุณภาพบริการและความพึงพอใจของผู้รับบริการ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ระบบบริการสุขภาพระดับพื้นที่ยังคงประสบปัญหาการกระจายบุคลากรที่ไม่

สมดุล โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทหรือจังหวัดนอกเขตเมืองใหญ่ ซึ่งมักมีอัตรากำลังต่ำกว่ากรอบมาตรฐาน และส่งผลให้บุคลากรที่มีอยู่ต้องรับภาระงานสูง เกิดความเหนื่อยล้าและมีแนวโน้มต่อการลาออกหรือย้ายงาน ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการขาดแคลนอัตรากำลัง ได้แก่ 1) การกระจายบุคลากรไม่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ 2) ข้อจำกัดด้านการดึงดูดและคงอยู่ของบุคลากรในพื้นที่ชนบท และ 3) ระบบบริหารจัดการกำลังคนที่ยังไม่ยืดหยุ่นเพียงพอ⁷ สอดคล้องกับบริบทของจังหวัดชัยภูมิที่มีลักษณะพื้นที่กว้าง มีความแตกต่างด้านการเข้าถึงบริการ และมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ระบบสุขภาพในประเทศไทยยังคงเผชิญปัญหาความไม่สมดุลของกำลังคน ทั้งในด้านปริมาณและการกระจายตัว โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทหรือพื้นที่ห่างไกล ซึ่งมักมีจำนวนบุคลากรต่ำกว่าความต้องการจริง ส่งผลให้เกิดภาระงานสูงและลดประสิทธิภาพการให้บริการ⁸ ในด้านผลกระทบ การขาดแคลนอัตรากำลังดังกล่าวมีแนวโน้มส่งผลให้บุคลากรต้องรับภาระงานเกิน ส่งผลต่อความเหนื่อยล้า (burnout) และอาจนำไปสู่การลดลงของคุณภาพบริการ รวมถึงเพิ่มระยะเวลาารอคอยของผู้รับบริการ

ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำคัญของระบบบริการสุขภาพ ในการแก้ไขปัญหาคาดแคลนอัตราากำลังจึงไม่สามารถมุ่งเน้นเพียงการเพิ่มจำนวนบุคลากรเท่านั้น แต่จำเป็นต้องมีการบริหารจัดการอัตรากำลังอย่างเป็นระบบ โดยคำนึงถึงภาระงานและบริบทพื้นที่ร่วมด้วย เช่น การจัดสรรบุคลากรตามภาระงาน การกระจายบุคลากรอย่างเหมาะสม และการใช้ระบบข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจ ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาคาดแคลนอัตรากำลังสาธารณสุขในจังหวัดชัยภูมิเป็นปัญหาเชิงระบบที่เกี่ยวข้องทั้งด้านปริมาณ การกระจาย และภาระงาน ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขโดยการบริหารจัดการอัตรากำลังอย่างบูรณาการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพและลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการของประชาชนทั้งนี้ นำข้อมูลดังกล่าวเสนอคณะกรรมการพิจารณาการใช้จ่ายตำแหน่งว่าง การบริหารกรอบอัตรากำลังสาธารณสุข ในสายงานหลัก วิชาชีพหลัก เป็นไปตามภาระงานและแผนการขยายบริการของแต่ละหน่วยงาน โดยให้เขตสุขภาพบริหารกรอบอัตรากำลังไม่เกินภาพรวมของสายงาน โดยจะทำให้สามารถบริหารจัดการอัตรากำลังโดยการสรรหาบุคลากรมาดำรงตำแหน่งไม่ว่าจะเป็นการรับย้าย การรับโอน การบรรจุและแต่งตั้งเพื่อได้รับคัดเลือก ทำให้หน่วยงานมีบุคลากรปฏิบัติงานได้อย่างเพียงพอ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนดนโยบายการจัดสรรอัตรากำลังโดยใช้ข้อมูลภาระงาน (Workload) และบริบทพื้นที่เป็นฐาน แทนการใช้เกณฑ์เชิงปริมาณแบบตายตัว เพื่อให้การจัดสรร

บุคลากรมีความสอดคล้องกับความต้องการบริการในแต่ละพื้นที่

2) ควรมีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลกำลังคนสุขภาพให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน เพื่อใช้เป็นเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจในการวางแผนอัตรากำลังในระดับจังหวัดและระดับหน่วยบริการ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) หน่วยงานควรกำหนดกระบวนการสรรหา บรรจุ รับย้าย และรับโอนบุคลากรโดยให้ความสำคัญกับการตรวจสอบคุณสมบัติ ประวัติการทำงาน และความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่อย่างรอบด้าน เพื่อป้องกันปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานในอนาคต และส่งเสริมให้ได้บุคลากรที่มีศักยภาพสอดคล้องกับภารกิจของหน่วยบริการ

2) เมื่อมีตำแหน่งว่าง ควรดำเนินการประชาสัมพันธ์ให้ทราบอย่างทั่วถึง โปร่งใส และทันเวลา พร้อมทั้งประสานความร่วมมือกับหน่วยงานเครือข่ายทั้งในและนอกพื้นที่ เพื่อร่วมกันวางแผนและบริหารจัดการอัตรากำลังให้เหมาะสม ลดความซ้ำซ้อน และเพิ่มประสิทธิภาพในการกระจายบุคลากร

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาโดยนำเครื่องมือ เช่น WISN มาใช้ในการคำนวณความต้องการอัตรากำลังอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แม่นยำและสามารถนำไปใช้กำหนดนโยบายได้ และติดตามผลในระยะยาวเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการบริหารอัตรากำลัง

2) ควรมีการศึกษาควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ (Retention) ของบุคลากรในพื้นที่ห่างไกล เช่น แรงจูงใจ ความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิตในการทำงาน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO health workforce support and safeguards list 2023. Geneva: World Health Organization; 2023.
2. กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์การบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ พ.ศ. 2565-2569. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
3. นันทนา สุวรรณโนปราชญ์. ผลลัพธ์ของการใช้บริการทันตกรรมของประชาชนในอำเภอองไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2563; 29(1): 99–106.
4. ระพีพรรณ นาวีชัยศิริกุล, นภาพร พุ่มพวงษ์, วรวรรณ พานิชเกรียงไกร. การวิเคราะห์การใช้บริการทันตกรรมและนโยบายทันตสาธารณสุขของประชากรไทยในทศวรรษที่ผ่านมา. วารสารทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2561; 21(2): 178–87.
5. กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพ พ.ศ. 2564. นนทบุรี: กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2564.
6. World Health Organization. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007.
7. ธนชัย คำโสภา. การบริหารจัดการอัตราากำลังบุคลากรและการเพิ่มศักยภาพบุคลากร เพื่อรับมือภาวะวิกฤตการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 โรงพยาบาลไทรบุรี จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ. 2566; 2(3): 24–37.
8. นิรมล สีสาดิสร. การบริหารจัดการอัตรากำลังทันตแพทย์ในกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. วิทยาสารทันตสาธารณสุข. 2565; 27: 106–16.

การพัฒนาแบบแผนการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
ตำบลทับใหญ่ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์

Development of a prevention model for liver fluke disease with the participation of
the community, Thap Yai Subdistrict, Rattanakburi District Surin Province.

(Received: April 27,2026 ; Revised: April 29,2026 ; Accepted: April 30,2026)

ประสพสุข ผจญกล้า¹ สุภัตสร สิมออด¹ ณัฐนรี รุ่งแสง¹

Prasopsook Phajonkla¹ Supassorn Simoot¹ Natnaree Roongsaeng¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ตามวงจร PAOR ของ Kemmis และ McTaggart โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสถานการณ์ปัญหา พฤติกรรมเสี่ยง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ และ (2) พัฒนาและประเมินประสิทธิผลของแบบแผนการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในตำบลทับใหญ่ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย (1) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนจำนวน 15 คน สำหรับการพัฒนาแบบแผน และ (2) ประชาชนจำนวน 148 คน สำหรับทดลองใช้แบบแผน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แนวทางการสนทนากลุ่ม กระบวนการ AIC แบบบันทึกการดำเนินงาน และแบบสัมภาษณ์ด้านความรู้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความตระหนักรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรค วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Paired t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า แบบแผนที่พัฒนาขึ้นเป็นแบบแผนบูรณาการเชิงระบบบนฐานแนวคิดนิเวศสุขภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การคัดกรองเชิงรุกแบบมุ่งเป้า (2) การยกระดับความรู้ด้านสุขภาพ (3) การขับเคลื่อนสังคมด้วยการมีส่วนร่วม (4) การสร้างวัฒนธรรมอาหารปลอดภัย และ (5) การบูรณาการเชิงนโยบายและสิ่งแวดล้อม ภายหลังการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ ความตระหนักรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) นอกจากนี้ จากการติดตามผลหลังดำเนินการ 6 เดือน โดยการตรวจอุจจาระในประชาชนจำนวน 350 คน ไม่พบการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

คำสำคัญ: พยาธิใบไม้ตับ, การมีส่วนร่วมของชุมชน, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

Abstract

This study employed a Participatory Action Research (PAR) approach based on the PAOR cycle proposed by Kemmis and McTaggart. The objectives were to: (1) investigate the problem situation, risk behaviors, and factors associated with *Opisthorchis viverrini* infection; and (2) develop and evaluate the effectiveness of a community-based prevention model in Thap Yai Subdistrict, Rattanakburi District, Surin Province. The study sample consisted of: (1) 15 community stakeholders involved in model development, and (2) 148 community members who participated in the implementation phase. Research instruments included focus group discussion guidelines, the AIC (Appreciation–Influence–Control) process, implementation record forms, and structured interviews assessing health literacy, awareness, and preventive behaviors. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The findings revealed that the developed model was a comprehensive, system-based approach grounded in the ecological health concept and community participation. It comprised five key components: (1) targeted active screening, (2) enhancement of health literacy, (3) community engagement and social mobilization, (4) promotion of safe food consumption culture, and (5) integration of policy and environmental management. After implementation, participants showed statistically significant

¹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทับใหญ่ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์

improvements in health literacy, health awareness, and preventive behaviors ($p < 0.001$). Furthermore, a 6-month follow-up stool examination among 350 individuals revealed no evidence of liver fluke infection.

Keywords: Opisthorchiasis, Community participation, Health literacy, Health behavior, Participatory action research

บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับจากการติดเชื้อ *Opisthorchis viverrini* (OV) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งถือเป็นพื้นที่เฉพาะถิ่น (Endemic area) ปัจจุบันสำคัญที่เอื้อต่อการแพร่กระจายของโรค ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคปลาน้ำจืดดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ ที่สืบทอดตามวัฒนธรรมท้องถิ่น ประกอบกับการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวงจรชีวิตของพยาธิ และการป้องกันตนเองที่เหมาะสม ส่งผลให้การติดเชื้อยังคงพบอย่างต่อเนื่องในชุมชน^(1, 2) การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งเป็นมะเร็งที่มีอัตราป่วยและอัตราการเสียชีวิตสูง โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้จัดให้ OV เป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์กลุ่มที่ 1 (Group 1 carcinogen)⁽³⁾ และการศึกษาทางระบาดวิทยาระดับนานาชาติพบว่าผู้ที่ติดเชื้อ OV มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีสูงกว่าผู้ที่ไม่ติดเชื้อประมาณ 4.4 เท่า⁽⁴⁾ สถานการณ์ในประเทศไทย พบว่า การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับยังคงเป็นปัญหา แม้จะมีแนวโน้มลดลงในช่วงหลายปีที่ผ่านมา โดยข้อมูลในปี พ.ศ. 2552 พบความชุกของการติดเชื้อร้อยละ 8.7 และสูงถึงร้อยละ 18.6 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ⁽⁵⁾ และข้อมูลในช่วงปี พ.ศ. 2557–2562 พบว่าความชุกลดลงจากร้อยละ 5.1 เหลือร้อยละ 2.2 อย่างไรก็ตาม ภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังคงมีความชุกสูงที่สุด⁽⁶⁾ โดยเฉพาะในกลุ่มคนไทยเชื้อสายเขมรที่พบว่ายังมีพฤติกรรมเสี่ยงสูงจากการบริโภคอาหารพื้นถิ่น เช่น ปลาจ่อม หรือปลาน้อยดิบ⁽⁷⁾ นอกจากนี้ ประเด็นสำคัญคืออัตราการติดเชื้อซ้ำ (Re-infection rate) ที่ยังพบสูงถึงร้อยละ 5.3 ภายหลังการรักษาด้วยยาเพียง 1 ปี สะท้อนว่าการ

รักษาด้วยยาไม่สามารถแก้ปัญหาที่ต้นเหตุของพฤติกรรมได้อย่างยั่งยืน⁽⁸⁾ เพื่อลดภาระโรคดังกล่าว ประเทศไทยได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (พ.ศ. 2566–2570) โดยมีเป้าหมายลดอัตราการติดเชื้อในคนและปลาให้ต่ำกว่าร้อยละ 1^(6, 9)

อย่างไรก็ตาม ในระดับพื้นที่ยังพบข้อจำกัดด้านพฤติกรรมสุขภาพและการเข้าถึงบริการคัดกรอง โดยข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ พบความชุกการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับลดลงอย่างต่อเนื่องในช่วงปี พ.ศ. 2559–2560 และ พ.ศ. 2566 โดยพบความชุกจากการตรวจด้วยวิธี Modified Kato-Katz เท่ากับร้อยละ 24.95, 10.90, 1.64, 1.36 ตามลำดับ⁽¹⁰⁾ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในระดับพื้นที่ตำบลทับใหญ่ อำเภอรัตนบุรี พบว่าความชุกของการติดเชื้อเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 13 ในปี พ.ศ. 2566 และมีบางหมู่บ้านที่มีความชุกสูงมาก (5–70%) ซึ่งสะท้อนถึงความแตกต่างของปัญหาในระดับพื้นที่ ซึ่งเป็น "จุดระบาดเฉพาะจุด" (Hotspot) ที่ต้องการรูปแบบการจัดการที่จำเพาะต่อบริบท⁽¹¹⁾ ปัจจัยหลักที่ส่งผลให้การระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับพื้นที่ คือ พฤติกรรมการบริโภคปลาวงศ์ตะเพียนดิบและการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม เช่น การปล่อยให้สัตว์เลี้ยงรับประทานเศษปลาดิบซึ่งเป็นการรักษาตัวกลางของโรคในชุมชน ผสมกับความเชื่อที่ขาดข้อเท็จจริงทางวิทยาศาสตร์ว่าการใช้ความเปรี้ยวจากมะนาวหรือแอลกอฮอล์สามารถกำจัดตัวอ่อนพยาธิได้^(2, 12) ด้วยเหตุนี้ การแก้ไขปัญหานี้จึงเปลี่ยนผ่านสู่การใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ที่มุ่งเน้นการดึงเอาศักยภาพของคนในชุมชนมาเป็นฐานในการวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง⁽¹³⁾ ผลการศึกษาเชิงประจักษ์ในหลายพื้นที่ยืนยันว่า การสร้างกติกาชุมชน เพื่อ

ควบคุมจุดเสี่ยงร่วมกับการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ผ่านกลไกโรงเรียนและพลังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สามารถปรับเปลี่ยนทัศนคติและลดพฤติกรรมเสี่ยงได้อย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน⁽¹⁴⁻¹⁷⁾

แม้ว่าที่ผ่านมาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทับใหญ่จะมีการดำเนินงานควบคุมโรคตามแนวทางนโยบายอย่างต่อเนื่อง แต่ในทางปฏิบัติยังพบข้อจำกัดสำคัญในการลดอัตราความชุกของการติดเชื้อให้เกิดความยั่งยืน ซึ่งสาเหตุหลักเกิดจากรูปแบบการดำเนินงานส่วนใหญ่ยังเป็นการสั่งการจากบนลงล่าง ที่ขาดความยืดหยุ่นและไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตรวมถึงบริบททางวัฒนธรรมการบริโภคที่ฝังรากลึกในพื้นที่^(10, 11) ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่ตำบลทับใหญ่ โดยประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างกลไกการเรียนรู้ร่วมกันของคนในชุมชน มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากความเข้าใจและฉันทามติของกลุ่มเป้าหมายเอง ซึ่งผลลัพธ์จากการศึกษาครั้งนี้ไม่เพียงแต่จะช่วยลดอัตราการติดเชื้อในพื้นที่ได้อย่างเป็นรูปธรรม แต่ยังสามารถยกระดับเป็นโมเดลต้นแบบในการบริหารจัดการปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับสำหรับชุมชนอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ของประชาชนในเขตพื้นที่ตำบลทับใหญ่ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์

2.2 เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลทับใหญ่ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์

2.3 เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ในด้านความรู้ด้านสุขภาพ ความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในกลุ่มเป้าหมาย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดวงจรคุณภาพของ Kemmis & McTaggart 4 ขั้นตอนหรือวงจร PAOR⁽¹³⁾

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนในตำบลทับใหญ่ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 3,071 คน จาก 1,414 ครัวเรือน

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1) กลุ่มตัวอย่างสำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและการพัฒนารูปแบบ คัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน จำนวน 15 คน ประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบล 1 คน กำนัน 1 คน ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน สมาชิก อบต. 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำตำบล 2 คน นักพัฒนาชุมชนจาก อบต.ทับใหญ่ จำนวน 1 คน ตัวแทนผู้สูงอายุ 1 คน ตัวแทนสตรี 1 คน ตัวแทนประชาชนที่ตรวจเจอจระเข้พบพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 2 คน ครูผู้ดูแลศูนย์เด็ก จำนวน 1 คน และผู้บริหารสถานศึกษา 1 คน

2) กลุ่มทดลองใช้รูปแบบ คำนวณจากการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยประชากรสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน โดยใช้ค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ ก่อนและหลังดำเนินการจากการวิจัยที่ผ่านมา⁽¹⁸⁾ กำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และอำนาจการทดสอบร้อยละ 90 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 148 คน โดยกลุ่มตัวอย่างต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ หัวหนา ครัวเรือนหรือสมาชิกในแต่ละครัวเรือนที่มีอายุ ≥ 15 ปี ในพื้นที่เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทับใหญ่ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ ต้องอาศัยอยู่ในพื้นที่ ≥ 1 ปี สามารถสื่อสารได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ จะต้องไม่มีโรคร่วม

ทางจิตเวชที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรมจนสิ้นสุดการวิจัย สำหรับเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาดำเนินการวิจัย ถอนตัว หรือย้ายออกจากพื้นที่ระหว่างการศึกษา

เครื่องมือและการทดสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วยแนวทางการสนทนากลุ่มจำนวน 10 ข้อ เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและพฤติกรรมเสี่ยงของชุมชน ร่วมกับการบันทึกข้อมูล เพื่อความครบถ้วนของข้อมูล นอกจากนี้ใช้แนวทางการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยประยุกต์กระบวนการ AIC (Appreciation-Influence-Control) เพื่อร่วมพัฒนารูปแบบและแผนปฏิบัติการในชุมชน ควบคู่กับแบบบันทึกการดำเนินงานและการติดตามผล เพื่อประเมินความก้าวหน้าและการมีส่วนร่วมในแต่ละระยะของวงจร PAOR และแนวทางการจัดเวทีสะท้อนผลและถอดบทเรียนเพื่อสังเคราะห์ผลการดำเนินงาน ปัจจัยความสำเร็จ และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมและยั่งยืน

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณเป็นแบบสัมภาษณ์ที่พัฒนาจากระบบประเมินความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพ (Health Literacy and Health Behavior Assessment) ของกองสุกศึกษา กระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁹⁾ ซึ่งใช้ประเมินพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและความเสี่ยงต่อมะเร็งท่อน้ำดี โดยแบบสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้ **ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไป (8 ข้อ) ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ บทบาททางสังคม ประวัติการตรวจอุจจาระ ผลการตรวจ และประวัติการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ **ส่วนที่ 2** ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) (8 ข้อ) ประเมินความสามารถของประชาชนในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลสุขภาพในการป้องกันโรค

ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) โดยมีทั้งข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ (มีการกลับค่าคะแนนในข้อคำถามเชิงลบ) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 8-40 คะแนน และแปลผลเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่ดี (<60%) พอใช้ (60-79%) ดี (80-99%) และดีมาก (100%) **ส่วนที่ 3** ความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ (Health Awareness) (8 ข้อ) ประเมินการรับรู้ความรุนแรง โอกาสเสี่ยง ประโยชน์ และอุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) มีทั้งข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ โดยมีการกลับค่าคะแนนในข้อคำถามเชิงลบ คะแนนรวม 8-40 คะแนน และแปลผลเป็น 4 ระดับเช่นเดียวกับส่วนความรู้ด้านสุขภาพ และ **ส่วนที่ 4** พฤติกรรมการป้องกันโรค (11 ข้อ) ประเมินพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร อนามัยส่วนบุคคล และอนามัยสิ่งแวดล้อม ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับตามความถี่ของการปฏิบัติ (ตั้งแต่ปฏิบัติเป็นประจำถึงไม่เคยปฏิบัติ) โดยมีทั้งข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ (มีการกลับค่าคะแนนในข้อคำถามเชิงลบ) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 11-55 คะแนน และแปลผลเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่ดี (<60%) พอใช้ (60-79%) ดี (80-99%) และดีมาก (100%)

3. คุณภาพของเครื่องมือ

(1) ในการพัฒนาแนวทางการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมจากตำราวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคพยาธิใบไม้ตับ รวมถึงแนวคิดการป้องกันโรค เพื่อกำหนดกรอบแนวคิด โครงสร้าง และเนื้อหาให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์การวิจัย จากนั้นนำเครื่องมือเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริง

(2) แบบสัมภาษณ์ที่พัฒนาจากระบบประเมินความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพ เป็นเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบประเมินมาตรฐานของกองสุกศึกษา กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งผ่านการพัฒนา

และตรวจสอบคุณภาพมาแล้ว อย่างไรก็ตาม เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ศึกษา ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียง ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัวทอง อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 30 คน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.92

ขั้นตอนการวิจัย

ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย (มกราคม – กุมภาพันธ์ 2568) ในระยะนี้ ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาบริบทและประเมินสถานการณ์ปัญหาการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ และความเสี่ยงต่อมะเร็งท่อน้ำดี รวมถึงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ โดยใช้ข้อมูลจากเอกสาร และฐานข้อมูลผู้ป่วยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทับใหญ่และโรงพยาบาลรัตนบุรี ร่วมกับการสังเกตและการสัมภาษณ์บุคลากรและประชาชน พร้อมกันนี้ ผู้วิจัยได้คัดเลือกชุมชนเป้าหมาย สร้างความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายในชุมชน ประสานงานกับผู้นำท้องถิ่น เตรียมความพร้อมของกลุ่มตัวอย่าง (กลุ่มที่ 1: ภาคีเครือข่าย) จัดเตรียมทรัพยากรและเครื่องมือวิจัย ตลอดจนสร้างความคุ้นเคยกับพื้นที่ เพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้าใจบทบาทและกระบวนการวิจัย

ระยะดำเนินการวิจัยและประเมินผล (มีนาคม – ธันวาคม 2568) ดำเนินการตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ PAOR โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) เป็นการสังเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาบริบทและประเมินสถานการณ์ เพื่อนำมากำหนดแนวทางการพัฒนารูปแบบ โดยจัดเวทีสนทนากลุ่ม (Focus group) และการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับภาคีเครือข่าย (กลุ่มตัวอย่างที่ 1) โดยประยุกต์ใช้

กระบวนการ AIC (Appreciation-Influence-Control) เพื่อสร้างความตระหนัก วิเคราะห์ปัญหา และร่วมกำหนดมาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน จากนั้นจัดทำแผนปฏิบัติการ โดยผ่านการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขและควบคุมโรค เพื่อให้รูปแบบมีความเหมาะสม เป็นไปได้ และสอดคล้องกับหลักวิชาการ

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) ดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการที่กำหนด โดยเน้นการพัฒนา รูปแบบ (Model development) ที่สอดคล้องกับบริบทและความเชื่อด้านสุขภาพของประชาชน เช่น การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเสี่ยง และการจัดการสิ่งแวดล้อม มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและปรับปรุงรูปแบบร่วมกับชุมชน พร้อมทั้งดำเนินการประชาสัมพันธ์ พัฒนาระบบข้อมูล ระบบติดตาม และระบบประเมินผล เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยรูปแบบครอบคลุม 3 ระดับ ได้แก่ ระดับชุมชน ระดับท้องถิ่น และระดับสถานบริการสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observing) นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง (กลุ่มที่ 2) โดยมีการติดตาม ให้คำแนะนำ และรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ ผ่านการสังเกต การบันทึกข้อมูล และแบบสัมภาษณ์ มีการติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานผ่านเครือข่ายชุมชน เช่น การสื่อสารในกลุ่มไลน์ การรายงานกิจกรรม และการนิเทศติดตามในพื้นที่ รวมถึงการประเมินผลลัพธ์ด้านความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรค และอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) เป็นการประเมินผลการดำเนินงาน (Evaluation) โดยรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ วิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรค พร้อมทั้งถอดบทเรียนจากการดำเนินงาน จากนั้นคืนข้อมูลให้แก่

ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อร่วมกันพิจารณาจุดแข็งและจุดที่ควรปรับปรุง และวางแผนพัฒนารูปแบบในระยะถัดไป รวมทั้งเตรียมความพร้อมสำหรับการขยายผลในชุมชนอื่นอย่างยั่งยืน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์เชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา สำหรับข้อมูลทั่วไป สถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์ด้วย Paired-T test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

จริยธรรมการวิจัย

เค้าโครงวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เลขที่ COA No.41/2568 วันที่ 14 มีนาคม 2568

ผลการวิจัย

1. บริบทพื้นที่ สถานการณ์ปัญหา และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

ตำบลทับใหญ่ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ เป็นพื้นที่ราบลุ่มริมแม่น้ำมูล มีแหล่งน้ำธรรมชาติ (“กุด”) กระจายทั่วพื้นที่ ส่งเสริมทั้งวิถีเกษตรกรรมและประมงพื้นบ้านของประชากร 6,095 คน (ร้อยละ 90) ซึ่งเฝ้าระวังชีวิตของพยาธิใบไม้ตับผ่านหอยและปลาวงศ์ตะเพียนที่เป็นตัวกลาง แม้ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่จะเข้มแข็ง แต่ยังมีเผชิญความท้าทายจากโครงสร้างประชากรวัยทำงานที่มีสัดส่วนสูงและมีพฤติกรรมเสี่ยงสะสม ข้อมูลระบาดวิทยาพบการดำรงอยู่ของโรคอย่างต่อเนื่องร่วมกับการกระจายแบบเฉพาะจุด (endemic persistence with focal amplification) โดยความชุกเพิ่มจากร้อยละ 9 ในปี พ.ศ. 2563 เป็นร้อยละ 13 ในปี พ.ศ. 2566 สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน และมีความแตกต่างระดับหมู่บ้านอย่างชัดเจน เช่น บ้านจาน (หมู่ 6) ร้อยละ 40 และหมู่ 9 ร้อยละ 20 สะท้อนข้อจำกัดของมาตรการควบคุมแบบภาพรวม การวิเคราะห์เชิงคุณภาพร่วมกับภาคีเครือข่ายพบปัจจัยเชิงซ้อน 3 มิติ ได้แก่ (1) พฤติกรรมการบริโภคปลาดิบในเมนู

วัฒนธรรมและการติดเชื้อ (2) สิ่งแวดล้อมและสุขภาพที่เฝ้าระวังชีวิตพยาธิ รวมถึงการปนเปื้อนไข่พยาธิในแหล่งน้ำ และ (3) ปัจจัยทางสังคมที่การบริโภคปลาดิบเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิต ขณะที่ระบบสุขภาพยังมีข้อจำกัดในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมระยะยาว

โดยสรุป ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่เป็นผลจากปฏิสัมพันธ์เชิงระบบนิเวศของโรค (disease ecology) ระหว่างพฤติกรรมมนุษย์ สิ่งแวดล้อม ตัวเชื้อ และบริบททางสังคมวัฒนธรรม โดยมีช่องว่างระหว่างความรู้กับพฤติกรรมเป็นปัจจัยหลัก ส่งผลให้มาตรการทางการแพทย์เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ และจำเป็นต้องใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบที่สอดคล้องกับบริบทชุมชนอย่างยั่งยืน

2. ผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยความร่วมมือของชุมชนตำบลทับใหญ่

2.1 ขั้นตอนเตรียมการและการกำหนดทิศทางร่วมกัน ผู้วิจัยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อสร้างกลไกการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย โดยดำเนินการสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ (1) การคืนข้อมูลสถานการณ์โรค โดยนำเสนอความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในปี พ.ศ. 2566 ที่ร้อยละ 13 และชี้ให้เห็นจุดระบาดเฉพาะพื้นที่ (Hotspot) เช่น บ้านจาน (หมู่ 6) ร้อยละ 40 เพื่อกระตุ้นการตระหนักรู้และวิเคราะห์สาเหตุเชิงลึก (2) การพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย ผ่านเวทีฝึกทักษะการวิเคราะห์ปัญหาเชิงระบบแก่เครือข่ายทั้งภาคสาธารณสุขและภาคส่วนชุมชน และ (3) การกำหนดผลลัพธ์และกิจกรรมร่วมกันใน 3 ระดับ ครอบคลุมมิติบุคคล สิ่งแวดล้อม และระบบบริการสุขภาพ **ระดับที่ 1** ระดับชุมชน มุ่งพัฒนาผู้นำการเปลี่ยนแปลง โดยคัดเลือก “บุคคลต้นแบบ” หมู่บ้านละ 1 คน เพื่อทำหน้าที่สื่อสารโน้มน้าวใจ และใช้กลไกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็น

“หมอคนที่ 1” ในการให้ความรู้รายครัวเรือน ควบคู่กับการส่งเสริมการบริโภคอาหารปลอดภัย เช่น การพัฒนาผลิตภัณฑ์ “น้ำพริกปลาร้าสุก” และ “ร้านส้มตำต้นแบบ” เพื่อสร้างบรรทัดฐานทางสังคมใหม่ **ระดับที่ 2** ระดับท้องถิ่น เป็นการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย โดยผลักดันให้องค์การบริหารส่วนตำบลบรรจุโครงการในแผนพัฒนาท้องถิ่น และสนับสนุนงบประมาณอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งพัฒนาระบบจัดการสิ่งปฏิกูล เช่น การขึ้นทะเบียนผู้ประกอบการสุบส้วม และการวางแผนจัดสร้างบ่อบำบัด เพื่อควบคุมการปนเปื้อนในแหล่งน้ำ **ระดับที่ 3** ระดับเครือข่ายบริการ พัฒนาระบบคัดกรองเชิงรุกในพื้นที่เสี่ยงสูง โดยใช้การสื่อสารความเสี่ยงร่วมกับการตรวจอุจจาระแบบครอบคลุม และมีระบบติดตามรายบุคคล เพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำ พร้อมเชื่อมต่อการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในกลุ่มเสี่ยงอย่างเป็นระบบ

2.2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

2.2.1 **ขั้นวางแผน (P)** ผู้วิจัยและภาคีเครือข่ายได้ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาเชิงระบบ และออกแบบแผนงานที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ภายใต้รูปแบบ “ห้าใหญ่โมเดล” ซึ่งเป็นรูปแบบบูรณาการเชิงนิเวศสุขภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยประกอบด้วย 5 มาตรการหลัก ได้แก่ 1) การคัดกรองเชิงรุกแบบมุ่งเป้า ดำเนินการในพื้นที่เสี่ยงสูงโดยใช้ อสม. เข้าถึงครัวเรือน ร่วมกับการสื่อสารความเสี่ยงรายบุคคล และระบบติดตามรายกรณี เพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำ และเชื่อมต่อการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี 2) การยกระดับความรู้ด้านสุขภาพ ผ่านกระบวนการเรียนรู้เชิงประจักษ์ เช่น ฐาน “ส่องกล้องดูพยาธิ” และสื่อ Infographic เพื่อให้ประชาชนเชื่อมโยงพฤติกรรมกับความเสี่ยง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างยั่งยืน 3) การขับเคลื่อนสังคม ด้วยการมีส่วนร่วม โดยบูรณาการความร่วมมือทุกภาคส่วน พัฒนา “บุคคลต้นแบบ” และ “หมอคนที่ 1” (อสม.) เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง และ

ส่งเสริมการเรียนรู้ในโรงเรียน 4) การสร้างวัฒนธรรมอาหารปลอดภัย ส่งเสริมทางเลือกที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม เช่น “น้ำพริกปลาร้าสุก” และ “ร้านส้มตำต้นแบบ” เพื่อลดการบริโภคปลาดิบและสร้างบรรทัดฐานใหม่ และ 5) การบูรณาการเชิงนโยบายและสิ่งแวดล้อม โดยบรรจุในแผนพัฒนาตำบล สนับสนุนงบประมาณ และพัฒนาระบบสุขภาพ เช่น การจัดการสิ่งปฏิกูล เพื่อตัดวงจรชีวิตพยาธิ

2.2.2 **ขั้นปฏิบัติการ (A)** ผู้วิจัยและภาคีเครือข่ายได้นำแผนงานที่ออกแบบร่วมกันไปสู่การลงมือปฏิบัติจริงในพื้นที่ตำบลทับใหญ่ โดยบูรณาการการทำงานผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) และการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลทับใหญ่ (กปท.) ครอบคลุม 5 มาตรการหลัก ดังนี้

1) การปฏิบัติการคัดกรองเชิงรุกแบบมุ่งเป้า ดำเนินการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเสี่ยงรายหมู่บ้าน โดยให้ความสำคัญเป็นลำดับแรกกับพื้นที่จุดระบาดเฉพาะจุดผ่านกลไก อสม. “หมอคนที่ 1” ที่ลงพื้นที่เคาะประตูบ้านเพื่อเก็บตัวอย่างอุจจาระและสื่อสารความเสี่ยงรายบุคคล พร้อมจัดระบบจัดการรายกรณี เพื่อติดตามผู้ที่ตรวจพบเชื้อให้เข้าสู่กระบวนการรักษาด้วยยาพาราซิควอนเทล และส่งต่อกลุ่มเสี่ยงสูงเข้ารับการตรวจอัลตราซาวด์คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ณ โรงพยาบาลรัตนบุรีอย่างเป็นระบบ

2) การเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพเชิงประจักษ์ จัดตั้งฐานเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ ณ รพ.สต.ทับใหญ่ ในกิจกรรม “ส่องกล้องดูพยาธิ” เพื่อให้ประชาชนได้เห็นตัวอ่อนพยาธิจากตัวอย่างจริง ซึ่งช่วยกระตุ้นความตระหนักและการรับรู้ความเสี่ยงได้อย่างเป็นรูปธรรม ร่วมกับการผลิตสื่อ Infographic และการณรงค์ผ่านหอกระจายข่าว/วิทยุชุมชน โดยเน้นเนื้อหาที่ปรับเปลี่ยนจากความเชื่อเดิมที่ผิดไปสู่ความเข้าใจที่ถูกต้อง

3) การสร้างการมีส่วนร่วมและผู้นำการเปลี่ยนแปลง พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายทุกภาค

ส่วน โดยเฉพาะกลุ่มผู้นำชุมชนและแกนนำ อสม. ให้ทำหน้าที่เป็น "ผู้นำการเปลี่ยนแปลง" (Change Agents) ในหมู่บ้าน นอกจากนี้ยังบูรณาการความร่วมมือกับสถานศึกษา เช่น โรงเรียนบ้านทับโพธิ์วิทยา ในการจัดกิจกรรมพัฒนาผู้เรียนและบรรจุเนื้อหาโรคพยาธิใบไม้ตับเข้าสู่การเรียนการสอนวิชาสุขศึกษา โดยมีครูแกนนำเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้เพื่อสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตั้งแต่วัยเยาว์

4) การขับเคลื่อนวัฒนธรรมอาหารปลอดภัย ดำเนินการสร้างทางเลือกใหม่ในการบริโภคที่สอดคล้องกับวิถีวัฒนธรรม โดยสนับสนุนกลุ่มสตรีในชุมชนผลิต “น้ำพริกปลาร้าผัดสุก” เพื่อทดแทนการกินปลาร้าดิบ พร้อมทั้งดำเนินกิจกรรม “ร้านนี้ส้มตำปลาร้าสุก” โดยมีการประเมินและมอบป้ายรับรองร้านส้มตำต้นแบบในพื้นที่ เพื่อสร้างบรรทัดฐานทางสังคมใหม่ในการเลือกบริโภคอาหารที่ปรุงสุกและปลอดภัย

5) การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมและนโยบายสาธารณะ องค์การบริหารส่วนตำบลทับใหญ่ดำเนินการสำรวจและจัดทำทะเบียนผู้ประกอบการสุบ่สิ่งปฏิกูลในพื้นที่เพื่อเข้าสู่ระบบควบคุมสุขาภิบาล พร้อมทั้งเริ่มดำเนินการตามแผนการจัดสร้างบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลที่ถูกสุขลักษณะเพื่อตัดวงจรการแพร่กระจายของไข่พยาธิลงสู่แหล่งน้ำธรรมชาติ ซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหาที่ปจจัยกำหนดสุขภาพทางกายภาพอย่างยั่งยืน

2.2.3 ขั้นสังเกตการณ์ (O) ผู้วิจัยและภาคีเครือข่ายดำเนินการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้ 1) การกำกับ

ติดตามเชิงกระบวนการ ติดตามความก้าวหน้าของกิจกรรมอย่างต่อเนื่องผ่านกลุ่มไลน์ “ตำบลต้นแบบ OV ทับใหญ่” เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลและนิเทศการดำเนินงานในพื้นที่ เช่น วัด ตลาด และเวทีชุมชน ผลการติดตามพบว่าทุกมาตรการดำเนินการได้ตามแผน โดยกิจกรรม “ส่องกล้องดูพยาธิ” และ “ร้านส้มตำต้นแบบ” ได้รับความสนใจจากประชาชนอย่างมาก และมีผู้ประกอบการสุบ่สิ่งปฏิกูลเพิ่มขึ้นทะเบียนแล้ว 2 ราย และ 2) การประเมินผลสัมฤทธิ์เชิงปริมาณ ประเมินในกลุ่มตัวอย่าง 148 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 50–59 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา และอาชีพรับจ้างทั่วไป ผลการดำเนินงานพบว่ากลุ่มเป้าหมายเข้าถึงการตรวจอุจจาระร้อยละ 50.68 และตรวจพบการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 4.05 โดยผู้ติดเชื้อทุกรายได้รับการรักษาและติดตามต่อเนื่องครบถ้วน นอกจากนี้ การขยายผลคัดกรองเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยง 350 คน ไม่พบการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับเพิ่มเติม (พบเพียงพยาธิปากขอ 5 ราย) สะท้อนถึงประสิทธิภาพของระบบเฝ้าระวังและควบคุมโรคในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม การเปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการ: ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนในมิติต่าง ๆ พบว่ากลุ่มเป้าหมายมีพัฒนาการเพิ่มขึ้นในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังนี้ ความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 6.80 คะแนน (95% CI: 6.53 – 7.07) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 5.92 คะแนน (95% CI: 5.67 – 6.16) พฤติกรรมการป้องกันโรค มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 4.75 คะแนน (95% CI: 4.35 – 5.15) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความตระหนักรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ ก่อนและหลังดำเนินการ

ตัวแปรที่ประเมิน	Mean	S.D.	Mean diff.	95%CI	p-value
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ					
ก่อนดำเนินการ	27.72	3.49	5.92	5.67 – 6.16	0.001
หลังดำเนินการ	33.64	3.61			
ความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ					
ก่อนดำเนินการ	29.21	3.44	6.80	6.53 – 7.07	<0.001
หลังดำเนินการ	36.01	3.22			
พฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ					
ก่อนดำเนินการ	48.07	4.98	4.75	4.35 – 5.15	<0.001
หลังดำเนินการ	52.83	3.73			

2.2.4 ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (R) ภายหลังการดำเนินงาน ผู้วิจัยจัดเวทีถอดบทเรียนร่วมกับภาคีเครือข่ายและชุมชน เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จและข้อจำกัด พบว่า ความสำเร็จของ “ทัพใหญ่โมเดล” เกิดจากการมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง การเสริมพลัง อสม. เป็น “หมอคนที่ 1” และการใช้บุคคลต้นแบบ ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับครัวเรือนอย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะกิจกรรม “ส่องกล้องดูพยาธิ” ที่ช่วยกระตุ้นการรับรู้ความเสี่ยงได้อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม ยังพบพฤติกรรมการบริโภคดิบในบางกลุ่ม โดยเฉพาะวัยทำงานและแรงงานย้ายถิ่น รวมถึงความครอบคลุมการคัดกรองที่ยังต้องเพิ่ม แนวทางพัฒนาต่อเน้น 2 มิติ ได้แก่ (1) การยกระดับเป็นแหล่งเรียนรู้ชุมชนปลอดพยาธิ ควบคุมการสร้างรายได้จากอาหารปลอดภัย และ (2) การเร่งพัฒนาระบบสิ่งแวดล้อม เช่น บ่อบำบัดและระบบบำบัดน้ำเสีย สิ่งปลูกสรุได้ว่า “ความเป็นเจ้าของร่วม” ของชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญต่อความยั่งยืนของการควบคุมโรคในพื้นที่

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์ปัญหาและปัจจัยกำหนดพฤติกรรมการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ การศึกษาระยะแรกสะท้อนว่า ปัญหาในตำบลทับใหญ่มี

ลักษณะเป็น “ระบบนิเวศของโรค” ที่มีความซับซ้อน โดยเฉพาะในพื้นที่ Hotspot ซึ่งสอดคล้องกับ Wongsaroj et al.⁽⁵⁾ ที่ระบุว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังคงเป็นแหล่งระบาดสำคัญของประเทศเนื่องจากมีแหล่งน้ำธรรมชาติที่เอื้อต่อวงจรชีวิตพยาธิ นอกจากนี้ พฤติกรรมการบริโภคปลาดิบที่ฝังรากลึกยังสอดคล้องกับข้อค้นพบของปริวัฒน์ กอสุระ และคณะ⁽⁷⁾ ที่ว่าวิถีวัฒนธรรมและชาติพันธุ์เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ ซึ่งลำพังเพียงการให้ความรู้ นั้นไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สอดคล้องกับ สุริยนต์ หล้าคำ⁽²⁰⁾ ที่ชี้ให้เห็นว่าการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self-Efficacy) และทัศนคติที่คลาดเคลื่อนเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้เกิดการติดเชื้อซ้ำตามข้ออธิบายของ เกษร แถวโนนจัว⁽⁸⁾ กระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคผ่านวงจร PAOR การใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบในตำบลทับใหญ่ได้อย่างเป็นรูปธรรม ดังนี้ ขั้นวางแผน (P) และปฏิบัติ (A) การที่ผู้วิจัยและภาคีเครือข่ายร่วมกันออกแบบ 5 มาตรการหลัก ได้แก่ การปฏิบัติการคัดกรองเชิงรุกแบบมุ่งเป้า การเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพเชิงประจักษ์ การสร้างการมีส่วนร่วมและผู้นำการเปลี่ยนแปลง การขับเคลื่อนวัฒนธรรมอาหารปลอดภัย และการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมและ

นโยบายสาธารณะ โดยเฉพาะการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีการมีส่วนร่วม (ToP) สอดคล้องกับแนวทางของ วรกร วิชัยโย⁽²⁾ ที่ระบุว่าการดึงภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนช่วยให้แผนงานสอดคล้องกับบริบทจริงและเกิดความยั่งยืน ขึ้นสังเกตการณ์ ผลการติดตามพบว่ากลุ่มเป้าหมายมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ (HL) ความตระหนักรู้ (HBM) และพฤติกรรม (HB) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) อภิปรายได้ว่าการใช้สื่อเชิงประจักษ์ เช่น ฐานเรียนรู้สองกล่องดูพยาธิ ช่วยลดช่องว่างระหว่างความรู้และพฤติกรรมได้จริง สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา⁽¹⁴⁾ ที่พบว่ากระบวนการเรียนรู้จากการเห็นของจริงช่วยยกระดับทักษะการตัดสินใจในชุมชนได้ดีกว่าการสอนแบบบรรยายเพียงอย่างเดียว ขึ้นสะท้อนผล (R) การถอดบทเรียนร่วมกับชุมชนนำไปสู่การกำหนด "มาตรการชุมชน" เช่น ร้านส้มตำปลอดภัย และกลุ่มน้ำพริกปลาร้าผัดสุก ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบของ วชรินทร์ นาทุ่งหมื่น⁽¹²⁾ ที่เน้นการสร้างข้อตกลงร่วมกันเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับฐานราก ด้านประสิทธิผลของรูปแบบต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและผู้นำการเปลี่ยนแปลง ความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในครั้งนี้ มีปัจจัยสำคัญจากการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในฐานะ "หมอคนที่ 1" และการใช้ "บุคคลต้นแบบ" เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง ซึ่งสอดคล้องอย่างยิ่งกับงานวิจัยที่ผ่านมา^(15, 17) ที่เน้นย้ำว่าบุคลากรเหล่านี้มีอิทธิพลทางสังคมสูงสุดต่อการปรับเปลี่ยนบรรทัดฐานการบริโภคในระดับครัวเรือน ส่งผลให้คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนจากการประเมินหลังเสร็จสิ้นวงจรปฏิบัติการ ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ "ทับใหญ่

โมเดล" แตกต่างจากการดำเนินงานทั่วไปคือการจัดการสิ่งแวดล้อมและนโยบายสาธารณะ โดยเฉพาะการที่ อบต.ทับใหญ่ บรรจุโครงการจัดสร้างบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลไว้ในแผนพัฒนาตำบล ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ เกษร แถวโนนจิว⁽⁸⁾ ที่ว่าการแก้ไขปัญหายาธิปไตยไม่จำเป็นต้องจัดการที่ "ต้นน้ำ" คือการจัดการสิ่งปฏิกูลควบคู่ไปกับพฤติกรรม อีกทั้งยังสอดคล้องกับแนวคิดของ สุริยนต์ หล้าคำ⁽²⁰⁾ เรื่องบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และท้องถิ่นในการขับเคลื่อนมาตรการทางสังคมและกฎหมาย การสร้างความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ สอดคล้องกับข้อสรุปของ ถนัด ธุระพันธ์⁽¹⁸⁾ และ ญัฐกร แสงสินวล⁽¹⁶⁾ ว่าความร่วมมือจากทุกภาคส่วนคือกลไกหลักที่นำไปสู่ "นิเวศวัฒนธรรมสุขภาพใหม่" ที่จะป้องกันการกลับมาแพร่ระบาดซ้ำได้อย่างถาวร

ข้อเสนอแนะ

1. ควรดำเนินการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีความชุกสูงอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ผ่านกลไกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร่วมกับระบบติดตามรายกรณี เพื่อค้นหาผู้ติดเชื้อได้รวดเร็ว ลดการติดเชื้อซ้ำ และเชื่อมต่อการดูแลรักษาอย่างเป็นระบบ

2. ควรใช้กระบวนการสื่อสารสุขภาพที่เข้าใจง่ายและสอดคล้องกับบริบทชุมชน เช่น ฐานเรียนรู้ สื่อภาพ และการสื่อสารผ่านผู้นำชุมชน/อสม. ควบคู่กับการสร้างทางเลือกอาหารปลอดภัย (เช่น อาหารปรุงสุก/ร้านต้นแบบ) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอย่างยั่งยืนและสร้างบรรทัดฐานทางสังคมใหม่ในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. เสนาะศักดิ์ เขตจอหอ, สมัย ลาประวัตติ. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองสาหร่าย อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ. 2568;4(1):100-14.
2. วรกร วิชัยโย. รูปแบบการประยุกต์เทคโนโลยีการมีส่วนร่วมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลลัญญา อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2562.
3. International Agency for Research on Cancer. Biological Agents. IARC Monographs on the Evaluation of

- Carcinogenic Risks to Humans, No. 100B. Lyon (FR): IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans; 2012.
4. Sripa B, Kaewkes S, Sithithaworn P, Mairiang E, Laha T, Smout M, et al. Liver fluke induces cholangiocarcinoma. *PLoS Med.* 2007;4(7):e201.
 5. Wongsaroj T, Nithikathkul C, Rojkitikul W, Nakai W, Royal L, Rammasut P. National survey of helminthiasis in Thailand. *J Asian Biomedicine.* 2014;8(6):779-83.
 6. กรมควบคุมโรค. แผนงานด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ระยะ 5 ปี (2566-2570). นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์ และแผนงาน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
 7. ปรีวัฒน์ กอสุระ, นพรัตน์ ส่งเสริม, ภัทรภร เจริญบุตร, พุทธิไกร ประมวล. พฤติกรรมเสี่ยงและพฤติกรรมการป้องกันโรค พยาธิใบไม้ตับ: การประเมินสถานการณ์ตามบริบทชุมชนของคนไทยเชื้อสายเขมรในจังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิจัย สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.* 2563;9(1):133-41.
 8. เกษร แถวโนนจิว, ไพบุลย์ สิทธิถาวร, ศศิธร ตั้งสวัสดิ์, เสรี สิงห์ทอง, นิตยา ชุตโธสง, วรลักษณ์ ตั้งคณะกุล. อุบัติการณ์ และการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ประเทศไทย. *วารสารวิชาการ สาธารณสุข.* 2559;25(3):370-9.
 9. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค. แนวทางทางการดำเนินงานโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีถวายเป็น พระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเสด็จขึ้นครองราชย์ครบ 70 ปี ในทศวรรษ 2559 พร้อมทั้งสมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถจะทรงเจริญพระชนมพรรษา 84 พรรษาตามยุทธศาสตร์ทศวรรษการกำจัดปัญหา พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2559-2568. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
 10. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. สรุปผลการดำเนินงานการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี. สุรินทร์: งาน ควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์; 2566.
 11. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทับใหญ่. ผลการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตต้นแบบตำบลวิถีใหม่ปลอดภัยจาก โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี. สุรินทร์: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทับใหญ่ สังกัดสำนักงาน สาธารณสุขอำเภอรัตนบุรี; 2566.
 12. วชิรพร นาทุ่งหมื่น. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลวังตามัว อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม [วิทยานิพนธ์]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
 13. Kemmis S, McTaggart R. Participatory Action Research: Communicative Action and the Public Sphere. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. *The Sage handbook of qualitative research.* 3rd ed. Washington DC: Sage Publications Ltd; 2005.
 14. Patchasuwan NH, Banchonhattakit P, Rattanapitoon NK, Nilnate N, Srithumsuk W, Heebkaew S, et al. Development of a School-Based Health Literacy Model for Liver Fluke Prevention and Control Using Participatory Action Research. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP.* 2022;23(4):1177-83.
 15. กิตติศักดิ์ ประครองใจ, สุมัทนา กลางคาร, สมศักดิ์ ศรีภักดี. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วม ตำบลพรสำราญ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน* 2564;7(4):87-100.
 16. ณัฐกร แซงสินวล, กิตติภูมิ ภิญโญ. การพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลลูกดก กว้าง อำเภอนองเรือ จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ ประสงค์.* 2565;6(3):32-43.
 17. มนัสนันท์ ลิ้มปิตยากุล, นรินดา ไชยพาน, กรัณฐรัตน์ บุญช่วยธานีสิทธิ์, จักรกฤษณ์ พลราชม, มาสรีน ศุกลปักษ์. รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับใน ประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ: รายงานฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพฯ โรงพิมพ์ บริษัทแดนเนกซ์ อินเตอร์คอร์ปอเรชั่น จำกัด; 2558.
 18. ถนัด ฐระพันธ์. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลตูมใต้ อำเภอภูพาน จังหวัดอุดรธานี อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี; 2566 [cited 2566. เข้าถึงได้จาก : <https://backoffice.udpho.org/openaccess/control/download.php?id=Mjlx>.

19. กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. เครื่องมือและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความตระหนักรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนสุขภาพ. นนทบุรี: กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข; 2568.
20. สุริยนต์ หล้าคำ, สุคนธ์ทิพย์ อรุณกมลพัฒน์, ธวัชชัย เต็มใจ. การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ของอำเภอปรารักษ์ภู จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2568;10(1):516-30.