EHM JOURNAL

Journal

of Education - Health and Environmental Management

Vol.11 No.4 July - August 2026

วารสารการศึกษา-สุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม

ปีที่ 11 ฉบับที่ 4 กรกฎาคม – สิงหาคม 2569

ISSN : 3088-358X (Print)
ISSN : 3088-392X (Online)

EHM JOURNAL
วารสารการศึกษา – สุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม
Journal of Education - Health and Environmental Management
ปีที่ 11 ฉบับที่ 4 กรกฎาคม – สิงหาคม 2569 VOL. 11 NO. 4 July – August 2026

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วขณะร่วมกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ : กรณีศึกษา 2 ราย 1
ดาวใจ หานุสิงห์

การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติพยาบาลการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูกในโรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด 9
ชนานันทร์ มณีกัญย์

การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม 19
ละอองดาว แสงไกร ,อาริยา แดงวงษา ,ปรียาดา ผิวพันธมิตร

ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม 27
วชิรวิทย์ ชาดวง

โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ โรงพยาบาลโพนทราย จังหวัดร้อยเอ็ด 39
สุภาวดี สกุลเดช

ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 50
นวพร สุริยะชัย

การพยาบาลผู้ป่วยโรคต้อหินที่มีโรคร่วมและแก้วตาขุ่นได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียม ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ : 2 กรณีศึกษา 59
อรดี ไร่วิบูลย์

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเครือข่ายสุขภาพชุมชนพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านหวาย จังหวัดยโสธร 69
มุกดา ศรีเนตร

ระยะเวลาระหว่างการรักษาด้วยไอโอดีนรังสีครั้งแรกกับครั้งที่สองในผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิดดิฟเฟอเรนชิเอต: ผลของปัจจัยด้านผู้ป่วยและโรคต่อความแปรปรวนของระยะเวลา 79
อนุสรณ์ หลักชัย

ผลของการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม 88
วนิดา บมสระน้อย

การพัฒนารูปแบบ NANGOI Fall Prevention Model เพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านนางอย ตำบลเต่างอย จังหวัดสกลนคร 95
วลัยพรรณ เคะนะอ่อน

ประสิทธิผลของโปรแกรมแรงจูงใจป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง โรงพยาบาลศรีสะเกษ 107
วัทธิกร กุลจิราธนาดุล ,ทัศนาภรณ์ แก้วภักดี

การประเมินผลการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเชิงรุกด้วยรถถ่ายภาพรังสีทรวงอกเคลื่อนที่ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลพระยืน จังหวัดขอนแก่น 116
ณัฐพล หมื่นสีพรม

การพัฒนารูปแบบการดูแลประคับประคองแบบบูรณาการจากโรงพยาบาลสู่บ้านเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตอย่างเป็นองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและครอบครัว อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม 125
สุพัตรา บุระพวง ,ณัชปภา กวานเหียน

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบบูรณาการโรงพยาบาลรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย 135
พัชร ภูษา

ผลของการใช้โปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ในหญิงตั้งครรภ์ 144
ดารารัตน์ ศิริประเสริฐวิทย์ ,มุจลินท์ แปงศิริ

การพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนโดยกลไกศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ เพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย: กรณีศึกษาอำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ 156
จรูญ ดวงพร

วารสารการศึกษา – สุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม
Journal of Education - Health and Environmental Management
ปีที่ 11 ฉบับที่ 4 กรกฎาคม – สิงหาคม 2569 VOL. 11 NO. 4 July – August 2026

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร 169
รุ่งราวรรณ์ การุญ

การพัฒนารูปแบบการระบุตัวตนผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในกระบวนการผ่าตัดเพื่อป้องกันอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อน ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลบรบือ 178
ธัญญารัตน์ พันธฤทธิ์

การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ 186
ปราณี ภูไกรลาศ

ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนผ่าตัดถุงน้ำดีแบบส่องกล้องเป็นการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช 200
สิริพงศ์ มโนใจ

การศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาโดยการใส่ท่อถ่างขยายตับอ่อนแบบภายในกับภายนอกในการผ่าตัดรักษาภาวะเนื้องอกรูเปิดท่อน้ำดีและส่วนหัวของตับอ่อน 208
เกียรติภูมิ สุทธิวงศ์

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรงของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ 216
ชมพูกานต์ เธียรชวานนท์

การพัฒนารูปแบบการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์ 226
อารยา เอสาตี

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสะแกโพรง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ 237
ธีระศักดิ์ จิตสัตย์

ประสิทธิผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และ ความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี 249
รักษ์หทัย ไชยบัน ,อรวรรณ รัตนจันทร์

ผลของการส่งเสริมความรู้โดยใช้สื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตต่อความรู้และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มเสี่ยงพระภิกษุและสามเณร 264
ธนากร สำเภาทอง ,ธารทิพย์ วงษ์สินธุ์ ,ถาวร สีดาเหลือง

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมพลังและให้คุณค่าต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี 270
ประดิษฐ์ ศิลวันต์

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลโพธิ์ไทร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี 281
เสถียร พรหมรัตน์

ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ 291
อริยาพร เกษกุล

การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม 301
สุชาดา ดาทุมมา

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วม เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอตาลสุม จังหวัดอุบลราชธานี 316
กัลยาณี คำศรี

บทบรรณาธิการ

วารสารการศึกษา – สุขภาพ และการจัดการสิ่งแวดล้อม จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เผยแพร่องค์ ความรู้ นวัตกรรม ตลอดจนผลงานวิจัย ทีเกี่ยวข้องการการดำเนินงานด้านการศึกษา สุขภาพ และการจัดการสิ่งแวดล้อม จัดทำขึ้นโดย ชมรมศิษย์เก่าอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ โดยมีกำหนดในการจัดพิมพ์ ปีละ 6 ครั้ง ซึ่งแบ่งเป็น ช่วงคือ มกราคม – กุมภาพันธ์, มีนาคม – เมษายน ,พฤษภาคม – ,มิถุนายน ,กรกฎาคม - สิงหาคม, กันยายน – ตุลาคม, พฤศจิกายน - ธันวาคม ของทุกปี

สำหรับวารสารการศึกษา – สุขภาพ และการจัดการสิ่งแวดล้อม ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 40 (ปีที่ 11 ฉบับที่ 4) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานด้านการศึกษา สุขภาพ และการจัดการสิ่งแวดล้อม เดือนมีนาคม – เมษายน 2569 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ ทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วขณะร่วมกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ แนวทางการปฏิบัติพยาบาลการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก แนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า รูปแบบการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตาย โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ การเยี่ยมบ้านร่วมกับการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน การพยาบาลผู้ป่วยโรคต้อหินที่มีโรคร่วมและแก้วตาขุ่นได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียม การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล การรักษาด้วยไอโอดีนรังสีครั้งแรกกับครั้งที่สองในผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิดดิฟเฟอเรนชิเอต การปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารูปแบบ NANGOI Fall Prevention Model เพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ สร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการชะลอภาวะไตเสื่อม ประเมินผลการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเชิงรุกด้วยรถถ่ายภาพรังสีทรวงอกเคลื่อนที่ รูปแบบการดูแลประคับประคองแบบบูรณาการจากโรงพยาบาลสู่บ้านเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ผลของการใช้โปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ในหญิงตั้งครรภ์ รูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนโดยกลไกศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ รูปแบบการระบุตัวตนผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในกระบวนการผ่าตัดเพื่อป้องกันอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อน การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ การเปลี่ยนผ่าตัดถุงน้ำดีแบบส่องกล้องเป็นการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง ผลการรักษาโดยการใส่ท่อถ่างขยายตับอ่อนแบบภายในกับภายนอกในการผ่าตัดรักษาภาวะเนื้องอกรูเปิดท่อน้ำดีและส่วนหัวของตับอ่อน การดำเนินงานเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรงของหน่วยบริการ รูปแบบการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วม การจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และ ความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี การส่งเสริมความรู้โดยใช้สื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตต่อความรู้และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มเสี่ยงพระภิกษุและสามเณร การเสริมพลังและให้คุณค่าต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากร รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วม เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารการศึกษา สุขภาพ และการจัดการสิ่งแวดล้อม ปีที่ 11 ฉบับที่ 4 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานวารสารการศึกษา สุขภาพ และการจัดการสิ่งแวดล้อมต่อไป

การพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วขณะร่วมกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care for premature infants with transient tachycardia and hypoglycemia : 2 case studies.

(Received: August 9,2026 ; Revised: August 17,2026 ; Accepted: August 19,2026)

ดาวใจ หานุสิงห์[1]
Daowjai Hanusing[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็น กรณีศึกษาเปรียบเทียบทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วขณะร่วมกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ จำนวน 2 ราย ณ หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบลักษณะทางคลินิก การรักษา ผลลัพธ์การดูแล และการวางแผนการพยาบาล และตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนในทารกที่เกิดจากมารดาที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ผลการศึกษา พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 เป็นทารกเพศชาย อายุครรภ์ 36^{+2} สัปดาห์ น้ำหนักแรกคลอด 4,130 กรัม เกิดจากมารดาอายุ 31 ปี ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์และรักษาด้วยอินซูลิน ตรวจพบภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหลังคลอด 15 นาที (DTX 42 mg/dL) ร่วมกับภาวะอุณหภูมิกายต่ำและหายใจลำบาก ได้รับการรักษาด้วยสารน้ำทางหลอดเลือดดำ แคลเซียมกลูโคเนต การให้ออกซิเจนแบบ HHHFNC และการส่องไฟรักษาภาวะตัวเหลือง สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและอาการทางระบบหายใจได้ดี และจำหน่ายกลับบ้านในวันที่ 13 มีนาคม 2568 กรณีศึกษารายที่ 2 เป็นทารกเพศหญิง อายุครรภ์ 36^{+1} สัปดาห์ น้ำหนักแรกคลอด 3,515 กรัม เกิดจากมารดาอายุ 37 ปี มีประวัติเคยผ่าตัดคลอดและเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ตรวจพบภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำรุนแรง โดยระดับน้ำตาลลดลงเหลือ 18 mg/dL หลังเข้ารับการรักษา ร่วมกับภาวะอุณหภูมิกายต่ำและภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด (Transient Tachypnea of the Newborn: TTN) จำเป็นต้องได้รับสารน้ำความเข้มข้นสูงผ่านสายสวนหลอดเลือดดำสะดือ (UVC) การรักษาด้วย HHHFNC และการส่องไฟรักษาภาวะตัวเหลือง ทำให้สามารถควบคุมอาการและภาวะแทรกซ้อนได้ และจำหน่ายกลับบ้านในวันที่ 19 มีนาคม 2568

คำสำคัญ: ทารกคลอดก่อนกำหนด ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด

ABSTRACT

This study was a comparative case study of two preterm infants with hypothermia and hypoglycemia admitted to the Neonatal Unit at Kalasin Hospital during March 2025. The objective was to compare clinical characteristics, treatment, nursing outcomes, and nursing care based on Gordon's Functional Health Patterns in preterm infants born to mothers with gestational diabetes mellitus.

The results showed that Case 1 was a male preterm infant at 36^{+2} weeks of gestation with a birth weight of 4,130 grams, born to a 31-year-old mother with gestational diabetes mellitus treated with insulin. The infant developed hypoglycemia within 15 minutes after birth, with a blood glucose level of 42 mg/dL, accompanied by hypothermia and respiratory distress. Treatment included intravenous fluids, calcium gluconate, heated humidified high-flow nasal cannula (HHHFNC) oxygen therapy, and phototherapy for neonatal jaundice. The infant responded well to treatment, achieved stable blood glucose and respiratory status, and was discharged on March 13, 2025. Case 2 was a female preterm infant at 36^{+1} weeks of gestation with a birth weight of 3,515 grams, born to a 37-year-old mother with a history of previous cesarean section and gestational diabetes mellitus. The infant experienced severe hypoglycemia, with blood glucose decreasing to 18 mg/dL after admission, together with hypothermia and transient tachypnea of the newborn (TTN). Management required high-concentration intravenous dextrose

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

administration through an umbilical venous catheter (UVC), HHHFNC oxygen therapy, and phototherapy for hyperbilirubinemia. The infant showed clinical improvement without major complications and was discharged on March 19, 2025.

Keywords: Preterm, infant Hypoglycemia, Transient Tachypnea of the Newborn

บทนำ

การคลอดก่อนกำหนด (Preterm birth) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับโลกและประเทศไทย องค์การอนามัยโลก (World Health Organization รายงานว่า ในปี ค.ศ. 2020 มีทารกคลอดก่อนกำหนดทั่วโลกประมาณ 13.4 ล้านคน หรือคิดเป็น 1 ใน 10 ของการเกิดมีชีพทั้งหมด และภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ประมาณ 900,000 รายต่อปี[1] นอกจากนี้ รายงานของ Ohuma และคณะ[2] พบว่า อัตราการคลอดก่อนกำหนดทั่วโลกอยู่ระหว่างร้อยละ 4–16 และยังไม่มีแนวโน้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา

สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการคลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบประมาณร้อยละ 10–12 ของการเกิดมีชีพทั้งหมด ซึ่งส่งผลต่อการเจ็บป่วย การเสียชีวิต และภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาทารกแรกเกิด[3] ทารกที่คลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลายประการ ได้แก่ ภาวะหายใจลำบาก ภาวะอุณหภูมิกายต่ำ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การติดเชื้อ และปัญหาทางระบบประสาท ซึ่งส่งผลกระทบต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการในระยะยาว ดังนั้น การประเมินและให้การดูแลรักษาอย่างเหมาะสมตั้งแต่ระยะแรกเกิดจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการลดอัตราการป่วยและการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด[2]

ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในทารกแรกเกิด (Neonatal Hypoglycemia) เป็นภาวะที่พบบ่อยในทารกกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะทารกที่เกิดจากมารดาที่เป็นเบาหวาน เนื่องจากทารกมีการสร้างอินซูลินเพิ่มขึ้นตั้งแต่อยู่ในครรภ์ เมื่อคลอดออกมาและไม่ได้รับกลูโคสจากมารดาอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างรวดเร็ว หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันท่วงที อาจส่งผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลางและพัฒนาการของเด็กในระยะยาวได้ การพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วขณะร่วมกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจำเป็นต้องอาศัยการดูแลแบบองค์รวม โดยครอบคลุมการประเมินภาวะสุขภาพ การเฝ้าระวังอาการ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการส่งเสริมบทบาทของครอบครัวในการดูแลทารก ทั้งนี้ การประยุกต์ใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's Functional Health Patterns) สามารถช่วยให้พยาบาลประเมินปัญหาและวางแผนการพยาบาลได้อย่างเป็นระบบและครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ[4]

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษากรณีเปรียบเทียบทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วขณะร่วมกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจำนวน 2 ราย ซึ่งเกิดจากมารดาที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ณ หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เพื่อเปรียบเทียบลักษณะทางคลินิก การรักษา ผลลัพธ์ทางการพยาบาล และการวางแผนการดูแลแบบองค์รวมตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน อันจะเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและการดูแลทารกกลุ่มเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบลักษณะทางคลินิกและภาวะแทรกซ้อนของทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วขณะร่วมกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ จำนวน 2 ราย

2. เพื่อศึกษาแนวทางการรักษาและการพยาบาลแบบองค์รวมโดยใช้กระบวนการพยาบาลและแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนในการดูแลทารกที่เกิดจากมารดาที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

3. เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลและนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยงต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกรณีศึกษาเปรียบเทียบ (Comparative Case Study) ทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วขณะร่วมกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ จำนวน 2 ราย ซึ่งเกิดจากมารดาที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และเข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568

ขั้นตอนการการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผู้ป่วยรายกรณี (Case study) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนทั้ง 11 แบบแผน ร่วมกับกระบวนการพยาบาล (Nursing process) ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล โดยแบ่งการดูแลออกเป็น 3 ระยะดังนี้ ระยะวิกฤต ระยะการดูแลต่อเนื่อง และระยะฟื้นฟู/วางแผนการจำหน่าย การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วขณะร่วมกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ 2 ราย พบว่ามีปรากฏการณ์ที่เป็นประเด็นปัญหาทางการพยาบาล (Nursing Phenomena) ที่เหมือนกันดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วย

กรณีศึกษารายที่ 1 กับรายที่ 2

1. ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia)

2. ภาวะอุณหภูมิกายต่ำ (Hypothermia)

3. การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง (Respiratory Distress)

4. มีภาวะตัวเหลือง (Hyperbilirubinemia)

5. บิดามารดามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของบุตร

6. ทารกเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในร่างกาย เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันยังทำงานไม่สมบูรณ์

7. มีโอกาสเกิด Retinopathy of prematurity (ROP) จาก O2 Toxicity เนื่องจากทารก ได้รับออกซิเจนเป็นเวลานาน

8. ทารกมีความพร่องปฏิสัมพันธ์กับบิดามารดา เนื่องจากถูกแยกรักษาที่ หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย

วินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วย

กรณีศึกษารายที่ 2

1. ทารกเสี่ยงต่อการได้รับสารน้ำสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เนื่องจากไม่สามารถดูด

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้นกลืนได้เอง จากภาวะหายใจเร็วชั่วขณะ

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1

หญิงไทย อายุ 31 ปี G2P1AL1 อายุครรภ์ 36^{+2} สัปดาห์ ตรวจพบเบาหวานขณะตั้งครรภ์เมื่ออายุครรภ์ 8 สัปดาห์ ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 18 ครั้ง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hct ครั้งที่ 1= 37 % HbsAg ผล Negative VDRL ผล Negative Anti HIV ผล Non Reactive ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hct ครั้งที่ 2= 33.7 % HbsAg ผล Negative VDRL ผล Negative Anti HIV ผล Non Reactive เลือกรุ๊ปบี ขณะตั้งครรภ์ ได้รับ NPH 24-0-24 ยูนิต ฉีดใต้ผิวหนัง RI 16-0-16 ยูนิต ฉีดใต้ผิวหนัง เข้ารับการรักษาเมื่อวันที่ 4 มีนาคม 2568 ด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอด โดยขณะรับไว้รักษาพบว่า

มีการหดรัดตัวของมดลูกสม่ำเสมอทุก 4 นาที และเข้าสู่ระยะ active phase ของการคลอด จึงให้งดน้ำงดอาหาร พร้อมให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และยากระตุ้น/ยาควบคุมการหดรัดตัวของมดลูก ได้แก่ Bricanyl รวมทั้งให้ยา Dexamethasone เพื่อช่วยส่งเสริมการพัฒนาปอดทารก จากการตรวจทางสูติกรรมพบว่าทารกอยู่ในท่าศีรษะ น้ำหนักประมาณ 4,000 กรัม แพทย์จึงผ่าตัดคลอด ทารกเพศชายคลอดวันที่ 4 มีนาคม 2568 เวลา 20.48 น. ทารกแรกเกิดน้ำหนัก 4130 กรัม สูง 54 เซนติเมตร APGAR score 6-8-9 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.4℃ PR 142 ครั้ง/นาที RR 68 ครั้ง/นาที BP 96/32 mmHg ย้ายสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยทารกป่วย

อาการสำคัญ

ทารกหลังคลอด 15 นาที ค่าน้ำตาลในเลือด 42 mg% หายใจอกบุ๋ม ชายโครงบุ๋ม หายใจเร็ว อัตราการหายใจ 62 ครั้งต่อนาที ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวออกซิเจน 98 เปอร์เซ็นต์

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

ผู้ป่วยเป็นทารกเพศชาย อายุครรภ์ 36^{+2} สัปดาห์ (โดย Ultrasound และจากการนับอายุครรภ์) ผ่าตัดคลอด วันที่ 4 มีนาคม 2568 เวลา 20.48 น. ทารกเพศชาย น้ำหนัก 4,130 กรัม Apgar score นาทีที่ 1=6 คะแนน (หักสีผิว 2 คะแนน หักกล้ามเนื้อ 1 คะแนน หักการหายใจ 1 คะแนน) นาทีที่ 5=8 คะแนน (หักสีผิว 1 คะแนน หักการหายใจ 1 คะแนน) นาทีที่ 10=9 คะแนน (หักสีผิว 1 คะแนน) แรกคลอดที่ห้องผ่าตัดทารกปลายมือ ปลายเท้าเขียวคล้ำ หายใจเร็วตื้น RR=48 ครั้ง/นาที HR=180 ครั้ง/นาที O_2 sat 98 % เจาะน้ำตาลปลายนิ้วค่าน้ำตาลในเลือด 42 mg% นำส่งทารกไปหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย ด้วยตู้อบเด็กแบบเคลื่อนย้าย Transport Incubator ให้ O_2 Hood 5 LPM ถึงหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย เวลา 21.00 น.

กรณีศึกษาที่ 2

หญิงไทย อายุ 37 ปี G3P2AL2 อายุครรภ์ 36^{+1} สัปดาห์ เคยผ่าตัดคลอด มีเบาหวานขณะตั้งครรภ์ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8℃ PR 96 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที BP 138/72 mmHg ได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดและส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินความรุนแรงของโรค พร้อมติดตามสุขภาพทารกด้วย NST ซึ่งให้ผล reactive จากการตรวจทางสูติกรรมพบว่าทารกอยู่ในท่าศีรษะ น้ำหนักประมาณ 3,500 กรัม ปริมาณน้ำคร่ำเพียงพอ จึงวางแผนผ่าตัดคลอด วันที่ 4 มีนาคม 2568 เวลา 19.39 น. ทารกเพศหญิงน้ำหนัก 3,515 กรัม Apgar score นาทีที่ 1=7 คะแนน (หักสีผิว 1 คะแนน หักกล้ามเนื้อ 1 คะแนน หักการหายใจ 1 คะแนน) นาทีที่ 5=8 คะแนน (หักสีผิว 1 คะแนน หักการหายใจ 1 คะแนน) นาทีที่ 10=9 คะแนน (หักสีผิว 1 คะแนน) แรกคลอดที่ห้องคลอดทารกปลายมือ ปลายเท้าเขียวคล้ำ หายใจเร็วตื้น RR=62 ครั้ง/นาที HR=146 ครั้ง/นาที O_2 sat 94 % เจาะน้ำตาลปลายนิ้วค่าน้ำตาลในเลือด 54 mg% สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.4℃ PR 138 ครั้ง/นาที RR 72 ครั้ง/นาที BP 75/39 mmHg นำส่งทารกไปหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย ด้วยตู้อบเด็กแบบเคลื่อนย้าย Transport Incubator ให้ O_2 Hood 5 LPM ถึงหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วยเวลา 22.00 น.

อาการสำคัญ

ทารกหลังคลอด 2 ชั่วโมง ค่าน้ำตาลในเลือด 45 mg% หายใจอกบุ๋ม ชายโครงบุ๋ม หายใจเร็ว อัตราการหายใจ 72 ครั้งต่อนาที ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวอ๊อกซิเจน 94 เปอร์เซ็นต์

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

ผู้ป่วยเป็นทารกเพศหญิง อายุครรภ์ 36^{+1} สัปดาห์ (โดย Ultrasound และจากการนับอายุครรภ์) เคยผ่าตัดคลอด มีเบาหวานขณะตั้งครรภ์ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8℃ PR 96 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที BP 138/72 mmHg ได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดและส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินความรุนแรงของโรค พร้อมติดตามสุขภาพทารกด้วย NST ซึ่งให้ผล reactive จากการตรวจทางสูติกรรมพบว่าทารกอยู่ในท่าศีรษะ น้ำหนักประมาณ 3,500 กรัม ปริมาณน้ำคร่ำเพียงพอ ไม่สามารถยับยั้งการคลอดได้ แพทย์จึงวางแผนผ่าตัดคลอด วันที่ 4

มีนาคม 2568 เวลา 19.39 น. ทารกเพศหญิงน้ำหนัก 3,515 กรัม Apgar score นาทีที่ 1=7 คะแนน (หักสีผิว 1 คะแนน หักกล้ามเนื้อ 1 คะแนน หักการหายใจ 1 คะแนน) นาทีที่ 5=8 คะแนน (หักสีผิว 1 คะแนน หักการหายใจ 1 คะแนน) นาทีที่ 10-9 คะแนน (หักสีผิว 1 คะแนน) แรกคลอดที่ห้องคลอดทารกปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ หายใจเร็วตื้น RR=72 ครั้ง/นาที HR=138 ครั้ง/นาที O2 sat 94 % เจาะน้ำตาลปลายนิ้วค่าน้ำตาลในเลือด 54 mg% สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.4°C PR 138 ครั้ง/นาที RR 72 ครั้ง/นาที BP 75/39 mmHg นำส่งทารกไปหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย ด้วยตู้อบเด็กแบบเคลื่อนย้าย Transport Incubator ให้ O2 Hood 5 LPM ถึงหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วยเวลา 22.00 น.

แผนการพยาบาล

ผู้ป่วยผู้ศึกษาได้นำกรอบแนวคิดเกี่ยวกับแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผนของกอร์ดอน (Gordon) (สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ. 2565) มาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และอรนันท์ หาญยุทธ (2567) กล่าวว่า กระบวนการพยาบาลเป็นกระบวนการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล นำมาวางแผนการพยาบาลในระยะวิกฤต ระยะการดูแลต่อเนื่อง และระยะฟื้นฟู/วางแผนการจำหน่ายกลับบ้าน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยปราศจากภาวะแทรกซ้อน ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 แผนการพยาบาล

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. แบบแผนการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ	มารดาฝากครรภ์สม่ำเสมอ 18 ครั้ง ตรวจพบ GDM ตั้งแต่อายุครรภ์ 8 สัปดาห์ รักษาด้วย Insulin (NPH, RI) ได้รับ Dexamethasone และ Bricanyl ก่อนคลอด แสดงถึงการให้ความร่วมมือในการรักษา	มารดาอายุ 37 ปี มี GDM และเคยผ่าตัดคลอด ได้รับการติดตาม NST อย่างใกล้ชิดและวางแผนผ่าตัดคลอดอย่างเหมาะสม
ปัญหาที่พบ	มารดามีเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ส่งผลให้ทารกเสี่ยงต่อภาวะ Hypoglycemia และ Macrosomia	มารดามี GDM และอายุมาก (Advanced maternal age) ร่วมกับเคยผ่าตัดคลอด ส่งผลต่อความเสี่ยงของทารก
2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	ทารกมี DTX 42 mg/dL น้ำหนัก 4,130 กรัม มีภาวะ Hypoglycemia และ Hypothermia ต้องได้รับ 10% DW และ Calcium gluconate	ทารกมี DTX ลดลงถึง 18 mg/dL หลัง Admit ต้องได้รับ 12% DW ทาง UVC มีภาวะ Hypoglycemia รุนแรงร่วมกับ Hypothermia
ปัญหาที่พบ	ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและเสี่ยงต่อภาวะตัวเหลือง (TB 11.9 mg/dL)	ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำชนิดมีอาการ (Symptomatic hypoglycemia) และภาวะตัวเหลือง (TB ≥10.5 mg/dL)
3. การขับถ่าย	ไม่พบความผิดปกติ มีการส่งตรวจ UA และติดตาม I/O	ไม่พบความผิดปกติ แต่ต้องติดตาม I/O อย่างใกล้ชิดเนื่องจากได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำและใส่ UVC
ปัญหาที่พบ	ไม่มีข้อมูลความผิดปกติของระบบขับถ่าย	ไม่มีข้อมูลความผิดปกติของระบบขับถ่าย
4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย	RR 62–70 ครั้ง/นาที หายใจอกบุ๋ม ชายโครงบุ๋ม ต้องใช้ HHHFNC 7 LPM	RR 72 ครั้ง/นาที O_2 sat 94% หายใจอกบุ๋ม ต้องใช้ HHHFNC 6 LPM และ FiO_2
ปัญหาที่พบ	การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่องจากภาวะหายใจลำบาก (Respiratory distress)	การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่องรุนแรงกว่า ต้องรักษาใน ICU และใส่ UVC
5. การพักผ่อนนอนหลับ	ทารกอยู่ในตู้อบและได้รับการดูแลต่อเนื่องใน SNB อาจถูกรบกวนการพักผ่อนจากการรักษา	ทารกอยู่ใน ICU ได้รับการรักษาและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ส่งผลต่อการพักผ่อน
ปัญหาที่พบ	เสี่ยงต่อการพักผ่อนไม่เพียงพอจากการรักษา	เสี่ยงต่อการพักผ่อนไม่เพียงพอจากการรักษาใน ICU

ตารางที่ 1 แผนการพยาบาล

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
6. สติปัญญาและการรับรู้	Apgar score 6-8-9 มีภาวะ Hypoglycemia ซึ่งอาจส่งผลต่อระบบประสาทหากไม่ได้รับการแก้ไข	Apgar score 7-8-9 แต่มี Symptomatic hypoglycemia (DTX ต่ำสุด 18 mg/dL) เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทมากกว่า
ปัญหาที่พบ	เสี่ยงต่อการได้รับผลกระทบต่อสมองจากภาวะน้ำตาลต่ำ	เสี่ยงต่อความเสียหายของสมองจากภาวะน้ำตาลต่ำรุนแรง
7. การรู้จักตนเองและ อัตมโนทัศน์	ไม่สามารถประเมินได้โดยตรงในทารกแรกเกิด	ไม่สามารถประเมินได้โดยตรงในทารกแรกเกิด
ปัญหาที่พบ	ไม่สามารถประเมินได้	ไม่สามารถประเมินได้
8. บทบาทและสัมพันธภาพ	ทารกต้องแยกจากมารดาเพื่อรักษาในหอผู้ป่วยทารกป่วย อาจกระทบต่อการสร้างสัมพันธภาพระยะแรก	ทารกต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด ทำให้มารดาและทารกแยกจากกันเป็นเวลานานกว่า
ปัญหาที่พบ	เสี่ยงต่อการสร้างสัมพันธภาพมารดา-ทารกล่าช้า	เสี่ยงต่อการสร้างสัมพันธภาพมารดา-ทารกล่าช้ามากกว่า
9. เพศและการเจริญพันธุ์	ทารกเพศชาย อายุครรภ์ 36^{+2} สัปดาห์ ไม่มีความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์ที่ระบุ	ทารกเพศหญิง อายุครรภ์ 36^{+1} สัปดาห์ ไม่มีความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์ที่ระบุ
ปัญหาที่พบ	ไม่พบปัญหา	ไม่พบปัญหา
10. การปรับตัว และการทนทานต่อความเครียด	ครอบครัวมีความวิตกกังวลจากการที่ทารกต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกป่วย	ครอบครัวมีความเครียดมากขึ้น เนื่องจากทารกมีอาการรุนแรงกว่าและต้องรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด
ปัญหาที่พบ	บิดามารดาเสี่ยงต่อความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยของทารก	บิดามารดามีความวิตกกังวลสูงเกี่ยวกับอาการและการรักษาของทารก
11. คุณค่าและความเชื่อ	ไม่ปรากฏข้อมูลเกี่ยวกับความเชื่อหรือข้อจำกัดทางศาสนาในการรักษา	ไม่ปรากฏข้อมูลเกี่ยวกับความเชื่อหรือข้อจำกัดทางศาสนาในการรักษา
ปัญหาที่พบ	ไม่สามารถประเมินได้	ไม่สามารถประเมินได้

สรุปและอภิปรายผล

จากตารางเปรียบเทียบทฤษฎีและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วย 2 ราย สรุปกรณีศึกษาที่ 1 และ 2 ดังนี้

กรณีศึกษาที่ 1

ทารกเพศชาย อายุครรภ์ 36^{+2} สัปดาห์ คลอดโดยการผ่าตัดคลอดเมื่อวันที่ 4 มีนาคม 2568 น้ำหนักแรกเกิด 4,130 กรัม จัดเป็นทารกตัวโต (Macrosomia) มารดาอายุ 31 ปี ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDM) ได้รับการรักษาด้วยอินซูลิน NPH และ RI และฝากครรภ์สม่ำเสมอ 18 ครั้ง

หลังคลอด 15 นาที ทารกมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (DTX 42 mg/dL) ร่วมกับภาวะอุณหภูมิกายต่ำและภาวะหายใจเร็ว หายใจอกบุ๋ม ชายโครงบุ๋ม อัตราการหายใจ 62–68 ครั้งต่อนาที จึงได้รับออกซิเจนผ่าน O_2 Hood และ HHHFNC พร้อมให้สารน้ำ 10% Dextrose และ Calcium gluconate ทางหลอดเลือดดำ ระดับน้ำตาลหลังรักษาเพิ่มขึ้นเป็น 103 mg/dL

ผลเอกซเรย์ทรวงอกพบ Right lung increased infiltration ร่วมกับประวัติ mild meconium aspiration ได้รับยาปฏิชีวนะ Ampicillin และ Gentamicin รวมทั้งรักษาภาวะตัวเหลืองด้วย Single Phototherapy โดยมีค่า Total Bilirubin 11.9 mg/dL ต่อมาสามารถหยุดการให้ออกซิเจนและสารน้ำทางหลอดเลือดดำได้ รับประทานนมได้ดี และจำหน่ายกลับบ้านเมื่อวันที่ 12 มีนาคม 2568 พร้อมนัดติดตามอาการ

ปัญหาสำคัญ ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะอุณหภูมิกายต่ำ ภาวะหายใจลำบาก ภาวะตัวเหลือง และความวิตกกังวลของบิดามารดา

กรณีศึกษาที่ 2

ทารกเพศหญิง อายุครรภ์ 36^{+1} สัปดาห์ คลอดโดยการผ่าตัดคลอดเมื่อวันที่ 4 มีนาคม 2568 น้ำหนักแรกเกิด 3,515 กรัม มารดาอายุ 37 ปี ตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 มีประวัติเบาหวานขณะตั้งครรภ์และเคยผ่าตัดคลอดมาก่อน ได้รับการติดตามสุขภาพทารกด้วย NST ซึ่งให้ผล Reactive

หลังคลอด 2 ชั่วโมง ทารกมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (DTX 45 mg/dL) ร่วมกับภาวะหายใจเร็ว หายใจอกบุ๋ม ชายโครงบุ๋ม อัตราการหายใจ 72 ครั้งต่อนาที และค่าออกซิเจนในเลือด 94% จึงได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วยด้วย O_2 Hood และ HHHFNC

ระหว่างการรักษาพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดลดต่ำลงถึง 18 mg/dL ซึ่งเป็นภาวะ Symptomatic Hypoglycemia จำเป็นต้องให้ 10% และ 12% Dextrose ทางหลอดเลือดดำ รวมทั้งใส่สาย UVC เพื่อให้สารน้ำและติดตามอาการอย่างใกล้ชิดใน ICU ผลเอกซเรย์ทรวงอกพบ Minimal peripheral infiltration และมีภาวะตัวเหลือง ได้รับการรักษาด้วย Single Phototherapy ร่วมกับการติดตามระดับ Bilirubin อย่างต่อเนื่อง

กรณีศึกษานี้มีความรุนแรงมากกว่ารายแรก เนื่องจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำรุนแรง ต้องรักษาใน ICU และใส่สาย UVC แต่ภายหลังอาการดีขึ้น ระดับน้ำตาลคงที่ สามารถรับนมได้ และได้รับการดูแลต่อเนื่องจนพร้อมจำหน่ายกลับบ้าน

ปัญหาสำคัญ ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำชนิดมีอาการ ภาวะอุณหภูมิกายต่ำ ภาวะหายใจลำบากชั่วคราวในทารกแรกเกิด (Transient Tachypnea of the Newborn: TTN) ภาวะตัวเหลือง และความวิตกกังวลของบิดามารดา

การศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าทารกคลอดก่อนกำหนดที่เกิดจากมารดาที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และภาวะหายใจลำบาก ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการประเมิน เฝ้าระวัง และให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดตั้งแต่ระยะแรกเกิด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีของทารก[4,5]

ข้อเสนอแนะของการศึกษาครั้งนี้

จากการศึกษากรณีทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วขณะร่วมกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ จำนวน 2 ราย พบว่าการดูแลรักษาอย่างรวดเร็วและการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดมีความสำคัญต่อการลดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการฟื้นตัวของทารก ดังนั้น จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ควรมีการคัดกรองและติดตามระดับน้ำตาลในเลือดของทารกที่มารดาเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างใกล้ชิด ตั้งแต่แรกคลอดและในช่วง 24–48 ชั่วโมงแรก เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

2. ควรประเมินและเฝ้าระวังภาวะหายใจลำบากในทารกคลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง โดยติดตามอัตราการหายใจ ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจน และอาการแสดงของการหายใจลำบาก เพื่อให้ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที

3. บุคลากรทางการพยาบาลควรใช้แบบประเมิน 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนร่วมกับกระบวนการพยาบาล เพื่อให้การประเมินครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และครอบครัว อันจะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

4. ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลทารกตั้งแต่ระยะรักษาในโรงพยาบาล โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การสังเกตอาการผิดปกติ การดูแลทารกหลังจำหน่าย และการมาตรวจตามนัด เพื่อลดความวิตกกังวลและเพิ่มความมั่นใจในการดูแลบุตร

5. ควรมีการวางแผนจำหน่ายอย่างเป็นระบบตามหลัก D-METHOD เพื่อให้ผู้ปกครองมีความพร้อมในการดูแลทารกที่บ้าน ลดโอกาสการกลับมา

รักษาซ้ำ และส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสมของทารกในระยะยาว

6. การศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มจำนวนกรณีศึกษาและติดตามผลระยะยาวของทารก เพื่อประเมินผลกระทบต่อการเจริญเติบโต พัฒนาการทางระบบประสาท และคุณภาพชีวิตของเด็กในอนาคต ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทางการพยาบาลทารกกลุ่มเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น.

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2023). Preterm birth. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth

2. Ohuma, E. O., Moller, A.-B., Bradley, E., Chakwera, S., Hussain-Alkhateeb, L., Lewin, A., ... &
Vogel, J. P. (2023). National, regional, and worldwide estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: A systematic analysis. The Lancet, 402(10409), 1261–1271. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00878-4

3. กรมอนามัย. (2566). รายงานสถานการณ์อนามัยแม่และเด็กของประเทศไทย ปี 2566. กระทรวงสาธารณสุข.ชวลิต ปรียาสมบัติ. (2566). ภาวะน้ำตาลน้อยในเลือดในทารกแรกเกิด. Siriraj Medical Journal, 75(2), 115–123. https://doi.org/10.33192/smj.v75i2.263505

4. อรนันท์ หาญยุทธ. (2567). กระบวนการพยาบาล: ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ = Nursing process: Theory to practice (พิมพ์ครั้งที่ 2). ธนอรุณการพิม

5. สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ. (2565). การประเมินภาวะสุขภาพ: แนวคิดและการประยุกต์ใช้ทางการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 9). สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติพยาบาลการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูกในโรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

Development of Nursing Practice Guideline for the use of High-Flow Nasal Oxygen Therapy in Selaphum Hospital Roi-Et Province.

(Received: August 9,2026 ; Revised: August 17,2026 ; Accepted: August 19,2026)

ชนานันทร์ มณีกัญย์[1]
Chananun maneekun[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการปฏิบัติพยาบาลการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก(HFNC)และประเมินผลลัพธ์การใช้แนวทางการปฏิบัติพยาบาลการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูกในโรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูง ที่มารับบริการในโรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2569- เดือนพฤษภาคม 2569 จำนวน 290 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราการหายใจ (RR) และความแตกต่างของความอิ่มตัวออกซิเจน (O_2 sat) ก่อนและหลังการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูง โดยใช้สถิติ paired sample t-test

ผลการวิจัย **:** จากการสนทนาอภิปรายกลุ่มย่อย (Focus group) ประเด็นปัญหาที่สำคัญ 4 ประเด็นมาปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติพยาบาลการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก (HFNC) โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ประเมินผลลัพธ์ดังนี้ ผู้ป่วยก่อนการใช้ HFNC มีค่าเฉลี่ยอัตราการหายใจ(RR)เท่ากับ 30.54 (SD=4.61) ค่าความอิ่มตัวออกซิเจน(O2sat) เท่ากับ 92.03 (SD=3.24) หลังการใช้เครื่อง HFNC มีค่าเฉลี่ยอัตราการหายใจ(RR)เท่ากับ 22.51 (SD=2.69) ค่าความอิ่มตัวออกซิเจน(O2sat) เท่ากับ 98.71 (SD=1.36) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่าผลการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเสลภูมิที่มีต่อแนวทางการปฏิบัติพยาบาลการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก (HFNC) โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.53 (SD= 0.50)

คำสำคัญ : การพัฒนาแนวทางปฏิบัติ, High flow nasal cannula

Abstract

This study was action research aimed to develop nursing practice guidelines for the use of high-flow nasal concentrated oxygen concentration (HFNC) and to evaluate the outcomes of implementing these guidelines at Selaphum Hospital, Roi Et Province. The sample size consisted of 290 patients who met the criteria for HFNC use and received services at Selaphum Hospital, Roi Et Province, between February 2026 and May 2026, and HFNC staff (professional nurses) at Selaphum Hospital using purposive selection. Descriptive statistics were used to analyze the data, including frequency distribution, percentages, means, and standard deviations. This study compared the differences in respiratory rate (RR) and oxygen saturation (O2 saturation) before and after the use of a high-flow oxygen concentrator using a paired sample t-test.

Research Results: From focus group discussions on 4 key issues, the guidelines for nursing practice using high-flow nasal concentrated oxygen concentration (HFNC) were improved at Selaphum Hospital, Roi Et Province. The results were evaluated as follows: Before using HFNC, patients had a mean respiratory rate (RR) of 30.54 (SD=4.61) and an oxygen saturation (O2sat) of 92.03 (SD=3.24). After using HFNC, the mean respiratory rate (RR) was 22.51 (SD=2.69) and the oxygen saturation (O2sat) was 98.71 (SD=1.36). These differences were statistically significant at the 0.05 level. The overall satisfaction assessment of professional nurses at Selaphum Hospital regarding the nursing practice guidelines

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเสลภูมิ

for using High-Flow Nasal Concentration Oxygen Concentration (HFNC) was at the highest level, with a mean score of 4.53 (SD=0.50)

Keywords: Practice guidelines development, High flow nasal cannula

บทนำ

ภาวะเจ็บป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจในผู้ป่วย ถือเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตที่พบได้บ่อยโดยสาเหตุที่ พบบ่อยคือทั้งสาเหตุที่เกิดจากการติดเชื้อโดยตรงในระบบทางเดินหายใจและ/หรือภาวะแทรกซ้อนจากความเจ็บป่วยวิกฤตอื่น ๆ เช่น โรคปอดติดเชื้ออย่างเฉียบพลัน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น จัดเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย จากข้อมูลการเฝ้าระวังโรคปี 2568 มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่สะสมจำนวน 486,562 ราย และปอดอักเสบสะสมจำนวน 298,223 ราย[1] และช่วงปี 2565-2567 พบผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกในสถานบริการสาธารณสุข ปี 2565 จำนวน 21,440,810 ครั้ง ปี 2566 จำนวน 20,709,029 ครั้งและ ปี 2567 จำนวน 17,865,772 ครั้ง[2] ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเด็กหรือผู้ใหญ่ มีภาวะหายใจลำบาก บางรายเกิดภาวะหายใจล้มเหลว (Respiratory failure) เป็นภาวะที่ระบบการหายใจไม่สามารถระบายอากาศและแลกเปลี่ยนก๊าซได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยมีสาเหตุจากการป่วยด้วยโรคต่างๆ ทั้งชนิดที่เกิดขึ้นเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง อาการและอาการแสดงที่พบ คือ ภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxia) ซึ่งแสดงถึงเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน จำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยอย่างรวดเร็วและการดูแลรักษาอย่างถูกต้องและทันท่วงที ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เสียค่าใช้จ่ายและระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น การรักษาที่สำคัญคือ การรักษาด้วยออกซิเจน (Oxygen therapy)ซึ่งถูกนำมาใช้ตั้งแต่ปี ค.ศ.1938[3] แบ่งเป็น 2 ชนิดคือ ชนิดแรกเป็นการรักษาด้วยเครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลต่ำ (Low flow oxygen device) ได้แก่ การให้ออกซิเจนเข้าทางสายยางคู่เข้าจมูก (Nasal cannula) การให้ออกซิเจนทางหน้ากาก (simple face mask) การให้ออกซิเจนทางหน้ากากชนิดมีถุง (partial rebreathing mask) และการให้ออกซิเจนทางหน้ากากชนิดไม่มีถุง(non-rebreathing mask) ตั้งแต่ 0.5-6 LPM ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ให้อัตราการไหลต่ำกว่าความต้องการอัตราการไหลของอากาศเข้าสู่ปอด (demand inspire flow)ทำให้ต้องดึงอากาศจากภายนอกที่มีความเข้มข้นของออกซิเจน 0.21 เข้ามาผสมส่งผลให้ความเข้มข้นของออกซิเจน (FiO_2) ที่ได้รับไม่คงที่ขึ้นกับลักษณะการหายใจของผู้ป่วยไม่เหมาะใช้ในผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของภาวะพร่องออกซิเจนปานกลางถึงสูง ชนิดที่สองเป็นการรักษาด้วยเครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูง (High flow oxygen device) เช่น การให้ออกซิเจนชนิดหน้ากากหรือฝาครอบ ซึ่งเป็นระบบที่สามารถควบคุมความเข้มข้นของออกซิเจนได้ (venturi mask) และการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก (High flow nasal cannula : HFNC) เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การใช้เครื่อง HFNC จะช่วยลดอาการเหนื่อย ลดอัตราการหายใจ ลดงานของการหายใจ ลดอัตราตาย มีความปลอดภัยและได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วย และลดอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยที่มีอาการแสดงของการหายใจลำบากและช่วยลดความล้มเหลวจากการถอดท่อช่วยหายใจ ดังนั้น กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เริ่มมีการนำเครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูกมาใช้กับผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ เมื่อปี 2563 และมีจำนวนผู้ป่วยที่ใช้เครื่อง HFNC ตั้งแต่ปี 2565-2568 จำนวน 1,050 ,1,252 ,1,117 และ 1,061 รายตามลำดับ ซึ่งจากข้อมูลพบว่ามีแนวโน้มการใช้งานเครื่อง HFNC เพิ่มมากขึ้นทุกปี ถึงแม้ว่าจะมีการนำเครื่อง HFNC มาใช้งานแพร่หลายมากขึ้นและต้องใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ซึ่งเป็นภาวะเร่งด่วนและแต่ละรุ่นลักษณะการใช้งานก็แตกต่างกัน

ไป โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด มีเครื่องให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูงรุ่น Airvo 2 ซึ่งบุคลากรในหน่วยงานไม่คุ้นชินกับอุปกรณ์เครื่องให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูง และยังไม่มีแนวทางการปฏิบัติพยาบาลการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูง HFNC อาจทำให้เกิดปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาล โดยเฉพาะพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้น้อย อาจทำให้เกิดความสับสน หลงลืม และเกิดความผิดพลาดในการประกอบอุปกรณ์ทางการแพทย์ ผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญดังกล่าว จึงสนใจที่จะพัฒนาแนวทางการปฏิบัติพยาบาลการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูง HFNC เพื่อให้พยาบาลผู้มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือดูแลเฝ้าระวังและป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน วางแผนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่อง HFNC ทำให้ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น ดังนั้น การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติพยาบาลการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูกในโรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จะช่วยพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลให้สามารถดูแลและควบคุมการทำงานของเครื่อง HFNC ลดความเสี่ยงของภาวะการหายใจล้มเหลวที่นำไปสู่การใส่ท่อช่วยหายใจ ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่อง HFNC มีการใช้เครื่อง HFNC อย่างถูกต้องตามมาตรฐาน มีการประเมิน สังเกตและบันทึกการเปลี่ยนแปลงของระบบการไหลเวียน ดูแลและรักษาสมดุลของน้ำ รวมทั้งสามารถวินิจฉัยปัญหา วางแผนการพยาบาลให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความปลอดภัย อันเป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการปฏิบัติพยาบาลการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูกในผู้ป่วยโรงพยาบาลเสลภูมิ

2. เพื่อประเมินผลลัพธ์การใช้แนวทางการปฏิบัติพยาบาลการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูกในผู้ป่วยและพยาบาลผู้ใช้แนวทางการปฏิบัติพยาบาล โรงพยาบาลเสลภูมิ

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ใช้แนวคิดเกี่ยวกับมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน (3P Safety Goals) SIMPLE[4]

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูง ที่มารับบริการใน โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูง ที่มารับบริการใน โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2569- เดือนพฤษภาคม 2569 จำนวน 290 คน

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การสำรวจ/วางแผน (Planning/Needs Assessment) ศึกษาสภาพปัญหา ผู้วิจัยศึกษาเอกสารและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ HFNC ในผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวจากสาเหตุต่างๆที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยการสนทนากลุ่ม(Focus group) จำนวน 10 คน วิเคราะห์ สำรวจศึกษาสภาพปัญหา 4 ด้านได้แก่ 1) ด้านความล้มเหลวในการรักษา(HFNC Failure) 2) ปัญหาทางคลินิกและข้อบ่งชี้การใช้ 3) ปัญหาด้านบุคลากรและอุปกรณ์ และ 4) ปัญหาผลข้างเคียงต่อผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนา/ปฏิบัติการ (Development/Implementation) สร้างแนวทางการปฏิบัติพยาบาลฯและทดลองใช้ ผู้วิจัยและทีมร่วมกันพัฒนาแนวทางการปฏิบัติพยาบาลการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูง HFNC โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด มาจัดทำและกำหนดแนวทางการปฏิบัติพยาบาลฯใหม่ และนำรูปแบบแนวทางการปฏิบัติพยาบาลฯที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ไปใช้

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล (Evaluation) ศึกษาผลการใช้แนวทางการปฏิบัติพยาบาลฯประชุมเตรียมความพร้อมเพื่อชี้แจงแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล พนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย เกี่ยวกับการใช้แนวทางการปฏิบัติพยาบาลการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูง HFNC ที่พัฒนาขึ้น แล้วนำแนวทางการปฏิบัติพยาบาลฯ ไปใช้จริงพร้อมทั้งเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด

ขั้นตอนที่ 4 การขยายผล/นำไปใช้ (Dissemination/Application) ประเมินผลลัพธ์ของการ พัฒนาแนวทางการปฏิบัติพยาบาลการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูง พร้อมวิเคราะห์หาโอกาสพัฒนาแนวทางการปฏิบัติพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้นใหม่

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เอกสารรับรองเลขที่ COE 0152569 ลงวันที่ 27 เดือนกุมภาพันธ์ 2569

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired sample t-test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและวิเคราะห์ปัญหา

การสำรวจ/วางแผน (Planning/Needs Assessment) ศึกษาสภาพปัญหา โดยการสนทนากลุ่ม(Focus group) จำนวน 10 คน วิเคราะห์ สำรวจศึกษาสภาพปัญหา 4 ด้านได้แก่ 1) ด้านความล้มเหลวในการรักษา(HFNC Failure) 2) ปัญหาทางคลินิกและข้อบ่งชี้การใช้ 3) ปัญหาด้านบุคลากรและอุปกรณ์ และ 4)ปัญหาผลข้างเคียงต่อผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พบประเด็นปัญหาสำคัญ ดังนี้

1. ปัญหาความล้มเหลวในการรักษา (HFNC Failure) 1) ภาวะแทรกซ้อนพบผู้ป่วยเหนื่อยหอบมากขึ้น ออกซิเจนในเลือดลดลง ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะหายใจล้มเหลว 2) ความเสี่ยงพบการใส่ท่อช่วยหายใจล่าช้า (Delayed Intubation) ส่งผลเสียต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วย 3) ปัจจัยเสี่ยงพบผู้ป่วยที่มีภาวะโลหิตจาง หรือขาดสารอาหารขั้นรุนแรง มักมีโอกาสรักษาด้วย HFNC ไม่สำเร็จ

2. ปัญหาทางคลินิกและข้อบ่งชี้การใช้ 1) การประเมินผิดพลาดพบผู้ป่วยบางรายอาจจำเป็นต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจตั้งแต่แรก แต่ถูกนำมาใช้ HFNC ก่อนทำให้เสียเวลาในการรักษา 2) เกณฑ์ไม่ชัดเจนพบว่าการใช้เครื่อง HFNC ในโรคต่างๆ เช่น ปอดอักเสบ, หัวใจล้มเหลว, หรือติดเชื้อในกระแสเลือดจำเป็นต้องมีแนวทางประเมินการตอบสนองที่ชัดเจน

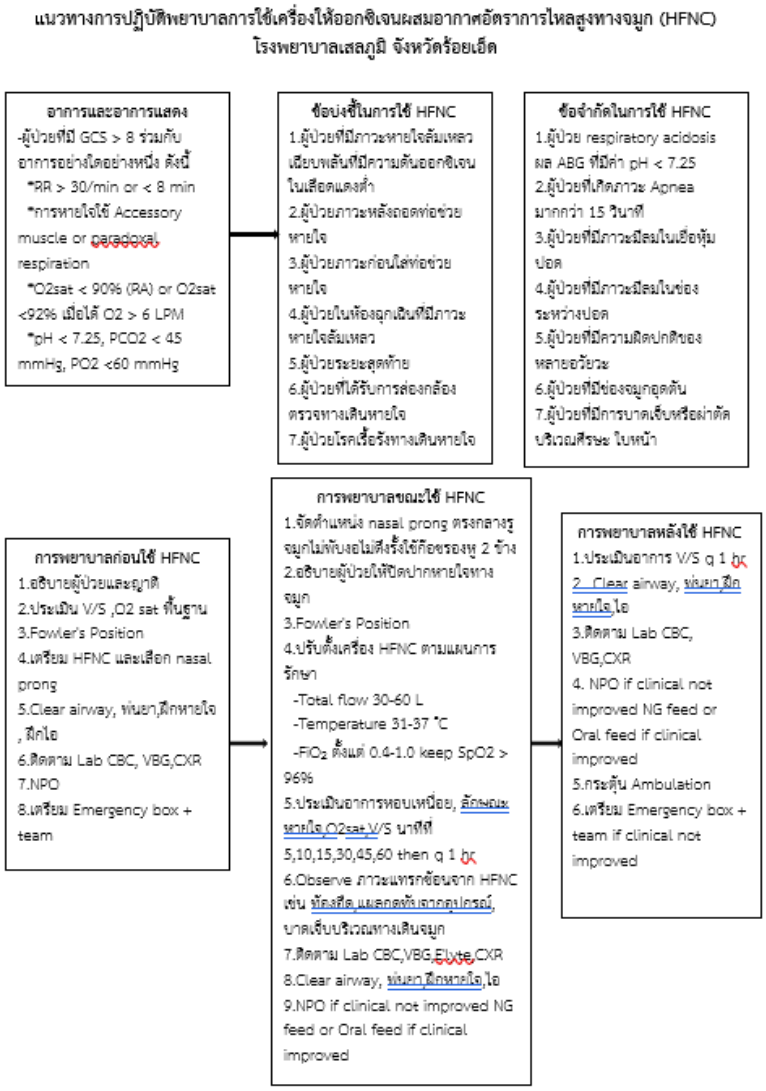
3. ปัญหาด้านบุคลากรและอุปกรณ์ 1) ขาดแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน (Clinical Practical Guideline/Clinical Nursing Practical Guideline) ขาดแนวทางในการคัดกรองผู้ป่วย (Inclusion/Exclusion criteria) ที่ชัดเจน อาจทำให้มีการใช้เครื่องในผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสม หรือเลือกใช้ HFNC แทนการใส่ท่อช่วยหายใจในรายที่อาการหนักเกินไป 2) ความเชี่ยวชาญพบว่าขาดความรู้ความชำนาญในการตั้งค่าเครื่อง (เช่น การปรับ Flow ตามน้ำหนักตัว หรือการปรับสัดส่วนออกซิเจน FiO_2 3) ความพร้อมของอุปกรณ์พบปริมาณเครื่อง HFNC ไม่เพียงพอในช่วงวิกฤต 4) การดูแลสายอุปกรณ์อาจพบปัญหาสายหลุด เลื่อน หรือเกิดการอุดตันจากน้ำ 5) อัตราส่วนบุคลากรต่อผู้ป่วยไม่สมดุล การใช้ HFNC จำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด (Close monitoring) แต่ในหอผู้ป่วยทั่วไปอาจมีบุคลากรไม่เพียงพอในการประเมินผู้ป่วยรายชั่วโมง ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายได้

4. ปัญหาผลข้างเคียงต่อผู้ป่วย 1) ความไม่สุขสบายพบผู้ป่วยอาจรู้สึกอึดอัด เกิดแผลกดทับ เจ็บโพรงจมูก หรือจมูกแห้งจากการได้รับอากาศที่มีอัตราการไหลสูง 2) การติดเชื้อพบความเสี่ยงในการติดเชื้อ

ระบบทางเดินหายใจเพิ่มเติม หากอุปกรณ์ไม่ผ่านการทำความสะอาดและฆ่าเชื้ออย่างถูกต้องตามมาตรฐาน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำประเด็นปัญหาที่สำคัญ 4 ประเด็นมาปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติพยาบาลการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก (HFNC) โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ในผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมเสนอแนะโดยสรุปได้ ดังนี้ 1) แนวทางประเมินและคัดเลือกผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก(HFNC) ประกอบด้วย (อาการและอาการแสดงที่จำเป็นต้องใช้เครื่องHFNC, ข้อบ่งชี้ในการใช้เครื่อง HFNC, ข้อจำกัดในการใช้เครื่อง HFNC) 2) แนวทางการปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก (HFNC) ประกอบด้วย (การพยาบาลผู้ป่วยก่อนใช้เครื่อง HFNC, การพยาบาลผู้ป่วยขณะใช้เครื่อง HFNC, การพยาบาลผู้ป่วยหลังใช้เครื่อง HFNC) จากการสนทนาอภิปรายกลุ่ม/ระดมสมองโดยใช้กระบวนการกลุ่ม(Focus group) จึงนำมาสู่ขั้นตอนการทบทวนวรรณกรรม และพัฒนาแนวทางการปฏิบัติพยาบาลการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก (HFNC) โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ดขึ้น

ส่วนที่ 2 การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติพยาบาลการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูง



ภาพประกอบ 1 แนวทางการปฏิบัติพยาบาลการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูง

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากการสนทนาอภิปรายกลุ่ม (Focus group) มาวิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหาและนำกรอบแนวคิด งานวิจัยที่เกี่ยวข้องร่างแนวทางการปฏิบัติพยาบาลการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก (HFNC) โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เสนอผู้เกี่ยวข้องพิจารณาให้ความเห็นและข้อเสนอแนะ แล้วทำการแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้พัฒนาแนวทางการปฏิบัติพยาบาลการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก (HFNC) (ภาพประกอบ 1)

ส่วนที่ 3 การประเมินผลลัพธ์การใช้แนวทางการปฏิบัติพยาบาลการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูง

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่เพศชายร้อยละ 63.10 เพศหญิงร้อยละ 36.90 มีอายุ 61 ปีขึ้นไปร้อยละ 54.14 อายุเฉลี่ย 55.80 ปี อายุต่ำสุด 1 ปี อายุสูงสุด 92 ปี สถานภาพสมรสร้อยละ 43.10 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษาร้อยละ 70.69 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 40.35 และไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 50.34 มีโรคประจำตัวร้อยละ 49.66 พบโรคประจำตัวได้แก่ COPD, CVA, DM, HT, Gout, ESRD และ Cirrhosis

กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเสลภูมิ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.72 มีอายุเฉลี่ย 33.53 ปี อายุต่ำสุด 24 ปี อายุสูงสุด 59 ปี สถานภาพโสดร้อยละ 85.96 วุฒิการศึกษาทางการพยาบาลจบปริญญาตรี ร้อยละ 94.74 ประสบการณ์การปฏิบัติงานพยาบาล 1-5 ปี ร้อยละ 39.47 และพยาบาลเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูง (HFNC) ร้อยละ 90.35

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราการหายใจ (RR) ก่อนและหลังการใช้แนวทางการปฏิบัติพยาบาลการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก (HFNC)

อัตราการหายใจ(RR)	จำนวน	$\bar{X}$ (SD)	95%CI	t	*df*	p-value
ก่อนการใช้เครื่องHFNC	290	30.54 (4.61)	7.654-8.400	42.37	289	.000
หลังการใช้เครื่องHFNC	290	22.51 (2.69)				

จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราการหายใจ (RR) ก่อนและหลังการใช้แนวทางการปฏิบัติพยาบาลการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก (HFNC) ก่อนและหลังการพัฒนาฯ โดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่า ก่อนการใช้เครื่อง HFNC ผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจลำบากมีค่าเฉลี่ยของอัตราการหายใจ เท่ากับ 30.54 และหลังใช้แนวทางการปฏิบัติพยาบาลการใช้เครื่องออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก (HFNC) มีค่าเฉลี่ยของอัตราการหายใจเท่ากับ 22.51 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจลำบากในโรงพยาบาลเสลภูมิที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการปฏิบัติพยาบาลการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก (HFNC) มีอัตราการหายใจที่ดีขึ้น

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าความอิ่มตัวออกซิเจน (O2 sat) ก่อนและหลังการใช้แนวทางการปฏิบัติพยาบาลการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก (HFNC)

ความอิ่มตัวออกซิเจน (O2sat)	จำนวน	$\bar{X}$ (SD)	95%CI	t	*df*	p-value
ก่อนการใช้เครื่องHFNC	290	92.03 (3.24)	-6.9942,-6.3644	-41.74	289	.000
หลังการใช้เครื่องHFNC	290	98.71 (1.36)				

จากตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าความอิ่มตัวออกซิเจน (O2 sat) ก่อนและหลังการใช้แนวทางการปฏิบัติพยาบาลการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก (HFNC) ก่อนและหลังการพัฒนาฯ โดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่า ก่อนการใช้เครื่อง HFNC ผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจลำบากมีค่าเฉลี่ยของค่าความอิ่มตัวออกซิเจน (O2sat) เท่ากับ 92.03 และหลังใช้แนวทางการปฏิบัติพยาบาลการใช้เครื่องออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก (HFNC) มีค่าเฉลี่ยของค่าความอิ่มตัวออกซิเจน (O2sat) เท่ากับ 98.71 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจลำบากในโรงพยาบาลเสลภูมิที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการปฏิบัติพยาบาลการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก (HFNC) มีค่าความอิ่มตัวออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น

ผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจลำบากที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเสลภูมิ ได้รับการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติพยาบาลการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก (HFNC) โรงพยาบาลเสลภูมิจากพยาบาลวิชาชีพที่ให้การพยาบาลสามารถสรุปตามรายกิจกรรม ดังนี้

1. พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเสลภูมิ มีการปฏิบัติตามข้อบ่งชี้การใช้เครื่อง HFNC ร้อยละ 100

2. การพยาบาลผู้ป่วยก่อนการใช้เครื่อง HFNC พบว่า การอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ, การประเมิน V/S, O2 sat, การเตรียมเครื่อง HFNC และเลือก nasal prong, การประเมินการรับรู้และการให้ความร่วมมือ สามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 100 ยกเว้น การ Clear airway พ่นยา ฝึกหายใจ สอนการไอ สามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 98.27, การเตรียม Emergency box และทีม สามารถปฏิบัติได้ ร้อยละ 98.27, การติดตาม Lab CBC, CXR สามารถปฏิบัติได้ ร้อยละ 97.24, การจัดท่า Fowler's position สามารถปฏิบัติได้ ร้อยละ 96.21,ในส่วนของการ NPO สามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 94.48

3. การพยาบาลผู้ป่วยขณะใช้เครื่อง HFNC พบว่า การจัดตำแหน่ง nasal prong ,การปรับตั้งเครื่องHFNC ตามแผนการรักษา,การประเมินลักษณะการหายใจ อาการหอบเหนื่อย สามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 100 ยกเว้น การ Clear airway พ่นยา ฝึกหายใจ สอนการไอ สามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 99.65, การ Observe ภาวะแทรกซ้อนจาก HFNC เช่น แผลกดทับจากอุปกรณ์ ท้องอืด บาดเจ็บบริเวณทางเดินหายใจ สามารถปฏิบัติได้ ร้อยละ 99.65, อธิบายให้ผู้ป่วยในการปิดปากและหายใจทางจมูก สามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 96.21 การจัดท่า Fowler's position สามารถปฏิบัติได้ ร้อยละ 96.21, การติดตาม Lab CBC, CXR สามารถปฏิบัติได้ ร้อยละ 95.17

4. การพยาบาลผู้ป่วยหลังถอดเครื่อง HFNC พบว่า การประเมินอาการ V/S q 1 hr, NPO if clinical not improved NG feed or Oral feed if clinical improved,การเตรียม Emergency box และทีม if clinical not improved สามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 100 ยกเว้น การ Clear airway พ่นยา ฝึกหายใจ สอนการไอ สามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 99.65, การติดตาม Lab CBC, CXR สามารถปฏิบัติได้ ร้อยละ 97.24, การกระตุ้นผู้ป่วยให้ ambulation สามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 96.21

ผลการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเสลภูมิที่มีต่อแนวทางการปฏิบัติพยาบาลการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก (HFNC) โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.53 (SD= 0.50) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า แนวทางปฏิบัติพยาบาลการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก (HFNC) มีความครอบคลุมการพยาบาลทุกด้าน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.71 (SD=0.45) อยู่ในระดับมากที่สุด ,แนวทางปฏิบัติพยาบาลการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก (HFNC) มีประสิทธิภาพป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.58 (SD= 0.49) อยู่ในระดับมากที่สุด,แนวทางปฏิบัติพยาบาลการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูง

ทางจมูก (HFNC) มีเนื้อหาที่ชัดเจน เข้าใจง่าย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.44 (SD=0.61) อยู่ในระดับมาก และแนวทางปฏิบัติพยาบาลการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก (HFNC)มีเนื้อหาที่ทันสมัยและน่าเชื่อถือตรงตามมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.21 (SD=0.43) อยู่ในระดับมากตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาวิเคราะห์สภาพปัญหา 4 ด้านได้แก่ 1) ด้านความล้มเหลวในการรักษา(HFNC Failure) 2) ปัญหาทางคลินิกและข้อบ่งชี้การใช้ 3) ปัญหาด้านบุคลากรและอุปกรณ์และ 4)ปัญหาผลข้างเคียงต่อผู้ป่วย จึงได้นำประเด็นปัญหาที่สำคัญ 4 ประเด็นมาปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติพยาบาลการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก (HFNC) โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ในผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมเสนอแนะโดยสรุปได้ ดังนี้ 1) แนวทางประเมินและคัดเลือกผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก(HFNC) ประกอบด้วย (อาการและอาการแสดงที่จำเป็นต้องใช้เครื่องHFNC, ข้อบ่งชี้ในการใช้เครื่อง HFNC, ข้อจำกัดในการใช้เครื่อง HFNC) 2) แนวทางการปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก (HFNC) ประกอบด้วย (การพยาบาลผู้ป่วยก่อนใช้เครื่อง HFNC, การพยาบาลผู้ป่วยขณะใช้เครื่อง HFNC, การพยาบาลผู้ป่วยหลังใช้เครื่อง HFNC) จากการสนทนาอภิปรายกลุ่ม/ระดมสมองโดยใช้กระบวนการกลุ่ม (Focus group) จึงนำมาสู่ขั้นตอนการทบทวนวรรณกรรม และพัฒนาแนวทางการปฏิบัติพยาบาลการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก (HFNC) โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ดขึ้น

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราการหายใจ (RR) และค่าความอิ่มตัวออกซิเจน (O2 sat) พบว่า ก่อนการใช้เครื่อง HFNC ผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจลำบากมีค่าเฉลี่ยของอัตราการหายใจ (RR) เท่ากับ 30.54 และหลังใช้แนวทางการปฏิบัติพยาบาลการใช้เครื่องออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก (HFNC) มีค่าเฉลี่ยของอัตราการหายใจ (RR) เท่ากับ 22.51 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05และพบก่อนการใช้เครื่อง HFNC ผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจลำบากมีค่าเฉลี่ยของค่าความอิ่มตัวออกซิเจน (O2sat) เท่ากับ 92.03 หลังใช้เครื่อง HFNC มีค่าเฉลี่ยของค่าความอิ่มตัวออกซิเจน (O2sat) เท่ากับ 98.71 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจลำบากในโรงพยาบาลเสลภูมิที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการปฏิบัติพยาบาลการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก (HFNC) มีอัตราการหายใจ (RR) และมีค่าความอิ่มตัวออกซิเจน (O2sat) เพิ่มมากขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ นุชรดา สามพายวรกิจ[5] ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้ HFNC ในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหายใจลำบาก โรงพยาบาล 50 พรรษามหาวชิราลงกรณ พบว่าการใช้ HFNC ในผู้ป่วยเด็กมีอัตราความสำเร็จร้อยละ 95 และช่วยลดอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิญญา ชาญศิริและ สุภัจฉรา สีเสน[6] ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูง หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย พบว่ารูปแบบการพยาบาลสามารถลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการปฏิบัติตามแนวทางทางการปฏิบัติพยาบาลการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก (HFNC) พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเสลภูมิ มีการปฏิบัติตามข้อบ่งชี้การใช้เครื่อง HFNC ร้อยละ 100 การพยาบาลผู้ป่วยก่อนการใช้เครื่อง HFNC พบว่า การอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ, การประเมิน V/S, O2 sat, การเตรียมเครื่อง HFNC และเลือก nasal prong, การประเมินการรับรู้และการให้ความร่วมมือ สามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 100 ยกเว้น การ Clear airway พ่นยา ฝึกหายใจ สอนการไอ สามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 98.27, การเตรียม

Emergency box และทีม สามารถปฏิบัติได้ ร้อยละ 98.27, การติดตาม Lab CBC, CXR สามารถปฏิบัติได้ ร้อยละ 97.24, การจัดท่า Fowler's position สามารถปฏิบัติได้ ร้อยละ 96.21,ในส่วนของการ NPO สามารถปฏิบัติได้ ร้อยละ 94.48 ส่วนการพยาบาลผู้ป่วยขณะใช้เครื่อง HFNC พบว่า การจัดตำแหน่ง nasal prong ,การปรับตั้งเครื่อง HFNC ตามแผนการรักษา,การประเมินลักษณะการหายใจ อาการหอบเหนื่อย สามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 100 ยกเว้น การ Clear airway พ่นยา ฝึกหายใจ สอนการไอ สามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 99.65, การ Observe ภาวะแทรกซ้อนจาก HFNC เช่น แผลกดทับจากอุปกรณ์ ท้องอืด บาดเจ็บบริเวณทางเดินหายใจ สามารถปฏิบัติได้ ร้อยละ 99.65, อธิบายให้ผู้ป่วยในการปิดปากและหายใจทางจมูก สามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 96.21 การจัดท่า Fowler's position สามารถปฏิบัติได้ ร้อยละ 96.21, การติดตาม Lab CBC, CXR สามารถปฏิบัติได้ ร้อยละ 95.17 และการพยาบาลผู้ป่วยหลังถอดเครื่อง HFNC พบว่า การประเมินอาการ V/S q 1 hr, NPO if clinical not improved NG feed or Oral feed if clinical improved,การเตรียม Emergency box และทีม if clinical not improved สามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 100 ยกเว้นการ Clear airway พ่นยา ฝึกหายใจ สอนการไอ สามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 99.65, การติดตาม Lab CBC, CXR สามารถปฏิบัติได้ ร้อยละ 97.24, การกระตุ้นผู้ป่วยให้ ambulation สามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 96.21 และ พบว่าผลการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเสลภูมิที่มีต่อแนวทางการปฏิบัติพยาบาลการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก (HFNC) โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.53 (SD= 0.50) สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญหทัย นาคสวาสดิ์[7] ที่ศึกษาการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูกในโรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตาก พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการปฏิบัติตามแนวทางในการใช้เครื่องช่วยหายใจ HFNC เท่ากับ 83.71 และมีความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.20 (SD=0.33) สอดคล้องกับการศึกษาของ พราวเดือน เนตรวิชัย [8]ได้ศึกษาเรื่องผลการปฏิบัติของพยาบาลหลังการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด 19 ที่มีภาวะหายใจลำบากเฉียบพลันและได้รับการรักษาด้วย HFNC ในหอผู้ป่วยติดเชื้อ โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโควิด 19 สามารถเพิ่มคุณภาพการพยาบาลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งตะวัน ฮีทและคณะ[9] ศึกษาเรื่อง การพัฒนาแนวทางการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด High flow nasal cannula ในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลโกสุมพิสัย ผลการวิจัยพบว่าอัตราความสำเร็จในการใช้ HFNC ร้อยละ 83.3 ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนักพบว่าเฉลี่ยลดลงจาก 6.78 วัน เหลือ 3.71 วัน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001) ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.73, SD = 0.47) อัตราการเสียชีวิตลดลง และค่าใช้จ่ายลดลง

ข้อเสนอแนะ

1.ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 ผู้บริหารควรมีการสนับสนุนให้มีการนำแนวทางการปฏิบัติพยาบาลการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก (HFNC) ในโรงพยาบาลเสลภูมิไปใช้ในหน่วยงานอื่นอย่างสม่ำเสมอพร้อมสนับสนุนงบประมาณ บุคลากร สถานที่เพื่อให้มีการปฏิบัติพยาบาลอย่างยั่งยืน

1.2 ผู้บริหารควรสนับสนุนการนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปวางแผนและกำหนดนโยบายในการบริหารจัดการดูแลรักษาเชิงคลินิก/การบริหารทางการพยาบาล/การปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยที่ใช้เครื่อง HFNC เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

2.1 ควรมีการนำผลการวิจัยที่ได้ขยายผลไปยังโรงพยาบาลชุมชนอื่นๆภายในจังหวัดและมีการติดตามประเมินผลการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและปรับให้สอดคล้องกับบริบทในแต่ละพื้นที่

2.2 พยาบาลวิชาชีพ สามารถนำผลการวิจัยนี้ไปพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยแต่ละวัยที่มีความแตกต่างกันทางสรีรวิทยาของระบบทางเดินหายใจ รวมทั้งกำกับดูแลอย่างใกล้ชิดตามสภาพปัญหาและความต้องการ นอกจากนี้อาจารย์พยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการสอนนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูง

2.3 ควรมีการจัดการเรียนรู้และทบทวนในเรื่องการเตรียมความพร้อมการใช้เครื่อง HFNC อย่างน้อยทุก 6 เดือนและควรมีการนิเทศทางการพยาบาลเรื่อง การพยาบาลการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก (HFNC) ในโรงพยาบาลเสลภูมิ อย่างสม่ำเสมอ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณบุคลากรที่เกี่ยวข้องตลอดจนภาคีเครือข่ายและผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสลภูมิที่ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2568).สถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่. https://ddc.moph.go.th/doe/pagecontent.php?page=607&dept=doe

2.สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.(2568). รายงานโรคระบบทางเดินหายใจในสถานบริการสาธารณสุข. https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/statistics_and_indicators?impt_branch=305#gsc.tab=0

3. Jones ES.(1978).Oxygen Therapy.Essential Intensive Care.Dordrecht: Springer Netheriands:p.71-85.

4.สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล.(2561).เป้าหมายความปลอดภัยของบุคลากร/ผู้ป่วยของประเทศไทย พ.ศ.2561 Personal Safety Goals: SIMPLE Thailand 2018.เฟมัส แอนด์ ซัคเซ็สฟูล.

5.นุชรดา สามพายวรกิจ.(2566). ประสิทธิผลของการใช้ High flow nasal canula (HFNC) ในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหายใจลำบาก โรงพยาบาล 50 พรรษา มหาวชิราลงกรณ.วารสารโรงพยาบาลหนองคาย,1(1),1-22.

6.อภิญญา ชาญศิริ และสุภัจฉรา สีเสน.(2567).การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูง หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม,8(15),42-54.

7.ขวัญหทัย นาคสวาสดิ์.(2567).การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหล สูงทางจมูกในโรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตาก. https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2567/research/MA2567-005-01-0000001810-0000001932.pdf

8.พราวเดือน เนตรวิชัย.(2565).ผลการปกิบัติของพยาบาลหลังการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด 19 ที่มีภาวะหายใจลำบากเฉียบพลันและได้รับการรักษาด้วย High flow nasalCannula ในหอผู้ป่วยติดเชื้อ โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. https://www.chiangmaihealth.go.th

9.รุ่งตะวัน ฮีท,นราภรณ์ ท่อนโพธิ์,อาคม รัฐวงษา,คำปอง ปะวะเสนังและยศศักดิ์ หาญชาญเลิศ.(2566).การพัฒนาแนวทางการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด High flow nasal cannula ในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลโกสุมพิสัย.วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน,8(3),151-161.

การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

Development of Guidelines for Promoting Early Childhood of Suspected delayed development. In primary care KosumpisaiHospital, Kosumpisai district Mahasarakham province.

(Received: August 9,2026 ; Revised: August 17,2026 ; Accepted: August 19,2026)

ละอองดาว แสงไกร[1] อาริยา แดงวงษา[1] ปรียาดา ผิวพันธมิตร[1]
L-aongdowsaengkrai[1] Ariyadaengwongsa[1] Priyadapiwpanthamit[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัยอายุ 2-5ปีที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ที่มารับบริการศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโกสุมพิสัย ตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัยจังหวัดมหาสารคามจำนวน 40 คน มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์และปัญหาการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัยอายุ2-5ปี2) พัฒนาแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัยอายุ 2-5ปีที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า 3)ศึกษาผลของการใช้แนวทางการพัฒนาการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ2-5ปีที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า วิเคราะห์ข้อมูลโดย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังด้วยสถิติอนุมาน Paired-t-test

ผลการศึกษาการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า พบว่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลเด็กสงสัยล่าช้าก่อนการส่งเสริมทักษะมีคะแนนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กมีค่าคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 85 (S.D.=3.36) หลังการส่งเสริมทักษะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 99.97(S.D.=3.36)ผ่านเกณฑ์การประเมิน การพิจารณารายด้านพบว่า การส่งเสริมพัฒนาการด้านการสร้างความผูกพันทางอารมณ์เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 38.45 รองลงมาคือการสร้างวินัยเชิงบวกร้อยละ 30.70 และด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30.70ผ่านเกณฑ์ทักษะการดูแลเด็กปฐมวัยเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์การประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลเด็กที่ได้รับการฝึกทักษะพบว่ามีความพึงพอใจมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 95

คำสำคัญ : เด็กปฐมวัย, พัฒนาการสงสัยล่าช้า, การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

Abstract

This study was action research project aimed at developing guidelines for promoting the development of 40 preschool children aged 2-5 years with suspected developmental delays who are receiving services at the Kosum Phisai Community Health Center, Hua Khwang Subdistrict, Kosum Phisai District, Maha Sarakham Province. The objectives are: 1) to study the situation and problems in promoting the development of preschool children aged 2-5 years; 2) to develop guidelines for promoting the development of preschool children aged 2-5 years with suspected developmental delays; and 3) to study the effectiveness of implementing the developmental promotion guidelines for preschool children aged 2-5 years with suspected developmental delays. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and pre- and post-mean comparisons using inferential statistics (paired t-test).

The results of a study on developing guidelines for promoting the development of children with suspected developmental delays showed that the average score of early childhood developmental promotion skills among caregivers of children with suspected developmental delays before skill promotion was 85% (S.D.=3.36). After skill promotion, the score increased to 99.97% (S.D.=3.36), meeting the evaluation criteria. Considering individual aspects, the promotion of emotional bonding increased by 38.45%, followed by positive discipline at 30.70%, and finally, child development promotion at 30.70%, all meeting the criteria for early childhood care skills for promoting

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

development and emotional intelligence. An assessment of caregivers' satisfaction with the skills training showed the highest level of satisfaction at 95%.

Keywords: Early childhood children, Suspected developmental delay, Early childhood developmental promotion

บทนำ

การพัฒนาเด็กปฐมวัยก้าวแรกแห่งชีวิตที่ดีเพื่อเด็กทุกคนปฐมวัยคือช่วงเวลาตั้งแต่เด็กยังอยู่ในครรภ์จนถึงอายุ 6 ปี ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่สำคัญอย่างมากต่อพัฒนาการและอนาคตของเด็ก เด็กต้องได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย และกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ จึงจะสามารถพัฒนาทักษะที่จำเป็นต่อการคว้าโอกาสในชีวิต ที่สามารถล้มแล้วลุกขึ้นได้ และเจริญเติบโตอย่างเข้มแข็ง คุณภาพของประสบการณ์ในช่วงขวบปีแรก ๆ คือปัจจัยที่สร้างความแตกต่างได้อย่างมีนัยสำคัญต่อพัฒนาการของสมอง การเรียนรู้ สุขภาพ และพฤติกรรมตลอดช่วงชีวิตของเด็ก เด็กจำนวนมากในประเทศไทยไม่ได้รับการดูแลและการกระตุ้นการเรียนรู้ที่เหมาะสมในช่วงขวบปีแรก ๆ ของชีวิต พ่อแม่ผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่ได้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ของเด็กอย่างจริงจังและเอาใจใส่เท่าที่ควร และจำนวนมากใช้วิธีการลงโทษด้วยความรุนแรง ขณะที่เด็กอายุต่ำกว่า 4 ปี เกือบหนึ่งในห้าคนไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่ของตัวเอง(องค์การยูนิเซฟ)เด็กปฐมวัยซึ่งเป็นช่วงวัยที่สำคัญที่สุดของการพัฒนาทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม สติปัญญาและบุคลิกภาพเป็นวัยที่เรียกว่าช่วงพลังแห่งการเจริญเติบโตของชีวิตโดยเฉพาะช่วง 3 ปีแรกสมองของเด็ก มีการเปลี่ยนแปลงทั้งปริมาณสมองและจุดเชื่อมต่อสารเคมีในสมองรวมทั้งรอยหยักที่พื้นผิวสมอง ซึ่งล้วนส่งผลต่อสติปัญญาและความฉลาดของเด็ก ถ้าเด็กได้รับการพัฒนาได้รับการกระตุ้นด้วยวิธีการที่ถูกต้องแล้วจะช่วยพัฒนาเซลล์สมองเจตคติต่อการเรียนรู้ และช่วยให้ทักษะการเรียนรู้สามารถพัฒนาไปได้ตลอดชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนาเด็กปฐมวัยเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงวุฒิภาวะและระบบต่างๆเพื่อเพิ่มศักยภาพและความสามารถของเด็กให้มีประสิทธิภาพที่สูงขึ้นอย่างเป็นลำดับ[1]

สำหรับเด็กปฐมวัยมีวิธีการส่งเสริมได้หลายวิธี ในเด็กเล็กควรใช้วิธีการที่ตอบสนองต่อธรรมชาติตามวัยของเด็กคือความอยากรู้อยากเห็นเพราะเด็กในวัยนี้กำลังเรียนรู้ความเป็นตัวของตัวเอง(Self indentity) ดังที่รีเบคก้า(Rebecca,1998,p,204)กล่าวถึงการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กด้วยการใช้กิจกรรมที่เด็กได้แสดงออกทางการรับรู้อารมณ์ตนเอง เช่นการเต้นรำการใช้เพลงดนตรีการฟังนิทานการใช้กิจกรรมกลุ่มเพื่อฝึกการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นการใช้กิจกรรมดนตรีการเคลื่อนไหวร่างกายช่วยให้เด็กได้แสดงความรู้สึกตามจินตนาการของตนเองอย่างอิสระเสรี ทำให้มีอารมณ์ร่าเริงแจ่มใส ให้ความสำคัญกับผู้ดูแลเด็กวิธีการส่งเสริมพัฒนาการ พัฒนาเครือข่ายผู้ดูแลและการติดตามพัฒนาการโดยผู้ปกครอง ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้ 1)ผู้ดูแลเด็กโดยความผูกพันที่แน่นแฟ้นระหว่างบิดามารดาและบุตรเป็นรากฐานที่ดีที่สุด[2] องค์การอนามัยโลกได้เสนอวิธีการที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพได้แก่การสร้างเสริมความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาและบุตรเพิ่มการเข้าถึงของผู้ดูแลในด้านความรู้ทัศนคติการปฏิบัติหรือทักษะตามลำดับ เพื่อสนับสนุนการเรียนรู้และการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เช่น สนับสนุนผู้ดูแลเด็กสร้างโอกาสในการเรียนรู้ สำหรับเด็กเพิ่มความสามารถของผู้ดูแลเด็กให้เข้าถึงข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมเลี้ยงดูเด็กให้มากขึ้น 2)การส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วยวิธีการที่หลากหลาย เช่น การอ่านหนังสือนิทานเพิ่มการเรียนรู้และเล่นที่เหมาะสมกับพัฒนาการเป็นต้น3)เพิ่มการเรียนรู้โดยผ่านการแลกเปลี่ยนระหว่างเครือข่ายผู้ดูแลเด็ก เช่น การประชุมกับกลุ่มผู้ดูแลเพื่อแบ่งปันข้อมูลและหารือเกี่ยวกับปัญหาการดูแลการเยี่ยมบ้านเพื่อเพิ่มพูนความรู้ของผู้ดูแลในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กและทักษะการดูแลให้คำแนะนำทั่วไปเกี่ยวกับการดูแล

เด็กซึ่งครอบคลุมถึงระเบียบวินัยกิจวัตรให้อาหาร สุขภาพและพัฒนาการของเด็กเป็นต้น[3]

ในเขตพื้นที่ตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ได้ดำเนินการส่งเสริมและตรวจประเมินและกระตุ้นพัฒนาการเด็ก 5 กลุ่มอายุ ผลการดำเนินงานในปี 2565 - 2567 พบว่า ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 98.52,88.69และ90.43 ตามลำดับ(เกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90) พัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 38.98,33.26และ 30.16 ตามลำดับ(เกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20)ได้รับการติดตามเด็กภายใน 30 วัน ร้อยละ 99.02, 87.59และ 86.84 ตามลำดับ(เกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90) และมีพัฒนาการสมวัย 93.01, 84.65 และ 84.69(เกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 87) ตามลำดับและได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย (ร้อยละ 91.67, 67.67และ66.67 ตามลำดับ(เกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 35) (ที่มารายงาน HDCข้อมูลณ วันที่18 ตุลาคม 2567) จากข้อมูลรายงานพบร้อยละของเด็กที่มีพัฒนากรสงสัยล่าช้า มีอัตราค่อยข้างสูง 3 ปีย้อนหลัง คือ ร้อยละ 38.98,33.26และ 30.16 ปี 2565-2567 ตามลำดับ(จากเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20) และ จากการสอบถามผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ80 ผู้ปกครอง/ผู้เลี้ยงดูเด็กขาดความรู้ความเข้าใจในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก (DSPM) ตามช่วงวัย และพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่สงสัยล่าให้เข้าบริบทของชุมชนจากสถานการณ์ดังกล่าว[4]

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อปรับปรุงวิธีปฏิบัติ ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เพื่อให้มีแนวทางการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยที่พ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็ก มีความรู้ความเข้าใจในส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่ถูกต้อง และการปรับแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการที่มีลักษณะเฉพาะให้เข้ากับบริบทของชุมชน จะช่วยให้เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามีโอกาสพัฒนาทักษะทำให้มีพัฒนาการสมวัยในช่วงเวลาที่สำคัญ ตลอดทั้งช่วยลดอัตราของเด็กปฐมวัยที่พัฒนาการสงสัยล่าช้า อันจะทำให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการที่สมวัยครั้งแรกเพิ่มมากขึ้น และเข้าสู่วัยเรียนและวัยผู้ใหญ่ในอนาคต ซึ่งจะเป็นกำลังที่สำคัญในการพัฒนาประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์

1.เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 2-5 ปี หน่วยบริการศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโกสุมพิสัย ตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

2.เพื่อพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 2-5ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า หน่วยบริการศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโกสุมพิสัย ตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

3.เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวทางการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 2-5 ปีที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า หน่วยบริการศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโกสุมพิสัย ตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัยจังหวัดมหาสารคาม

วิธีการศึกษา

รูปแบบวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประกอบด้วย การดำเนินงาน 4 ระยะคือ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าระยะที่ 3 นำแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการ ไปใช้เพื่อตรวจสอบประสิทธิผล ระยะที่ 4 ประเมินปรับปรุงแก้ไขและยืนยันคุณภาพแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการ เพื่อนำไปใช้อย่างต่อเนื่อง

พื้นที่ดำเนินการวิจัย

ศึกษาในพื้นที่เครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลโกสุมพิสัย ตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการวิจัยในเดือนกุมภาพันธ์-กันยายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือเด็กอายุ 2-5 ปี และผู้ดูแล ในพื้นที่ตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ที่เข้ารับการคัดกรองพัฒนาการ ปี 2567 จำนวน 336 คน ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าชา จำนวน 101 คน

กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กอายุ 2-5 ปี และผู้ปกครอง/ผู้เลี้ยงดู/ผู้ดูแลเด็กอายุ 2-5 ปีที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ากำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ G*power3.1 คำนวณกลุ่มตัวอย่างสำหรับการทดสอบ Chisquareโดยค่า Effect size 0.30 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ค่าอำนาจทดสอบ(power of test) เท่ากับ 0.95 ประชากรเด็กอายุ 2-5 ปี ปี 2567 จำนวน 336 คน พบเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าชา จำนวน 101 คน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ขั้นต่ำ 40 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.แบบประเมินพัฒนาการตามคู่มือ DSPM

2.แบบประเมินภาวะโภชนาการเด็ก 0-5 ปี

3.แบบสอบถาม การวิจัย เรื่อง การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย 3 ส่วน 1)ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานครอบครัว2)ข้อมูลด้านการเลี้ยงดู ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับผู้เลี้ยงดูเด็ก 3)แบบประเมินทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ ประกอบด้วยข้อมูลพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กของผู้ดูแลเด็ก มีทั้งหมด 23 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้านคือ ด้านการสร้างความผูกพันทางอารมณ์ ประคับประคองจิตใจ ด้านการสร้างวินัย และด้านการส่งเสริมพัฒนาการ มีการให้คะแนน แบ่งเป็น 5 ระดับคะแนน ดังนี้

5 คะแนน คือ เป็นประจำ หมายถึงท่านกระทำพฤติกรรมนั้นเป็นประจำมากกว่า 4 ครั้งต่อสัปดาห์

4 คะแนน คือ บ่อยครั้ง หมายถึงท่าน กระทำพฤติกรรมนั้นเป็นประจำมากกว่า 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์

3 คะแนน คือ บางครั้ง หมายถึงท่าน กระทำพฤติกรรมนั้นเป็นประจำมากกว่า 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์

2 คะแนน คือ น้อยครั้ง หมายถึงท่าน กระทำพฤติกรรมนั้นเป็นประจำมากกว่า 1-2 ครั้งต่อเดือน

1 คะแนน คือ ไม่เคย หมายถึงท่านไม่เคยแสดงพฤติกรรมนั้นๆเลย

สถิติที่ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ค่าความเชื่อมั่น (95%CI) และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังด้วยสถิติอนุมาน paired-t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ได้ขอรับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์โรงพยาบาลโกสุมพิสัย รหัสEC เลขที่ 5 / 2568

ผลการศึกษา

การศึกษาการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคามประกอบด้วยการพัฒนาเป็น 4 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

จากการศึกษาสถานการณ์ด้านเด็กปฐมวัยปี 2567 พบว่า มีเด็กปฐมวัย ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโกสุมพิสัยดังนี้ ตรวจพัฒนาการทั้งหมด

เด็กกลุ่มอายุ 2-5 ปี ได้รับการตรวจพัฒนาการ จำนวน 134 คน เพศชาย 77คน เพศ หญิง 57 พบเด็กมีพัฒนาการสมวัยครั้งแรก จำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 70.14 กลุ่มตัวอย่างที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า 40 คน คิดเป็นร้อยละ 29.86 คนพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า ด้านกล้ามเนื้อการเคลื่อนไหว จำนวน 6 คนคิดเป็นร้อยละ 4.47 ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญาจำนวน 23 คนคิดเป็นร้อยละ 17.16 ด้านเข้าใจภาษาจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 6.71 ด้านการใช้ภาษาจำนวน 8 คนคิดเป็นร้อยละ 5.97ด้านช่วยเหลือตนเองและสังคมจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 6.71 เด็กบางคนพบพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่า 1 ด้านและส่งต่อคลินิกกระตุ้นพัฒนาการจำนวน 4 คนคิดเป็นร้อยละ 2.98 พัฒนาการล่าช้าด้านการใช้ภาษาจำนวน4 คน คิดเป็นร้อยละ 2.98

การประเมินทักษะการดูแลเด็กปฐมวัยเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ลงสู่การปฏิบัติในคลินิกจากการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย8คนพบว่า เด็กเป็นเพศชาย 4 คน ร้อยละ 40.00 เพศหญิงร้อยละ 60.00 อายุเฉลี่ย 3.6 ปี ส่วนใหญ่มีปู่ ย่า ตา ยาย เป็นผู้เลี้ยงดูคิดเป็นร้อยละ 60.00 มีอายุเฉลี่ย 56.66 ปี รองลงมาคือมารดาคิดเป็นร้อยละ 30.00 มีอายุเฉลี่ย 29.33 และบิดาคิดเป็นร้อยละ 10.00 การประเมินทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ของผู้เลี้ยงเด็กหรืออยู่ใกล้ชิดเด็กพบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลเด็กปฐมวัย 2-5 ปีจาก 84.50 เพิ่มขึ้นเป็น 95.2 คะแนน **ระยะที่** 2 การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า

การวิจัยการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าใช้แนวคิดการสร้างพลังใจ(Empowerment)ให้แก่พ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็กในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าให้ตระหนักถึงความรู้ความสามารถของตนเอง และเป็นผู้ที่เหมาะสมที่สุดในการฝึกทักษะส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการให้แก่เด็กที่บ้าน โดยให้ความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมของผู้ดูแลเด็ก และเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามีพัฒนาการดีขึ้นตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย DSPM มีการกำหนดแนวทางการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ดังนี้

1. มีการประเมินพัฒนาการอย่างต่อเนื่องตามคู่มือDSPM การประเมินพัฒนาการเป็นสิ่งสำคัญในการระบุและติดตามความก้าวหน้า การสังเกตพฤติกรรมการเรียนรู้และการโต้ตอบของเด็กในสภาพแวดล้อมที่เป็นธรรมชาติ เช่น ในห้องเรียนหรือที่บ้าน

2. ฝึกทักษะโดยพ่อแม่/ผู้ดูแลเด็กที่บ้าน เพื่อกระตุ้นพัฒนาให้สมวัยระยะเวลา 4 สัปดาห์ และนัดประเมินผลพัฒนาการด้านที่ไม่ผ่าน ตามคู่มือ DSPM ที่หน่วยบริการศูนย์สุขภาพชุมชน รพ.โกสุมพิสัย

3. การสร้างสภาพแวดล้อมที่กระตุ้นการพัฒนา สร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและเต็มไปด้วยกิจกรรมที่ช่วยกระตุ้นการเรียนรู้ จัดให้มีมุมเรียนรู้และมุมเล่นที่เหมาะสมสำหรับการพัฒนาในทุกๆ ด้าน เช่น ด้านภาษา การเคลื่อนไหว ทักษะการคิด และการสร้างความสัมพันธ์

4. ใช้สื่อการเรียนรู้ที่มีสีสันและมีความหลากหลาย เช่น หนังสือภาพ เกมการศึกษา วัสดุศิลปะ

5. กระตุ้นให้เด็กพัฒนาทักษะทางภาษาและการสื่อสารผ่าน กิจกรรมต่างๆเช่น การอ่านนิทาน การเล่นบทบาทสมมติ การร้องเพลง หรือการสนทนากับเด็กในชีวิตประจำวัน

6. ใช้คำพูดที่ชัดเจนและเข้าใจง่ายในการสอนเด็ก เพื่อให้เขามีโอกาสใช้ภาษาในการแสดงความคิดเห็น

7. ใช้กิจกรรม กิน กอด เล่น เล่า ในการส่งเสริมพัฒนาการ

8. มีการฝึกอบรม/ให้ความรู้ ครู ผู้ปกครองและอสม.เรื่องการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ด้วยคู่มือ DSPM ทุกปี

9. พัฒนาทักษะการสร้างความตระหนักรู้ในชุมชนเกี่ยวกับการช่วยเหลือและส่งต่อเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า

10. ติดตามพัฒนาการของเด็ก สร้างความร่วมมือระหว่างโรงเรียนและบ้าน โดยให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกันที่บ้าน

11. อสม.ติดตาม พัฒนาการในชุมชนและประเมินผลการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง

12. กรณีประเมินพัฒนาการแล้วพบพัฒนาการล่าช้าครั้งแรกที่ชัดเจน ส่งต่อคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็กพบแพทย์ตรวจและวินิจฉัย

กรณีที่เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าหลังจากฝึกทักษะหรือกระตุ้นพัฒนาการภายใน 1 เดือน แล้วประเมินพัฒนาการซ้ำแล้วไม่ผ่านทักษะ ส่งต่อส่งต่อคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ โรงพยาบาลโกสุมพิสัยพบแพทย์เพื่อวินิจฉัย

การส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าเป็นกระบวนการที่ต้องมีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง แนวทางที่ได้เสนอในงานนี้มุ่งเน้นการใช้กิจกรรมต่างๆ ที่เหมาะสมกับพัฒนาการของเด็กร่วมกับภาคีเครือข่ายศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและอสม.ในชุมชนช่วยติดตามและสนับสนุนการกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าในชุมชน มีการส่งต่อเด็กเข้ารับการวินิจฉัยได้เร็ว เกิดชุมชนเข้มแข็ง ซึ่งจะช่วยให้เด็กได้พัฒนาทักษะที่สำคัญอย่างรวดเร็วและทั่วถึง สามารถมีพัฒนาการเหมาะสมตามวัยเข้ากับสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระยะที่ 3 การประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ลงสู่การปฏิบัติในคลินิกจากการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย40คนพบว่า เด็กเป็นเพศชาย 27 คน ร้อยละ 67.5เพศหญิง 13 คนคิดเป็นร้อยละ 32.5 อายุเฉลี่ย 3.5 ปี ส่วนใหญ่มีปู่ ย่า ตา ยาย เป็นผู้เลี้ยงดูคิดเป็นร้อยละ 60.00 มีผู้เลี้ยงดูมีอายุเฉลี่ย 56.66 ปี รองลงมาคือมารดาคิดเป็นร้อยละ 30.00 มีอายุเฉลี่ย 29.33 และบิดาคิดเป็นร้อยละ 10.00 การประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้กราฟภาวะโภชนาการตามคู่มืออนามัยแม่และเด็ก พบว่า ด้านน้ำหนักเทียบกับอายุพบเด็กมีน้ำหนักตามเกณฑ์จำนวน33 คนร้อยละ 82.50 น้ำหนักมากจำนวน5 คนร้อยละ 12.50 น้ำหนักค่อนข้างน้อยจำนวน 1 คนร้อยละ 2.5 น้ำหนักน้อยจำนวน 1 คนร้อยละ 2.5 ส่วนสูงตามเกณฑ์จำนวน36 คนร้อยละ 90.0 ด้านส่วนสูงเทียบกับน้ำหนักพบว่า มีสูงดีสมส่วนจำนวน 28 คนร้อยละ 70 มีภาวะเริ่มอ้วนจำนวน4 คนร้อยละ 10.0รูปร่างท้วมจำนวน 3 คนร้อยละ 9.7รูปร่างผอมจำนวน 3คนร้อยละ 9.7 ส่วนเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าประเมินภาวะโภชนาการ น้ำหนักเทียบกับอายุพบว่า มีน้ำหนักตามเกณฑ์จำนวน3 คนร้อยละ 9.7 น้ำหนักมากจำนวน 1 คนร้อยละ 2.5 ด้านส่วนสูงเทียบกับอายุพบว่า มีส่วนสูงตามเกณฑ์จำนวน 3 คนร้อยละ 9.7 เตี้ยจำนวน 1 คนร้อยละ 2.5 และ ด้านส่วนสูงเทียบกับน้ำหนักพบ สูงดีสมส่วนจำนวน 3 คนร้อยละ 9.7 เริ่มอ้วนจำนวน 1 คนร้อยละ 2.5

ระยะที่ 4 การนำแนวทางการประเมินทักษะการดูแลเด็กปฐมวัยเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ลงสู่การปฏิบัติในคลินิก

การประเมินทักษะการดูแลเด็กปฐมวัยเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ของผู้ดูแลเด็กหรือผู้ใกล้ชิดเด็กจำนวน 40 คน พบว่าข้อมูลทั่วไปของมารดาเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าส่วนใหญ่อยู่ในวัยเจริญพันธ์อายุ 20-35 ปีคิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมาคืออายุมากกว่า 35 ปี คิดเป็นร้อยละ 30 และมีการตั้งครรภ์ครบกำหนด 38-42 สัปดาห์คิดเป็นร้อยละ 90 มีการคลอดปกติทางช่องคลอด คิดเป็นร้อยละ 62.5 คลอดผิดปกติคิดเป็นร้อยละ 37.5 ข้อมูลทั่วไปของเด็กปฐมวัย 2-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าจำนวน 40 คน พบว่าเพศชาย 27 คนคิดเป็นร้อยละ 67.5 เพศหญิง 13 คน คิดเป็นร้อยละ 32.5อายุเฉลี่ย 3.5 ปี และมีการเจริญเติบโตด้านร่างกายสมวัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า จำนวน 40 คน พบว่าเป็นเพศชาย 2 คนคิดเป็นร้อยละ 5 เพศหญิง 38 คน คิดเป็นร้อยละ 95 อายุเฉลี่ย 42.17 ปี ส่วนใหญ่มีมารดา

เป็นผู้ดูแลร้อยละ 57.5 รองลงมาคือ มีปู่ ย่า ตา ยาย ดูแล คิดเป็นร้อยละ 35และมีบิดาเป็นคนดูแลร้อยละ 5 สถานะของผู้ดูแลมากที่สุดคือ สถานะสมรส ร้อยละ 77.5 รองลงมาคือ โสด หย่า หม้าย ร้อยละ 12.5,7.5,2.5 ตามลำดับ การศึกษาของผู้ดูแลเด็กพบมากที่สุดคือระดับประถมศึกษาและต่ำกว่าพบร้อยละ 35 รองลงมาคือ มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 32.5 และระดับมัธยมตอนต้นร้อยละ 22.5ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขายและกิจการส่วนตัวคิดเป็นร้อยละ 57.5 รองลงมาคืออาชีพเกษตรกรรมน้อยละ 35 และไม่มีงานทำร้อยละ 7.5 รายได้เฉลี่ย 5,000 – 10, 000 บาทร้อยละ 70.5 ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่รายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตร้อยละ 45 และมีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บร้อยละ 40 มีเพียงส่วนน้อยที่มีรายได้เพียงพอและเหลือเก็บคิดเป็นร้อยละ 15 ส่วนความสัมพันธ์ในครอบครัวพบว่ามีการอยู่ด้วยกันราบรื่น มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 92.5 รองลงมาคือ มีการอยู่ด้วยกันแต่ไม่ราบรื่นร้อยละ 2.5

ตารางที 1 แสดงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปีที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าก่อนและหลังการส่งเสริมพัฒนาการ

การส่งเสริมพัฒนาการ (N=40)	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.
ทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย	85	5.315	99.97	3.368
1.ด้านการสร้างความผูกพันทางอารมณ์(A)	31.28	4.273	38.45	2.375
2.ด้านการสร้างนิสัยเชิงบวก(B)	26.33	5.413	30.83	3.515
3.ด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก (C)	25.60	5.528	30.70	3.068

จากตารางที่ 1 พบว่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ก่อนการส่งเสริมทักษะมีคะแนนทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กมีค่าคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 85 (S.D.=3.36) ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินหลังการส่งเสริมทักษะของผู้ดูแลเด็ก มีคะแนนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 99.97(S.D.=3.36)ผ่านเกณฑ์การประเมินทักษะการพิจารณารายด้านพบว่าการส่งเสริมพัฒนาการด้านการสร้างความผูกพันทางอารมณ์เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 38.45 (S.D.=2.37) รองลงมาคือการสร้างวินัยเชิงบวกร้อยละ 30.83(S.D.=3.51) และด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30.70(S.D.=3.06)ผ่านเกณฑ์ทักษะการดูแลเด็กปฐมวัยเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์

ตารางที่ 2 แสดงระดับพัฒนาการเด็กปฐมวัย 2-5 ปี หลังการกระตุ้นพัฒนาการ จำนวน 40 คน

ระดับพัฒนาการ	กลุ่มตัวอย่าง(N=40)	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ
-พัฒนาการสมวัย	36	90.00
-พัฒนาการล่าช้า	4	10.00
-ส่งต่อการรักษา	4	10.00

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่าหลังการกระตุ้นพัฒนาการแล้วทำให้เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า มีพัฒนาการสมวัย 36 คน คิดเป็นร้อยละ 90 และยังมีเด็กพัฒนาการล่าช้า 4 คน คิดเป็นร้อยละ 10 และได้รับการส่งต่อพบแพทย์และวินิจฉัย เข้าสู่ระบบการรักษาตามระบบ

สรุปและอภิปรายผล

การกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ด้วยโปรแกรม DSPM และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กที่บ้าน รวมถึงผู้ดูแลเด็กที่ศูนย์พัฒนาเด็ก ทำให้เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า หลังการกระตุ้นมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 90 มีค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ก่อนการส่งเสริมทักษะมีคะแนนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กมีค่าคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 85 (S.D.=3.36) หลังการส่งเสริมทักษะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 99.97(S.D.=3.36) สอดคล้องกับการศึกษาของยุทธนา ศิลปรัสมี และคณะ[5] ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย DSPM เด็กปฐมวัยกระตุ้นพัฒนาการด้วยคู่มือDSPM ใช้เวลากระตุ้นพัฒนาการ 4 สัปดาห์ 2.แบบสอบถามเรื่องการเลี้ยงดูเด็กและข้อมูลพื้นฐานครอบครัวสำหรับผู้ปกครอง จากคัดกรองเด็กปฐมวัย จำนวน 410 รายการกระตุ้นพัฒนาการของเด็กที่มีภาวะสงสัยว่าจะมีพัฒนาการล่าช้าด้วยโปรแกรมการกระตุ้นพัฒนา หลังจากการกระตุ้น พบว่า เด็กมีพัฒนาการสมวัย จำนวน 391 คน คิดเป็นร้อยละ 96.54

ในกลุ่มนี้จะมีมารดาเป็นผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ คือมารดา และมีตายาย เป็นผู้ดูแลหลักซึ่งจะเห็นได้ว่า การที่เราช่วยพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลเด็กให้มีแนวทางหรือทิศทางการดูแลเด็กแต่ละช่วงวัย จะเป็นการส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้ดียิ่งขึ้น รวมถึงความสัมพันธ์อันดีภายในครอบครัวเป็นพื้นฐานสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ดูแลเด็กมีความพร้อมในสังเกตุเฝ้าระวังอาการผิดปกติของเด็กได้ รวมถึงการมีทักษะในการกระตุ้นพัฒนาการของผู้ดูแลเด็กมีส่วนสำคัญที่สุด[6]

ข้อเสนอแนะ

1.ควรมีการพัฒนาศักยภาพพยาบาลให้มีทักษะการกระตุ้นพัฒนาการเด็กตามกลุ่มวัยเพิ่มขึ้น เพื่อการดำเนินงานที่ครอบคลุมเด็กแต่ละกลุ่มวัย

2.ควรเพิ่มการพัฒนาศักยภาพการเฝ้าระวังและการกระตุ้นพัฒนาการเด็กของผู้ดูแลเด็กให้ครอบคลุมตั้งแต่เริ่มวางแผนครอบคลุม

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณ.(2566).คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM)จังหวัดนนทบุรี
2. กรุงเทพมหานคร. UNICEF Thailand.(2021).Preechapanichการพัฒนาเด็กปฐมวัยก้าวแรกแห่งชีวิตที่ดีเพื่อเด็กทุกคน
3. นิยะดา บุญอภัยและธฤฎวัน อุเทศ.(2565).การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าโรงพยาบาลสกลนครวารสาร OPEN ACCESS SAKON NAKHON PROVINCIAL PUBLIC HEALTH OFFICE
4. โรงพยาบาลโกสุมพิสัย. (2568) ผลการดำเนินงานในปี 2565 – 2567. รายงาน HDCข้อมูลณ วันที่18 ตุลาคม 2567 โรงพยาบาลโกสุมพิสัย.
5. ยุทธนาศิลปรัสมีและคณะ.(2562)การศึกษาพัฒนาการไม่สมวัยของเด็กปฐมวัยในจังหวัดนครศรีธรรมราช Developmental disorder of childhood in Nakhon Si Thammarat.
6. รัตติกานต์ สีและและคณะ.(2566).ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของปกครอง ตำบลไสหร้า อำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช.วารสารวิจัยและนวัตกรรมทาง สาธารณสุข.1(2)34-42

ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม

Effectiveness of the care model for people at risk of suicide attempt at Pla Pak Hospital, Nakhon Phanom Province.

(Received: July 9,2026 ; Revised: August 12,2026 ; Accepted: August 16,2026)

วชิรวิทย์ ชาดวง[1]
Vachirawit Chadong[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม โดยใช้รูปแบบการดูแล “ปลาปาก SAFE-CARE Model” ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการคัดกรอง การประเมิน การวางแผนดูแลรายบุคคล การสร้างการมีส่วนร่วม การติดตามต่อเนื่อง การส่งเสริมการเข้าถึงบริการ การส่งต่อและประสานเครือข่าย และการประเมินผล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม จำนวน 256 คน คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) และแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการใช้รูปแบบ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้วยสถิติ Paired samples t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการศึกษา: ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแล “ปลาปาก SAFE-CARE Model” กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า 9Q ลดลงจาก 12.72 ± 3.89 คะแนน เป็น 7.90 ± 4.24 คะแนน และแตกต่างจากก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8Q ลดลงจาก 8.98 ± 4.31 คะแนน เป็น 6.09 ± 4.36 คะแนน และแตกต่างจากก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่า ภายหลังการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า “ปลาปาก SAFE-CARE Model” มีประสิทธิผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ที่มีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตาย โดยการเชื่อมโยงกระบวนการคัดกรองและประเมินเข้าสู่การวางแผนดูแลรายบุคคล การสร้างการมีส่วนร่วม และการติดตามอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตาย, ภาวะซึมเศร้า, การป้องกันการฆ่าตัวตาย

ABSTACT

This study was action research aimed to evaluate the effectiveness of a care model for individuals at risk of suicide attempts at Pla Pak Hospital, Nakhon Phanom Province. The “Pla Pak SAFE-CARE Model” was implemented as a structured care model comprising screening, assessment, individualized care planning, engagement, continuous follow-up, promotion of access to healthcare services, referral and network coordination, and evaluation. The study sample consisted of 256 individuals at risk of suicide attempts who received care at Pla Pak Hospital, Nakhon Phanom Province. Participants were purposively selected according to the predefined eligibility criteria. Data collection instruments included the 9-item Depression Assessment Questionnaire (9Q) and the 8-item Suicide Risk Assessment Questionnaire (8Q). Data were collected before and after implementation of the care model. Descriptive statistics were used to summarize the data, and mean scores before and after implementation were compared using a paired-samples t-test. The statistical significance level was set at .05.

Results: Following implementation of the “Pla Pak SAFE-CARE Model,” the mean 9Q depression score decreased from 12.72 ± 3.89 to 7.90 ± 4.24, with a statistically significant difference compared with

[1] โรงพยาบาลปลาปาก อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม

the pre-implementation score ($p < .001$). Similarly, the mean 8Q suicide risk score decreased from 8.98 ± 4.31 to 6.09 ± 4.36, representing a statistically significant reduction from baseline ($p < .001$). These findings indicate that participants experienced reductions in depressive symptoms and suicide risk following implementation of the care model. The findings suggest that the "Pla Pak SAFE-CARE Model" is effective in reducing depressive symptoms and suicide risk among individuals at risk of suicide attempts by integrating screening and assessment with individualized care planning, engagement, and continuous follow-up.
Keywords: suicide attempt risk, depression, suicide prevention

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขและสุขภาพจิตที่สำคัญ เนื่องจากส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระบบสุขภาพ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงมีความซับซ้อนและเชื่อมโยงทั้งภาวะซึมเศร้า ปัญหาสุขภาพจิต การใช้สุราและสารเสพติด ตลอดจนปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่สามารถป้องกันได้ หากกลุ่มเสี่ยงได้รับการค้นหา ประเมิน และดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสมและทันเวลา โดยมีระบบบริการและการติดตามดูแลที่ต่อเนื่อง [1]

สถานการณ์การฆ่าตัวตายในประเทศไทยยังคงเป็นปัญหาที่ต้องเฝ้าระวัง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 5,172 ราย คิดเป็นอัตรา 7.94 ต่อประชากรแสนคน ขณะที่จังหวัดนครพนมพบอัตราการพยายามฆ่าตัวตาย 28.11 ต่อประชากรแสนคน สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงภาระปัญหาสุขภาพจิตในระดับพื้นที่ และความจำเป็นในการพัฒนาระบบค้นหา คัดกรอง ประเมิน และติดตามผู้ที่มีความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ [2,3]

การดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตายจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการดูแลที่เชื่อมโยงตั้งแต่การค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การประเมินระดับปัญหา การวางแผนดูแลที่เหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละราย การสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัว การติดตามอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการส่งต่อและประสานเครือข่ายบริการ การศึกษาของอนงค์ อรุณรุ่ง พบว่า การให้คำปรึกษาครอบครัวสามารถช่วยลดคะแนนความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[4] ขณะที่เกษม ตั้งเกษมสำราญ รายงานว่า รูปแบบการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำที่ประกอบด้วยการพัฒนาศักยภาพบุคลากร การพัฒนาระบบค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และการพัฒนาระบบข้อมูล ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง รวมทั้งช่วยเสริมสร้างระบบเฝ้าระวังและการดูแลร่วมกันระหว่างครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายสุขภาพ[5] ข้อค้นพบดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงควรดำเนินการในลักษณะของระบบการดูแลที่ต่อเนื่องและเชื่อมโยงหลายองค์ประกอบ มากกว่าการดำเนินกิจกรรมเฉพาะส่วนหรือการประเมินความเสี่ยงเพียงอย่างเดียว

สำหรับจังหวัดนครพนม ข้อมูลย้อนหลังระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2563–2567 พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมีความผันผวน แม้ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2563–2566 จะมีแนวโน้มลดลงจาก 10.17 ต่อประชากรแสนคน เป็นประมาณ 7.7–7.94 ต่อประชากรแสนคน แต่ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มขึ้นเป็น 8.9 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ไม่เกิน 8.0 ต่อประชากรแสนคน สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงความเปราะบางของปัญหาสุขภาพจิตและความจำเป็นในการดำเนินมาตรการป้องกันอย่างต่อเนื่องในระดับพื้นที่ [6]

เมื่อพิจารณาสถานการณ์ในอำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม พบว่า แม้อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จจะต่ำกว่าค่าเฉลี่ยระดับจังหวัด แต่ยังพบ

ผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่อง โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 พบผู้เสียชีวิตจำนวน 2 ราย คิดเป็นอัตรา 3.6 ต่อประชากรแสนคน และในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 พบอัตรา 3.61 ต่อประชากรแสนคน ขณะที่ช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 2.24 ต่อประชากรแสนคน นอกจากนี้ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มีรายงานผู้พยายามฆ่าตัวตายจำนวน 5 ราย และในช่วง 5 เดือนแรกของปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 พบผู้พยายามฆ่าตัวตายแล้วจำนวน 4 ราย แสดงให้เห็นว่าสถานการณ์ความเสี่ยงยังคงมีความผันผวนและจำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง [7]

จากการทบทวนระบบการดูแลในพื้นที่ พบความจำเป็นในการเชื่อมโยงกระบวนการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงเข้าสู่การวางแผนดูแลรายบุคคล การสร้างการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการและครอบครัว การติดตามอย่างต่อเนื่อง การส่งเสริมการเข้าถึงบริการ ตลอดจนการส่งต่อและประสานเครือข่ายให้มีทิศทางการดำเนินงานที่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงนำรูปแบบการดูแล “ปลาปาก SAFE-CARE Model” ซึ่งประกอบด้วย Screening, Assessment, Care Plan, Engagement, Follow-up, Access, Referral and Network และ Evaluation มาใช้ในการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบต่อภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงให้มีความต่อเนื่อง เชื่อมโยง และเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม

2. เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม

3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Research and Development: R&D) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม โดยดำเนินการพัฒนารูปแบบตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตและประเมินผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection: PAOR) จากนั้นนำรูปแบบการดูแล “ปลาปาก SAFE-CARE Model” ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการดูแลกลุ่มตัวอย่าง และประเมินประสิทธิผลโดยเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และพัฒนาร่างรูปแบบการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตาย โดยศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และกระบวนการดูแลเดิม วิเคราะห์ช่องว่างของระบบบริการ และดำเนินกระบวนการ PAOR รอบที่ 1 เพื่อนำผลที่ได้มาใช้ในการพัฒนาร่างรูปแบบการดูแล และระยะที่ 2 การพัฒนา ทดลองใช้ และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแล “ปลาปาก SAFE-CARE Model” โดยดำเนินกระบวนการ PAOR รอบที่ 2 และนำรูปแบบไปใช้จริงในระบบบริการของโรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม

รูปแบบการดูแล “ปลาปาก SAFE-CARE Model” ประกอบด้วยกระบวนการสำคัญ ได้แก่ การคัดกรอง (Screening) การประเมิน (Assessment) การวางแผนดูแลรายบุคคล (Care Plan) การสร้างการมีส่วนร่วม (Engagement) การ

ติดตามต่อเนื่อง (Follow-up) การส่งเสริมการเข้าถึงบริการ (Access) การส่งต่อและประสานเครือข่าย (Referral and Network) และการประเมินผล (Evaluation) โดยเชื่อมโยงผลการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงเข้าสู่การกำหนดแผนการดูแล การติดตาม และการประสานเครือข่ายตามระดับความเสี่ยงของผู้รับบริการแต่ละราย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัย คือ ผู้ที่มีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตายและเข้ารับบริการในโรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม ในช่วงระยะเวลาที่ดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ที่มีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2569 จำนวน 256 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม และได้รับการคัดกรองหรือประเมินว่ามีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตายตามเครื่องมือและแนวทางการประเมินที่กำหนด
2. ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9 คำถาม (9Q) และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมิน 8 คำถาม (8Q)
3. เข้าร่วมกระบวนการดูแลตามรูปแบบ “ปลาปาก SAFE-CARE Model”
4. สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการประเมินและติดตามผลได้
5. มีข้อมูลการประเมินก่อนและหลังการใช้รูปแบบครบถ้วนตามตัวแปรผลลัพธ์ที่กำหนดในการศึกษา
6. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตามกระบวนการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Exclusion Criteria)

1. มีภาวะเจ็บป่วยทางกายหรือภาวะฉุกเฉินที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาเร่งด่วนและไม่สามารถเข้าร่วมกระบวนการประเมินหรือการดูแลตามรูปแบบได้
2. มีข้อจำกัดด้านการสื่อสารหรือสภาวะทางคลินิกที่ทำให้ไม่สามารถตอบแบบประเมินหรือให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการวิจัยได้
3. ถูกส่งต่อไปรับการรักษาในสถานพยาบาลอื่นก่อนดำเนินกระบวนการประเมินผลหลังการใช้รูปแบบครบถ้วน
4. ไม่สามารถติดตามเพื่อประเมินผลหลังการใช้รูปแบบได้ตามระยะเวลาที่กำหนด
5. ขอถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมการวิจัยก่อนสิ้นสุดกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกและมีข้อมูลการประเมินก่อนและหลังการใช้รูปแบบครบถ้วน จำนวน 256 คน ถูกนำมาวิเคราะห์เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแล โดยเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้า 9Q และคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8Q ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตาย “ปลาปาก SAFE-CARE Model” เป็นรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และกระบวนการดูแลเดิมของโรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม ร่วมกับการวิเคราะห์ช่องว่างของระบบบริการและการดำเนินกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามวงรอบ PAOR ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกต

และประเมินผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) รูปแบบประกอบด้วยกระบวนการดูแล 8 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) Screening การคัดกรอง 2) Assessment การประเมิน 3) Care Plan การวางแผนดูแลรายบุคคล 4) Engagement การสร้างการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ ครอบครัว และผู้เกี่ยวข้อง 5) Follow-up การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 6) Access การส่งเสริมการเข้าถึงบริการ 7) Referral and Network การส่งต่อและประสานเครือข่าย และ 8) Evaluation การประเมินผล โดยนำผลการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงมาใช้กำหนดแนวทางการดูแล การติดตาม และการประสานเครือข่ายให้เหมาะสมกับระดับความเสี่ยงของผู้รับบริการแต่ละราย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) เป็นเครื่องมือสำหรับประเมินระดับอาการซึมเศร้า ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0–3 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0–27 คะแนน โดยคะแนนรวมที่สูงขึ้นสะท้อนถึงระดับอาการซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมิน 9Q เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแล “ปลาปาก SAFE-CARE Model”

2.2 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) เป็นเครื่องมือสำหรับประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ โดยแต่ละข้อมีการกำหนดค่าน้ำหนักคะแนนตามเกณฑ์ของแบบประเมิน และแปลผลจากคะแนนรวมเพื่อจำแนกระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมิน 8Q เพื่อประเมินระดับความเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแล

แบบประเมิน 9Q และ 8Q เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ในการคัดกรองและประเมินปัญหาสุขภาพจิตตามแนวทางของกรมสุขภาพจิต ผู้วิจัยใช้เครื่องมือตามข้อคำถาม วิธีการให้คะแนน และเกณฑ์การแปลผลของเครื่องมือมาตรฐาน โดยไม่มีการดัดแปลงข้อคำถาม และนำคะแนนรวมจากการประเมินก่อนและหลังการใช้รูปแบบมาใช้ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการดูแล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และสรุปคะแนนภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2. การวิเคราะห์ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแล “ปลาปาก SAFE-CARE Model” ดำเนินการโดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมิน 9 คำถาม (9Q) และค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากแบบประเมิน 8 คำถาม (8Q) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบ เนื่องจากเป็นการวัดข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกันในสองช่วงเวลา จึงวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ Paired samples t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย สามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

1) ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบ “ปลาปาก SAFE-CARE Model” จำนวน 256 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 154 คน คิดเป็นร้อยละ 60.16 และเพศชาย จำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 39.84 กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 15–78 ปี อายุเฉลี่ย 41.31 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.37 ปี

เมื่อพิจารณาสถานภาพ พบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่หรือสมรส จำนวน 149 คน คิดเป็นร้อยละ 58.20 รองลงมา ได้แก่ โสด จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 25.39 และหม้าย จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 7.81 ตามลำดับ

ด้านระดับการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 23.05 รองลงมา ได้แก่ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 22.66 และระดับประถมศึกษา จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 21.48

ด้านอาชีพ พบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม จำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 28.91 รองลงมา ได้แก่ อาชีพรับจ้างหรือผู้ใช้แรงงาน จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 25.39 และค้าขาย จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 13.67

สำหรับความเพียงพอของรายได้ พบว่าส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย จำนวน 122 คน คิดเป็นร้อยละ 47.66 ขณะที่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 28.91 มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 29.30 มีประวัติเคยพยายามทำร้ายตนเองมาก่อน และจำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 16.41 มีประวัติบุคคลในครอบครัวเคยพยายามทำร้ายตนเอง

การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม โดยนำรูปแบบการดูแล “ปลาปาก SAFE-CARE Model” ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 256 คน และเปรียบเทียบผลการประเมินก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ผลการวิจัยมีรายละเอียดดังนี้

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า 9Q และคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8Q ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ “ปลาปาก SAFE-CARE Model” ด้วยสถิติ Paired samples t-test แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน 9Q และ 8Q ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ “ปลาปาก SAFE-CARE Model” ด้วยสถิติ Paired samples t-test (n = 256)

ตัวแปร	ก่อนใช้รูปแบบ Mean ± S.D.	หลังใช้รูปแบบ Mean ± S.D.	Mean Difference	t	df	p-value
คะแนน 9Q	12.72 ± 3.89	7.90 ± 4.24	4.82	34.60	255	< .001
คะแนน 8Q	8.98 ± 4.31	6.09 ± 4.36	2.88	24.76	255	< .001

จากตารางที่ 1 พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบ “ปลาปาก SAFE-CARE Model” กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า 9Q ต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 34.600, df = 255, p < .001) โดยคะแนนเฉลี่ยลดลง 4.82 คะแนน จากค่าเฉลี่ย 12.72 คะแนน (S.D. = 3.89) ก่อนการใช้รูปแบบ เป็น 7.90 คะแนน (S.D. = 4.24) ภายหลังการใช้รูปแบบ

ในทำนองเดียวกัน ค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8Q ภายหลังการใช้รูปแบบต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 24.766, df = 255, p < .001) โดยคะแนน

เฉลี่ยลดลง 2.88 คะแนน จากค่าเฉลี่ย 8.98 คะแนน (S.D. = 4.31) เป็น 6.09 คะแนน (S.D. = 4.36)

ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่า ภายหลังการใช้รูปแบบ “ปลาปาก SAFE-CARE Model” กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนความคิดฆ่าตัวตายและคะแนนความหวังก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตายและคะแนนความหวังก่อนและหลังการใช้รูปแบบ “ปลาปาก SAFE-CARE Model” ด้วยสถิติ Paired samples t-test แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตายและคะแนนความหวังก่อนและหลังการใช้รูปแบบ “ปลาปาก SAFE-CARE Model” ด้วยสถิติ Paired samples t-test (n = 256)

ตัวแปร	ก่อนใช้รูปแบบ Mean ± S.D.	หลังใช้รูปแบบ Mean ± S.D.	Mean Difference	t	df	p-value
คะแนนความคิดฆ่าตัวตาย 19 ข้อ	14.88 ± 8.38	6.63 ± 4.43	8.24	17.99	255	< .001
คะแนนความหวัง 12 ข้อ	29.82 ± 6.58	38.36 ± 4.59	-8.53	-21.51	255	< .001

จากตารางที่ 2 พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตายต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 17.998, df = 255, p < .001) โดยคะแนนเฉลี่ยลดลง 8.24 คะแนน จากค่าเฉลี่ย 14.88 คะแนน (S.D. = 8.38) ก่อนการใช้รูปแบบเป็น 6.63 คะแนน (S.D. = 4.43) ภายหลังการใช้รูปแบบ แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความคิดฆ่าตัวตายลดลงภายหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบ

ขณะที่ค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังภายหลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -21.513, df = 255, p < .001) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 8.53 คะแนน จากค่าเฉลี่ย 29.82 คะแนน (S.D. = 6.58) ก่อนการใช้รูปแบบ เป็น 38.36 คะแนน (S.D. = 4.59) ภายหลังการใช้รูปแบบ แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความหวังเพิ่มขึ้นภายหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบ

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ร่วมกัน พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบ “ปลาปาก SAFE-CARE Model” กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง คะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง คะแนนความคิดฆ่าตัวตายลดลง และคะแนนความหวังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกตัวแปร (p < .001) ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า รูปแบบการดูแล “ปลาปาก SAFE-CARE Model” มีประสิทธิผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตของผู้ที่มีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแล “ปลาปาก SAFE-CARE Model” กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า 9Q ลดลงจาก 12.72 ± 3.89 คะแนน เป็น 7.90 ± 4.24 คะแนน โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ย 4.82 คะแนน และแตกต่างจากก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 34.600, df = 255, p < 0.001) ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ภายหลังการได้รับการดูแลตามรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีระดับภาวะซึมเศร้าลดลง ทั้งนี้อาจอธิบายได้จากกระบวนการของรูปแบบที่เริ่มจากการคัดกรอง (Screening) และการประเมิน (Assessment) เพื่อค้นหาปัญหาและระดับความเสี่ยงของผู้รับบริการ

ก่อนนำข้อมูลเข้าสู่การวางแผนดูแลรายบุคคล (Care Plan) ทำให้การดูแลสามารถกำหนดแนวทางให้สอดคล้องกับปัญหาและระดับความเสี่ยงของแต่ละบุคคล ประกอบกับการสร้างการมีส่วนร่วม (Engagement) และการติดตามต่อเนื่อง (Follow-up) ช่วยให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลและประเมินการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ไม่สิ้นสุดเฉพาะการประเมินในครั้งแรก

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเกษม ตั้งเกษมสำราญ[5] ซึ่งพัฒนารูปแบบการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ โดยมีองค์ประกอบสำคัญด้านการพัฒนาระบบค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และการพัฒนาระบบข้อมูล ผลการประเมินพบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของกนกภรณ์ ทองคุ้ม[(8)] ที่พบว่า ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายภายหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของจิตใจร่วมกับการดูแลด้านจิตสังคมมีความเข้มแข็งของจิตใจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ข้อค้นพบดังกล่าวสนับสนุนว่า การดูแลด้านสุขภาพจิตที่มีโครงสร้างและดำเนินการอย่างต่อเนื่องสามารถส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางสุขภาพจิตของผู้รับบริการได้

สำหรับคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8Q ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนลดลงจาก 8.98 ± 4.31 คะแนน เป็น 6.09 ± 4.36 คะแนน โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ย 2.88 คะแนน และแตกต่างจากก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 24.766$, $df = 255$, $p < .001$) ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ภายหลังการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจเกี่ยวข้องกับการที่ SAFE-CARE Model เชื่อมผลการประเมินความเสี่ยงเข้าสู่การวางแผนดูแลรายบุคคล การกำหนดแนวทางติดตาม และการส่งต่อหรือประสานเครือข่ายตามระดับความเสี่ยง ทำให้ผลการประเมินไม่ได้ถูกใช้เพียงเพื่อจำแนกระดับความเสี่ยง แต่ถูกนำมาใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดกระบวนการดูแลต่อเนื่อง

ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของอนงค์ อรุณรุ่ง[4] ซึ่งพบว่า คะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองลดลงภายหลังได้รับรูปแบบการให้คำปรึกษาครอบครัวและแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับการศึกษาของเกษม ตั้งเกษมสำราญ[5] ที่พบว่า การพัฒนาระบบค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงร่วมกับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายส่งผลให้ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง และเกิดระบบเฝ้าระวังที่มีการบูรณาการการดำเนินงานระหว่างเครือข่าย นอกจากนี้ประเสริฐ กิจสุวรรณรัตน์ และคณะ[9] พบว่า ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายประกอบด้วยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกระดับ การดำเนินงานร่วมกันของทีมสุขภาพ และการใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารกับกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งสอดคล้องกับองค์ประกอบ Engagement, Follow-up, Access และ Referral and Network ของ SAFE-CARE Model ที่มุ่งเชื่อมโยงผู้รับบริการ ครอบครัว บุคลากรสุขภาพ และเครือข่ายในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ผลการเปรียบเทียบคะแนนความคิดฆ่าตัวตาย 19 ข้อ พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนลดลงจาก 14.88 ± 8.38 คะแนน เป็น 6.63 ± 4.43 คะแนน โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ย 8.24 คะแนน และแตกต่างจากก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 17.998$, $df = 255$, $p < 0.001$) ข้อค้นพบดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ภายหลังการใช้ SAFE-CARE Model กลุ่มตัวอย่างมีระดับความคิดฆ่าตัวตายลดลงอย่างชัดเจน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากรูปแบบการดูแลให้ความสำคัญกับการประเมินปัญหาและความเสี่ยง การวางแผนดูแลตามปัญหาของแต่ละบุคคล และการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการและครอบครัว กระบวนการดังกล่าวช่วยให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่มีความต่อเนื่องและมีช่องทาง

เชื่อมต่อกับระบบบริการเมื่อมีปัญหาหรือมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความเสี่ยง

ผลการศึกษานี้เป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของอนงค์ อรุณรุ่ง[4] ที่พบว่า กลุ่มทดลองซึ่งได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายลดลงภายหลังการทดลอง และแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของครอบครัวและกระบวนการสนับสนุนด้านจิตสังคมต่อการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยง นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับข้อค้นพบของประเสริฐ กิจสุวรรณรัตน์ และคณะ[9] ซึ่งพบว่า การประคับประคองด้านจิตใจจากครอบครัวเป็นปัจจัยปกป้องที่สำคัญ ขณะที่การมีส่วนร่วมของเครือข่ายทุกระดับเป็นปัจจัยความสำเร็จของระบบป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ ดังนั้น การลดลงของคะแนนความคิดฆ่าตัวตายในกลุ่มตัวอย่างอาจสะท้อนผลของการดูแลที่ไม่ได้มุ่งเฉพาะการประเมินอาการ แต่เชื่อมโยงผู้รับบริการเข้ากับครอบครัว ระบบบริการ และเครือข่ายสนับสนุนตามองค์ประกอบของ SAFE-CARE Model และผลการศึกษาครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Schneider และคณะ[12] ซึ่งศึกษาการเปลี่ยนแปลงของความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและได้รับการรักษาในระบบบริการสุขภาพจิต พบว่า ในผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตายตั้งแต่เริ่มต้น จำนวน 233 ราย ค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตายลดลงจาก 1.3 ± 0.6 คะแนน เป็น 0.3 ± 0.6 คะแนน ภายหลังการติดตาม โดยคะแนนลดลงเฉลี่ย 0.9 ± 0.7 คะแนน และแตกต่างจากก่อนการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(232) = 21.3$, $p < .001$) รวมทั้งมีขนาดอิทธิพลของการเปลี่ยนแปลงอยู่ในระดับสูง (Cohen's $d = 1.5$) (12) ผลการศึกษาดังกล่าวเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า คะแนนความคิดฆ่าตัวตายลดลงจาก 14.88 ± 8.38 คะแนน เป็น 6.63 ± 4.43 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 17.998$, $df = 255$, $p < .001$) สะท้อนให้เห็นว่า ความคิดฆ่าตัวตายเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพจิตที่สามารถเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นภายหลังการได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบ อย่างไรก็ตาม Schneider และคณะยังชี้ให้เห็นว่า การเปลี่ยนแปลงของความคิดฆ่าตัวตายควรได้รับการติดตามควบคู่กับการเปลี่ยนแปลงของอาการซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับ SAFE-CARE Model ที่ใช้การประเมินภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายร่วมกับการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

ด้านคะแนนความหวัง ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นจาก 29.82 ± 6.58 คะแนน เป็น 38.36 ± 4.59 คะแนน โดยคะแนนเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 8.53 คะแนน และแตกต่างจากก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -21.513$, $df = 255$, $p < 0.001$) ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าภายหลังการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความหวังเพิ่มขึ้น การเพิ่มขึ้นของความหวังอาจอธิบายได้จากกระบวนการ Care Plan และ Engagement ที่เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการดูแลของตนเอง ร่วมกับกระบวนการ Follow-up และ Access ที่ช่วยให้ผู้รับบริการยังคงมีการเชื่อมต่อกับระบบบริการและได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง การมีแผนการดูแลที่ชัดเจนและการรับรู้ว่ายังมีบุคคลหรือระบบบริการที่สามารถให้การสนับสนุน อาจมีส่วนส่งเสริมการรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการปัญหาและความคาดหวังต่อการดำเนินชีวิตในอนาคต

ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของกนกภรณ์ ทองคุ้ม[8] ซึ่งพบว่าโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของจิตใจร่วมกับการดูแลด้านจิตสังคมสามารถเพิ่มความเข้มแข็งของจิตใจในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ว่าตัวแปรความเข้มแข็งของจิตใจและความหวังจะเป็นแนวคิดที่แตกต่างกัน แต่ข้อค้นพบมีทิศทางสนับสนุนบทบาทของกระบวนการเสริมพลังและการดูแลด้านจิตสังคมต่อการเพิ่มทรัพยากรทางจิตใจของผู้รับบริการ

นอกจากนี้ วิสสุตา นพพิบูลย์ และอรุณ บุญสร้าง[10] พบว่า รูปแบบการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตที่มีองค์ประกอบด้านการส่งเสริม การป้องกัน การบรรเทา การส่งต่อ การดูแลรักษา และการเสริมพลัง สามารถเพิ่มคะแนนความรู้และการปฏิบัติด้านการดูแลสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่า ระบบการดูแลที่กำหนดองค์ประกอบและบทบาทการดำเนินงานอย่างชัดเจนสามารถสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงทั้งในระดับผู้รับบริการและกระบวนการดูแล

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ทั้ง 4 ด้านร่วมกัน พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบ “ปลาปาก SAFE-CARE Model” กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง คะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง คะแนนความคิดฆ่าตัวตายลดลง และคะแนนความหวังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกตัวแปร ($p < .001$) ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนว่า การเปลี่ยนแปลงภายหลังการใช้รูปแบบเกิดขึ้นในหลายมิติของภาวะสุขภาพจิต โดยเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของ Robinson และคณะ ซึ่งประเมินผลโปรแกรมผ่านระบบอินเทอร์เน็ตที่มีโครงสร้างสำหรับนักเรียนระดับมัธยมศึกษาที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความคิดฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้า และภาวะสิ้นหวังลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[13] แม้ว่าลักษณะกลุ่มตัวอย่างและรูปแบบการดำเนินงานจะแตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ แต่ผลการศึกษามีทิศทางสอดคล้องกัน โดยแสดงให้เห็นว่า การดูแลหรือกิจกรรมที่ได้รับการออกแบบอย่างมีโครงสร้างและมีการติดตามการเปลี่ยนแปลงของสภาวะทางจิตใจ สามารถส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตได้หลายมิติพร้อมกัน

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเห็นว่าประสิทธิผลของรูปแบบอาจไม่ได้เกิดจากองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งเพียงลำพัง แต่เกิดจากการเชื่อมโยงกระบวนการ Screening ⟶ Assessment ⟶ Care Plan ⟶ Engagement ⟶ Follow-up ⟶ Access ⟶ Referral and Network ⟶ Evaluation ให้เป็นกระบวนการดูแลต่อเนื่อง ตั้งแต่การค้นหาและประเมินปัญหา การนำผลการประเมินไปกำหนดแผนการดูแลรายบุคคล การสร้างการมีส่วนร่วม และการติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการ ผลลัพธ์ที่พบทั้งการลดลงของภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และความคิดฆ่าตัวตาย ร่วมกับการเพิ่มขึ้นของความหวัง จึงอาจสะท้อนผลของกระบวนการดูแลที่เชื่อมโยงและต่อเนื่องตามองค์ประกอบของ SAFE-CARE Model

ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของสมถวิล แพรขาว และธิดารัตน์ ห้วยทราย[(11)] ซึ่งพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยใช้กระบวนการพัฒนารูปแบบ การพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงาน และการนำรูปแบบไปใช้จริง ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ปฏิบัติงานภายหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมาก รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของเกษม ตั้งเกษมสำราญ ที่แสดงให้เห็นว่า การพัฒนาระบบดูแลที่เชื่อมโยงการคัดกรอง บุคลากร เครือข่าย และระบบข้อมูลสามารถลดภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้[5]

จากผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเห็นว่าจุดสำคัญของ “ปลาปาก SAFE-CARE Model” คือการเปลี่ยนการดูแลจากกระบวนการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงแบบแยกส่วน ไปสู่ระบบการดูแลที่นำผลการประเมินมาใช้กำหนดแผนการดูแลรายบุคคล เชื่อมโยงการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการและครอบครัว การติดตามต่อเนื่อง การส่งเสริมการเข้าถึงบริการ และการประสานเครือข่ายตามระดับความเสี่ยง ผลลัพธ์ที่พบทั้งการลดลงของคะแนน 9Q คะแนน 8Q และคะแนนความคิดฆ่าตัวตาย รวมถึงการเพิ่มขึ้น

ของคะแนนความหวัง จึงสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตในหลายมิติ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว การตีความผลควรพิจารณาภายใต้รูปแบบการวิจัยดังกล่าว และยังไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของรูปแบบได้อย่างสมบูรณ์ การศึกษาในอนาคตควรพิจารณาการออกแบบการวิจัยที่มีกลุ่มเปรียบเทียบและการติดตามผลในระยะยาว เพื่อยืนยันประสิทธิผลและความคงอยู่ของผลลัพธ์จากรูปแบบการดูแลต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรศึกษาประสิทธิผลของ “ปลาปาก SAFE-CARE Model” โดยใช้รูปแบบการวิจัยที่มีกลุ่มเปรียบเทียบหรือกลุ่มควบคุม เพื่อเพิ่มความสามารถในการอธิบายผลของรูปแบบต่อการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และลดข้อจำกัดของการเปรียบเทียบผลก่อนและหลังในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว

2. ควรติดตามผลลัพธ์ของผู้รับบริการในระยะยาว เช่น 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของการเปลี่ยนแปลงด้านภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ความหวัง และการเกิดพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ซึ่งจะช่วยสะท้อนประสิทธิผลและความยั่งยืนของรูปแบบการดูแลได้ชัดเจนมากขึ้น

3. ควรศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือสามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายภายหลังการได้รับการดูแล เช่น ปัจจัยด้านครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม ปัญหาเศรษฐกิจ การใช้สุราหรือสารเสพติด การเจ็บป่วยทางจิตเวช ความต่อเนื่องในการติดตาม และระดับความหวัง เพื่อใช้พัฒนาระบบจำแนกความเสี่ยงและการวางแผนดูแลรายบุคคลให้มีความจำเพาะมากขึ้น

4. ควรศึกษาผลขององค์ประกอบแต่ละส่วนของ “ปลาปาก SAFE-CARE Model” ได้แก่ Screening, Assessment, Care Plan, Engagement, Follow-up, Access, Referral and Network และ Evaluation เพื่อวิเคราะห์ว่าองค์ประกอบใดมีบทบาทสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางคลินิก และองค์ประกอบใดควรได้รับการพัฒนาเพิ่มเติม

5. ควรศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบในพื้นที่หรือหน่วยบริการสุขภาพอื่นที่มีบริบทแตกต่างจากโรงพยาบาลปลาปาก เพื่อประเมินความสามารถในการนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้และความเหมาะสมของรูปแบบในบริบทที่แตกต่างกัน ทั้งด้านจำนวนบุคลากร ทรัพยากร ระบบบริการ และลักษณะของเครือข่ายชุมชน

6. ควรศึกษาผลลัพธ์ด้านระบบบริการเพิ่มเติม เช่น ความครบถ้วนของการติดตามระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ อัตราการขาดนัด ความต่อเนื่องของการส่งต่อ การกลับมารับบริการซ้ำ และความพึงพอใจของผู้รับบริการ ครอบครัว และบุคลากร เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบทั้งในมิติผลลัพธ์ทางคลินิกและประสิทธิภาพของระบบบริการ

7. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติมในผู้รับบริการ ครอบครัว และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อศึกษาประสบการณ์ต่อการได้รับหรือให้การดูแลตาม “ปลาปาก SAFE-CARE Model” รวมถึงปัจจัยเอื้ออุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงาน ซึ่งจะเป็นข้อมูลสำคัญในการปรับปรุงรูปแบบให้ตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการและบริบทของระบบบริการมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรทุกท่าน รวมถึงบุคคลที่ไม่ได้เอ่ยนามและผู้ที่ให้ข้อมูลทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนในการศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต.(2566). รายงานสถานการณ์การฆ่าตัวตายในประเทศไทย ปีงบประมาณ 2566 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
2. ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ.(2566). รายงานอัตราการฆ่าตัวตายและสถานการณ์การฆ่าตัวตายในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต; 2566.
3. โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์.(2566). รายงานสถานการณ์สุขภาพจิตและการพยายามฆ่าตัวตาย จังหวัดนครพนม ปีงบประมาณ 2566. นครพนม: โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์; 2566.
4. อนงค์ อรุณรุ่ง.(2564). การพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาครอบครัวที่มีต่อความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา. 2564;1(2):35–46.
5. เกษม ตั้งเกษมสำราญ.(2565). การขับเคลื่อนรูปแบบการพัฒนาการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565;31(4):638–47.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม.(2567). สรุปผลการดำเนินงานสุขภาพจิตและสารเสพติด จังหวัดนครพนม ปีงบประมาณ 2567. นครพนม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม; 2567.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม.(2568). รายงานสถานการณ์การฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย จังหวัดนครพนม ปีงบประมาณ 2568. นครพนม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม; 2568.
8. กนกภรณ์ ทองคุ้ม.(2568). ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของจิตใจร่วมกับการดูแลด้านจิตสังคมต่อความเข้มแข็งของจิตใจในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย. 2568.
9. ประเสริฐ กิจสุวรรณรัตน์, และคณะ.(2566). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตาย และปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่อำเภอแม่เมาะ จังหวัดลำปาง. 2566.
10. วิสสุตา นพพิบูลย์, อรุณ บุญสร้าง.(2568). การพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองเหล็ก อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์. 2568.
11. สมถวิล แพรขาว, ธิดารัตน์ ห้วยทราย.(2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในอำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์. 2565.
12. Schneider RA, Chen SY, Kim B, Leucht S, Correll CU.(2020). Treating suicidal ideation in the context of depression. BMC Psychiatry. 2020;20:497.
13. Robinson J, Hetrick S, Cox G, Bendall S, Yung A, Pirkis J.(2016). Can an Internet-based intervention reduce suicidal ideation, depression and hopelessness among secondary school students: results from a pilot study. Early Interv Psychiatry. 2016;10(1):28–35.

โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ โรงพยาบาลโพนทราย จังหวัดร้อยเอ็ด

Health Promotion Program for New Pulmonary Tuberculosis Patients, Phonsai Hospital, Roi Et Province.

(Received: August 9,2026 ; Revised: August 17,2026 ; Accepted: August 19,2026)

สุภาวดี สกุลเดช[1]
Supawadee Sakuldech[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental Research)แบบ Pretest – Posttest Two Group Design กลุ่มตัวอย่างใช้การเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลโพนทราย จำนวน 40 คนโดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ชุด คือ 1)โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจของ Gibson,1995 ประกอบด้วยกิจกรรม 5 ครั้ง 2) แบบสอบถามแบ่งเป็น 5 ส่วนได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษาวัณโรคและแบบบันทึกผลการตรวจเสมหะในเดือนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัย : จากการเปรียบเทียบพบว่าความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ0.05(p=0.034) การรับรู้ความสามารถของตนเองก่อนและหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05(p=0.000) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยในเรื่องพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p=0.000) ผลการตรวจเสมหะในเดือนที่ 2 กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของผลเสมหะเป็นลบ (Negative) ร้อยละ 100 ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบยังคงมีผลเสมหะเป็นบวกอยู่ ร้อยละ 55 แสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงของผลเสมหะในเดือนที่ 2 ของกลุ่มทดลองเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ : โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ,ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

Abstract

This study aimed to study the effect of a health promotion program applying empowerment theory on self-care behavior change in new sputum-positive pulmonary tuberculosis patients. This study was Quasi-experimental research, Pretest-Posttest Two-Group Design. Purposive selection was used to select 40 pulmonary tuberculosis patients receiving treatment at the tuberculosis clinic of Phon Sai Hospital. They were divided into an experimental group of 20 people and a control group of 20 people. The research instruments consisted of two sets: 1) a health promotion program... The health enhancement program, applying Gibson's (1995) empowerment theory, consisted of five activities. The study utilized a questionnaire divided into five sections: general information, knowledge about tuberculosis, perceived self-efficacy, adherence to the tuberculosis treatment plan, and a sputum test result record from the second month. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and independent t-test.

Research results: A comparison showed no statistically significant difference in knowledge about pulmonary tuberculosis between the experimental and control groups before and after the experiment (p=0.05) (p=0.034). Self-efficacy perception before and after the experiment showed a statistically significant

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโพนทราย

difference in the experimental group compared to the control group (p=0.05) (p=0.000). The experimental group also had a higher average score in this area. The experimental group showed significantly better adherence to the treatment plan compared to the control group (p=0.000) at the 0.05 level. Sputum test results at the second month showed a 100% improvement in the experimental group's sputum test results to negative, while 55% of the control group remained positive. This indicates a significant improvement in sputum test results at the second month for the experimental group.

Keywords: health promotion program, pulmonary tuberculosis patients

บทนำ

จากสถานการณ์การระบาดของโรควัณโรคปอดและการดื้อยาของเชื้อวัณโรค สำหรับโรงพยาบาลโพนทราย จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง รับผิดชอบประชากร 28,005 คน สถานการณ์วัณโรคปอดของโรงพยาบาลโพนทราย ปี พ.ศ. 2564-2567 พบว่ามีผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จำนวน 31, 39, 42 และ 45 คน ตามลำดับ อัตราผลสำเร็จของการรักษาร้อยละ 87.23, 70.00, 92.50 และ 92.45 ตามลำดับ อัตราการเสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 12.77, 20.00, 7.41และ 7.55 ตามลำดับ[1] ซึ่งผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ผ่านยังต่ำกว่าเป้าหมาย เนื่องจากมีปัจจัยที่มีผลต่อผลสำเร็จการรักษาวัณโรคปอดได้แก่ การเสียชีวิตในระหว่างการรักษา ซึ่งการตายระหว่างรักษายังเป็นปัญหาที่ต้องนำมาพิจารณาและวิเคราะห์ ซึ่งอาจมีสาเหตุหนึ่งมาจากการค้นหาและคัดกรองได้น้อย เกิดจากความรู้และความเข้าใจในแบบคัดกรองและขาดเทคนิค ทำให้มีผู้ป่วยวัณโรคปอดมีโอกาสเจ็บป่วยจนต้องเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เป็นกลยุทธ์ที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลสามารถเผชิญกับเหตุการณ์หรือปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ คุณภาพชีวิต ทำให้บุคคลรับรู้และรู้สึกว่าควบคุมตนเองได้ มีความสามารถในการจัดการแก้ไขปัญหาต่างๆ ด้วยตนเอง รวมถึงตัดสินใจวางแผนสุขภาพด้วยตนเองได้[2] โดยมีกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นขั้นตอนต่าง ๆ 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริงเพื่อสร้างสัมพันธภาพและเรียนรู้ปัญหา ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณเพื่อการรับรู้และหาวิธีแก้ไขปัญหา ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเองเพื่อหาวิธีการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาด้วยตนเองและขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพเพื่อการประเมินผลและการดำเนินการแก้ไขปัญหา วิธีการดังกล่าวจะช่วยพัฒนาศักยภาพของบุคคล ช่วยให้บุคคลตระหนักในความสามารถของตน เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จึงถือได้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นวิธีการแก้ไขปัญหาระยะยาว จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีการนำเอากระบวนการเสริมสร้างพลัง อำนาจตามแนวคิด Gibson มาใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคอัมพาตครึ่งซีก ผู้ป่วย โรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้จากกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้พลังอำนาจ เพิ่มขึ้น ความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจลดลง มีการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและมีการดูแลตนเองดีขึ้น สำหรับผู้ป่วยวัณโรค ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ตามแนวคิดของ Gibson มาประยุกต์เป็นโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ขึ้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยหายจากวัณโรคและช่วยหยุดยั้งการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น โดยเน้นศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวกรายใหม่ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีโอกาสแพร่กระจายเชื้อให้แก่ผู้อื่นสูง ทั้งนี้ผู้วิจัยเชื่อว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจนี้จะสามารถทำให้ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวกรายใหม่รับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเองเพิ่มมากขึ้น เกิดการ

รับรู้ความสามารถของตนเองสามารถนำความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดมาใช้ในการคิดวิเคราะห์พิจารณาตัดสินเลือกวิธีปฏิบัติที่ดีและเหมาะสมกับตนเองมากที่สุดในการปฏิบัติตามแผนการรักษาผู้ป่วยวัณโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาผลการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ

2. เพื่อศึกษาผลการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความสามารถของตนเองของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ

3. เพื่อศึกษาผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามแนวทางการรักษาวัณโรคของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ

4. เพื่อศึกษาผลการเปลี่ยนแปลงของเสมหะในเดือนที่ 2 ของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ

วิธีการวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental Research) แบบ Pretest – Posttest Two Group Design

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มารับบริการตรวจรักษาแบบไป-กลับ ที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลโพนทราย จังหวัดร้อยเอ็ด การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยการเลือกผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลโพนทราย จำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 20 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าในการศึกษา (1) มารับการตรวจรักษาและได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นวัณโรคปอดโดยตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์และได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น 6 เดือน และอยู่ในระยะเข้มข้นของการรักษา (ช่วง 1-2 สัปดาห์แรก) ด้วยสูตรยาสาหรับผู้ป่วยใหม่ (2HRZE/4HR) (2) เป็นผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลโพนทราย (3) เป็นผู้ป่วยอายุระหว่าง 15 – 60 ปี (4) มีความสามารถอ่านหนังสือได้ และไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน การพูดการมองเห็น (5) มีความยินดีเข้าร่วมโปรแกรม (6) สามารถเดินทางมาร่วมกิจกรรมได้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (1) ผู้ป่วยเคลื่อนย้ายเปลี่ยนที่อยู่ใหม่ในระหว่างการวินิจฉัย ทั้งผู้ป่วยที่โอนย้ายตามระเบียบการ โอนย้ายอย่างถูกต้องหรือผู้ป่วยโอนย้ายการรักษาเอง (2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ชุด คือ

1. โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป,แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับวัณโรค แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษา แบบบันทึกผลการตรวจเสมหะในเดือนที่ 2

ขั้นตอนการวิจัย

1.ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จนครบตามจำนวนกลุ่มละ 20 คน จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของโปรแกรมฯ ประโยชน์ที่ได้รับจาก

การเข้าร่วมโปรแกรม และการเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้งทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จากนั้นนัดหมายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลโพนทราย ในอีก 1 สัปดาห์ กลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการในวันวันจันทร์ วันพุธ และวันศุกร์ให้เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้ป่วยพบกลุ่มเดิมไม่ได้เปลี่ยนกลุ่มเข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 5 ครั้งเพื่อดำเนินกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2.ให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาวัณโรค ผู้วิจัยเก็บข้อมูลผลการตรวจเสมหะในเดือนแรกของการรักษาวัณโรคจากทะเบียนประวิติผู้ป่วยและบันทึกลงในแบบบันทึกผลการตรวจเสมหะ

3. ดำเนินกิจกรรมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพฯ ในผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ตามขั้นตอนต่างๆ โดยแบ่งการดำเนินกิจกรรมเป็น 5 ครั้ง ตามระยะเวลาดังต่อไปนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ดำเนินกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ขั้นตอนที่ 1การค้นพบสภาพการณ์จริง ใช้กลวิธียอมรับความเป็นบุคคลและการให้ความรู้ โดยจัดกิจกรรมเชื่อมความสัมพันธ์ กิจกรรมเรื่องราวชีวิตและชมหนังสั้นและให้ความรู้ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาทีมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดมีสัมพันธภาพที่ดีและเกิดความไว้วางใจเพื่อให้เกิดการยอมรับสภาพปัญหาและวิธีการปฏิบัติของตนเอง เพื่อให้เกิดการเรียนรู้กับโรคที่เป็นอยู่สามารถนำไปสู่การแก้ปัญหา

กิจกรรมครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) ดำเนินกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ใช้กลวิธียอมรับความเป็นบุคคล โดยจัดกิจกรรมเล่าสู่กันฟังใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดได้ทบทวนปัญหาและการปฏิบัติของตนเอง และเปรียบเทียบสถานการณ์ของตนเองกับผู้อื่นเกิดการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณและช่วยให้เกิดการรับรู้ตนเองในแง่บวกนำไปสู่การหาแนวทางในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

กิจกรรมครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) ดำเนินกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม ใช้กลวิธีการนำเสนอตัวแบบที่ดีและการให้บุคคลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง กำหนดเป้าหมายที่จะปฏิบัติให้บรรลุผลสำเร็จการสนับสนุน การให้คำปรึกษาแนะนำรวมถึงแนวทางพร้อมทั้งให้ข้อมูลเสริมแรงเชิงบวกเพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ โดยจัดกิจกรรมพบเพื่อนผู้ป่วยและกิจกรรมประสบการณ์ประทับใจให้จดจำใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที พร้อมทั้งโทรศัพท์ติดตามการปฏิบัติตัวทุกสัปดาห์ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบข้อดี ข้อเสีย ของการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาวัณโรค ให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดรับรู้ในความสามารถตนเองจากประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จของตัวแบบและสามารถตัดสินใจเลือก วิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง รวมทั้งกำหนดเป้าหมายที่จะปฏิบัติให้บรรลุผลสำเร็จ

กิจกรรมครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 7) ดำเนินกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ใช้กลวิธีการยอมรับความเป็นบุคคลและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ โดยจัดกิจกรรมพันธะสัญญาใจใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที และกิจกรรมรายบุคคล ประกอบด้วย การกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์รายบุคคล ให้คาปรึกษาพร้อมทั้งให้กาลังใจ กล่าวชมเชย และให้รางวัล โดยโทรศัพท์ติดตามทุก ๆ 1 สัปดาห์ ก่อนถึงกำหนดนัดหมายมีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามและประเมินผลการปฏิบัติที่ผ่านมา และสะท้อนให้คิดถึงผลดี ผลเสียของการปฏิบัติ รวมทั้งทบทวนการปฏิบัติที่ยังไม่ประสบผลสำเร็จเพื่อเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมกับ

ตนเองและคงไว้ในกรณีที่ปฏิบัติถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 8) ดำเนินกิจกรรมยุติกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที มีวัตถุประสงค์เพื่อสรุปและประเมินกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจติดตามและประเมินผลพฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาวัณโรค

กลุ่มเปรียบเทียบ ดำเนินการรวบรวมข้อมูลดังนี้

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูล โดยกลุ่มเปรียบเทียบ ดังนี้

กิจกรรมประกอบด้วย (1) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 1 และเก็บแบบสอบถามที่ละคนไปเรื่อย ๆ จนครบ 20 คน (เป็นผู้มารับบริการในวันอังคารและวันพฤหัสบดี) ผู้วิจัยแนะนำตัวเองพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ และอธิบายขั้นตอนของการดำเนินโครงการวิจัยโดย (2) ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาวัณโรค ผู้วิจัยเก็บข้อมูลผลการตรวจเสมหะในเดือนแรกของการรักษาวัณโรคจากทะเบียนประวัติผู้ป่วยและบันทึกลงในแบบบันทึกผลการตรวจเสมหะ (3) ตลอดระยะเวลาดำเนินโครงการแนะนำให้รับบริการตามนัดโดยกลุ่มเปรียบเทียบได้รับกิจกรรมการบริการตามปกติ ประกอบด้วยพบแพทย์ รับยาและให้สุขศึกษาในครั้งแรก (4) ประเมินผลหลังดำเนินโครงการ โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามและผู้วิจัยเก็บข้อมูลผลการตรวจเสมหะในเดือนที่ 2 (ระยะเข้มข้นของการรักษา) จากทะเบียนประวัติผู้ป่วยและบันทึกลงในแบบบันทึกผลการตรวจเสมหะ (5) ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ วิจัยและปิดโครงการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้ง คือ ก่อนและหลังการทดลองด้วยแบบสอบถาม เมื่อสิ้นสุดการทดลองและซึ่งมีรายละเอียดในการวิเคราะห์ ดังนี้ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ อัตราส่วนร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาที่ถูกต้อง ด้วยสถิติ Paired t- test เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาที่ถูกต้อง ด้วยสถิติ Independent t-testวิเคราะห์ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงของผลเสมหะ โดยใช้อัตราส่วนร้อยละ(Percentage)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่รับรอง COE 0662568 เมื่อวันที่ 3 เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2568

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองพบว่า ส่วนใหญ่เพศชาย (ร้อยละ 90.00) มีอายุช่วง 61 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 65.00) อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 62.00 ปี (SD=11.55)สถานภาพสมรส มีคู่ (ร้อยละ 90.00)จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 35.00) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 50.00) มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท(ร้อยละ 50.00) ลักษณะที่พักอาศัยเป็นบ้านเดี่ยว(ร้อยละ 55.00) และพักอาศัยอยู่กับสามี/ภรรยา (ร้อยละ 60.00) จำนวนสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ 3-5 คน (ร้อยละ 55.00)

ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 55.00) ไม่มีบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นวัณโรค (ร้อยละ 95.00) สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 55.00) อายุ 61 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 75.00) อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 62.70 ปี (SD=14.54) สถานภาพสมรสมีคู่ (ร้อยละ 85.00) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 45.00) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 70.00) รายได้ที่ได้รับต่อเดือนอยู่ที่ต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 60.00) ลักษณะที่พักอาศัยเป็นบ้านเดี่ยว (ร้อยละ 60.00) และพักอาศัยอยู่กับสามี/ภรรยา (ร้อยละ 60.00) มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2 คน (ร้อยละ 60.00) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 90.00) และไม่มีบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นวัณโรค (ร้อยละ 100)

ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพฯ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคอยู่ในระดับต่ำ (0-10 คะแนน) ร้อยละ 70.00 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.95 (SD=2.35) หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง (14-20 คะแนน) ร้อยละ 60.00 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.20 (SD=1.67)ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคอยู่ในระดับต่ำ (0-10 คะแนน) ร้อยละ 60.00 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.80 (SD=2.74) หลังการทดลองมีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคอยู่ในระดับสูง (14-20คะแนน) ร้อยละ 50.00 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.00 (SD=1.77)

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยในเรื่องความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่า ภายในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่างกัน -5.25 คะแนน (95% CI -6.037,-4.463)และมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มากกว่าก่อนการทดลองแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และภายในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยต่างกัน -4.20 คะแนน (95% CI -4.938,-3.462)และมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มากกว่าก่อนการทดลองแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยในเรื่อง ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่าก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยต่างกัน -0.150 คะแนน (95% CI -1.786,1.486)ซึ่งคะแนนเฉลี่ยในเรื่องความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p=0.854)และหลังการทดลองพบว่า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยต่างกัน -1.20 คะแนน (95% CI -2.305,-.095) พบว่าคะแนนเฉลี่ยในเรื่องความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p=0.034)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเองพบว่า ก่อนทดลองกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับกลางและต่ำ ร้อยละ 50.00 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 43.60 (SD=3.99) และภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 85.00 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 59.55 (SD=2.60)

กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลองส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 60.00 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 43.30 (SD=5.89) และภายหลังการทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 60.00 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 48.40 (SD=6.48)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองพบว่า ภายในกลุ่ม

ทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่างกัน -15.95 คะแนน (95% CI -18.265,-13.634)และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มากกว่าก่อนการทดลองแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และภายในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยต่างกัน -5.10 คะแนน (95% CI -6.531,-3.668)และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มากกว่าก่อนการทดลองแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การรับรู้ความสามารถของตนเอง พบว่าก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยต่างกัน -0.300 คะแนน (95% CI -3.523, 2.923) ซึ่งคะแนนเฉลี่ยในเรื่องการรับรู้ความสามารถของตนเองของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p=0.852) และหลังการทดลองพบว่า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยต่างกัน 11.150 คะแนน (95% CI 7.932, 14.313) พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยในเรื่องการรับรู้ความสามารถของตนเองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p=.000)

พฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษาวัณโรค พฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษาพบว่า ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษา อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 80.00 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 31.85 (SD=5.01) และภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษา อยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 60.00 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 44.75 (SD=3.91)

กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลองส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษา อยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 55.00 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 36.75 (SD=4.16) และภายหลังการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษา เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 80.00 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 39.90 (SD=3.87)

ด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษาภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองพบว่าภายในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่างกัน -12.90 คะแนน (95% CI -15.151,-10.648)และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษาหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มากกว่าก่อนการทดลองแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และภายในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยต่างกัน -3.15คะแนน (95% CI -4.148,-2.151)และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษาหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มากกว่าก่อนการทดลองแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

พฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษา พบว่า ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยต่างกัน 4.90 คะแนน (95% CI 1.948, 7.852) ซึ่งกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยในเรื่องพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p=0.002) และหลังการทดลองพบว่า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยต่างกัน -4.85 คะแนน (95% CI -7.346, -2.354) พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยในเรื่องพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p=0.000)

การเปลี่ยนแปลงของผลเสมหะในเดือนที่ 2 ผลการเปลี่ยนแปลงของผลเสมหะในเดือนที่ 2 พบว่าผลการตรวจเสมหะหาปริมาณเชื้อวัณโรคใน Sputum AFB (การย้อมสีชนิดทนกรด : Acid fast bacilli stain) เพื่อการวินิจฉัยวัณโรคปอด ร่วมกับภาพถ่ายรังสีทรวงอก (X-ray) นั้น หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพฯ และรับการรักษาวัณโรคโดยการรับประทานยาสูตรยาระยะเข้มข้น (Intensive phase) 2 เดือนแรกพบว่าผลการตรวจเสมหะในเดือนที่ 2 กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลง

ของผลเสมหะเป็นลบ (Negative) ร้อยละ 100 ซึ่งแสดงว่าไม่สามารถแพร่เชื้อให้ผู้อื่นแล้ว ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบผลเสมหะยังคงเป็นบวกอยู่ ซึ่งสามารถแพร่กระจายเชื้อให้ผู้อื่นได้

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ โรงพยาบาลโพนทราย จังหวัดร้อยเอ็ดโดยประยุกต์ทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจ สามารถนำมาอภิปรายผลในประเด็นดังนี้

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เพศชายและมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 62.00 ปีสถานภาพสมรส มีคู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษามีอาชีพเกษตรกร มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทลักษณะที่พักอาศัยเป็นบ้านเดี่ยวและพักอาศัยอยู่กับสามี/ภรรยา จำนวนสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ 3-5 คน ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวและไม่มีบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นวัณโรค สอดคล้องกับการศึกษาของนันทิกานต์ สุวะมาตย์[3] ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ในจังหวัดบึงกาฬพบว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เป็นเพศชายร้อยละ 76.5 มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 40.8 สถานภาพสมรสร้อยละ75.5 เช่นเดียวกับการศึกษาของ จีระนันท์ พลเยี่ยม[4] ศึกษาประสิทธิภาพของแบบคัดกรองวัณโรคปอดในโรงพยาบาลแม่วาง อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ พบผู้ป่วยเพศชาย ร้อยละ 56.57 และสอดคล้องกับการศึกษาของ พชรพร ครองยุทธและคณะ[5] ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดในจังหวัดขอนแก่นพบผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 72.70 เพศชาย จบระดับประถมศึกษาและมีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 43.00 จะเห็นได้ว่าปัจจุบันผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย วัยสูงอายุมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคปอดเพิ่มมากขึ้น แสดงว่าการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้สูงอายุมีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย

ความรู้เรื่องเกี่ยวกับวัณโรคปอด ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพฯ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคอยู่ในระดับต่ำ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐจิตรา ทองกุ้ง[6] เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคปอดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลหนองธง อำเภอป่าบอน จังหวัดพัทลุง ผลการศึกษาด้านความรู้การป้องกันวัณโรคปอดของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 85.2 มีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดอยู่ในระดับสูง รองลงมาร้อยละ 12.6 มีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดอยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 2.2 มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ เช่นเดียวกับการศึกษาของ สัญญา กิตติสุนทโรภาศและคณะ[7]เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรคปอดในผู้สัมผัสร่วมบ้านที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดนครนายก พบว่า กลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน มีระดับความรู้เกี่ยวกับวัณโรคอยู่ในระดับสูงมากที่สุดทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มไม่ป่วย ร้อยละ 57.19 และกลุ่มป่วย ร้อยละ 50.00 สอดคล้องกับการศึกษา ณัฐต์ณิชา หนูทอง[8] ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานควบคุมวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลจำปี อำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี พบว่าความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการควบคุมวัณโรคภาพรวมของคะแนนความรู้หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นจากเดิม 9.89 (S.D.=1.50) เป็น 13.38 (S.D.=1.53) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 13.63$, $p < 0.0001$) เมื่อแยกรายประเด็นพบว่า ด้านความรู้เกี่ยวกับวัณโรคก่อนการพัฒนามีความรู้ อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.84 (S.D.=0.82) หลังการพัฒนามีความรู้อยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ย 3.98 (S.D.=0.69) ด้านกระบวนการรักษาก่อนการพัฒนามีความรู้ อยู่ในระดับน้อยค่าเฉลี่ย 2.32 (S.D.=1.68) หลังการพัฒนามีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย

เท่ากับ 3.18 (S.D.=0.86) ด้านกระบวนการป้องกันวัณโรคก่อนการพัฒนามีความรู้ อยู่ในระดับน้อย มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.29 (S.D.=1.34) หลังการพัฒนามีความรู้ระดับมาก ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.76 (S.D.=0.91) และทดสอบความแตกต่างก่อนและหลังการพัฒนาพบว่า ความรู้ก่อนและหลังการพัฒนาในทุกประเด็นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.05) จะเห็นได้ว่าระดับความรู้ที่สูงจะทำให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดสามารถศึกษาหาความรู้จากสื่อต่างๆที่ถูกต้องและเพิ่มความรู้ให้มากขึ้น

การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเองของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับสูง เกิดจากภายหลังการทดลองเข้าโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ โรงพยาบาลโพนทราย จังหวัดร้อยเอ็ด โดยมีการเสริมพลังให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ผ่านกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ทั้งหมด 5 ครั้ง ได้แก่ การค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยผู้ป่วยได้มีการเรียนรู้จากต้นแบบ การเห็นประสบการณ์จากผู้อื่น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและมั่นใจมีการรับรู้ความสามารถของตนเองตามแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) สอดคล้องกับการศึกษาของ อุมาพร ครุฑศิริ[9] เรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ โรงพยาบาลบ้านโป่ง ผลการวิจัยพบว่า หลังทดลองกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลตามปกติมีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับมาก มีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองเฉลี่ยเท่ากับ 3.06 และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับมาก มีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองเฉลี่ยเท่ากับ 3.50 เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนเองระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองหลังทดลองพบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 1 เชื่อมความสัมพันธ์ กิจกรรมที่ 2 เรื่องราวชีวิตและชมหนังสั้น กิจกรรมที่ 3 เล่าสู่กันฟัง กิจกรรมที่ 4 ประสบการณ์ประทับใจให้จดจำและกิจกรรมที่ 5 พบเพื่อนผู้ป่วยทำให้กลุ่มทดลองได้ทบทวนปัญหาและการปฏิบัติของตนเองเปรียบเทียบสถานการณ์ของตนเองกับเพื่อนผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพรรณิกา จำปาเทศและคณะ[10] ผลลัพธ์ของการรักษาและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดมุกดาหาร พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการรักษาวัณโรคมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p <0.001 สอดคล้องกับการศึกษาของชุมสาย วิชาชัย[11] ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค ตำบลถ่อนนาลับ อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี ผลการวิจัยสรุปผลการประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค ประกอบด้วย การเข้าถึงในการกระตุ้นให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจากการให้ความรู้ การสร้างการรับรู้หรือสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงในระดับบุคคล ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่าหลังให้ความรู้มีคะแนนสูงกว่าก่อนให้ความรู้ตามโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

พฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษา ในส่วนของพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษาวัณโรคมีระดับสูงขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยวัณโรค สอดคล้องกับการศึกษาของดาวเรือง เชิดกลิ่นและคณะ[12] เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดสมุทรปราการ พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยวัณโรคอยู่ในระดับสูง ผลการศึกษาปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.01) การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.01)ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.01) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุจิตรา บุญยังและคณะ[13] เรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มีประวัติการกินยาวัณโรคไม่สม่ำเสมอ พบว่าปัจจัยของผู้ป่วยที่มีผลต่อการรักษาวัณโรคให้ต่อเนื่อง มีส่วนสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองเรื่องการรับประทานยา บุคลากรทางการแพทย์จะต้องหาแนวทางเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

จากการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ โรงพยาบาลโพนทราย จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ 4 ข้อซึ่งผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรคปอด ความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองในการปฏิบัติตัวตามแนวทางการรักษาวัณโรคอย่างถูกต้อง มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และพบหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลเสมหะจากบวกเป็นลบในเดือนที่ 2 มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ซึ่งจากการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ โรงพยาบาลโพนทราย จังหวัดร้อยเอ็ด มีการเสริมพลังอำนาจโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยพัฒนาความรู้ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง และมีพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษาวัณโรคได้อย่างถูกต้อง สามารถลดการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน ลดปัญหาเชื้อวัณโรคดื้อยา เกิดประโยชน์ต่อการควบคุมโรควัณโรค ส่งผลให้การรักษาวัณโรคมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ผู้บริหารควรมีการสนับสนุนให้มีการนำโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ โรงพยาบาลโพนทราย จังหวัดร้อยเอ็ด ไปใช้ในหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอพร้อมสนับสนุนงบประมาณ บุคลากร สถานที่เพื่อให้มีการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่อย่างยั่งยืน

2. ผู้บริหารควรสนับสนุนการนำรูปแบบโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเสริมพลังอำนาจเป็นตัวอย่างแนวทางใช้ในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. ควรส่งเสริมการให้ความรู้กับผู้ป่วยวัณโรคปอดในเรื่องโรควัณโรคปอดและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออย่างสม่ำเสมอ

2. โรงพยาบาลต่างๆควรส่งเสริมให้มีการนำโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอด

3. เน้นการบูรณาการคัดกรองเชิงรุกในชุมชน การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อลดความแออัดและลดการตีตรา รวมถึงการนำเทคโนโลยีมาใช้ติดตามผู้ป่วย (DOT) เพื่อให้การรักษารวดเร็ว ต่อเนื่อง และป้องกันการดื้อยา โดยควรมุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวมที่เชื่อมโยงระหว่างบ้าน ชุมชน และโรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณบุคลากรทุกท่านที่เกี่ยวข้อง ตลอดจน ภาคีเครือข่ายและผู้อำนวยการ โรงพยาบาลโพนทราย ที่ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1.กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2567).รายงานสถานการณ์และการเฝ้าระวังวัณโรคและ วัณโรคดื้อยาในประเทศไทย. https://www.tbthailand.org/statustb.html.

2. Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. J Adv Nurs, 21(6), 1201-1210.

3.นันทิกานต์ สุวะมาตย์.(2566).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด รายใหม่ ในจังหวัดบึงกาฬ.https://bkpho.moph.go.th

4.จีระนันท์ พลเยี่ยม.(2567).ประสิทธิภาพของแบบคัดกรองวัณโรคปอดในโรงพยาบาลแม่วาง อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่. https://www.chiangmaihealth.go.th

5.พชรพร ครองยุทธและคณะ.(2564).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด.วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์,14(3),138-148.

6.ณัฐจิตรา ทองกุ้ง.(2562).ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคปอดของผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลหนองธง อำเภอป่าบอน จังหวัดพัทลุง.https://he01.tci-thaijo.org

7.สัญญา กิตติสุนทโรภาศและคณะ.(2563).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรคปอดในผู้สัมผัส ร่วมบ้านที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยวัณโรค.https://Nayok.moph.go.th

8.ณัฐต์ณิชา หนูทอง.(2566).การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานควบคุมวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลจำปี อำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี.https://backoffice.udpho.org

9.อุมาพร ครุฑศิริ.(2564).ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเองและ พฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ โรงพยาบาลบ้านโป่ง.วารสารวิจัยเพื่อส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต,1(3),24-34.

10.สุพรรณิกา จำปาเทศและคณะ.(2568).ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการรักษาและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดมุกดาหาร.วารสารควบคุมโรค,50(3),476-486.

11.ชุมสาย วิชาชัย.(2567).ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค ตำบลถ่อนนาลับ อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี.https://backoffice.udpho.org

12.ดาวเรือง เชิดกลิ่นและคณะ.(2568).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดสมุทรปราการ.วารสารสุขภาพสตรองแอนด์เฮลที้,1(2),6-22.

13.สุจิตรา บุญยังและคณะ.(2565).พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มีประวัติการกินยาวัณโรคไม่สม่ำเสมอ.วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและสาธารณสุขชิระภูเก็ต,2(1),57-66.

ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

Effects of a Home Visitation Program Combined with Self-management Support on Clinical Outcomes of Elderly Patients with Type 2 Diabetes.

(Received: August 9,2026 ; Revised: August 17,2026 ; Accepted: August 19,2026)

นวพร สุริยะชัย[11]
Nawaporn Suriyachai[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางคลินิกและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลสว่างแดนดิน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (HbA1C ≥ 7.5%) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 41 คน ระยะเวลาดำเนินโปรแกรม 13 สัปดาห์ ประกอบด้วยการให้ความรู้และการเยี่ยมบ้านเชิงรุก 3 ครั้งตามแนวคิดของ Kanfer & Gaelick-Buys วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired sample t-test

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมี **ผลลัพธ์ทางคลินิก** พัฒนาขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ลดลงจากเฉลี่ยร้อยละ 7.96 เป็น 7.77 (p=.014) ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (SBP) และความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (DBP) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (p<.001) ส่วนดัชนีมวลกาย (BMI) ลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.162) สำหรับพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การติดตามการรักษาและการจัดการความเครียด พบว่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001)

คำสำคัญ: การเยี่ยมบ้าน, การจัดการตนเอง, ผลลัพธ์ทางคลินิก, พฤติกรรมสุขภาพ, ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

Abstract

This quasi-experimental research, employing a one-group pretest-posttest design, aimed to investigate the effects of a home visitation program integrated with self-management support on clinical outcomes and health behaviors among elderly patients with uncontrolled type 2 diabetes (HbA1c ≥ 7.5%) in Sawang Daen Din sub-district. A purposive sample of 41 participants was selected. The 13-week intervention consisted of health education and three proactive home visits based on Kanfer & Gaelick-Buys' theory. Data were analyzed using descriptive statistics and paired sample t-tests.

The results revealed that after participating in the program, the participants' clinical outcomes significantly improved: the mean HbA1c level decreased from 7.96% to 7.77% (p=.014). Both systolic (SBP) and diastolic blood pressure (DBP) significantly declined (p<.001). Body mass index (BMI) decreased slightly but without statistical significance (p=.162). Regarding health behaviors—including diet, exercise, treatment follow-up, and stress management—the mean scores for both overall and all sub-dimensions significantly increased (p<.001). In conclusion, this program is effective in enhancing both clinical outcomes and health behaviors for elderly diabetic patients in the community.

Keywords: Home Visit, Self-management, Clinical Outcomes, Health Behaviors, Elderly Diabetes

บทนำ

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) เป็นความผิดปกติเรื้อรังของระบบเมตาบอลิซึมที่เกิด

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร

จากตับอ่อนผลิตอินซูลินได้ไม่เพียงพอหรือร่างกายไม่สามารถใช้อินซูลินได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อหลอดเลือดและเส้นประสาททั่วร่างกาย สถานการณ์ปัจจุบันชี้ให้เห็นว่าโรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่มีแนวโน้มรุนแรงขึ้น โดยคาดการณ์ว่าในปี 2050 จะมีผู้ป่วยสูงถึง 853 ล้านคนทั่วโลก[1] สำหรับประเทศไทย ข้อมูลในปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นกว่า 300,000 รายต่อปี แต่สิ่งที่น่ากังวลคือมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ30 เท่านั้นที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน[2] ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงเช่น โรคไต การถูกตัดเท้า และโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสร้างภาระทางเศรษฐกิจแก่ระบบสาธารณสุขสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี รวมถึงกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วยอย่างมหาศาล[3] ความรุนแรงของโรคเบาหวานจะยิ่งเพิ่มสูงขึ้นเมื่อผู้ป่วยก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ เนื่องจากความเสื่อมถอยทางสรีรวิทยาของระบบต่อมไร้ท่อ โดยเฉพาะความไวต่ออินซูลินที่ลดลงและการทำงานของเซลล์เบต้าในตับอ่อนที่เสื่อมสภาพ[4,5] ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เรื้อรังและโรคแทรกซ้อนจากระบบเผาผลาญได้ง่ายกว่าวัยอื่น[6] ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยล่าสุดพบว่า ความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นตามช่วงอายุ โดยกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปพบความชุกสูงที่สุดถึงร้อยละ 25.4[7] นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังเผชิญกับอัตราการเสียชีวิตที่สัมพันธ์กับเบาหวานสูงถึง 82.7 ต่อประชากรแสนคน และมักพบภาวะทุพพลภาพร่วมด้วย ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของการสูงวัยที่ต้องการการดูแลที่จำเพาะเจาะจงมากขึ้น[8] แม้ว่าการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Kanfer และ Garlick-Buys[10] ที่เน้นกระบวนการสังเกตติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเองจะเป็นกลยุทธ์หลักที่ช่วยให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมสุขภาพและควบคุมระดับน้ำตาลได้ การให้คำแนะนำเพียงอย่างเดียว ในสถานพยาบาลมักเผชิญกับข้อจำกัดด้านความต่อเนื่องและการนำไปใช้จริงในชีวิตประจำวัน ด้วยเหตุนี้ การเยี่ยมบ้าน (Home Visit) จึงเป็นกลไกเชิงรุก ที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยภายใต้บริบทจริงของครอบครัว[9]

คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตำบลสว่างแดนดิน เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนครให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภูมิลำเนาใน ตำบลสว่างแดนดิน ไม่มีโรคแทรกซ้อนรุนแรงที่ได้รับส่งต่อจากคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน พบว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปีงบประมาณ 2568 มีจำนวนผู้ป่วยสูงถึง 638 คน แต่ ร้อยละของผู้ป่วยที่ควบคุมน้ำตาลได้ดีกลับลดลงเหลือเพียงร้อยละ 27.33 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขอย่างมาก นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยสูงอายุกว่าร้อยละ 38.97 ยังมีระดับ HbA1c ≥ 7% แม้จะได้รับสุขศึกษาอย่างต่อเนื่องก็ตาม

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า การบูรณาการ แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ร่วมกับ การเยี่ยมบ้าน (Home Visit) เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพสูงในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากการทบทวนวรรณกรรมในด้านการส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง พบว่าเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยเสริมประสิทธิผลของการควบคุมโรคให้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Panichwilai และ Chareekwuan[11]ที่ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการเยี่ยมบ้านแบบมีแผนและใช้แบบประเมินสุขภาพอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับงานวิจัยของ จุฬาลักษณ์ สินธุเขต [12] และ ธีรารัตน์ ดั่นคุ้ม [13] ที่ยืนยันว่าการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องสามารถเพิ่มพฤติกรรมการจัดการตนเองได้อย่างชัดเจน ยิ่งไปกว่านั้น การเสริมสร้างทักษะการกำกับตนเอง (Self-regulation) และการรับรู้ความสามารถของ

ตนเองผ่านกระบวนการเยี่ยมบ้าน ตามที่ จักรินทร์ เคนรัง [14] และ สุชารัตน์ ชาวตะวันตก [15] ได้ศึกษาไว้ พบว่ามีความสัมพันธ์โดยตรงกับพัฒนาการของพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศของ Kaveh[16] รวมถึง Purwonugroho[17] ที่ระบุว่าการใช้กรอบแนวคิดทางทฤษฎีการจัดการตนเองร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้าน ไม่เพียงแต่ช่วยลดระดับ HbA1c ได้อย่างต่อเนื่อง แต่ยังช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกทั้งดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลสะสมในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยมุ่งหวังว่าผลการศึกษาครั้งนี้จะไม่เพียงแต่ช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมโรคได้ดีขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมเท่านั้น แต่ยังจะเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สำคัญในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและการเยี่ยมบ้านเชิงรุกให้มีประสิทธิภาพ และสามารถตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยในชุมชนได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ดัชนีมวลกาย(BMI) ,ความดันโลหิต, ระดับน้ำตาลสะสม(HbA1c) และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่2 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการส่งเสริมการจัดการตนเอง

สมมติฐานการวิจัย

หลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการส่งเสริมการจัดการตนเอง ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จะมีผลลัพธ์ทางคลินิก (ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต และระดับน้ำตาลสะสม) ดีขึ้น และมีพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคเบาหวานสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) ออกแบบวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One Group Pre test–Post test Design) เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไป เปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสม,ความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการเยี่ยมบ้านร่วมกับส่งเสริมการจัดการตนเอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่2 ที่มีภูมิลำเนาในพื้นที่ตำบลสว่างแดนดิน เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตำบลสว่างแดนดิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

กลุ่มตัวอย่างคือคือผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่2 ที่มีภูมิลำเนาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ เข้ารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ มีผลตรวจระดับน้ำ ตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ครั้งล่าสุดในเดือนตุลาคม 2568 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power เวอร์ชัน 3.1สำหรับการทดสอบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเดียว ที่วัดซ้ำก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ =0.05 พลังการทดสอบ=0.80 และกำหนดขนาดอิทธิพล=0.50 ได้กลุ่มตัวอย่าง 34 คนเผื่อการสูญหายระหว่างวิจัยร้อยละ 20 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 41 คน ใช้การสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า(Include Criteria)

1.เป็นผู้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

2.มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

3.เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลตรวจระดับน้ำตาลสะสม(HbA1C) ในเดือนตุลาคม พ.ศ.2568 ≥ 7.5 %

4.เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก(Exclude Criteria)

1.ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หรือมีโรคร่วมรุนแรง ได้แก่โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจ หลอดเลือดสมอง

2.ผู้มีปัญหาด้านการสื่อสาร และ/การทำความเข้าใจ หรือผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมรุนแรงที่ไม่สามารถสื่อสารตามโปรแกรมได้

3.ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบตามกำหนดหรือไม่มาติดตามผล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1.เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่

1.1โปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการส่งเสริมการจัดการตนเองโดยสร้างขึ้นจากการใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ (Kanfer and Gaelick-Buys, 1991) ซึ่งเน้นกระบวนการเปลี่ยนพฤติกรรมผ่าน 3 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การสังเกตติดตามตนเอง (Self-monitoring) การประเมินตนเอง(Self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง(Self-reinforcement) โปรแกรมมีระยะเวลาดำเนินการรวม 13 สัปดาห์ ประกอบด้วยการทำกิจกรรม 5 ครั้ง แบ่งเป็นการจัดกิจกรรมในคลินิก 2 ครั้ง และการติดตามเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง ดังนี้

1.1.1 ระยะเตรียมการและสร้างแรงจูงใจ (สัปดาห์ที่ 1) : จัดกิจกรรมกลุ่มในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตำบลสว่างแดนดิน เพื่อประเมินข้อมูลเบื้องต้น (Pre-test) และให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พฤติกรรมการควบคุมโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเอง

1.1.2ขั้นการสังเกตติดตามตนเอง(Self-monitoring) : เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 2-3) เป็นการเยี่ยมบ้านรายบุคคลเพื่อประเมินบริบทที่แท้จริง ผู้วิจัยสะท้อนพฤติกรรมสุขภาพที่เชื่อมโยงกับผลน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX) และสอนการใช้ "สมุดบันทึกพฤติกรรม พิชิตเบาหวาน" เพื่อให้ผู้ป่วยบันทึกพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา พร้อมร่วมกันตั้งเป้าหมายเฉพาะบุคคล (Goal Setting) ที่สามารถทำได้จริง

1.1.3. ขั้นการประเมินตนเอง (Self-evaluation) : เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 6) เป็นการเยี่ยมบ้านแบบกลุ่มย่อยเพื่อฝึกทักษะการประเมินตนเองผ่านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบ "เพื่อนช่วยเพื่อน" ผู้ป่วยจะนำข้อมูลจากสมุดบันทึกมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน (เช่น จานอาหาร 2:1:1) และร่วมกันวิเคราะห์อุปสรรคเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา (Problem Solving) ในบริบทชุมชน

1.1.4. ขั้นการเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) : เยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 9-10) เป็นการเยี่ยมบ้านรายบุคคลเพื่อสรุปความสำเร็จที่จับต้องได้ โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก (น้ำหนัก, ความดัน, DTX) ตั้งแต่วันแรกจนถึงปัจจุบัน ผู้วิจัยเน้นการเสริมแรงเชิงบวกผ่านคำชมเชยและการสร้างความภาคภูมิใจในความสำเร็จ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน

1.1.5. ระยะประเมินผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 13) ติดตามประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก (HbA1c, BMI, ความดันโลหิต) และพฤติกรรมสุขภาพหลังสิ้นสุดกิจกรรมทั้งหมด (Post-test) ณ คลินิกบริการ

1.2 คู่มือการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

1.3 แบบบันทึกพฤติกรรมพิชิตเบาหวาน สำหรับบันทึกพฤติกรรมสุขภาพประจำวันโดยตัวผู้ป่วยเอง และสำหรับผู้วิจัยสะท้อนผลพฤติกรรมเมื่อเยี่ยมบ้าน เพื่อปรับแผนการดูแลที่เหมาะสมร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย

2.เครื่องมือรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่1: แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ มีทั้งลักษณะคำถามปลายปิดและปลายเปิด ครอบคลุมข้อมูลด้านประชากรและสุขภาพ ได้แก่

เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา รายได้ อาชีพ สถานภาพในครอบครัว ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน และโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อน ยาที่ใช้รักษา

ส่วนที่ 2: แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะเป็นมาตรส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (5-point Likert Scale) จำนวนทั้งสิ้น 23 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมการควบคุมโรค 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร (7 ข้อ) ด้านการออกกำลังกาย (5 ข้อ) ด้านการติดตามการรักษา (6 ข้อ) และด้านการจัดการความเครียด (5 ข้อ) แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก 13 ข้อ ตามความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมในรอบ 1 สัปดาห์ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามเชิงบวก ให้คะแนนตามระดับการปฏิบัติจริง ตั้งแต่ 1 คะแนน (ไม่ปฏิบัติเลย) จนถึง 5 คะแนน (ปฏิบัติทุกวัน) ข้อคำถามเชิงลบ ใช้ การให้คะแนนแบบย้อนกลับ เพื่อให้ค่าคะแนนสะท้อนถึงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในทิศทางเดียวกัน โดยให้ 5 คะแนน (ไม่ปฏิบัติเลย) ลดหลั่นลงมาจนถึง 1 คะแนน (ปฏิบัติทุกวัน) การรวมคะแนนจะคิดเป็นร้อยละเพื่อแปลผลระดับพฤติกรรมสุขภาพ คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึงพฤติกรรมระดับสูง,ร้อยละ 60-79 ระดับปานกลาง และน้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก ใช้บันทึกผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ประกอบด้วย ค่าน้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบเอว ความดันโลหิต และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ปี พ.ศ.ที่เริ่มเป็นเบาหวาน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา(Content Validity)โดยผู้ทรง คุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.82 จากนั้นนำไปทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมายจำนวน 30 คน พบว่าค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.86

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยแบ่งการดำเนินการออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้:

1.ระยะก่อนทดลอง (สัปดาห์ที่1)

ปฐมนิเทศกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอคำยินยอม (Informed Consent) ดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ทั้งข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิก พร้อมให้ความรู้พื้นฐานเรื่องโรคเบาหวานและสอนการบันทึกพฤติกรรมในคู่มือ "พิชิตเบาหวาน"

2.ระยะดำเนินการทดลอง (สัปดาห์ที่ 2-3)

โดยผู้วิจัยลงพื้นที่เยี่ยมบ้านร่วมกับ อสม. จำนวน 3 ครั้ง เพื่อส่งเสริมทักษะการจัดการตนเองตามวงจรของ Kanfer ดังนี้:

ครั้งที่ 1 (Self-monitoring)เน้นให้ผู้ป่วยสังเกตและบันทึกพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้เชื่อมโยงกับผลเลือด พร้อมร่วมตั้งเป้าหมายการปรับพฤติกรรมรายบุคคล

ครั้งที่ 2 (Self-evaluation) ฝึกให้ผู้ป่วยประเมินตนเองผ่านกิจกรรมกลุ่มย่อย แลกเปลี่ยนเรียนรู้และวิเคราะห์อุปสรรคการควบคุมโรคโดยใช้ความรู้ ตั้งเป้าหมายใหม่ ตาม(กรณีที่ปฏิบัติไม่สำเร็จ)

ครั้งที่ 3 (Self-reinforcement) สรุปผลความสำเร็จที่จับต้องได้จากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และเสริมแรงบวกเพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน

3.ระยะหลังทดลอง (สัปดาห์ที่ 13) ผู้วิจัย

ดำเนินการเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) ด้วยเครื่องมือชุดเดิม ณ คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตำบลสว่างแดนดิน เพื่อนำผลมาวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา (ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และ

ทดสอบสมมติฐานเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired sample t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน โดยยึดหลักความสมัครใจ การพิทักษ์สิทธิ์ และการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างอย่างเคร่งครัด

ผลการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางคลินิกและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลสว่างแดนดิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน มีผลการศึกษาและผลวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1.**ข้อมูลทั่วไป** กลุ่มตัวอย่างที่ร่วมการวิจัยทั้งหมด 41 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 68.29 , เพศชายร้อยละ 31.71 มีอายุระหว่าง 60-79 ปี มากที่สุดช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ73.18 อายุน้อยที่สุด60ปี และมากที่สุด 79 ปี อายุเฉลี่ย 67.03 ปี , ร้อยละ 67.03 มีสถานภาพสมรส และเป็นสมาชิกในครอบครัว การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 68.29, อาชีพแม่บ้านร้อยละ 46.38 เกษตรกรและรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 17.07 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 43.92 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ข้อมูลด้านสุขภาพพบว่าระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 11.41 ปี น้อยที่สุด 1 ปี นานที่สุด 23 ปี มีภาวะไขมันในเลือดสูงร่วมทุกคน มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมร้อยละ 73.17 มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ3a ร้อยละ 14.69 ใช้ยาลดน้ำตาลร่วมกับยาโรคร่วมอย่างอื่นมากที่สุด 8 ชนิด น้อยที่สุด 2 ชนิด ร้อยละ 60-61 ใช้ยาลดน้ำตาลแบบเม็ด 2-3 ชนิด และใช้อินซูลินร่วมกับยาลดน้ำตาลแบบเม็ดร้อยละ 19.51

2. ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ ทางคลินิกของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่2 จากตารางที่1 พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการส่งเสริมการจัดการตนเองกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (SBP) ลดลงจาก 143.12 เป็น 131.46 mmHg, ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (DBP) ลดลงจาก 80.39 เป็น 70.80 mmHg และระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ลดลงจากร้อยละ 7.96 เป็น 7.77 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05(p<.001,<.001, .014ตามลำดับ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการส่งเสริมการจัดการตนเอง (paired sample t-test)

ข้อมูลทางคลินิก(n=41)	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ดัชนีมวลกาย	26.67	4.69	26.26	4.03	1.426	.162
ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว	143.12	14.26	131.46	10.31	4.161	<.001*
ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว	80.39	9.51	70.80	8.20	5.229	<.001*
ระดับน้ำตาลสะสม	7.96	0.40	7.77	0.38	2.570	.014*

*Paired Samples t-test; p< .05

สำหรับดัชนีมวลกาย (BMI) มีค่าเฉลี่ยลดลงเล็กน้อยจาก 26.67 เป็น 26.26 kg/m^2 แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.162)

3.ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานโดยรวม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการส่งเสริมการจัดการตนเอง (paired sample t-test)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p
	Mean	SD	Mean	SD		
พฤติกรรมสุขภาพรวม	77.30	7.31	82.47	5.46	-9.059	<.001
ด้านการรับประทานอาหาร	73.24	11.48	77.21	8.46	-5.423	<.001*
ด้านการออกกำลังกาย	59.10	17.03	66.54	12.08	-6.784	<.001*
ด้านการติดตามการรักษา	91.79	9.86	96.66	3.50	-3.717	<.001*
ด้านการจัดการความเครียด	85.07	12.71	89.46	7.89	-3.496	.001*

จากตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมจากระดับปานกลางเป็นระดับดีอย่างมีนัยสำคัญ และเมื่อพิจารณารายด้าน คะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคดีขึ้นทั้ง 4 ด้านอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีพฤติกรรมด้านการออกกำลังมากที่สุด(t= -6.784) รองลงมาคือด้านการรับประทานอาหาร(t=-5.423) ส่วนพฤติกรรมการจัดการความเครียดมีการเปลี่ยนแปลงน้อยที่สุด(t=-3.496)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการส่งเสริมการจัดการตนเองส่งผลเชิงบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกส่วนใหญ่ในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ดังนี้ ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ลดลงจากเฉลี่ยร้อยละ 7.96 เป็น 7.77อย่างมีนัยสำคัญ(p=.014) อธิบายได้ด้วยหลักการ Kanfer และ Gaelick-Buys (1991) ซึ่งเน้นกระบวนการกำกับตนเอง 3 ขั้นตอน เริ่มจากการสังเกตติดตามตนเองผ่านการใช้สมุดบันทึก "พิชิตเบาหวาน" ทำให้ผู้ป่วยเห็นความเชื่อมโยงระหว่างพฤติกรรมการกินและระดับน้ำตาล ต่อด้วยการ**ประเมินตนเอง** ผ่านกิจกรรมกลุ่มย่อยที่เปิดโอกาสให้เกิดการเรียนรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อนและการแก้ไขปัญหาตามบริบทจริง และปิดท้ายด้วยการ**เสริมแรงตนเอง** จากการสะท้อนผลสำเร็จที่จับต้องได้ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุกฤตา และ นวกานต์[11] ที่พบว่าการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามการดูแลตนเองส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพและ HbA1c ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับการดูแลปกติ การเน้นย้ำเรื่องการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย ยังช่วยให้กลุ่มตัวอย่างปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ[12,13]

ค่าความดันโลหิตที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญแสดงถึงประสิทธิภาพของการเยี่ยมบ้านช่วยให้ทีมสหวิชาชีพสามารถให้คำแนะนำที่เฉพาะเจาะจงและลดอุปสรรคในการเข้าถึงการรักษา สอดคล้องกับงานวิจัยของ Purwonugroho[17] ที่ชี้ว่าการติดตามเยี่ยมบ้านตามกรอบแนวคิดทฤษฎีช่วยยกระดับการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญ ประเด็นดัชนีมวลกาย (BMI) ที่ไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ แม้ BMI จะมีแนวโน้มลดลงแต่ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ อธิบายได้จากสรีรวิทยาของผู้สูงอายุที่มีการเสื่อมถอยของระบบต่อมไร้ท่อ ภาวะดื้อต่ออินซูลิน และการทำงานของระบบเผาผลาญที่ลดลงตามวัย[4] ประกอบกับระยะการป่วยเฉลี่ย 11.4ปี และการดำเนินโปรแกรม 12 สัปดาห์อาจสั้นเกินไปที่จะเห็นความเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวอย่างชัดเจนในวัย

สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว[4] อย่างไรก็ตาม พัฒนาการของพฤติกรรมการบริโภคและการออกกำลังกายที่ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัดในงานวิจัยนี้เป็นพื้นฐานสำคัญที่จะส่งผลต่อการควบคุมน้ำหนักและลดความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวต่อไป การบูรณาการการจัดการตนเองเข้ากับการเยี่ยมบ้านเชิงรุก ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดทักษะแรงจูงใจ และความมั่นใจในการดูแลตนเองภายใต้บริบทของตนเองได้อย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำรูปแบบการเยี่ยมบ้านเพื่อเพิ่มทักษะการจัดการตนเองมาใช้เป็นกลไกในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระยะยาว โดยเน้นการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

2.ควรมีการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในพื้นที่ให้มีความเชี่ยวชาญและมั่นใจในการติดตามดูแล รวมถึงทักษะการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้น เพื่อให้สามารถตัดสินใจและสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้อย่างเหมาะสมและทันท่วงที.

3. ควรมีการเพิ่มขนาดกลุ่ม หรือมีกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อยืนยันผลสัมฤทธิ์และประโยชน์สูงสุดของโปรแกรมให้ชัดเจนยิ่งขึ้นหรือขยายผลการศึกษาไปยังกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) อื่นๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูงและภาวะไขมันในเลือดสูง

4. การศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มมิติของการให้สมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการจัดการตนเองของผู้ป่วย เพื่อช่วยส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นและต่อเนื่อง

5. การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความถี่ในการติดตามเยี่ยมโดยลดข้อจำกัดเรื่องระยะทางและเวลา เช่น การติดตามผ่านกลุ่มไลน์ หรือการติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อช่วยให้ทีมสุขภาพสามารถประเมินและช่วยเหลือผู้ป่วยได้บ่อยครั้งและใกล้ชิดยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation.(2025). IDF Diabetes Atlas. 11th ed. [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 7]. Available from: https://diabetesatlas.org/resources/idf-diabetes-atlas-2025/
2. กรมควบคุมโรค.(2566). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2566. [อินเทอร์เน็ต].นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566. [สืบค้นเมื่อ 7 ต.ค.2568]. เข้าถึงได้จาก: https://online.fliphtml5.com/bcbgj/yatm/#p=1
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2565). รายงานประจำปีงบประมาณ 2565 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2565 [สืบค้นเมื่อ 7 ต.ค.2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nhso.go.th/th/aboutus-th/reports-annual/2024-11-21-06-39-15/28-2565.
4. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.(2561). คู่มือเรียนรู้เข้าใจวัยสูงอายุ. กรุงเทพฯ: ยืนยงการพิมพ์; 2561..
5. Chang AM, Halter JB.(2003). Aging and insulin secretion. American Journal of Physiology-Endocrinology and Metabolism [Internet]. 2003 [cited 2505 Oct 7];284(1):E7–E12. Available from: https://doi.org/10.1152/ajpendo.00366.2002.
6.Basu R, Breda E, Oberg AL, et al.(2003). Mechanisms of the age-associated deterioration in glucose tolerance: contribution of alterations in insulin secretion, action, and clearance. Diabetes [Internet]. 2003 [cited 2025 Oct 7];52(7):1738-48. Available from: https://doi.org/10.2337/diabetes.52.7.1738.
7.เริงฤดี ปธานวนิช, บรรณาธิการ.(2568). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2568 [สืบค้นเมื่อ 7 ต.ค. 2568]. เข้าถึงจาก: https://kkhos.moph.go.th/kkhos/data_workmanual/healthservey_2025.pdf.
8.กองยุทธศาสตร์และแผนงาน.(2568). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2567 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 8 ก.ค. 2569]. เข้าถึงจาก: https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2025/11/สถิติสาธารณสุข-2567_final.pdf.

9.สำนักการพยาบาล.(2559). มาตรฐานการพยาบาลในชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 7 ต.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.don.go.th/?page_id=917.

10.Kanfer R, Kanfer FH.(1991). Goals and self-regulation: Applications of theory to work settings. In: Maehr ML, Pintrich PR, editors. Advances in Motivation and Achievement [Internet]. Vol. 7. Greenwich (CT): JAI Press; 1991 [cited 2025 Oct 11]. p. 287-326. Available from: https://www.sciencedirect.com/bookseries/advances-in-motivation-and-achievement.

11.สุกฤตา พานิชย์วิไล, นวกานต์ ชารีขวัญ.(2568). ประสิทธิผลของโปรแกรมการติดตามการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินและการติดตามเยี่ยมบ้าน. วารสารสังคมสุขภาพและวิจัยทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 10พ.ย.2568];1(1). เข้าถึงได้จาก: https://so13.tci-thaijo.org/index.php/MSSJ/article/view/2423/1764.

12.จุฬาลักษณ์ สินธุเขต.(2566). ผลของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยต่อระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 15ต.ค. 2568];8(2):337–345. เข้าถึงได้จาก: https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/1489.

13.ธีรารัตน์ ดั่นคุ้ม.(2562). ผลของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในเขตตำบลอ่างแก้ว อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง [รายงานวิจัยออนไลน์]. นนทบุรี: เครือข่ายสนับสนุนการพัฒนางานวิจัยเชิงปฏิบัติการ (R2R Thailand) ร่วมกับ คณะเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร มหาวิทยาลัยมหิดล; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 17 ต.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://mednacea.ict.mahidol.ac.th/project/2562000484.

14.จักรินทร์ เคนรัง.(2565). ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการกำกับตนเองโดยการเยี่ยมบ้านทางไกลสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้ในอำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารพยาบาลตำรวจ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 17 ต.ค. 2568];14(2):324–338. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/policenurse/article/download/256323/175794/1061274.

15.สุชารัตน์ ชาวตะวันตก.(2567). ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านแบบมีส่วนร่วมและการให้ความรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลท่าลี่. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 17 ต.ค. 2568];9(1):204–212. เข้าถึงได้จาก: https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/271769.

16.Kaveh MH, Montazer M, Karimi M, Hassanzadeh J.(2022). Effects of a theory-based training program with follow-up home visits on self-management behavior, glycemic index, and quality of life among Iranian patients with type 2 diabetes mellitus. BMC Public Health [Internet]. 2022 [cited 2025 Oct 17];22(1):1559. Available from: https://doi.org/10.1186/s12889-022-13959-3.

17.Purwonugroho TA, Raharjo B, Maharani L, Mustikaningtias I, Utami VVFR, Galistiani GF, et al.(2021). Community pharmacist home visit-based intervention improved diabetes patients' outcomes: A randomized controlled trial. Journal of Applied Pharmaceutical Science [Internet]. 2021 [cited 2025 Oct 17];11(3):054–059. Available from: https://doi.org/10.7324/JAPS.2021.110307

การพยาบาลผู้ป่วยโรคต้อหินที่มีโรคร่วมและแก้วตาขุ่นได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียม ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ : 2 กรณีศึกษา

Nursing Care of Patients with Glaucoma and Coexisting Cataract Undergoing Intraocular Lens Implantation at Kalasin Hospital : 2 case study.

(Received: August 9,2026 ; Revised: August 17,2026 ; Accepted: August 19,2026)

อรดี ไร่วิบูลย์[1]
Oradee Raiviboon

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคต้อหินที่มีโรคร่วมและภาวะแก้วตาขุ่นได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียม พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโดยทั้งก่อนการผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัดและการวางแผนการจำหน่าย เป็นกรณีศึกษาในผู้ป่วยชายไทย อายุ 41 ปี และ ผู้ป่วยชายไทย อายุ 67 ปี ตามลำดับ เข้ารับการรักษาหอผู้ป่วย จักษุ โสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระหว่างวันที่ 28-30 กันยายน 2568 ถึง และ 28-30 ตุลาคม 2568 ตามลำดับ ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคต้อหินที่มีโรคร่วมและแก้วตาขุ่น มีโรคร่วม ได้แก่ โรคลมชัก และโรคไขมันในเลือดสูง เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การตรวจร่างกาย การตรวจพิเศษ และการประเมินตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ผลการศึกษา: พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาสำคัญ ได้แก่ ตาแดง ปวดตาจากความดันลูกตาสูงคนที่ 1 ผลการวัดสายตา ตาขวา 6/6 PH 20/20 ตาซ้าย 6/60 PH 20/60 ระดับความดันลูกตา ตาขวา 40 มิลลิเมตรปรอท ตาซ้าย 12 มิลลิเมตรปรอท ถ่ายภาพจอประสาทตา C:D RE 0.9 เลนส์ตาข้างขวา NS 3+ คนที่ 2 ผลการวัดสายตา ตาขวา 20/60 PH 20/70 ตาซ้าย 6/18 PH 20/20 ระดับความดันลูกตา ตาขวา 14 มิลลิเมตรปรอท ตาซ้าย 41 มิลลิเมตรปรอท ตรวจพบเลนส์ตาขุ่น ถ่ายภาพจอประสาทตา C:D LE 0.9 เลนส์ตาข้างซ้าย NS 3+ ประเมินโดยใช้ 11 แบบแผนกอร์ดอน การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน พยาบาลได้ให้การดูแลแบบองค์รวมทั้งระยะ ก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด รวมถึงการให้ความรู้และการวางแผนจำหน่าย ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และสามารถดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านได้

คำสำคัญ: โรคต้อหิน, การผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียม, การพยาบาลผู้ป่วยจักษุ

Abstract

This study aimed to investigate the nursing care of glaucoma patients with comorbidities and lens opacity undergoing cataract surgery. Nurses play a crucial role in patient care pre-operatively, during, post-operatively, and discharge planning. The study used a case study of two Thai male patients, aged 41 and 67, respectively, admitted to the Ophthalmology, Otolaryngology, and Head and Neck Surgery ward at Kalasin Hospital from September 28-30, 2025, and October 28-30, 2025, respectively. They were diagnosed with glaucoma with comorbidities and lens opacity, including epilepsy and hyperlipidemia. Data were collected from medical records, patient and family interviews, physical examination, specialized examinations, and Gordon's health assessment model.

Study Results: The study found that the main problems among patients were conjunctivitis and eye pain due to high intraocular pressure. Patient 1: Visual acuity measurements: Right eye 6/6, PH 20/20; Left eye 6/60, PH 20/60. Intraocular pressure: Right eye 40 mmHg, Left eye 12 mmHg. Retinal imaging showed C:D RE 0.9, right lens NS 3+. Patient 2: Visual acuity measurements: Right eye 20/60, PH 20/70; Left eye 6/18, PH 20/20. Intraocular pressure: Right eye 14 mmHg, Left eye 41 mmHg. Lens opacity was detected. Retinal imaging showed C:D LE 0.9, left lens NS 3+. Assessment was performed using the Gordon's 11 model. Nursing

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

care was provided according to the established nursing plan. Patients were safe, without complications. Nurses provided holistic care throughout the pre-operative, intra-operative, and post-operative periods, including education and discharge planning. This resulted in patient safety, no complications, and the ability to continue self-care at home.

Keywords: Glaucoma, Intraocular lens replacement surgery, Ophthalmic nursing care

บทนำ

โรคต้อหินเป็นกลุ่มโรคทางตาที่เกิดจากความผิดปกติของเส้นประสาทตา ส่งผลให้เกิดการเสื่อมของขั้วประสาทตาและลานสายตาผิดปกติ หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่การสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวรได้ Glaucoma โรคนี้มักสัมพันธ์กับภาวะความดันภายในลูกตาสูงกว่าปกติ แต่ในบางรายสามารถเกิดได้แม้มีความดันลูกตาอยู่ในเกณฑ์ปกติ สาเหตุสำคัญของโรคต้อหินเกิดจากการระบายของน้ำหล่อเลี้ยงภายในลูกตาผิดปกติ ทำให้ความดันภายในลูกตาเพิ่มสูงขึ้นและส่งผลกดทำลายเส้นประสาทตา นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่น เช่น อายุที่มากขึ้น พันธุกรรม การมีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคต้อหิน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง การใช้ยากลุ่มสเตียรอยด์เป็นเวลานาน การอักเสบภายในลูกตา และการได้รับอุบัติเหตุทางตา[1,2,3]

อาการและอาการแสดง โรคต้อหินแบ่งออกเป็นหลายชนิด โดยชนิดที่พบบ่อย ได้แก่ ต้อหินมุมเปิด ซึ่งเกิดจากทางระบายน้ำภายในลูกตาทำงานลดลงอย่างช้าๆ ผู้ป่วยมักไม่มีอาการในระยะแรก และต้อหินมุมปิด ซึ่งเกิดจากมุมระบายน้ำถูกปิดกั้นอย่างเฉียบพลัน ทำให้ความดันตาสูงขึ้นรวดเร็วและเป็นภาวะฉุกเฉินทางจักษุวิทยา อาการของโรคต้อหินในระยะแรกมักไม่ชัดเจน โดยเฉพาะต้อหินมุมเปิด ผู้ป่วยอาจเริ่มมีลานสายตาด้านข้างแคบลง มองเห็นไม่ชัด หรือเดินชนสิ่งของด้านข้างโดยไม่รู้ตัว เมื่อโรครุนแรงขึ้นจะมีการสูญเสียการมองเห็นมากขึ้น ส่วนต้อหินมุมปิดเฉียบพลัน ผู้ป่วยมักมีอาการปวดตารุนแรง ตาแดง ตามัว เห็นแสงรุ้งรอบดวงไฟ ปวดศีรษะ คลื่นไส้และอาเจียน[4,5,6]

การวินิจฉัยโรคต้อหินทำได้โดยการตรวจวัดความดันลูกตา ตรวจขั้วประสาทตา ตรวจลานสายตา และตรวจมุมตาด้วยเครื่องมือเฉพาะทาง การรักษามีเป้าหมายเพื่อลดความดันลูกตาและชะลอการเสื่อมของเส้นประสาทตา วิธีรักษาประกอบด้วยการใช้ยาหยอดตา การรักษาด้วยเลเซอร์ และการผ่าตัดในรายที่ควบคุมอาการไม่ได้[7] ดังนั้น โรคต้อหินจึงเป็นโรคที่มีความสำคัญ เนื่องจากอาจทำให้ตาบอดถาวรได้หากละเลยการรักษา การตรวจสุขภาพตาอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะในผู้ที่มีอายุเกิน 40 ปี หรือมีปัจจัยเสี่ยง จะช่วยให้สามารถตรวจพบโรคได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นและลดโอกาสการสูญเสียการมองเห็นในอนาคต[8,9]

การรักษาผู้ป่วยโรคต้อหิน วิธีการรักษาด้วยการผ่าตัด เพื่อป้องกันการสูญเสียการมองเห็นและลานสายตาอย่างถาวร แนวทางการรักษาโรคต้อหินด้วยการผ่าตัดเป็นวิธีการมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยต้อหินที่มีปัญหาจากการใช้ยา และไม่สามารถควบคุมระดับความดันลูกตาได้ด้วยยาหรือการทำเลเซอร์ ปัจจุบันการผ่าตัดที่นิยม ได้แก่ การผ่าตัดทำทางระบายน้ำในช่องหน้าม่านตาใหม่ (Trabeculectomy) หรือกรณีตรวจพบเลนส์ตาขุ่นร่วมด้วยก็จะทำการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียม (Phacoemulsification With Intraocular Lens) การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดผู้ป่วยโรคต้อหินที่มีโรคร่วมและแก้วตาขุ่นได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียม ต้องให้การพยาบาลครอบคลุม ทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ[10,11]

การศึกษานี้ได้ประยุกต์แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ซึ่งประกอบด้วย ๑๑ แบบแผนสุขภาพ ในแต่ละแบบแผน คือพฤติกรรมของบุคคลทั้งทางด้าน จิตใจ สังคม ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของคน

อย่างเป็นองค์รวม[12] และทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองของโอเรม(Theory of self–care deficit) โอเร็มได้กล่าวถึงทฤษฎีการดูแลดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับความพร่องในการดูแลตนเอง self cear deflcfit เมื่อความต้องการ การดูแลตนเองมากกว่าความสามารถที่จะตอบสนองบุคคลจะเกิดความพร่องในการดูแลตนเองและต้องการการพยาบาลพยาบาลจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพื่อให้เผชิญปัญหาได้ ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ education Support nursing system) ตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเอง 4 วิธีคือ การชี้แนะ (guiding Another) การสนับสนุน(supporting another) การสอน (teaching) การจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถตอบสนองความต้องการความดูแลตนเอง(providing appropiate environmental conditions)[13] และการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Care) คือ การดูแลผู้รับบริการแบบมองให้ครบทุกด้าน ของความเป็นมนุษย์ไม่แยกส่วน ให้การดูแลโดยคำนึงถึงองค์ประกอบในร่างกายได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ไม่ได้พิจารณาเฉพาะโลก หรือส่วนใดส่วนหนึ่ง ของร่างกาย พิจารณาจากความสัมพันธ์ของทั้งสี่ด้าน ให้มีความสมดุลคงไว้ซึ่งความมีสุขภาพวะที่ดี[12]

การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคต้อหินโดยการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมโดยการสอนให้ความรู้ในการดูแลตนเอง การตรวจสอบตนเองของผู้ป่วย และญาติกันให้ความสนับสนุนด้านต่างๆ รวมทั้งร่วมกับทีมนำทางคลินิกจัดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้และสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคต้อหินที่มีโรคร่วมและแก้วตาขุ่นได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียม

วิธีการศึกษา

เป็นกรณีศึกษาในผู้ป่วยชายไทย อายุ 41 ปี และ ผู้ป่วยชายไทย อายุ 67 ปี ตามลำดับ เข้ารับการรักษาหอผู้ป่วย จักษุ โสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระหว่างวันที่ 28-30 กันยายน 2568 ถึง และ 28-30 ตุลาคม 2568 ตามลำดับ ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคต้อหินที่มีโรคร่วมและแก้วตาขุ่น มีโรคร่วม ได้แก่ โรคลมชัก และโรคไขมันในเลือดสูง เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การตรวจร่างกาย การตรวจพิเศษ และการประเมินตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน[12]

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลผู้ป่วย

(1) ผู้ป่วยชายไทย อายุ 41 ปี นับถือศาสนาพุทธ อาชีพ เกษตรกร มาโรงพยาบาลวันที่ 28 กันยายน 2568 เวลา 08:00 น. ด้วยอาการสำคัญคือ ปวดตาขวา ตาขุ่นมัว เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 วัน เป็นโรคลมชัก ให้ประวัติว่า 4 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลปวดตาข้างขวา ตามัว ปวดมากในช่วงตอนเย็น ปวดศีรษะบางครั้ง ไม่มีคลื่นไส้อาเจียนรับประทานยาแก้ปวดไม่ดีขึ้น

ผู้ป่วยมาตรวจที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผลการวัดสายตา ตาขวา 6/6 PH 20/20 ตาซ้าย 6/60 PH 20/60 ระดับความดันลูกตา ตาขวา 40 มิลลิเมตรปรอท ตาซ้าย 12 มิลลิเมตรปรอท ถ่ายภาพจอประสาทตา C:D RE 0.9 เลนส์ตาข้างขวา NS 3+ ได้รับวินิจฉัยภาวะเป็นต้อหินที่มีโรคร่วมและแก้วตาขุ่น และเกิดภาวะความดันลุกตาสูงเฉียบพลันจากการที่มีเลนส์ตาขุ่น แพทย์ได้ทำการรักษาโดยการให้ยาลดความดันลูกตาชนิดยาหยอดและรับประทานกลับบ้าน 3 วันก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยปวดตาขวามากขึ้น ตายังมัว หยอดตา และรับประทานยา อาการไม่ดีขึ้น แพทย์จึง ให้นอนโรงพยาบาลเพื่อผ่าตัด Phacoemulsification With Intraocular Lens Right Eye มีประวัติเป็นโรคลมชัก ยาที่รับประทานประจำคือ Phenytoin 1X2 pc , Carbamazepmine 1X3 pc , Sodium Valproate 1X3 pc , Levetiracetam 1X2 pc , Lamotrigine 1X2 pc แรกรับที่OPDจักษุ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 150/93 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 71 กิโลกรัม ส่วนสูง 158 เซนติเมตร ประเมินแบบแผนสุขภาพตามกรอบแนวคิดของกอร์ดอนพบว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่าตัวเองเป็นโรคต้อหิน ต้องใช้ยาหยอดตาเพื่อลดความดันลูกตา ผู้ป่วยหยอดยาเองทุกวัน แต่บางวันหยอดตาไม่ตรงเวลา เพราะลืม เมื่อนึกขึ้นได้ก็จะหยอดตา บางครั้งไม่แน่ใจว่าหยอดยาลงตาหรือไม่ก็จะหยอดตาซ้ำอีกรอบ ผู้ป่วยยังไม่ทราบเรื่องแผนการรักษาของแพทย์ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด กลัวตาจะบอด ผู้ป่วยเป็นโรคลมชัก และชัก 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยตามัวเวลาลุกเร็ว ๆ จะทรงตัวไม่ได้ เดินเซบางครั้ง ผู้ป่วยมีปัญหาในการจดจำข้อมูล ลืมง่าย ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับมารดาเป็นผู้สูงอายุมีภาวะหลงลืม ตรวจร่างกายพบว่า กระจกตาขวาเป็นฝ้าขุ่น ตาขวา 6/60 PH 20/20 ตาซ้าย 6/60 PH 20/60 ระดับความดันลูกตา ตาขวา 40 มิลลิเมตรปรอท ตาซ้าย 12 มิลลิเมตรปรอท ถ่ายภาพจอประสาทตา C:D RE 0.9 เลนส์ตาข้างขวา NS 3+ Pain score 8 คะแนน แพทย์วินิจฉัยเป็น Glaucoma with Coexisting Cataract RE พิจารณาให้การรักษา 50% oral glycerine 30 ซีซี stat นอนพักรักษาที่หอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก เพื่อเตรียมตัวผ่าตัดPhacoemulsification With Intraocular Lens Right Eye ได้รับการรักษา Diamox 1tab oral tid pc + hs, Cosopt ED to BE bid,Alphagan ED to BE tid, Xalatan ED to BE hs, Phenylephrine ED to RE x 4 ครั้งก่อนไป OR, Tetracaine ED to RE x 4 ครั้งก่อนไป OR, Poly oph ED to RE x 4 ครั้งก่อนไป OR หลังผ่าตัดได้รับยา Inf- oph ED to RE q 2 hrs.,VigamoxED to RE bid, Maxitrol EO apply RE hs, MardoziaED to RE bid, Alphagan ED to RE tid, Xalatan ED to RE hs, Paracetamol (500) 1 tab oral prn for pain q ๖ hrs., Prednisolone 5 mg 2 tab oral bid pc, 3% Nacl ED to RE qid หลังผ่าตัดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน วันที่ 2 หลังการผ่าตัด แพทย์ตรวจตาพบแผลผ่าตัดดีไม่มีอาการผิดปกติ แต่กระจกตาขวายังบวมทำให้ตาขวายังมัว วัดสายตาตาขวา 6/60 ระดับความดันตาขวา 20 มิลลิเมตรปรอท จักษุแพทย์พิจารณาอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน นัดติดตามอาการอีก 1 สัปดาห์

(2) ผู้ป่วยชายไทย อายุ 67 ปี นับถือศาสนาพุทธ อาชีพ พ่อบ้าน มาโรงพยาบาลวันที่ 28 ตุลาคม 2568 เวลา 08:00 น. ด้วยอาการสำคัญคือ ปวดตาซ้าย ตามัว เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 7 วัน เป็นไขมันในเส้นเลือดสูงมา 10 ปี ให้ประวัติว่า 1 ปีก่อนมาโรงพยาบาลปวดตาข้างซ้ายเริ่ม ตามัวมองไม่เห็น ปวดมากในช่างตอนเย็น ปวดศีรษะบางครั้ง ไม่มีคลื่นไส้อาเจียนรับประทานยาแก้ปวดไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยมาตรวจที่OPDจักษุ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผลการวัดสายตา ตาขวา20/60 PH 20/70 ตาซ้าย 6/18 PH 20/20 ระดับความดันลูกตา ตาขวา 14 มิลลิเมตรปรอท ระดับความดันลูกตาตาซ้าย 41 มิลลิเมตรปรอท ถ่ายภาพจอประสาทตา C:D RE 0.9 เลนส์ตาข้างขวา NS 3+ ได้รับวินิจฉัยเป็นต้อ

หินที่มีโรคร่วมและแก้วตาขุ่นข้างซ้าย แพทย์ได้ทำการรักษาโดยการให้ยาลดความดันลูกตาชนิดยาหยอด และรับประทานกลับบ้าน 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาลนัดติดตามอาการ ผู้ป่วยปวดตาลดลงเล็กน้อย การมองเห็นไม่ดีขึ้น ผลการวัดสายตา ตาขวา20/60 PH 20/70 ตาซ้าย 6/18 PH 20/20 ระดับความดันลูกตา ตาขวา 14 มิลลิเมตรปรอท ระดับความดันลูกตาตาซ้าย 41 มิลลิเมตรปรอท ถ่ายภาพจอประสาทตา C:D RE 0.9 เลนส์ตาข้างขวา NS 3+ ได้รับวินิจฉัยภาวะเป็น Glaucoma with Coexisting Cataract LE และเกิดภาวะความดันลูกตาสูงเฉียบพลันจากการที่มีเลนส์ตาขุ่น แพทย์ได้ทำการรักษาโดยการให้ยาลดความดันลูกตาชนิดยาหยอด และรับประทานกลับบ้าน 3 วันก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยปวดตาซ้ายมากขึ้น ตายังมัว หยอดตา และรับประทานยา อาการไม่ดีขึ้น แพทย์จึง ให้นอนโรงพยาบาลเพื่อผ่าตัด Phacoemulsification With Intraocular Lens Left Eye มีประวัติเป็นโรคไขมันในเลือดสูง รับการรักษาประจำที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ยาที่รับประทานประจำคือ Simvastatin1เม็ดก่อนนอน ,Atorvastatin 1x2 pc แรกรับที่OPDจักษุ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 64ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 160/98 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 65 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร ประเมินแบบแผนสุขภาพตามกรอบแนวคิดของกอร์ดอนพบว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่าตัวเองเป็นโรคต้อหิน ต้องใช้ยาหยอดตาเพื่อลดความดันลูกตา ผู้ป่วยหยอดยาเองทุกวัน แต่บางวันหยอดตาไม่ตรงเวลา เพราะลืม เมื่อนึกขึ้นได้ก็จะหยอดตา บางครั้งไม่แน่ใจว่าหยอดยาลงตาหรือไม่ก็จะหยอดตาซ้ำอีกรอบ ผู้ป่วยยังไม่ทราบเรื่องแผนการรักษาของแพทย์ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด กลัวตาจะบอด เมื่อเวลาลุกเร็ว ๆ จะทรงตัวไม่ได้ เดินเซบางครั้ง ผู้ป่วยมีปัญหาในการจดจำข้อมูล ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับภรรยา 2 คน พบว่ากระจกตาซ้ายเป็นฝ้าขุ่น ตาแดง ผลการวัดสายตาสายตา ตาขวา20/60 PH 20/70 ตาซ้าย 6/18 PH 20/20 ระดับความดันลูกตา ตาขวา 14 มิลลิเมตรปรอท ระดับความดันลูกตาตาซ้าย 41 มิลลิเมตรปรอท ถ่ายภาพจอประสาทตา C:D RE 0.9 เลนส์ตาข้างขวา NS 3+ Pain score 9 คะแนน แพทย์วินิจฉัยเป็น Glaucoma with Coexisting Cataract LE พิจารณาให้การรักษา 50% oral glycerine 30 ซีซี stat นอนพักรักษาที่หอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก เพื่อเตรียมตัวผ่าตัด Phacoemulsification With Intraocular Lens Left Eye ได้รับการรักษาDiamox 1 tab oral tid pc + hs, Cosopt ED to BE bid,Alphagan ED to BE tid, Xalatan ED to BE hs, Phenylephrine ED to LE x 4 ครั้งก่อนไป OR, Tetracaine ED to LE x 4 ครั้งก่อนไป OR, Poly oph ED to LE x 4 ครั้งก่อนไป OR หลังผ่าตัดได้รับยา Inf- oph ED to LE q 2 hrs.,VigamoxED to LE bid, Maxitrol EO apply LE hs, MardoziaED to LE bid, Alphagan ED to LE tid, Xalatan ED to LE hs, Paracetamol (500) 1 tab oral prn for pain q 6 hrs., Prednisolone 5 mg 2 tab oral bid pc, 3% Nacl ED to LE qid หลังผ่าตัดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน วันที่ 2 หลังการผ่าตัด แพทย์ตรวจตาพบแผลผ่าตัดดีไม่มีอาการผิดปกติ แต่กระจกตาซ้ายยังบวม ทำให้ตาซ้ายยังมัว วัดสายตา ตาซ้าย 6/60 ระดับความดันตาซ้าย 20 มิลลิเมตรปรอท จักษุแพทย์พิจารณาอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน นัดติดตามอาการอีก 1 สัปดาห์ผู้ป่วยโรคต้อหินที่มีโรคร่วมและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 : ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยบอกว่าตาฉันจะบอดหรือเปล่า กลัว 2. ผู้ป่วยมีสีหน้ากังวล ไม่สดชื่น พูดคุยน้อย 3. บ่นว่านอนไม่ค่อยหลับ วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล 1. เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย ผู้ป่วยนอนหลับได้มากขึ้น 2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการรักษาโดยการผ่าตัด ขั้นตอนการผ่าตัด เกณฑ์การประเมินผล 1. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล สีหน้าสดชื่น นอนหลับ พักผ่อนได้ 2. ผู้ป่วยสามารถบอกการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัดได้ถูกต้อง และพร้อมยอมรับแนวทางการรักษาโดยการผ่าตัด และผลการผ่าตัด	กิจกรรมการพยาบาล 1. สร้างสัมพันธภาพภาพที่ดีกับป่วย โดยการใช้คำพูดที่สุภาพ อ่อนโยน สีหน้ายิ้มแย้ม แสดงความเป็นมิตร เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และเปิดโอกาสให้พูดคุยระบายความรู้สึก รับฟังด้วยความเข้าใจพูดคุยให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความกังวลและยอมรับพร้อมให้ความร่วมมือในการวางแผนการรักษา 2. อธิบายและสร้างความมั่นใจให้ผู้ ป่วยทราบว่าทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะทำการผ่าตัด และหลังการผ่าตัด จะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากทีมแพทย์และพยาบาล 3. แนะนำวิธีการผ่อนคลายความวิตกกังวลเช่น การทำสมาธิฟังเพลง หรือ ฟังธรรมะ หรือให้ผู้ป่วยได้รู้จักหรือพูดคุยกับผู้ป่วยในกลุ่มโรคเดียวกันที่กำลังรักษาและได้ผลดี 4. จัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยพักผ่อน ติดตามประเมินอาการผิดปกติเป็นระยะ เช่น อาการนอนไม่หลับ พลิกตัวไปมา กระสับกระส่ายเป็นต้น 5. สังเกตความวิตกกังวลของผู้ป่วยเป็นระยะโดยประเมินจากสีหน้า ท่าทาง การพูดคุย การตอบคำถามของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยมีสีหน้าเคร่งเครียดพูดคุยน้อย นอนหันหลัง หรือมีอาการนอนกระสับกระส่าย พลิกตัวไปมา รวมถึงการประเมินสัญญาณชีพ หากมีอาการผิดปกติ พิจารณาปรึกษาแพทย์เพื่อให้การรักษาทันที การประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น บอกการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัดได้ถูกต้อง พร้อมยอมรับแนวทางการรักษาโดยการผ่าตัด และผลการผ่าตัด ผู้ป่วยนอนหลับได้ ปัญหานี้หมดไป วันที่ 30 กันยายน 2568
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 : เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากสายตาพร่ามัวมองไม่ชัด ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยสูงอายุ เวลาลุกเร็ว ๆ จะทรงตัวไม่ได้ เดินเซบางครั้ง 2. ตาขวามัว ค่าสายตาตาขวา 6/60 PH 20/20 วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล: ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม เกณฑ์การประเมินผล 1. ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม 2. เมื่อต้องการความช่วยเหลือ ผู้ป่วยและญาติปฏิบัติได้ถูกต้อง	กิจกรรมการพยาบาล 1. ติดตามประเมินสัญญาณชีพ เพื่อประเมินความผิดปกติ เช่น ระดับความดันโลหิตต่ำซึ่งอาจทำ ให้เกิดอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด และเสี่ยงต่อการเกิดพลัด ตกหกล้ม 2. ยกเหล็กราวกั้นเตียงขึ้นทั้ง 2 ข้าง ทุกครั้งหลังให้การพยาบาล 3. แนะนำการใช้ออดเรียกพยาบาล (nurse-call) และเน้นย้ำ ให้กดเรียกพยาบาลทุกครั้งเมื่อต้องการความช่วยเหลือ 4. จัดสิ่งแวดล้อมบริเวณข้างเตียงให้เป็นระเบียบ เพื่อให้สะดวกต่อการหยิบใช้งาน 5.ไม่เร่งรีบผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันแนะนำให้ประจำวันแนะนำให้เคลื่อนไหวลุกหวลุกนั่งเดินช้า ๆ การประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มหรือของมีคมบาดเมื่อต้องการความช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติปฏิบัติได้ถูกต้อง ปัญหานี้ยังคงเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 : มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนความดันในตาสูง แผลแยก และเลือดออกในช่องหน้าม่านตาขณะที่ผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัด Phacoemulsification with Intraocular Lens 2.ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุโรคประจำตัวคือ โรคลมชัก และ โรคไขมันในเลือดสูง วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล: ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อภายในลูกตาหลังการผ่าตัด เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล 1. ดูแล และติดตามประเมินอาการติดเชื้อภายในลูกตา เช่น ปวดตามาก เคืองตามาก ตาแดง ตาบวมมากขึ้น มีขี้ตาสีเหลืองหรือเขียวมากผิดปกติ หรือตามัวลงอย่างรวดเร็ว 2.ดูแลเช็ดตาด้วยเทคนิคปลอดเชื้อและครอบด้วย eye shield 3.ดูแลหยอดยาฆ่าเชื้อ (antibiotic) ตามแผนการรักษา ได้แก่ Vigamox ED to bid เพื่อป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียทั้งกรัมบวก กรัมลบ 4. ให้ความรู้การป้องกันการติดเชื้อ และอาการผิดปกติที่ควรแจ้งพยาบาลทราบทันที ได้แก่ปวดตามาก ตาแดง น้ำตาไหล ขี้ตามาก มีไข้ การประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น เปิดเช็ดตา ไม่มีขี้ตา ตาแดงเล็กน้อย ไม่มีไข้สามารถบอกการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง ปัญหานี้ยังคงต้องเฝ้าระวังต่อเนื่อง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1.ผู้ป่วยมีความรู้ และสามารถบอกการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อภายในลูกตาหลังการผ่าตัดได้ 2. ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อภายในลูกตาหลังการผ่าตัด ได้แก่ ปวดตา มีไข้สูง เปลือกตาบวมแดง มี discharge ผิดปกติ และตามัวลง	
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 : เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในช่องหน้าม่านตาหลังจากการผ่าตัดเนื่องจากเนื้อเยื่อ และหลอดเลือดได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัด Phacoemulsification With Intraocular Lens วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล: ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะเลือดออกในช่องหน้าม่านตาหลังการผ่าตัดเกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีเลือดออกในช่องหน้าม่านตา	กิจกรรมการพยาบาล 1. ดูแลปิดที่ครอบตา (eye shield) ลดการสัมผัสที่ดวงตา และการกระทบกระแทกที่ตาข้างที่ทำการผ่าตัด 2. ให้คำแนะนำ อาการ/อาการแสดงกับผู้ป่วยถึงอาการผิดปกติจากภาวะเลือดออกในช่องหน้าม่านตา และหมั่นสังเกตอาการผิดปกติเช่น ตามัวลง มองเห็นภาพเป็นสีแดง ปวดตามากหากมีอาการผิดปกติให้แจ้งพยาบาลทราบทันที 3.แนะนาให้หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ไม่จำเป็นเช่น การกลอกตาไปมาอย่างรวดเร็ว การไอ จามแรงๆ การก้มหน้าต่ำกว่าเอว และงดการเบ่งถ่ายอุจจาระแรง ๆ 4.ดูแลให้รับประทานอาหารอ่อน หรืออาหารธรรมดา ไม่เหนียวแข็ง เคี้ยวยาก เพื่อลดการกระทบกระเทือนที่ตาจากการบด 5. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง หลีกเลี่ยงการนอนคว่ำหน้า นอนตะแคงกดทับบริเวณตาข้างที่ทำการผ่าตัด การประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ ไม่มีเลือดออกในช่องหน้าม่านตาปัญหานี้หมดไป วันที่ 1 ตุลาคม 2568
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 : มีโอกาสเกิดการติดเชื้อที่ตา ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยมีบาดแผลจากการผ่าตัดใส่เลนส์เทียม และกลับไปดูแลตัวเองที่บ้านหลังการผ่าตัด เกณฑ์การประเมินผล: ปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันการติดเชื้อได้อย่างถูกต้อง	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ 2. แนะนำให้ผุ้ป่วยอาบน้ำสระผมให้สะอาดก่อนวันผ่าตัดและล้างหน้าด้วย Antiseptic scrub ในช่วงเช้าก่อนเข้าไปห้องผ่าตัด 3. แนะนำญาติผู้ดูแลเรื่องการเช็ดตาให้ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดและญาติผู้ดูแลควรเป็นคนเดียวตลอดเดือน 4. แนะนำการรักษาความสะอาดบริเวณใบหน้าโดยใช้ผ้าชุบน้ำหมาดเช็ดหน้าหรือกระดาษเปียกเช็ดหน้า ห้ามผู้ป่วยล้างหน้าหรือสระผมเอง เนื่องจากน้ำอาจเข้าตาได้ 5. ตรวจสอบการรับประทานอาหารและยาประจำตัว ยกเว้นยาละลายลิ่มเลือด ต้องงดก่อนผ่าตัด 7 วัน 6. แนะนำให้มาตรวจตามแพทย์นัด และอธิบายอาการผิดปกติของตาที่ต้องรีบมาพบแพทย์ทันที การประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยและญาติตอบรับว่าเข้าใจวิธีปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด ปัญหานี้ยังคงต้องเฝ้าระวังต่อเนื่อง
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 : ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดตา มีบาดแผลผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัด Pain Score 8 คะแนน 2.ผู้ป่วยมีสีหน้าไม่สุขสบาย คิ้วขมวด วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล: ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลผ่าตัดลดลง เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินอาการปวดหลังผ่าตัด และอาการผิดปกติต่างๆทางด้านร่างกายร่วมด้วย เช่น ปวดศีรษะปวดท้ายทอย คลื่นไส้ อาเจียน 2. ประเมินระดับความปวดหลังการผ่าตัดโดยการใช้แบบประเมินความเจ็บปวดด้วยตัวเลข(Numerical rating scale: NRS) 3. จัดให้ผู้ป่วขนอนในท่าที่สุขสบาย ในท่านอนราบ หรือศีรษะสูง ไม่นอนคว่ำหน้าหรือตะแคงกดทับบริเวณดวงตาข้างที่ทำการผ่าตัด 4. ดูแลความสุขสบายทั่วไป เช่น การเช็ดทำความสะอาดร่างกายและใบหน้า

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัดลดลง Pain Score น้อยกว่า 2. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น 3. ผู้ป่วยนอนหลับได้	การประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ สีหน้าสดชื่น Pain Score 3 คะแนน ปัญหานี้หมดไป วันที่ 1 ตุลาคม 2568
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 : ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัดตา ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยซักถามข้อมูลเกี่ยวกับการ ปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน 2. ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ มีปัญหาเรื่องการจำข้อมูล ลืมง่าย 3. ผู้ป่วยเคยมีประวัติก่อนผ่าตัด มีปัญหาการใช้ยาไม่สม่ำเสมอ ไม่ทราบวิธีการหยอดยาที่ถูกต้อง วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล: เพื่อให้ผู้ป่วยมารดาและภรรยามีความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลหลังผ่าตัดสามารถบอกการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัด เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้ เกณฑ์การประเมินผล 1. ผู้ป่วยบอกวิธีดูแลตนเองที่ถูกต้อง และมารดามีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน 2.ผู้ป่วยและมารดาสามารถบอกการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้อย่างถูกต้อง 3. ผู้ป่วยและบุตรสาว สามารถบอกวิธีการใช้ยาหยอดตาแต่ละชนิดได้ถูกต้อง หยอดตา ป้ายตาและเช็ดตาได้ถูกต้อง	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินความรู้การปฏิบัติและการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยและครอบครัวก่อนกลับบ้าน 2. ให้ความรู้ สอนสาธิตการหยอดตา การป้ายตา และการเช็ดตาสะอาด แนะนำวิธีการใช้ยาที่มีความสะดวกต่อการใช้งาน โดยการจัดเก็บ หรือจัดวางในตำแหน่งที่สามารถเตือนความจำ 3. จัดให้ครอบครัว โดยให้บุตรสาวเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการใช้ยาหยอดตา โดยการให้ความรู้ อธิบายถึงความสำคัญ ของการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอและตรงตามเวลาเสนอแนะให้ครอบครัวมีกากระตุ้นเตือนผู้ป่วยให้มีการใช้ยาตามเวลา และให้กำลังใจกับผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องตามแผนการรักษา 4. แนะนำให้ผู้ป่วยและบุตรสาวมีการสังเกตและบันทึกอาการผิดปกติหลังการใช้ยาและนำมามารายงานแพทย์ทุกครั้งที่มาพบแพทย์ 5. แนะนำผู้ป่วย/ญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับบ้าน 5.1 ระวังไม่ให้น้ำเข้าตาเป็นเวลา 1 เดือน โดยขณะอาบน้ำให้ใช้ขันตักราดจากไหล่ลงมาใช้ผ้าชุบน้ำหมาด ๆ เช็ดหน้าแทนการล้างหน้า สระผมได้โดยนอนให้ผู้อื่นสระให้ 5.2 ระวังไม่ให้กระเทือนที่ตาแรง โดยเวลาแปรงฟันไม่ส่ายศีรษะไปมา หลีกเลี่ยงอาหารแข็งเหนียว การไอ จามแรง การก้มศีรษะต่ำกว่าระดับเอว ห้ามยกของหนักเกิน 5 กิโลกรัม ระวังท้องผูกควรรับประทานผักผลไม้เป็นประจำ ไม่เบ่งถ่ายอุจจาระแรง ๆ 5.3 ใช้สายตาได้ตามปกติเช่น ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ ถ้าเมื่อยล้าทางสายตาให้หยุดพัก 5.4 ถ้ามีอาการผิดปกติเช่น ปวดตามากผิดปกติถึงแม้รับประทานยาแก้ปวดแล้วก็ไม่ทุเลา ตาแดง มีขี้ตามาก ตามัวลง ควรรีบมาพบแพทย์ 6. แจกเอกสารแผ่นพับการปฏิบัติหลังผ่าตัดและเมื่อกลับบ้าน การประเมินผลการพยาบาล 1.ผู้ป่วยและบุตรสาวบอกวิธีการหยอดตาเวลาของการใช้ยาหยอดตาแต่ละชนิดได้ถูกต้อง 2. ญาติสามารถเช็ดตา และหยอดตาได้อย่างถูกต้อง 3.ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบข้อซักถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง 4.ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกถึงอาการที่ผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ได้อย่างถูกต้อง ปัญหานี้ยังคงต้องเฝ้าระวังต่อเนื่อง
การพยาบาลเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายโดยการวางแผนจำหน่าย D - METHOD	1. D - Discase ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหินการรักษา การผ่าตัด ถ้ามีอาการผิดปกติเช่น ปวดตามากขึ้นถึงแม้รับประทานยาแก้ปวดแล้วก็ไม่ทุเลา ตามัวลง ตาแดง ควรรีบมาพบแพทย์ เพราะถ้าปล่อยทิ้งไว้อาจทำให้เกิดการสูญเสียการมองเห็นถาวร จากการศึกษาครั้งนี้ได้นำมาพัฒนาแนวทางการจำหน่ายผู้ป่วยโรคต้อหินที่ได้รับการผ่าตัด การพัฒนาสื่อการสอน จากเดิมพยาบาลให้ความรู้ด้วยปากเปล่าปรับเปลี่ยนเป็นวีดีทัศน์ที่มีภาพเคลื่อนไหว และเสียงที่ชัดเจน จัดทำแผ่นพับให้ความรู้ที่มีรูปภาพที่เข้าใจง่าย ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้มากขึ้น

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	2. M- Medicine อธิบายยาที่ผู้ป่วยได้รับวิธีการใช้ยา และการเก็บรักษาโดยให้มารดาและภรรยาเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการใช้ยาหยอดตา โดยการให้ความรู้ อธิบายถึงความสำคัญของการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอและตรงตาเวลา เฝ้าระวังอาการไม่พึ่งประสงค์จากการใช้ยา 3. E-Environment จัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้สะอาด เป็นระเบียบ เพื่อป้องกันการเกิดอุบติเหตุและการพลัดตกหกล้ม 4. T- Treatment ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียม สอนสาธิตการหยอดตาการป้ายตา และการเช็ดตาสะอาด 5. H-Health แนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดอาการผิดปกติที่ควรมาก่อนนัดเช่น ปวดตามากผิดปกติถึงแม้รับประทานยาแก้ปวดแล้วก็ไม่ทุเลา ตาแดง มีขี้ตามาก ตามัวลง 6. O- Out patients/Referal แนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามวันเวลาที่แพทย์นัด ถ้ามีอาการผิดปกติให้มาตรวจก่อนนัดได้ 7.D- Diet แนะนำให้ผู้ป่วยควบคุมการรับประทานอาหารประเภทอาหารมัน ไขมันสูง เพื่อให้สามารถควบคุมระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยกรณีศึกษาเป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัวคือ โรคลมชัก ไขมันในเลือดสูง มาด้วยอาการปวดตาข้างขวาและตาซ้าย ตามัว 3และ7วัน ตามลำดับก่อนมาโรงพยาบาลได้รับการวินิจเป็นโรคต้อหินที่มีโรคร่วมและแก้วตาขุ่นตาข้างขวาและตาซ้าย ได้รับการผ่าตัดผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียม ประเมินผู้ป่วยโดยใช้ 11 แบบแผนของกอร์ดอน และกำหนดข้อวินิจจัยทางการพยาบาล การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนพยาบาลได้ให้การดูแลแบบองค์รวมทั้งระยะ ก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด รวมถึงการให้ความรู้และการวางแผนจำหน่าย ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และสามารถดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านได้ เนื่องจากการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ช่วยให้สามารถประเมินปัญหา วางแผนการพยาบาล และดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและปลอดภัย[14,15]

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยโรคต้อหินที่เข้ารับการผ่าตัดส่วนใหญ่เกิดจากการควบคุมระดับความดันตาไม่ได้ ซึ่งมีสาเหตุจากปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน เช่นปัญหาด้านพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่สม่ำเสมอ ความไม่พร้อมในการดูแลตนเอง ไม่มีความรู้ในการดูแลตนเองและการจัดการต่อโรคไม่มีประสิทธิภาพ พยาบาลมีบทบาทและหน้าที่สำคัญในการดูแลและจัดการกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย โดยการประเมินค้นหาปัญหาและความต้องการทางด้านสุขภาพ เพื่อนำมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และวางแผนการพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนและหลังการผ่าตัดรวมถึงระยะจำหน่าย

2. การดูแลผู้ป่วยโรคต้อหินควรเป็นการดูแลผู้ป่วยทั้งระบบมิใช่แค่เพียงด้านร่างกายเท่านั้น แต่รวมถึงทุกมิติของบุคคลเพราะผู้ป่วยโรคต้อหินมีความกลัวและกังวลต่อการสูญเสียการมองเห็น ดังนั้นการดูแลอย่างครอบคลุมแบบองค์รวมจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

เอกสารอ้างอิง

1. American Academy of Ophthalmology.(2025). Glaucoma Management Guidelines. 2025.
2. Devinsky O, Vezzani A, O'Brien TJ, et al.(2021). Epilepsy. Nat Rev Dis Primers. 2021;7(1):1-24.
3. Kanner AM, Bicchi MM.(2022). Antiseizure medications for adults with epilepsy: A review. JAMA. 2022;327(13):1269-81.
4. Kiuchi Y, Inoue T, Shoji N, et al.(2023). The Japan Glaucoma Society guidelines for glaucoma 5th edition. Jpn J Ophthalmol. 2023;67(2):189-254.
5. Koskinas KC, Siontis GCM, Piccolo R, et al.(2022). Effect of statins and non-statin LDL-lowering medications on cardiovascular outcomes. Eur Heart J. 2022;43(32):3139-55.
6. Mayo Clinic.(2024). Glaucoma: Symptoms and causes. 2024.
7. National Institute for Health and Care Excellence.(2022). Epilepsies in children, young people and adults. NICE guideline NG217. London: NICE; 2022.
8. Pazos M, Traverso CE, Viswanathan A, et al.(2025). European Glaucoma Society Terminology and Guidelines for Glaucoma, 6th Edition. Br J Ophthalmol. 2025;109(Suppl 1):1-212.
9. Rosenson RS, Davidson MH, Le NA, et al.(2022). Cholesterol treatment guidelines in clinical practice. Med Clin North Am. 2022;106(2):295-311.
10. Thijs RD, Surges R, O'Brien TJ, Sander JW.(2021). Epilepsy in adults. Lancet. 2021;398(10298):924-39.
11. Virani SS, Morris PB, Agarwala A, et al.(2021). 2021 ACC Expert Consensus Decision Pathway on the management of ASCVD risk reduction in patients with persistent hypertriglyceridemia. J Am Coll Cardiol. 2021;78(9):960-93.
12. อรนันท์ หาญยุทธ.(2565). กระบวนการพยาบาล : ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ธนอรุณการพิมพ์; 2565.
13. Orem, D. E. (2001). Nursing: Concepts of Practice (6th ed.). Mosby
14. วิภา เพิดขุนทด.(2566). การพยาบาลผู้ป่วยโรคต้อหินที่มีโรคร่วมและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมร่วมกับการผ่าตัดทำทางระบายน้ำในช่องหน้าม่านตา: กรณีศึกษา. ชัยภูมิเวชสาร. 2566;43(2):107-123.
15. โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์.(2565). แนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดจักษุ. 2565.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเครือข่ายสุขภาพชุมชนพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหวาย จังหวัดยโสธร

Development of a Care Model for Elderly Patients with Uncontrolled Diabetes Using Family and Community Network Participation at Ban Wai Subdistrict Health Promoting Hospital in Yasothon Province.

(Received: July 13,2026 ; Revised: July 16,2026 ; Accepted: July 18,2026)

มุกดา ศรีเนตร[1]
Mukda Srinate[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAOR) กลุ่มตัวอย่างได้แก่ 1) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบ จำนวน 49 คน และ 2) ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จำนวน 18 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบประเมินความพึงพอใจ การตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) และการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว (Dextrostix; DTX) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบ Ban Wai DM Care ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การประเมินสุขภาพและให้ความรู้ 2) การติดตามและเสริมแรงใจ และ 3) การประเมินผลและสะท้อนผล โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเครือข่ายสุขภาพชุมชน ภายหลังการดำเนินงาน ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ระดับ HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.019$) ระดับ DTX มีแนวโน้มลดลง และผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลในระดับมาก

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน; ผู้สูงอายุ; การมีส่วนร่วมของครอบครัว; เครือข่ายสุขภาพชุมชน

Abstract

This study aimed to develop and evaluate a care model for older adults with uncontrolled diabetes through family and community participation using Participatory Action-Oriented Research (PAOR). The study participants comprised two groups: (1) 49 stakeholders involved in the development of the care model and (2) 18 older adults with uncontrolled diabetes who participated in the implementation and evaluation of the model. Data were collected using a self-care behavior questionnaire, a satisfaction questionnaire, glycated hemoglobin (HbA1c) measurements, and capillary blood glucose testing (Dextrostix; DTX). Descriptive and inferential statistics were employed for data analysis.

The developed Ban Wai DM Care model consisted of three key components: (1) health assessment and diabetes education, (2) follow-up and motivational support, and (3) evaluation and reflective feedback. The model emphasized active participation by family members and community health networks throughout the care process. Following implementation, participants demonstrated a statistically significant improvement in self-care behavior scores ($p < 0.001$) and a significant reduction in HbA1c levels ($p = 0.019$). Capillary blood glucose (DTX) levels showed a decreasing trend, and participant satisfaction with the care model was rated at a high level.

Keywords: Diabetes care; Older adults; Family participation; Community health network

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหวาย

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของทั่วโลก โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องควบคู่กับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีภาระโรคสูงและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานมากกว่าประชากรวัยอื่น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาตามวัย โรคร่วมหลายชนิด รวมถึงข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว การรับรู้ และความสามารถในการจัดการตนเอง ทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุมีความซับซ้อนและทำได้ยากกว่ากลุ่มวัยอื่น[1,2] สำหรับประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พบว่า ความชุกของโรคเบาหวานสูงที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 11.5) และยังพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวนมากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้ โดยผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้มีเพียงร้อยละ 42.1 ขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลต่ำที่สุดของประเทศ สะท้อนให้เห็นว่าการเข้าถึงบริการรักษาเพียงอย่างเดียวอาจยังไม่เพียงพอต่อการควบคุมโรค โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ต้องอาศัยการดูแลอย่างต่อเนื่องและการจัดการตนเองในชีวิตประจำวัน[3]

สถานการณ์ดังกล่าวสอดคล้องกับบริบทของจังหวัดยโสธร ซึ่งมีแนวโน้มผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และสูงที่สุดในเขตสุขภาพที่ 10 โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 25.93 เป็นผู้สูงอายุ[4] ด้านผลลัพธ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดยังคงต่ำกว่าเป้าหมาย (ร้อยละ 40) ของกระทรวงสาธารณสุข โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566–2568 พบว่า สามารถควบคุมระดับ HbA1c ได้ต่ำอย่างต่อเนื่อง เมื่อพิจารณาในระดับพื้นที่ อำเภอเลิงนกทามีแนวโน้มการควบคุมระดับ HbA1c ลดลงทุกปี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหวาย (รพ.สต.บ้านหวาย) มีอัตราการควบคุม HbA1c ลดลงจากร้อยละ 30.35 ในปี พ.ศ. 2566 เหลือเพียงร้อยละ 22.16 ในปี พ.ศ. 2568จากการศึกษาบริบทของพื้นที่ พบว่า รพ.สต.บ้านหวาย มีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 871 คน ป่วยด้วยโรคเบาหวาน 228 คน (คิดเป็นร้อยละ 26.18)[6] และในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ยังคงรับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหวาย ส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ นอกจากนี้ ในพื้นที่ยังพบปัญหาสำคัญ ได้แก่ ผู้ป่วยขาดความรู้และทักษะในการจัดการตนเอง การรับประทานยาและการควบคุมอาหารไม่ต่อเนื่อง ขาดการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอตลอดจนได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและการติดตามจากชุมชนไม่เพียงพอ ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยยังคงพึ่งพาการให้บริการในสถานพยาบาลเป็นหลัก ขณะที่การดูแลต่อเนื่องในครอบครัวและชุมชนยังไม่เป็นระบบ[5]

ปัจจุบันแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วย (Diabetes Self-Management Education and Support: DSMES) ควบคู่กับการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน เนื่องจากการพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน และการติดตามอย่างต่อเนื่อง จะสามารถช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและลดระดับ HbA1c ได้อย่างมีนัยสำคัญ[7,8,9,10] ขณะเดียวกัน การใช้ข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือดเป็นข้อมูลย้อนกลับ เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ผลของพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ยังเป็นแนวทางที่ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพอย่างไรก็ตาม แม้ว่าการศึกษาจะแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรม DSMES และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน แต่การดำเนินงานส่วนใหญ่ในพื้นที่ยังมุ่งเน้นบทบาทของเจ้าหน้าที่หรือการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นหลัก ขณะที่การบูรณาการบทบาทของครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเครือข่ายสุขภาพชุมชน ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา ออกแบบ ติดตาม และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAOR) ยังมีรายงาน

การศึกษาค่อนข้างจำกัด โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในระดับบริการปฐมภูมิ[11,12,13]

สำหรับพื้นที่รับผิดชอบของรพ.สต.บ้านหวาย แม้จะมีทุนทางสังคมที่เข้มแข็ง ทั้งเจ้าหน้าที่ อสม. ผู้นำชุมชน และครอบครัวผู้ป่วย แต่ยังขาดรูปแบบการดูแลที่เชื่อมโยงบทบาทของทุกภาคส่วนให้ทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ และสอดคล้องกับบริบทของชุมชน จึงมีความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเครือข่ายสุขภาพชุมชน เพื่อส่งเสริมการจัดการตนเอง เพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล และยกระดับประสิทธิภาพการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในบริบทของหน่วยบริการปฐมภูมิ[5]

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบท สถานการณ์ สภาพปัญหาของการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในพื้นที่รพ.สต.บ้านหวาย และเพื่อพัฒนาพร้อมประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเครือข่ายสุขภาพชุมชนพื้นที่รพ.สต.บ้านหวาย จังหวัดยโสธร

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาบริบท สถานการณ์ สภาพปัญหาของการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในพื้นที่รพ.สต.บ้านหวาย และเพื่อพัฒนาพร้อมประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเครือข่ายสุขภาพชุมชนพื้นที่รพ.สต.บ้านหวาย จังหวัดยโสธร

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAOR) 4 ขั้นตอนของ Kemmis & McTaggart[14] ได้แก่ 1. การวางแผน (Planning) 2. การปฏิบัติ (Action) 3. การสังเกตการณ์ (Observation) และ 4. การสะท้อนผล (Reflection) เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยประเมินผลด้วยการเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินงานในกลุ่มเดียว (One-group Pretest–Posttest Design) ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 3 เดือน ระหว่างเดือนมีนาคม–มิถุนายน พ.ศ. 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้เข้าร่วมการวิจัยแบ่งประชากรและกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

ประชากร

1. กลุ่มพัฒนารูปแบบ ได้แก่ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบของรพ.สต.บ้านหวาย จังหวัดยโสธร รวม 199 คน ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่เข้ารับบริการ ณ รพ.สต.บ้านหวาย 23 คน ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย 23 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 9 คน ผู้นำชุมชน 57 คน และอสม. 87 คน

2. กลุ่มประเมินผลรูปแบบ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่เข้ารับบริการ ณ รพ.สต.บ้านหวาย 23 คน

กลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกใช้ วิธีเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จำนวน 18 คน ตามเกณฑ์คัดเข้า-ออก

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. มีภูมิลำเนาและเข้ารับบริการในเขตรับผิดชอบของรพ.สต.บ้านหวาย จังหวัดยโสธร

2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมีระดับ HbA1c > 7%

3. ได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทาน

4. มีสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง

2. มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหรือโรคร่วมที่อาจส่งผลต่อการเข้าร่วมวิจัย ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือดที่ยังไม่คงที่ โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ภาวะตับบกพร่องรุนแรง หรือได้รับการวินิจฉัยโรคหัวใจขาดเลือดภายในระยะเวลา 6 เดือนก่อนเข้าร่วมการวิจัย

3. มีความบกพร่องด้านการสื่อสารที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือในการวิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ 1) แนวคำถามการสนทนากลุ่มแบบกึ่งโครงสร้าง เพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน 2) แบบบันทึกการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้เทคนิค A-I-C เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และพัฒนารูปแบบการดูแล และ 3) แบบบันทึกการสะท้อนผลและถอดบทเรียน เพื่อใช้ปรับปรุงรูปแบบการดูแลในแต่ละวงรอบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ 1) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน สำหรับประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแล 2) แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ Ban Wai DM Care สำหรับประเมินความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมวิจัยภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรม และ 3) แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือดจากการเจาะปลายนิ้ว (DTX) สำหรับบันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าและหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมงที่ผู้ป่วยตรวจด้วยตนเองตามความถี่ที่กำหนด

ข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับ HbA1c ได้จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามเวชระเบียนของรพ.สต.บ้านหวาย และระดับน้ำตาล DTX จากการตรวจและบันทึกด้วยตนเองของผู้ป่วยในแบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด โดยรวบรวมและตรวจสอบข้อมูลระหว่างการเยี่ยมบ้าน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามกระบวนการ PAOR ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนการวางแผน ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดประชุม ดังนี้

1.1 การศึกษาบริบทและวิเคราะห์สภาพปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยการสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

1.2 ออกแบบรูปแบบการดูแลโดยการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้เทคนิค A-I-C เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ระดมความคิดเห็น กำหนดแนวทาง และร่วมออกแบบรูปแบบการดูแล

1.3 ได้แผนปฏิบัติการตามรูปแบบ Ban Wai DM Care

2. ขั้นตอนการปฏิบัติ เป็นการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการร่วมกันของผู้รับผิดชอบตามรูปแบบ Ban Wai DM Care ประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1. การประเมินสุขภาพและให้ความรู้ 2. การติดตามต่อเนื่องและเสริมแรงจูงใจ และ 3. การประเมินผลและสะท้อนผล

3. ขั้นตอนการสังเกตการณ์ ดำเนินการติดตามและเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดระยะเวลา 3 เดือนของการทดลองใช้รูปแบบ Ban Wai DM Care โดยประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับ HbA1c ก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรม รวมทั้งค่า DTX ที่ผู้ป่วยตรวจและบันทึกด้วยตนเองก่อนอาหารเช้าและหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมงตามความถี่ที่กำหนด นอกจากนี้ผู้วิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม.ลงเยี่ยม

บ้านเพื่อติดตามการดำเนินกิจกรรม การมีส่วนร่วมของครอบครัว และให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

4. ขั้นตอนการสะท้อนผล ผู้วิจัยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนร่วมกับผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ เพื่อสะท้อนผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยความสำเร็จ และข้อเสนอแนะไปปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยเครื่องมือเชิงปริมาณมีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองและแบบประเมินความพึงพอใจเท่ากับ 0.95 และ 0.97 ตามลำดับ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มศึกษา จำนวน 30 คน พบว่ามีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.90 และ 0.92 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือค่ามัธยฐานและ IQR ตามลักษณะการแจกแจงของข้อมูล และใช้สถิติเชิงอนุมานเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ได้แก่ Paired Samples t-test, Wilcoxon Signed-Rank Test และ Friedman test ตามความเหมาะสมของการแจกแจงข้อมูล กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร เลขที่ HE 6927 ลงวันที่ 25 มีนาคม 2569

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาบริบทและสภาพปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจากการสนทนากลุ่มกับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ผู้ดูแล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของรพ.สต. บ้านหวาย ผู้นำชุมชน และอสม. พบประเด็นสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ 1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย 2. การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม 3. ระบบบริการและการติดตามต่อเนื่อง และ 4. การใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังตารางที่

ตารางที่ 1 ประเด็นปัญหาที่ได้จากการศึกษาบริบทและการสนทนากลุ่ม

ประเด็น	สภาพปัญหาที่พบ
1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย	ผู้สูงอายุมีความรู้และทักษะในการจัดการโรคไม่เพียงพอ รับประทานอาหารไม่เหมาะสม รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ขาดการติดตามระดับน้ำตาล และมีข้อจำกัดด้านร่างกายในการดูแลตนเอง
2. การสนับสนุนจากครอบครัว	ผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย มีข้อจำกัดด้านเวลาและภาระงาน ส่งผลให้การสนับสนุนด้านอาหาร การใช้ยา และการมาตรวจรักษาไม่ต่อเนื่อง
3. ระบบบริการและการติดตามต่อเนื่อง	ระบบบริการเน้นการรักษาและรับยาเป็นหลัก การติดตามเชิงรุกและการเยี่ยมบ้านยังไม่ต่อเนื่อง และยังไม่มีรูปแบบการดูแลที่บูรณาการเครือข่ายสุขภาพชุมชนอย่างเป็นระบบ
4. การใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อการเรียนรู้	ผู้ป่วยไม่ได้ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอ ขาดการใช้ข้อมูลสุขภาพเป็นข้อมูลย้อนกลับในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และยังไม่มีกลไกสนับสนุนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

ผลการพัฒนารูปแบบ พบว่า รูปแบบ Ban Wai DM Care ประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก ได้แก่ (1) การประเมินสุขภาพและให้ความรู้ (2) การติดตามต่อเนื่องและเสริมแรงจูงใจ และ (3) การประเมินผลและสะท้อนผล ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 กิจกรรม รายละเอียดกิจกรรม และผลลัพธ์ที่คาดหวังของรูปแบบ Ban Wai DM Care

กิจกรรม	รายละเอียดกิจกรรม	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
กิจกรรมที่ 1 ประเมินสุขภาพและให้ความรู้	**เดือนที่ 1** -ประเมินสุขภาพ เช่น HbA1c -ให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผ่านโรงเรียนเบาหวาน โดยมีผู้ดูแลร่วมเรียนรู้ (โภชนาการ การออกกำลังกาย การใช้ยา การจัดการอารมณ์ และพฤติกรรมเสี่ยง) -จัดทำแผนดูแลรายบุคคล และกำหนดเป้าหมายสุขภาพร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล	-ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น -มีเป้าหมายการดูแลรายบุคคลที่ชัดเจน -มีแรงจูงใจ
กิจกรรมที่ 2 ติดตามต่อเนื่องและเสริมแรงจูงใจ	**เดือนที่ 1** -เยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่ของรพ.สต.และอสม. -ตรวจ DTX วัดก่อน-หลังรับประทานอาหารมื้อหลัก 2 ชั่วโมง 2 ครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์ -ทบทวนปัญหา/อุปสรรคและให้ feedback รายบุคคลและครอบครัว **เดือนที่ 2** -เยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่ของรพ.สต.และอสม. -ตรวจ DTX วัดก่อน-หลังรับประทานอาหารมื้อหลัก 2 ชั่วโมง 1 ครั้ง -ทบทวนปัญหา/อุปสรรคและให้ feedback รายบุคคลและครอบครัว	-ผู้ป่วยติดตามระดับน้ำตาลอย่างต่อเนื่อง -ปรับพฤติกรรมจากข้อมูล DTX ได้ -ครอบครัวและ อสม. มีส่วนร่วมในการดูแลมากขึ้น
กิจกรรมที่ 3 ประเมินผลลัพธ์และสะท้อนผล	**สิ้นสุดเดือนที่ 3** -พบแพทย์ -ประเมินผลพฤติกรรมและ HbA1C -สะท้อนผลร่วมกับผู้ป่วย/ผู้ดูแล -ปรับแผนการดูแลรักษา	-พฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น -ระดับ HbA1c ลดลง -ได้แนวทางพัฒนารูปแบบ Ban Wai DM Care

ผลการประเมินรูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า ด้านพฤติกรรมหลังจากเข้าร่วมผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.37 ± 0.29 เป็น 3.40 ± 0.23 โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -16.19$, $p < 0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วม (n = 18)

ตัวแปร	Mean ± SD		Mean difference (95% CI)	t	df	p-value
	ก่อนเข้าร่วม	หลังเข้าร่วม				
พฤติกรรมสุขภาพ	2.37 ± 0.29	3.40 ± 0.23	-1.03 (-1.17, -0.89)	-16.19	17	<0.001*

*วิเคราะห์ด้วย paired samples t-test และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ผลการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดจากการเจาะปลายนิ้ว (DTX) พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนรับประทานอาหารมีค่ามัธยฐานลดลงจาก 106.00 mg/dL ในครั้งที่ 1 เป็น 100.50 mg/dL และ 99.50 mg/dL ในครั้งที่ 2 และ 3 ตามลำดับ ส่วนระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมงมีความผันแปรระหว่างการติดตาม โดยเพิ่มขึ้นเป็น 158.00 mg/dL ในครั้งที่ 2 ก่อนลดลงเหลือ 143.00 mg/dL ในครั้งที่ 3 อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างช่วงเวลา ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งระดับน้ำตาลก่อนรับประทานอาหาร ($\chi^2 = 1.057$, $p = 0.589$) และหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง ($\chi^2 = 2.111$, $p = 0.348$) ด้านผลการเปรียบเทียบระดับ HbA1c ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ Ban Wai DM Care จากตารางที่ 4 พบว่า ค่ามัธยฐานของระดับ HbA1c ลดลงจาก 7.50% (IQR: 7.00–8.10) เป็น 7.35% (IQR: 6.98–7.83) และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.339$, $p = 0.019$)

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบระดับ HbA1c ก่อนและหลังเข้าร่วม (n = 18)

ตัวแปร	Median (IQR)		Median difference	Z	p-value
	ก่อนเข้าร่วม	หลังเข้าร่วม			
HbA1c	7.50 (7.00–8.10)	7.35 (6.98–7.83)	-0.15	-2.339	0.019*

*วิเคราะห์ด้วย Wilcoxon signed-rank test และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ด้านผลการประเมินความพึงพอใจ พบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีภาพรวมความพึงพอใจ อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.34±0.44) คะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ ด้านผลลัพธ์และความพึงพอใจภาพรวม (ค่าเฉลี่ย 4.44±0.50) รองลงมาด้านกระบวนการและรูปแบบกิจกรรม (ค่าเฉลี่ย 4.32±0.42)

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบ Ban Wai DM Care โดยอาศัยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ร่วม เปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาออกแบบแนวทาง และกำหนดกิจกรรมการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ส่งผลให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสะท้อนปัญหาและความต้องการของชุมชน สามารถนำไปปฏิบัติได้ และได้รับการยอมรับ ผลดังกล่าวจึงอธิบายได้ว่า การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตั้งแต่ระยะวิเคราะห์ปัญหาจนถึงการออกแบบกิจกรรม ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและเพิ่มความร่วมมือในการดำเนินงาน ซึ่งเป็นกลไกสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จากการศึกษา[15] พบว่า กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ช่วยให้การดำเนินงานด้านโรคเบาหวานมีประสิทธิผลมากขึ้น ทั้งด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการยอมรับของชุมชน เนื่องจากกิจกรรมได้รับการออกแบบให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และความต้องการของผู้รับบริการ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับแนวทาง DSMES ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย[1] และการศึกษา [2] ระบุว่าการส่งเสริมการจัดการตนเอง ควรประกอบด้วยการให้ความรู้ การกำหนดเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วย การติดตามอย่างต่อเนื่อง และการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางคลินิกภายหลังการใช้รูปแบบ Ban Wai DM Care เป็นระยะเวลา 3 เดือน ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และระดับ HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมการจัดการตนเองและการควบคุมโรคเบาหวานได้ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากรูปแบบดังกล่าวเป็นการบูรณาการหลายองค์ประกอบเข้าด้วยกัน ได้แก่ การประเมินสุขภาพ การให้ความรู้ผ่านโรงเรียนเบาหวาน การกำหนดเป้าหมายสุขภาพรายบุคคล การติดตามต่อเนื่องโดยครอบครัวและเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตลอดจนการใช้ข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือดเป็นข้อมูลย้อนกลับ เพื่อกระตุ้นการเรียนรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเชื่อมโยงพฤติกรรมประจำวันกับผลลัพธ์ทางสุขภาพของตนเอง และเกิดการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษา[7-8] ที่พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง การรับประทานยา การควบคุมอาหาร และการมาตรวจตามนัด ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษา[9] พบว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานสามารถเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองและลดระดับ HbA1c ได้อย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับ[10] ที่พบว่า การส่งเสริมการจัดการตนเองที่ประกอบด้วยการกำหนดเป้าหมาย การติดตามอย่างต่อเนื่อง และการสนับสนุนจากครอบครัว มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ทั้งยังสอดคล้องกับผลการศึกษา[2,11] ที่พบว่า โปรแกรม DSMES และรูปแบบการดูแลที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและลดระดับ HbA1c ได้อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม

รูปแบบ Ban Wai DM Care แตกต่างจากโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองทั่วไป เนื่องจากเป็นรูปแบบที่บูรณาการบทบาทของครอบครัวร่วมกับเครือข่ายสุขภาพชุมชน โดยเฉพาะ อสม.และบุคลากรสาธารณสุข ในการติดตามเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำ และใช้ข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือดเป็นข้อมูลย้อนกลับ เพื่อเสริมแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการรับบริการในสถานพยาบาล แต่ขยายสู่การดูแลในครอบครัวและชุมชน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้รูปแบบสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทของหน่วยบริการปฐมภูมิ สอดคล้องกับการศึกษา[12] ซึ่งพบว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวในโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองช่วยเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองและลดระดับ HbA1c ของผู้ป่วยเบาหวานได้ดีกว่าการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพียงลำพัง นอกจากนี้การศึกษา[13] ยังรายงานว่าการติดตามโดยอสม. หรือเจ้าหน้าที่ในชุมชน ช่วยเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแลและส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยดีขึ้น ทั้งนี้ แม้ว่าระดับ HbA1c จะลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ขนาดของการเปลี่ยนแปลงอาจน้อยกว่าบางการศึกษาที่ติดตามผลเป็นระยะเวลา 6–12 เดือน อาจเนื่องมาจากระยะเวลาทดลองใช้รูปแบบเพียง 3 เดือน

ในขณะเดียวกัน ผลการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดจากการเจาะปลายนิ้ว (DTX) พบว่า แม้ระดับน้ำตาลในเลือดทั้งก่อนอาหารเช้าและหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมงจะมีแนวโน้มลดลง แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ อาจสะท้อนถึงแนวโน้มการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม ผลดังกล่าวอาจอธิบายได้จากลักษณะของค่า DTX ซึ่งเป็นตัวชี้วัดระดับน้ำตาลในเลือด ณ ช่วงเวลาที่ตรวจ และได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัยในแต่ละวัน เช่น ชนิดและปริมาณอาหาร การออกกำลังกาย ความเครียด ระยะเวลาหลังการรับประทานยา และช่วงเวลาที่ตรวจ จึงมีความแปรปรวนสูงกว่าค่า HbA1c ซึ่งสะท้อนการควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยในช่วงประมาณ 3 เดือนที่ผ่านมา จากการศึกษา[16] การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (Self-monitoring of Blood Glucose: SMBG) ในผู้ป่วยจะสามารถช่วยลดระดับ HbA1c ได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะเมื่อดำเนินการควบคู่กับการให้คำแนะนำและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ขณะที่การศึกษา[17] พบว่า การตรวจ SMBG เพียงอย่างเดียวอาจไม่ส่งผลต่อการลดระดับ HbA1c หากไม่มีการใช้ผลการตรวจร่วมกับการให้คำแนะนำหรือการปรับแผนการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบ Ban Wai DM Care ที่นำค่า DTX ซึ่งผู้ป่วยตรวจด้วยตนเองมาใช้เป็นข้อมูลย้อนกลับระหว่างการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกับระดับน้ำตาลในเลือดของตนเอง และร่วมกันวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับครอบครัวและบุคลากรสาธารณสุข ดังนั้น แม้ค่า DTX จะยังไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การใช้ข้อมูลดังกล่าวเป็นเครื่องมือในการติดตามและเสริมแรงจูงใจ อาจเป็นกลไกสำคัญที่ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับ HbA1c ดีขึ้นในระยะเวลา 3 เดือนของการศึกษา

ด้านความพึงพอใจต่อรูปแบบ Ban Wai DM Care อยู่ในระดับมาก สะท้อนว่ารูปแบบดังกล่าวมีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และสามารถนำไปใช้ได้ สอดคล้องกับการศึกษา[18] ได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในพื้นที่เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี และทดลองใช้ในพื้นที่ พบว่า ผู้เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง อีกทั้งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลและการตัดสินใจ โดยมีหลักฐานว่าการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทชีวิตของผู้ป่วยสามารถส่งผลต่อความพึงพอใจและคุณภาพการดูแลที่ดีขึ้น[19] นอกจากนี้ ความพึงพอใจของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาและผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจสูงมีแนวโน้มที่จะมีส่วน

ร่วมในการดูแลตนเองและปฏิบัติตามคำแนะนำทางสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น[20]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรนำรูปแบบ Ban Wai DM Care ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว อสม. และเครือข่ายสุขภาพชุมชน

2. ควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง และใช้ข้อมูลระดับน้ำตาลเป็นข้อมูลย้อนกลับ เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง

3. หน่วยบริการควรจัดระบบการติดตามเยี่ยมบ้านและการให้คำปรึกษาผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยบูรณาการบทบาทของบุคลากรสาธารณสุข ครอบครัว และอสม.

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

1. ควรศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบ Ban Wai DM Care ในพื้นที่อื่นหรือในกลุ่มประชากรที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อประเมินความสามารถในการประยุกต์ใช้และขยายผล

2. ควรศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวของรูปแบบโดยติดตามผลอย่างน้อย 6–12 เดือน

เอกสารอ้างอิง

1. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ; 2566.
2. Ma L, Zhao WS, Wang R, Huo SS, Chu SY, Shi LH, et al. Effect of diabetes self-management education in type 2 diabetes management - a systematic umbrella review of meta-analysis. BMC Endocr Disord 2026; 26(1):1-12.
3. เริงฤดี ปธานวนิช. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2568.
4. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC). ประชากรจำแนกเพศ กลุ่มอายุรายปี. [อินเตอร์เน็ต]. 2569 [สืบค้นเมื่อ 1 มี.ค. 2569]. เข้าถึงจาก: https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/710884bc8d16f755073cf194970b064a?subcatalogId=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0
5. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC). ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี. [อินเตอร์เน็ต]. 2569 [สืบค้นเมื่อ 1 มี.ค. 2569]. เข้าถึงจาก: https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/137a726340e4dfde7bbbc5d8aeee3ac3?subcatalogId=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b
6. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC). อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน. [อินเตอร์เน็ต]. 2569 [สืบค้นเมื่อ 1 มี.ค. 2569]. เข้าถึงจาก: https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/cefa42b9223ec4d1969c5ce18d762bdd?subcatalogId=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11
7. ทรงกรฎ ศฤงคาร, มยุรี นิรัตธราดร, และปรีย์กมล รัชนกุล. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล (วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ) 2565; 38(1):86-96.
8. จันทร์เพ็ญ สืบบุก. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช 2567; 4(1):E001131.
9. Jerawatana R, Anothaisintawee T, Pattanaprateep O, Reutrakul S. The effects of diabetes self-management education and support program in Thailand: A systematic review and meta-analysis. Journal of the Medical Association of Thailand 2021; 104(6):1050-8.

10. Polsook R, Aungsuroch Y, Thontham A. The effect of self-management intervention among type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. Worldviews Evid Based Nurs 2024; 21(1):59-67.
11. Lutfian L, Wardika IJ, Mukminin MA, Hidayat IS, Wartakusumah R, Melati HIT, et al. Efficacy of community-based interventions in reducing hba1c levels among patients with type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis of recent studies conducted in developing countries. J Prim Care Community Health 2025; 16:21501319251391593.
12. Azmiardi A, Murti B, Febrinasari RP, Tamtomo DG. The effect of family involvement in diabetes self-management education on glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. Journal of Public Health and Development 2021; 19(3):164-90.
13. Werfalli M, Raubenheimer PJ, Engel M, Musekiwa A, Bobrow K, Peer N, et al. The effectiveness of peer and community health worker-led self-management support programs for improving diabetes health-related outcomes in adults in low- and-middle-income countries: a systematic review. Systematic Reviews 2020; 9(1):133.
14. 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. London: Sage Publications Ltd 2005.
15. Campbell JA, Yan A, Egede LE. Community-based participatory research interventions to improve diabetes outcomes: a systematic review. Diabetes Educ 2020; 46(6):527-39.
16. วรรณฤดี อิสรานุวัฒน์ชัย, พัชรี ชูแก้ว, ยศ ตีระวัฒนานนท์, กุมารี พัชนี, ณิชา มูลคำ, Huang-Ku E, และคณะ. การทบทวนวรรณกรรมแบบเร่งกระบวนการ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์สำหรับการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี, การใช้แถบตรวจน้ำตาลสำหรับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2, และการใช้เครื่องตรวจวัดออกซิเจนในเลือดที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด. [อินเตอร์เน็ต]. 2568 [สืบค้นเมื่อ 10 ก.ค. 2569]. เข้าถึงจาก: https://www.hitap.net/th/research-detail/?research_id=9
17. Young LA, Buse JB, Weaver MA, Vu MB, Mitchell CM, Blakeney T, et al. Glucose self-monitoring in non–insulin-treated patients with type 2 diabetes in primary care settings: a randomized trial. JAMA Internal Medicine 2017; 177(7):920-9.
18. Khamsao P, Kulwong W, Khanthahat B. Development of care model for the elderly with diabetes mellitus, Banmuang District, Sakhon Nakhon Province. Medical Journal of Sakon Nakhon Hospital 2024; 26(2):14-27.
19. Kwame A, Petrucka PM. A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. BMC Nurs. 2021;20(1):158.
20. Rathert C, Wyrwich MD, Boren SA. Patient-centered care and outcomes: a systematic review of the literature. Med Care Res Rev 2013; 70(4):351-79.

ระยะเวลาระหว่างการรักษาด้วยไอโอดีนรังสีครั้งแรกกับครั้งที่สองในผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิดดิฟเฟอเรนชิเอต: ผลของปัจจัยด้านผู้ป่วยและโรคต่อความแปรปรวนของระยะเวลา

Time Interval Between First and Second Radioiodine Treatment in Differentiated Thyroid Carcinoma: The Contribution of Patient and Disease Factors to Interval Variability.

(Received: July 22,2026 ; Revised: July 25,2026 ; Accepted: July 28,2026)

อนุสรณ์ หลักชัย[1]
Anusorn Lukchai[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการสำรวจแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายการกระจายของระยะเวลาระหว่างการรักษาด้วยไอโอดีนรังสีครั้งแรกกับครั้งที่สอง ประมาณสัดส่วนผู้ป่วยจำแนกตามกรอบเวลาที่แนวปฏิบัติแนะนำ และตรวจสอบว่าปัจจัยด้านผู้ป่วยและด้านโรคอธิบายความแปรปรวนของระยะเวลาได้เพียงใด เป็นการวิเคราะห์ทุติยภูมิของโคฮอร์ตย้อนหลังในผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิดดิฟเฟอเรนชิเอต 111 ราย ที่ได้รับไอโอดีนรังสีครั้งที่สอง ณ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ระหว่าง พ.ศ. 2565 ถึง 2568 วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ช่วงความเชื่อมั่นแบบ Wilson และการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณบนลอการิทึมของระยะเวลา ร่วมกับ HC3 robust standard errors

ผลการศึกษาพบว่าระยะเวลามีมัธยฐาน 8.61 เดือน (พิสัยระหว่างควอไทล์ 7.13–11.04) ผู้ป่วยร้อยละ 74.8 (95% CI 66.0–81.9) ได้รับการรักษาซ้ำภายในกรอบ 6 ถึง 12 เดือน และร้อยละ 20.7 (14.2–29.2) เกินกรอบ 12 เดือน แบบจำลองที่มีตัวแปรอิสระ 11 ตัวไม่พบตัวแปรใดมีนัยสำคัญ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจปรับแก้เท่ากับ 0.015 และผลไม่เปลี่ยนแปลงในการวิเคราะห์ความไวทั้งสามรูปแบบ สรุปได้ว่าปัจจัยด้านผู้ป่วยและด้านโรคอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 1.5 และกำลังรับของห้องแยกรังสีมิใช่ข้อจำกัดการลดระยะเวลาสำหรับผู้ป่วยที่เกินกรอบเวลาจึงต้องอาศัยการทบทวนกระบวนการบริการ

คำสำคัญ: มะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิดดิฟเฟอเรนชิเอต, ไอโอดีนรังสี, ระยะเวลาถึงการรักษาซ้ำ, ความตรงต่อเวลาของบริการ, การศึกษาย้อนหลัง

Abstract

This study was survey research by retrospective study aimed to described the distribution of the interval between the first and second courses of radioiodine treatment and examined how much of its variance is explained by patient and disease factors. A secondary analysis of a retrospective cohort of 111 patients with differentiated thyroid carcinoma treated at Udon Thani Cancer Hospital between 2022 and 2025 was performed, using descriptive statistics, Wilson confidence intervals, and multiple linear regression on the log-transformed interval with HC3 robust standard errors.

The median interval was 8.61 months (interquartile range 7.13-11.04). Treatment occurred within the 6- to 12-month window in 74.8% of patients (95% CI, 66.0-81.9) and beyond 12 months in 20.7% (95% CI, 14.2-29.2). No independent variable reached statistical significance; the adjusted R-squared was 0.015 and remained unchanged across three sensitivity analyses. Patient and disease factors explained only 1.5% of the variance, and isolation-room capacity was not limiting. The key takeaway is that reducing the interval for patients beyond the guideline window requires review of service processes rather than finer risk stratification.

Keywords: Differentiated thyroid carcinoma, Radioiodine therapy, Time to retreatment, Timeliness of care, Retrospective study

[1] นายแพทย์ชำนาญการ หน่วยเวชศาสตร์นิวเคลียร์ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

บทนำ

มะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิดดิฟเฟอเรนชิเอต (differentiated thyroid carcinoma) เป็นมะเร็งต่อมไร้ท่อที่พบบ่อยที่สุด คิดเป็นสัดส่วนราวร้อยละ 90 ของมะเร็งต่อมไทรอยด์ทั้งหมด[1] การรักษามาตรฐานประกอบด้วยการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมดหรือเกือบทั้งหมด ตามด้วยการรักษาด้วยไอโอดีนรังสี และการให้เลโวไทรอกซินเพื่อกดฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ในระยะยาว[2] ผู้ป่วยส่วนหนึ่งตอบสนองต่อการรักษาครั้งแรกไม่สมบูรณ์ และจำเป็นต้องได้รับไอโอดีนรังสีครั้งที่สอง[2,3]

การรักษาครั้งที่สองต้องอาศัยการเตรียมผู้ป่วยด้วยการงดเลโวไทรอกซิน การควบคุมอาหารไอโอดีนต่ำ และการเข้ารับการรักษาในห้องแยกรังสี ซึ่งมีจำนวนจำกัด ระยะเวลาตั้งแต่การรักษาครั้งแรกจนถึงครั้งที่สองจึงมิได้ถูกกำหนดโดยชีววิทยาของโรคเพียงอย่างเดียว หากถูกกำหนดร่วมกันโดยกำหนดการติดตามผล การประเมินการตอบสนอง การนัดหมาย และความพร้อมของทรัพยากร ระยะเวลานี้จึงมีศักยภาพเป็นตัวชี้วัดความตรงต่อเวลาของบริการ (timeliness of care) ซึ่งจัดเป็นหนึ่งในหกมิติของคุณภาพบริการสุขภาพ[4]

ความล่าช้าในการเริ่มการรักษามะเร็งได้รับการศึกษาอย่างกว้างขวางในมะเร็งชนิดอื่น การวิเคราะห์อภิมานของ Hanna และคณะ ซึ่งครอบคลุมมะเร็งเจ็ดชนิด พบว่าทุก ๆ สี่สัปดาห์ของความล่าช้าสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น[5] ขณะที่ Neal และคณะ ชี้ว่าความสัมพันธ์นี้ไม่เป็นเชิงเส้นเสมอไปและแตกต่างกันตามชนิดของมะเร็ง[6] ในมะเร็งต่อมไทรอยด์ซึ่งดำเนินโรคช้าและมีพยากรณ์โรคดี ผลกระทบของระยะเวลาที่ยาวขึ้นยังไม่ชัดเจน แนวปฏิบัติของ American Thyroid Association (ATA) ระบุเพียงว่าควรประเมินการตอบสนองต่อการรักษาที่ราว 6 ถึง 12 เดือนหลังการรักษาครั้งแรก โดยไม่ได้กำหนดกรอบเวลาสำหรับการรักษาซ้ำ[2,3]

การทบทวนวรรณกรรมไม่พบรายงานที่ใช้ระยะเวลาระหว่างการรักษาสองครั้งเป็นตัวแปรผลลัพธ์หลักในผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ ทั้งในประเทศไทยและในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ช่องว่างของความรู้จึงจำแนกได้เป็นสองระดับ ระดับแรกคือยังไม่ทราบว่าผู้ป่วยรอนานเพียงใดในเวชปฏิบัติจริงของศูนย์มะเร็งภูมิภาค และระดับที่สองคือยังไม่ทราบว่าความแปรปรวนของระยะเวลานี้ถูกอธิบายด้วยปัจจัยของผู้ป่วยและความรุนแรงของโรคหรือไม่ ผลการตอบคำถามข้อที่สองมีนัยเชิงนโยบายโดยตรง เพราะหากปัจจัยทางคลินิกอธิบายได้ การแทรกแซงควรมุ่งไปที่การจัดลำดับความเร่งด่วนของผู้ป่วย แต่หากอธิบายไม่ได้ การแทรกแซงต้องมุ่งไปที่กระบวนการบริการ[7]

หน่วยเวชศาสตร์นิวเคลียร์ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ซึ่งรับผิดชอบเขตสุขภาพที่ 8 มีห้องแยกรังสี 2 ห้อง ห้องละ 2 เตียง รองรับผู้ป่วยได้สูงสุด 8 รายต่อสัปดาห์ ข้อมูลเชิงโครงสร้างนี้เป็นบริบทสำคัญสำหรับการตีความผลการวิจัย ผู้วิจัยจึงศึกษาระยะเวลาระหว่างการรักษาสองครั้งในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อให้ได้ค่าอ้างอิงพื้นฐานชุดแรกของเขตสุขภาพที่ 8

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อบรรยายการกระจายของระยะเวลาระหว่างการรักษาด้วยไอโอดีนรังสีครั้งแรกกับครั้งที่สอง

2) เพื่อประมาณสัดส่วนของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาซ้ำภายใน 6 เดือน ระหว่าง 6 ถึง 12 เดือน และเกิน 12 เดือน พร้อมช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95

3) เพื่อสำรวจว่าปัจจัยด้านผู้ป่วย ด้านโรค และด้านการรักษา อธิบายความแปรปรวนของระยะเวลาได้เพียงใด

โดยมีสมมติฐานการวิจัยคือ ความรุนแรงของโรค โดยเฉพาะประเภทการตอบสนองต่อการรักษาและระดับความเสี่ยงตาม American Thyroid Association มีความสัมพันธ์แบบผกผันกับระยะเวลาถึงการรักษาซ้ำ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีการตอบสนองไม่สมบูรณ์ทางโครงสร้างได้รับการรักษาซ้ำเร็วกว่าผู้ที่ไม่สมบูรณ์ทางชีวเคมี

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง วิเคราะห์ทุติยภูมิ (secondary analysis) ของชุดข้อมูลจากการศึกษาเชิงสังเกตแบบย้อนหลัง ณ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ออกแบบและรายงานตามแนวทาง STROBE[8] และดำเนินการภายใต้หลักการของปฏิญญาเฮลซิงกิ[9] คำถามวิจัยถูกกำหนดขึ้นภายหลังการเก็บข้อมูลเสร็จสิ้น การวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ที่สามจึงมีสถานะเป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (exploratory analysis) มิใช่การทดสอบสมมติฐานที่ตั้งไว้ล่วงหน้า

ประชากรคือผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิดดิฟเฟอเรนชิเอตที่ได้รับไอโอดีนรังสีครั้งที่สอง ณ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2565 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2568 เกณฑ์คัดเข้าคือ อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีผลพยาธิวิทยายืนยันชนิดแพพิลลารีหรือฟอลลิคูลาร์ ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมดหรือเกือบทั้งหมด และมีบันทึกวันที่ได้รับไอโอดีนรังสีทั้งสองครั้งครบถ้วน เกณฑ์คัดออกคือ มะเร็งชนิดที่แยกแยะได้ไม่ดี และชนิดออนโคไซติก ได้รับการเตรียมผู้ป่วยด้วยฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์สังเคราะห์ ข้อมูลตัวแปรหลักขาดหายเกินร้อยละ 20 การตั้งครรภ์ โรคไตวายระยะสุดท้าย และระยะเวลางดยาเลโวไทรอกซินอยู่นอกช่วง 18 ถึง 35 วัน โดยคัดเลือกผู้ป่วยทุกรายที่เข้าเกณฑ์ในช่วงเวลาที่กำหนด

ตัวแปรผลลัพธ์หลักคือระยะเวลาถึงการรักษาซ้ำ วัดเป็นจำนวนวันระหว่างวันที่ได้รับไอโอดีนรังสีครั้งแรกกับครั้งที่สอง แปลงเป็นเดือนโดยหารด้วย 30.4375 ตัวแปรอิสระประกอบด้วยปัจจัยด้านผู้ป่วย (อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย อัตราการกรองของไต โดยประมาณตามสมการ CKD-EPI[10] และการมีโรคร่วม) ปัจจัยด้านโรค (ชนิดทางพยาธิวิทยา ระยะของโรคตาม AJCC ฉบับที่ 8[11] ระดับของความเสี่ยงตามเกณฑ์ American Thyroid Association และประเภทการตอบสนองต่อการรักษา) และปัจจัยด้านการรักษา (ปริมาณไอโอดีนรังสีในครั้งแรก) ระดับความเสี่ยงตาม American Thyroid Association ที่บันทึกไว้ คือค่า ณ เวลาที่พิจารณาการรักษาครั้งที่สอง มิใช่ระดับความเสี่ยงเริ่มต้น ณ วันวินิจฉัย

คำนวณขนาดตัวอย่างจากความแม่นยำของการประมาณสัดส่วน โดยกำหนดสัดส่วนผู้ป่วยที่เกินกรอบ 12 เดือนเท่ากับ 0.20 ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 0.08 ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 97 ราย และตรวจสอบซ้ำด้วยกฎอย่างง่าย (rule of thumb) ของ Van Voorhis และ Morgan สำหรับการถดถอยพหุคูณ ซึ่งต้องการอย่างน้อย 98 ราย[12]เนื่องจากวัตถุประสงค์ที่สามเป็นการศึกษาเชิงสำรวจ จึงไม่ได้คำนวณอำนาจการทดสอบทางสถิติล่วงหน้าสำหรับแบบจำลองถดถอย

ก่อนการวิเคราะห์ ข้อมูลทุกระเบียนถูกตรวจสอบด้วยกฎตรรกะของลำดับวันที่ คือ วันที่ได้รับไอโอดีนรังสีครั้งแรกต้องอยู่ก่อนวันงดยาเลโวไทรอกซิน วันงดยาต้องอยู่ก่อนวันเจาะเลือด และวันเจาะเลือดต้องไม่อยู่หลังวันที่ได้รับไอโอดีนรังสีครั้งที่สอง ระเบียนที่ไม่ผ่านเกณฑ์ถูกทวนสอบย้อนกลับไปยังเวชระเบียนต้นฉบับ และแก้ไขเฉพาะเมื่อพบหลักฐานยืนยัน โดยบันทึกการแก้ไขทุกรายการไว้ในสมุดบันทึกการตรวจสอบ

วิเคราะห์ด้วยโปรแกรม R เวอร์ชั่น 4.3.2 กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 แบบสองทาง ตัวแปรต่อเนื่องรายงานด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือมัธยฐานและพิสัยระหว่างควอไทล์ ประมาณสัดส่วนพร้อมช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ด้วยวิธี Wilson ทดสอบความสัมพันธ์รายตัวแปรด้วยสหสัมพันธ์ของ Spearman และการทดสอบ Kruskal–Wallis จากนั้นวิเคราะห์ด้วยการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณบนลอการิทึมธรรมชาติของระยะเวลา เนื่องจากตัวแปรตามมีการแจกแจงเบ้ขวา และใช้ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานแบบทนทาน (robust standard errors) ชนิด HC3 ตามคำแนะนำของ Long และ Ervin ที่ระบุว่าควรใช้ HC3 เมื่อขนาดตัวอย่างไม่เกิน 250 ราย โดยไม่ต้องอาศัยผลการทดสอบคัดกรองความแปรปรวนไม่คงที่[13] รายงานค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจปรับแก้เป็นตัวชี้วัดหลักของสัดส่วนความแปรปรวนที่อธิบายได้ การวิเคราะห์

ความไวประกอบด้วยการถดถอยควอนไทล์ที่ควอนไทล์ที่ 0.5 การวิเคราะห์ซ้ำโดยตัดผู้ป่วยที่เกิน 24 เดือนออก และการถดถอยลอจิสติกที่ใช้การเกินกรอบ 12 เดือนเป็นตัวแปรตาม

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี เลขที่รับรอง UDCH_DPE 017/2026 ลงวันที่ 17 กรกฎาคม 2569 การศึกษาใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนที่ลบข้อมูลระบุตัวตนแล้ว ไม่มีการแทรกแซงหรือเปลี่ยนแปลงการดูแลรักษา ไม่มีการติดต่อผู้ป่วย และได้รับการยกเว้นการขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัย การดำเนินการทั้งหมดสอดคล้องกับพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562

ชุดข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยนี้มาจากประชากรกลุ่มเดียวกันกับการศึกษาที่ได้รับการรับรองก่อนหน้า ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการศึกษาปัจจัยทำนายระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ภายหลังจากงดยาเลโวไทรอกซิน ในผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิดดิฟเฟอเรนชิเอตที่เตรียมรับไอโอดีนรังสีครั้งที่สอง (อยู่ระหว่างการเตรียมตีพิมพ์ในวารสาร Biomedical Sciences and Clinical Medicine) ไม่มีตัวแปรผลลัพธ์ใดซ้อนทับกับการวิจัยนี้

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมดมีจำนวน 111 ราย การตรวจสอบตามกฎตรรกะของลำดับวันที่พบระเบียนที่ไม่ผ่านเกณฑ์ 5 ราย การทวนสอบกับเวชระเบียนต้นฉบับยืนยันว่าเกิดจากความผิดพลาดในการบันทึกปี รวมรายการแก้ไขทั้งสิ้น 10 รายการ ภายหลังการแก้ไข ข้อมูลผ่านเกณฑ์ครบทั้ง 111 ระเบียน และไม่มีระเบียนใดถูกตัดออกจากการวิเคราะห์

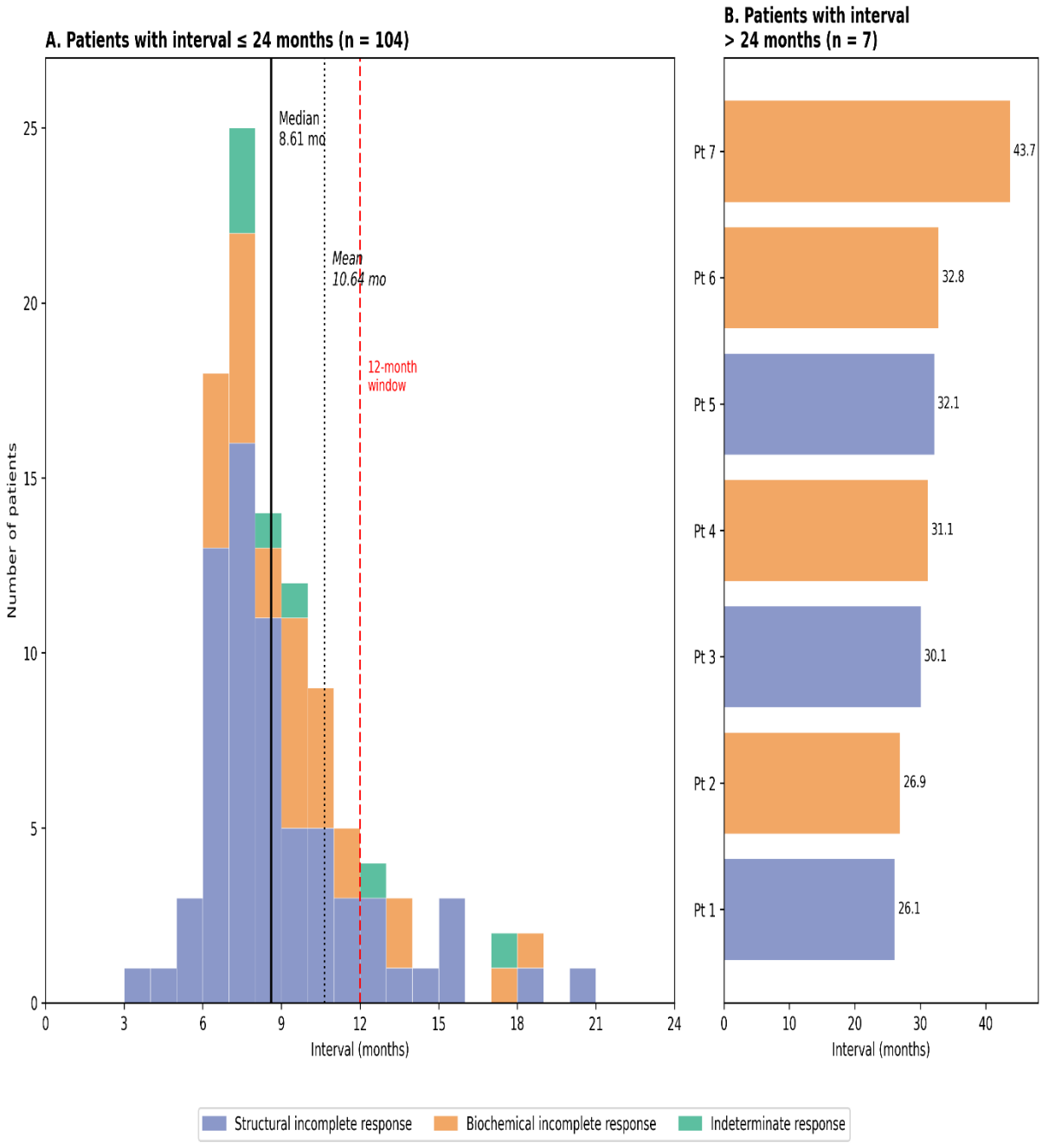
ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 49.27 ± 15.90 ปี เป็นเพศหญิง 90 ราย (ร้อยละ 81.1) ชนิดทางพยาธิวิทยาส่วนใหญ่เป็นแพพิลลารี 94 ราย (ร้อยละ 84.7) การตอบสนองต่อการรักษาครั้งแรกจำแนกเป็นไม่สมบูรณ์ทางโครงสร้าง 71 ราย (ร้อยละ 64.0) ไม่สมบูรณ์ทางชีวเคมี 33 ราย (ร้อยละ 29.7) และไม่ชัดเจน 7 ราย (ร้อยละ 6.3) ปริมาณไอโอดีนรังสีครั้งแรกมีมัธยฐาน 150 มิลลิคูรี โดยผู้ป่วย 97 ราย จาก 111 ราย ได้รับขนาดนี้ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (N = 111)

ลักษณะ	ค่าสถิติ
อายุ (ปี), ค่าเฉลี่ย ± SD	49.27 ± 15.90
เพศหญิง, จำนวน (ร้อยละ)	90 (81.1)
ดัชนีมวลกาย (กก./ม.²), ค่าเฉลี่ย ± SD	25.80 ± 5.53
eGFR (มล./นาที/1.73 ม.²), ค่าเฉลี่ย ± SD	70.93 ± 17.27
ชนิดทางพยาธิวิทยา แพพิลลารี, จำนวน (ร้อยละ)	94 (84.7)
ระยะของโรค I / II / III / IV, จำนวน	61 / 32 / 5 / 13
ระดับความเสี่ยง ATA ต่ำ / ปานกลาง / สูง, จำนวน	2 / 76 / 33
การตอบสนอง ไม่ชัดเจน / ชีวเคมี / โครงสร้าง, จำนวน	7 / 33 / 71
วัตถุประสงค์การรักษาครั้งที่สอง เสริม / รักษาโรค, จำนวน	41 / 70
มีโรคร่วมอย่างน้อยหนึ่งโรค, จำนวน (ร้อยละ)	34 (30.6)
ปริมาณ I-131 ครั้งแรก (มิลลิคูรี), มัธยฐาน (IQR)	150 (150–150)

หมายเหตุ: eGFR = อัตราการกรองของไตโดยประมาณ; IQR = พิสัยระหว่างควอไทล์; ATA = American Thyroid Association; ระดับความเสี่ยงตาม ATA คือค่าที่บันทึก ณ เวลาที่พิจารณาการรักษาครั้งที่สอง

ระยะเวลาระหว่างการรักษาสองครั้งมีค่าเฉลี่ย 10.64 ± 6.44 เดือน และมัธยฐาน 8.61 เดือน (พิสัยระหว่างควอไทล์ 7.13–11.04; พิสัย 3.09–43.70) การแจกแจงเบ้ไปทางขวาอย่างเห็นได้ชัด (ค่าความเบ้ 2.74) และไม่เป็นการแจกแจงปกติทั้งบนมาตราส่วนดั้งเดิม (Shapiro–Wilk W = 0.670, $p < 0.001$) และภายหลังการแปลงลอการิทึม (W = 0.892, $p < 0.001$) (ภาพประกอบที่ 1)



ภาพประกอบที่ 1 การแจกแจงของระยะเวลาระหว่างการรักษาด้วยไอโอดีนรังสีครั้งแรกกับครั้งที่สอง แผง A แสดงผู้ป่วย 104 รายที่ได้รับการรักษาซ้ำภายใน 24 เดือน เส้นทึบแสดงมัธยฐาน (8.61 เดือน) เส้นจุดแสดงค่าเฉลี่ย (10.64 เดือน) เส้นประแสดงกรอบเวลา 12 เดือน แผง B แสดงผู้ป่วย 7 รายที่เกิน 24 เดือน

ผู้ป่วย 83 ราย ได้รับการรักษาซ้ำภายในกรอบ 6 ถึง 12 เดือน คิดเป็นร้อยละ 74.8 ผู้ป่วย 23 ราย เกินกรอบ 12 เดือน คิดเป็นร้อยละ 20.7 และผู้ป่วย 5 ราย ได้รับการรักษาภายใน 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 4.5 ในจำนวนที่เกินกรอบ 12 เดือน มี 7 ราย ที่เกิน 24 เดือน (ตารางที่ 2) เมื่อจำแนกตามปีที่ได้รับไอโอดีนรังสีครั้งแรก มัธยฐานของระยะเวลาเท่ากับ 8.51 เดือนใน พ.ศ. 2565 8.38 เดือนใน พ.ศ. 2566 และ 8.31 เดือนใน พ.ศ. 2567 (Kruskal–Wallis, p = 0.378)

ตารางที่ 2 การกระจายของระยะเวลาและสัดส่วนผู้ป่วยจำแนกตามกรอบเวลา (N = 111)

ค่าสถิติ / กรอบเวลา	ค่า	95% CI
ค่าเฉลี่ย ± SD (เดือน)	10.64 ± 6.44	—
มัธยฐาน (IQR) (เดือน)	8.61 (7.13–11.04)	—
พิสัย (เดือน)	3.09–43.70	—
น้อยกว่า 6 เดือน, จำนวน (ร้อยละ)	5 (4.5)	1.9–10.1
6 ถึง 12 เดือน, จำนวน (ร้อยละ)	83 (74.8)	66.0–81.9
มากกว่า 12 เดือน, จำนวน (ร้อยละ)	23 (20.7)	14.2–29.2
มากกว่า 24 เดือน, จำนวน (ร้อยละ)	7 (6.3)	3.1–12.4

หมายเหตุ: ช่วงความเชื่อมั่นของสัดส่วนคำนวณด้วยวิธี Wilson

การวิเคราะห์รายตัวแปรพบว่า อายุ ดัชนีมวลกาย อัตราการกรองของไต และปริมาณไอโอดีนรังสีครั้งแรก ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับระยะเวลา (สหสัมพันธ์ของ Spearman ทั้งหมดมีค่า p มากกว่า 0.28) ในบรรดาตัวแปรจัดประเภท มีเพียงเพศที่แสดงความแตกต่าง โดยเพศหญิงมีมัธยฐาน 8.90 เดือน เทียบกับเพศชาย 7.36 เดือน (Kruskal–Wallis, p = 0.049) ส่วนชนิดทางพยาธิวิทยา ระยะของโรค ระดับความเสี่ยง ประเภทการตอบสนอง และการมีโรคร่วม ไม่แสดงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (ค่า p ตั้งแต่ 0.082 ถึง 0.761

แบบจำลองถดถอยพหุคูณบนลอการิทึมของระยะเวลา ปรับด้วย HC3 robust standard errors ไม่พบตัวแปรอิสระใดที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ตัวแปรที่ใกล้เคียงที่สุดคือเพศชาย (อัตราส่วน 0.853; 95% CI 0.705–1.031; p = 0.100) แต่ช่วงความเชื่อมั่นคร่อมค่า 1.00 ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเท่ากับ 0.113 และค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจปรับแก้เท่ากับ 0.015 กล่าวคือ ตัวแปรอิสระทั้งสิบเอ็ดตัวรวมกันอธิบายความแปรปรวนของระยะเวลาได้เพียงร้อยละ 1.5 (ตารางที่ 3) การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่าความแปรปรวนของส่วนเหลือคงที่ (Breusch–Pagan, p = 0.348) ส่วนเหลือเป็นอิสระต่อกัน (Durbin–Watson = 1.702) และไม่พบภาวะพหุสัมพันธ์เชิงเส้น (ค่าปัจจัยเฟ้อความแปรปรวน 1.09–1.63)

ผลการวิเคราะห์ความไวทั้งสามรูปแบบไม่เปลี่ยนแปลงไปจากแบบจำลองหลัก การถดถอยควอนไทล์ให้ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเทียม 0.069 (เพศชาย p = 0.149) การถดถอยลอจิสติกสำหรับการเกินกรอบ 12 เดือนให้ค่า 0.034 และเมื่อตัดผู้ป่วย 7 รายที่เกิน 24 เดือนออก ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจปรับแก้มีค่าติดลบ (–0.025) และอิทธิพลของเพศชายไม่ปรากฏอีก (p = 0.403) ผลลัพธ์เหล่านี้ชี้ให้เห็นว่า อิทธิพลของเพศที่พบในแบบจำลองหลักนั้น ถูกขับเคลื่อนโดยผู้ป่วยจำนวนน้อยที่อยู่ในหางขวาของการแจกแจง ไม่ใช่ความสัมพันธ์ที่คงเส้นคงวาแต่อย่างใด

ตารางที่ 3 การถดถอยพหุคูณเชิงเส้นบนลอการิทึมของระยะเวลา ปรับด้วย HC3 robust SE (N = 111)

ตัวแปรอิสระ (กลุ่มอ้างอิง)	อัตราส่วน	95% CI	ค่า p
เพศชาย (หญิง)	0.853	0.705–1.031	0.100
อายุ (ต่อ 1 ปี)	1.003	0.997–1.010	0.299
ดัชนีมวลกาย (ต่อ 1 หน่วย)	0.996	0.979–1.013	0.636
eGFR (ต่อ 1 หน่วย)	0.999	0.992–1.007	0.837
ปริมาณ I-131 ครั้งแรก (ต่อ 1 mCi)	0.998	0.993–1.003	0.413
ไม่สมบูรณ์ทางชีวเคมี (ไม่ชัดเจน)	1.198	0.881–1.630	0.250
ไม่สมบูรณ์ทางโครงสร้าง (ไม่ชัดเจน)	0.983	0.752–1.284	0.900
ความเสี่ยงสูง ATA (ต่ำ–ปานกลาง)	0.883	0.725–1.076	0.219
ระยะ III–IV (ระยะ I–II)	1.116	0.858–1.450	0.415
มีโรคร่วม (ไม่มี)	0.905	0.749–1.093	0.300
ฟอลลิคูลาร์ (แพพิลลารี)	1.040	0.781–1.385	0.788

หมายเหตุ: R^2 = 0.113; adjusted R^2 = 0.015; อัตราส่วนคือค่า exp(β); Breusch–Pagan p = 0.348; Durbin–Watson = 1.702; VIF 1.09–1.63

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิดดิฟเฟอเรนชิเอตได้รับการรักษาด้วยไอโอดีนรังสีครั้งที่สองที่ระยะเวลามัธยฐาน 8.61 เดือน หลังการรักษาครั้งแรก โดยร้อยละ 74.8 อยู่ในกรอบเวลา 6 ถึง 12 เดือนที่แนวปฏิบัติแนะนำ และร้อยละ 20.7 เกินกรอบ 12 เดือน ปัจจัยด้านผู้ป่วยและด้านโรคทั้งสิบเอ็ดตัวอธิบายความแปรปรวนของระยะเวลาได้เพียงร้อยละ 1.5 ซึ่งเป็นผลที่ไม่เปลี่ยนแปลงในการวิเคราะห์ความไวทุกรูปแบบ

ผลการวิจัยไม่สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ ประเภทการตอบสนองต่อการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาถึงการรักษาซ้ำ โดยผู้ป่วยที่มีการตอบสนองไม่สมบูรณ์ทางโครงสร้างมีอัตราส่วนของระยะเวลาเท่ากับ 0.983 (95% CI 0.752–1.284; p = 0.900) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีการตอบสนองไม่ชัดเจน เช่นเดียวกับระดับความเสี่ยงสูงตาม American Thyroid Association ที่ไม่มีนัยสำคัญ (p = 0.219)

มัธยฐาน 8.61 เดือน อยู่กลางกรอบเวลา 6 ถึง 12 เดือนที่แนวปฏิบัติของ American Thyroid Association แนะนำให้ประเมินการตอบสนองต่อการรักษา[2] การกระจายตัวที่หนาแน่นในช่วง 7 ถึง 11 เดือน สะท้อนถึงโครงสร้างของกำหนดการติดตามผลที่เป็นระบบ มากกว่าความแปรปรวนแบบสุ่ม มัธยฐานรายปีอยู่ระหว่าง 8.31 ถึง 8.51 เดือนตลอดสามปี ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการนัดหมายที่กำหนดไว้ล่วงหน้า มากกว่าการนัดหมายที่ผันแปรตามภาระงานรายปี

การเปรียบเทียบกับวรรณกรรมทำได้จำกัด เนื่องจากยังไม่ปรากฏรายงานที่ใช้ระยะเวลาระหว่างการรักษาสองครั้งเป็นตัวแปรผลลัพธ์หลัก ข้อค้นพบนี้จึงเป็นค่าอ้างอิงพื้นฐานชุดแรกสำหรับบริบทของศูนย์มะเร็งภูมิภาคไทยผู้ป่วยร้อยละ 20.7 ที่เกินกรอบ 12 เดือน เป็นกลุ่มที่สมควรได้รับความสนใจเชิงบริหารแต่ การตีความต้องระมัดระวังเนื่อง จากแนวปฏิบัติมิได้กำหนดกรอบเวลาสูงสุดสำหรับการรักษาซ้ำโดยตรง หากกำหนดเพียงกรอบเวลาสำหรับการประเมินการตอบสนอง การศึกษานี้จึงเสนอระยะเวลาดังกล่าวในฐานะตัวชี้วัด กระบวน การตามกรอบของ Donabedian[7] มิใช่ตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางคลินิก

ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจปรับแก้ที่ 0.015 อาจสะท้อนการไม่มีความสัมพันธ์จริง หรือสะท้อนอำนาจการทดสอบทางสถิติที่ไม่เพียงพอ หลักฐานที่มีสนับสนุนการตีความแรกมากกว่าขนาดตัวอย่าง 111

รายเกินเกณฑ์ที่คำนวณไว้ ผลไม่เปลี่ยนแปลงข้ามวิธีวิเคราะห์สามแบบที่ตั้งอยู่บนสมมติฐานต่างกัน และเมื่อตัดผู้ป่วยในหางขวาออก ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจปรับแก้มีค่าติดลบ ซึ่งบ่งชี้ว่าตัวแปรอิสระมีอำนาจอธิบายน้อยกว่าการใช้ค่าเฉลี่ยเพียงอย่างเดียว แบบจำลองนี้จึงไม่เหมาะสมสำหรับการทำนายระยะเวลาในระดับผู้ป่วยรายบุคคล ทั้งนี้ ความไม่มีนัยสำคัญทางสถิติมิได้เท่ากับการไม่มีผล[14] แต่ช่วงความเชื่อมั่นที่แคบรอบค่าที่ไม่มีผลบ่งชี้ว่า ผลของปัจจัยเหล่านี้ หากมีอยู่ ย่อมมีขนาดเล็กเกินกว่าจะมีความหมายในทางปฏิบัติ

คำอธิบายของค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจที่ต่ำอยู่ที่โครงสร้างของการแจกแจง ผู้ป่วยร้อยละ 93.7 อยู่ในช่วง 3 ถึง 24 เดือน โดยมีพิสัยระหว่างควอไทล์เพียง 3.91 เดือน ความแปรปรวนที่มีให้แบบจำลองอธิบายจึงมีจำกัดตั้งแต่ต้น รูปแบบการกระจายเช่นนี้สอดคล้องกับกำหนดการติดตามผลที่ใช้ช่วงเวลาเดียวกันสำหรับผู้ป่วยทุกราย โดยไม่ขึ้นกับประเภทการตอบสนองต่อการรักษา

เมื่อพิจารณาบริบทเชิงโครงสร้าง หน่วยเวชศาสตร์นิวเคลียร์รองรับผู้ป่วยได้ 8 รายต่อสัปดาห์ ขณะที่ผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่รับการรักษาครั้งที่สองมีเพียงราว 0.6 รายต่อสัปดาห์ กำลังรับของห้องแยกรังสีจึงไม่น่าเป็นข้อจำกัดที่กำหนดระยะเวลาในระดับเดือน แหล่งที่มาของความแปรปรวนที่เหลือจึงมีอย่างน้อยสามประการ ได้แก่ กำหนดการติดตามผลของหน่วยงาน ซึ่งนัดประเมินการตอบสนองที่ 6 เดือนหลังการรักษาครั้งแรก ระยะเวลารอการรักษาอื่นที่ต้องดำเนินการก่อน เช่น การผ่าตัดหรือรังสีรักษา ซึ่งขึ้นกับคิวของหน่วยงานอื่น และความพร้อมของผู้ป่วยเอง ซึ่งบางรายขอเลื่อนนัดตามความสะดวก ชุดข้อมูลนี้ไม่มีตัวแปรที่แยกทั้งสามแหล่งออกจากกันได้

การศึกษานี้มีข้อจำกัดหลายประการ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอาศัยเงื่อนไขว่าผู้ป่วยต้องได้รับไอโอดีนรังสีครั้งที่สอง ผู้ป่วยที่เสียชีวิต ย้ายสถานพยาบาล หรือเปลี่ยนแผนการรักษาระหว่างรอจึงไม่ปรากฏในชุดข้อมูล อคติจากการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (attrition bias) นี้มีแนวโน้มทำให้ระยะเวลาที่รายงานต่ำกว่าความเป็นจริง ชุดข้อมูลยังไม่มีการบันทึกว่าผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดหรือรังสีรักษาระหว่างการรักษาสองครั้งหรือไม่ ตัวแปรนี้อาจเป็นตัวแปรกำกับผล (effect modifier) ที่ทำให้ผู้ป่วยที่มีการตอบสนองไม่สมบูรณ์ทางโครงสร้างแยกเป็นสองกลุ่มย่อยที่มีทิศทางของระยะเวลาตรงข้ามกัน นอกจากนี้ ชุดข้อมูลไม่สามารถแยกการเลื่อนนัดตามความประสงค์ของผู้ป่วยออกจากความล่าช้าที่เกิดจากกระบวนการของระบบบริการได้ และการศึกษาณ สถาบันเดียวจำกัดการนำผลไปอ้างอิงกับศูนย์มะเร็งอื่น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรเพิ่มการบันทึกวันที่มีมติให้การรักษาซ้ำ และเหตุผลของการเลื่อนนัดเข้าสู่ระบบสารสนเทศของหน่วยงาน โดยจำแนกเหตุผลเป็นการเลื่อนตามความประสงค์ของผู้ป่วย การรอการรักษาอื่นที่ต้องดำเนินการก่อน การรอผลการตรวจเพิ่มเติม และข้อจำกัดของทรัพยากร

2. ควรทบทวนกระบวนการเป็นรายกรณีสำหรับผู้ป่วยที่มีระยะเวลาเกิน 24 เดือน เพื่อระบุจุดคอขวดที่แท้จริง

3. เมื่อมีวันที่มีมติให้การรักษาซ้ำแล้ว จึงจะสามารถสร้างตัวชี้วัดที่ถูกต้องได้ คือ สัดส่วนของผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ ซึ่งได้รับการรักษาซ้ำภายในกรอบเวลาที่กำหนดนับจากวันมีมติ

4. การวิจัยในอนาคตควรออกแบบแบบไปข้างหน้า (prospective study) โดยบันทึกวันที่ประเมินการตอบสนอง วันที่มีมติให้รักษาซ้ำ และวันที่ได้รับการรักษา ตลอดจนขยายเป็นการศึกษาหลายสถาบัน และเชื่อมโยงระยะเวลากับผลลัพธ์ทางคลินิกระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณบุคลากรหน่วยเวชศาสตร์นิวเคลียร์ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ที่ให้ความอนุเคราะห์ด้านข้อมูลและสถานที่ และเจ้าหน้าที่เวชระเบียนที่อำนวยความสะดวกในการสืบค้นเวชระเบียนย้อนหลัง

เอกสารอ้างอิง

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al.(2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin 2021; 71(3):209-49. doi: 10.3322/caac.21660. PMID: 33538338.
2. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, Doherty GM, Mandel SJ, Nikiforov YE, et al.(2016). 2015 American Thyroid Association management guidelines for adult patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. Thyroid 2016; 26(1):1-133. doi: 10.1089/thy.2015.0020. PMID: 26462967.
3. Tuttle RM, Tala H, Shah J, Leboeuf R, Ghossein R, Gonen M, et al.(2010). Estimating risk of recurrence in differentiated thyroid cancer after total thyroidectomy and radioactive iodine remnant ablation. Thyroid 2010; 20(12):1341-9. doi: 10.1089/thy.2010.0178. PMID: 21034228.
4. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America.(2025). Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century [Internet]. Washington (DC): National Academies Press; 2001 [cited 2025 Jun 15]. Available from: https://nap.nationalacademies.org/catalog/10027
5. Hanna TP, King WD, Thibodeau S, Jalink M, Paulin GA, Harvey-Jones E, et al.(2020). Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis. BMJ 2020; 371:m4087. doi: 10.1136/bmj.m4087. PMID: 33148535.
6. Neal RD, Tharmanathan P, France B, Din NU, Cotton S, Fallon-Ferguson J, et al.(2015). Is increased time to diagnosis and treatment in symptomatic cancer associated with poorer outcomes? Systematic review. Br J Cancer 2015; 112(Suppl 1):S92-107. doi: 10.1038/bjc.2015.48. PMID: 25734382.
7. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care.(1966). Milbank Mem Fund Q 1966; 44(3 Suppl):166-206. PMID: 5338568.
8. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP.(2007). The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. Lancet 2007; 370(9596):1453-7. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61602-X. PMID: 18064739.
9. World Medical Association.(2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. JAMA 2013; 310(20):2191-4. doi: 10.1001/jama.2013.281053. PMID: 24141714.
10. Inker LA, Eneanya ND, Coresh J, Tighiouart H, Wang D, Sang Y, et al.(2021). New creatinine- and cystatin C-based equations to estimate GFR without race. N Engl J Med 2021; 385(19):1737-49. doi: 10.1056/NEJMoa2102953. PMID: 34554658.
11. Amin MB, Edge SB, Greene FL, Byrd DR, Brookland RK, Washington MK, et al., editors.(2017). AJCC cancer staging manual. 8th ed. Chicago (IL): Springer; 2017.
12. Wilson Van Voorhis CR, Morgan BL.(2007). Understanding power and rules of thumb for determining sample sizes. Tutor Quant Methods Psychol 2007; 3(2):43-50. doi: 10.20982/tqmp.03.2.p043.
13. Long JS, Ervin LH.(2000). Using heteroscedasticity consistent standard errors in the linear regression model. Am Stat 2000; 54(3):217-24. doi: 10.1080/00031305.2000.10474549.
14. Amrhein V, Greenland S, McShane B.(2019). Scientists rise up against statistical significance. Nature 2019; 567(7748):305-7. doi: 10.1038/d41586-019-00857-9. PMID: 30894741.

ผลของการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

The effects of a cognitive behavioral modification program on patients with depression at Borabue Hospital, Maha Sarakham Province.

(Received: August 9,2026 ; Revised: August 17,2026 ; Accepted: August 19,2026)

วนิดา บมสระน้อย[1]
Wanida Bomsanoi[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลและผู้ป่วยต่อการใช้โปรแกรม การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment Research) เปรียบเทียบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลัง (One group pre-posttest design) ดำเนินการตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2569 ถึงเดือนสิงหาคม 2569 กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้ป่วยโรคซึมเสร้าที่จำนวน 30 ราย เก็บข้อมูลจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค แบบสอบถามความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพต่อการใช้โปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้สถิติ pair t -test

ผลการศึกษา พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ร้อยละ 66.67 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 33.33 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม พบว่า ไม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 100 ภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.00) ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้โปรแกรม อยู่ในระดับมากที่สุด และความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และความพึงพอใจในการรับบริการ อยู่ในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ: โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม โรคซึมเศร้า

Abstract

This study aimed to investigate the effects of a cognitive-behavior modification program and to examine the satisfaction of nurses and patients with the program. This research was quasi experimental research design using a one-group pre-posttest design, conducted from February 2026 to August 2026. The sample consisted of 30 patients with depression. Data were collected by questionnaire on healthcare team members' opinions regarding the program. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, and qualitative data were analyzed using the paired t-test.

The results showed that before participating in the cognitive-behavior modification program, , 66.67% and mild depression, 33.33% had moderate depression.After participating in the cognitive-behavior modification program, 100% showed no depression. Depression levels before and after the use of the cognitive-behavior modification program in patients with depression were also analyzed. There was a statistically significant difference (p = 0.00) in nurses' satisfaction with the program, which was at the highest level. Satisfaction with the cognitive-behavior modification program for depressed patients and satisfaction with services were also at the highest level.

[1] กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

บทนำ

โรคซึมเศร้า (Depressive Disorder) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก เนื่องจากเป็นความผิดปกติทางจิตที่พบได้บ่อยและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การทำงาน ความสัมพันธ์ และสุขภาพกายของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานว่า ปัจจุบันมีประชากรทั่วโลกประมาณ ร้อยละ 4 ของประชากรทั้งหมด ที่กำลังเผชิญกับโรคซึมเศร้า โดยคิดเป็นประมาณ 280 ล้านคน และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย รวมทั้งพบได้บ่อยในผู้สูงอายุและหญิงตั้งครรภ์หรือหลังคลอด นอกจากนี้ โรคซึมเศร้ายังเป็น สาเหตุสำคัญอันดับต้น ๆ ของการสูญเสียปีสุขภาวะจากการมีชีวิตอยู่กับความพิการ (Years Lived with Disability: YLDs) และเป็นหนึ่งในโรคที่สร้างภาระโรค (Burden of Disease) สูงที่สุดของโลก เนื่องจากส่งผลกระทบทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม อีกทั้งยังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการฆ่าตัวตาย ซึ่งในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากกว่า 700,000 คน ทั่วโลก โดยโรคซึมเศร้าเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงหลักของการเสียชีวิตดังกล่าว[1] ข้อมูลล่าสุดจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งอ้างอิงข้อมูลกรมสุขภาพจิต พบว่า ในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 399,645 คน หรือประมาณ 605 คนต่อประชากร 100,000 คน เพิ่มขึ้นจาก 359,737 คน ในปี พ.ศ. 2565 และ 353,267 คน ในปี พ.ศ. 2564 สะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[2,3] จากข้อมูลรายงานของกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลบรบือ พบว่า ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามารับบริการที่ พ.ศ. 2566 -2568 จำนวน 282, 872 และ 1,306 คน ตามลำดับ มีผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าซึ่งมีอาการของภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยโดยไม่ได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคซึมเศร้า มีจำนวน 2, 20 และ 21 คน ตามลำดับ และพบผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงจนนำไปสู่การฆ่าตัวตายสำเร็จ 2 ราย ในปี 2568[4] โรงพยาบาลบรบือจังหวัดมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ให้บริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในพื้นที่ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาและการติดตามอาการตามมาตรฐาน อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยบางรายยังคงมีอาการซึมเศร้า ความคิดเชิงลบ หรือมีปัญหาในการปรับตัว ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิต อีกทั้งยังอาจส่งผลให้เกิดการกลับเป็นซ้ำและเพิ่มภาระในการดูแลรักษา ดังนั้น การนำโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการรักษาตามปกติ จึงอาจช่วยเพิ่มประสิทธิผลของการรักษา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของตนเองได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรม การปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ภายหลังการใช้โปรแกรม การปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ดังนี้

1.1 เพื่อศึกษาความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึกเศร้าที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

1.2 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความคิดและพฤติกรรม ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการใช้โปรแกรมปรับความคิดและพฤติกรรม

2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) เปรียบเทียบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลัง (One group pre –

posttest design) เป็นผู้ป่วยมารับบริการที่กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบจำเพาะเจาะจง จำนวน 30 คน การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการศึกษา ตั้งแต่ เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2569 ดำเนินการตามขั้นตอนการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์[5] มี 5 ระยะดังนี้ 1) ระยะให้ความรู้ (knowledge stage) 2) ระยะโน้มน้าว (persuasion stage) 3) ระยะตัดสินใจ (decision stage) 4) ระยะลงมือปฏิบัติ (implementation stage) และ 5) ระยะยืนยันผลหรือการประเมินประสิทธิผล (confirmation stage) ตัดสินใจที่จะใช้หรือหยุดใช้นวัตกรรมนั้น ดังนี้

ระยะที่ 1-3 ขั้นเตรียมการ

1. ระยะให้ความรู้ (knowledge stage) ผู้ศึกษาทำความเข้าใจโปรแกรมการปรับความคิดและ พฤติกรรมในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าจากผู้เชี่ยวชาญ และได้ฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการบำบัดความคิดและ พฤติกรรมจากผู้เชี่ยวชาญโรงพยาบาลสวนปรุง จากนั้นนำความรู้ที่ได้รับมานำเสนอ พร้อมทั้งจัดอบรมให้ความรู้ความเข้าใจในวิธีการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์แก่บุคลากรทีมสุขภาพก่อน นำไปใช้ โดยการจัดประชุมชี้แจงเกี่ยวกับสาระสำคัญของโปรแกรมแก่บุคลากรทีมสุขภาพ คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 คน นำข้อมูลและสถิติผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลบรบือ 3 ปีย้อนหลังและสถิติการเข้ารับการรักษาและการกลับเป็นซ้ำ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รวมถึงผลของการบำบัดโดยใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าจากที่ ผู้ศึกษาได้ไปศึกษาค้นคว้ามาให้กับบุคลากรทีมสุขภาพของโรงพยาบาลบรบือให้มีความรู้ความเข้าใจในรูปแบบของการบำบัด

2. ระยะโน้มน้าว (Persuasion stage) ผู้ศึกษาได้ทำการชี้แจงและโน้มน้าวให้บุคลากรทีมสุขภาพเกิดทัศนคติที่ดี เห็นคุณประโยชน์ของการบำบัดโดยการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าว่าสามารถนำมาผสมผสานเข้าได้กับกิจกรรม การพยาบาลเดิมซึ่งสามารถนำไปใช้ สังเกตได้ และไม่มีความซับซ้อน ส่งเสริมให้เกิดการยอมรับได้อย่างรวดเร็วบุคลากรทีมสุขภาพมีทัศนคติที่ดี

3. ระยะตัดสินใจ (Decision stage) ผู้ศึกษาประชุมร่วมกันกับบุคลากรทีมสุขภาพเพื่อพิจารณายอมรับและตัดสินใจใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ตามกรอบแนวคิดการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์[5] ซึ่งมีคุณลักษณะของโปรแกรม ได้แก่ 1) ข้อดีหรือผลประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม 2) ความเข้ากันได้ของนวัตกรรมกับสิ่งที่มีอยู่เดิม สามารถนำมาใช้ได้อย่างกลมกลืนกับการปฏิบัติที่ผ่านมา 3) ความยุ่งยากซับซ้อนในการใช้นวัตกรรม 4) การทดลองนำนวัตกรรมไปปฏิบัติได้จริง และ 5) การสังเกตผลในกระบวนการจากการปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม จากการประชุมร่วมกันพบว่าบุคลากรทีมสุขภาพยอมรับและตัดสินใจนำโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามาใช้ ซึ่งมีบุคลากรทีมสุขภาพมีความพร้อมและยินดีเข้าร่วมการศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ต้องร่วมกันปฏิบัติตามขั้นตอนของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งมีกิจกรรมทั้งหมดจำนวน 7 ครั้ง ทำสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 7 สัปดาห์

ระยะที่ 4 ขั้นดำเนินการใช้ โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม เป็นระยะลงมือปฏิบัติ (implementation stage) การนำโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าไปใช้โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้ศึกษาได้จัดประชุมชี้แจงการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่เป็นโรค ให้กับบุคลากรทีมสุขภาพผู้ใช้โปรแกรมเพื่อให้เข้าใจ และปฏิบัติตามขั้นตอนของ โปรแกรม

โดยได้รับความรู้ในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมจากผู้พัฒนาโปรแกรม ซึ่งพบว่ามี ความเข้าใจถูกต้องตรงกันเกี่ยวกับการใช้โปรแกรม และผู้ศึกษาจัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ รายละเอียดโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า เอกสารแบบบันทึก สื่อ อุปกรณ์ต่างๆในแต่ละกิจกรรม จัดเตรียมแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck Depression Inventory 1A [BDI-1A]) และแบบสอบถามความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพผู้ใช้โปรแกรม

2. ผู้ศึกษาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์การเลือกที่กำหนดไว้ โดยชี้แจงกลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการดำเนินการระยะเวลา จำนวนครั้งของกิจกรรมการบำบัด พร้อมทั้งแจ้งสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมเข้าร่วมโปรแกรมด้วยความสมัครใจ และเซ็นต์ยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

3. ผู้ศึกษาและบุคลากรทีมสุขภาพผู้ใช้โปรแกรม นำโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าไปใช้บำบัดผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลบรบือ ในช่วง เดือน มีนาคม ถึง เดือน เมษายน พ.ศ. 2569 โดยไม่มีการดัดแปลงหรือเปลี่ยนแปลงขั้นตอนในการปฏิบัติ

4. ผู้ศึกษาและบุคลากรทีมสุขภาพผู้ใช้โปรแกรมร่วมกันปฏิบัติตามขั้นตอนของโปรแกรมการปรับ ความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า มีกิจกรรม 7 ครั้ง โดยทำสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนครบ 7 ครั้ง แต่ละครั้งใช้ระยะเวลา 60-90 นาที โดยผู้ศึกษาและบุคลากรทีมสุขภาพผู้ใช้ โปรแกรมได้ร่วมกันดำเนินกิจกรรมทุกครั้ง

5. ประชุมปรึกษาหารือเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ซึ่งพบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม อาจทำให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรม ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบตามกิจกรรมที่กำหนด อันเนื่องมาจากผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าบางรายต้องทำงานและบางรายมีปัญหาในการเดินทาง ซึ่งผู้ศึกษาและบุคลากรทีมสุขภาพผู้ใช้โปรแกรม ได้หาแนวทางแก้ไขปัญหาที่คาดว่าจะเกิดขึ้น โดยเน้นให้เห็นความสำคัญและประโยชน์จากการเข้าร่วมโปรแกรมและ ประสานความร่วมมือขอสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชนในการรับส่งผู้เข้าร่วม โปรแกรมในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาในการเดินทาง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้เข้าร่วมโปรแกรมทุกคน สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบตามกิจกรรมที่กำหนด

6. ผู้ศึกษาและบุคลากรทีมสุขภาพผู้ใช้โปรแกรมประเมินผลกิจกรรมทุกครั้งจากการซักถาม การสังเกต การบ้านจากแบบบันทึกอารมณ์ การบันทึกของผู้ศึกษาและบุคลากรทีมสุขภาพผู้ใช้โปรแกรม จากการดำเนินกิจกรรมทั้ง 7 ครั้ง

7. ผู้ศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory 1A [BDI-1A]) และสอบถามความคิดเห็นบุคลากรทีมสุขภาพผู้ใช้โปรแกรม ประเมินโดยใช้แบบสอบถามตามแนวคิดของโรเจอร์[5] เกี่ยวกับคุณลักษณะของนวัตกรรมที่มีผลต่อการตัดสินใจยอมรับนวัตกรรมภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมครั้งสุดท้าย (ครั้งที่ 7)

ระยะที่ 5 ขั้นประเมินผลลัพธ์

ระยะยืนยันผลของโรเจอร์ (confirmation stage) เป็นระยะประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรมโดยวัดจากผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าโดยตรง ประเมินความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพต่อประสิทธิผลของการใช้โปรแกรม และตัดสินใจที่จะใช้นวัตกรรมต่อไปหรือหยุดใช้นวัตกรรมนั้น ผู้ศึกษาได้ทำการประเมินผลลัพธ์จากการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ดังนี้ 1) คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค[6] โดยการเปรียบเทียบจำนวนคนที่มีภาวะซึมเศร้าลดลง 2) ความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพต่อการใช้โปรแกรมการปรับความคิด

และพฤติกรรมในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพต่อการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่ผู้ศึกษาได้สร้างขึ้น ว่ามีความเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม 1) ท่านได้รับผลประโยชน์ (relative advantage) จากโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า 2) โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามาผสมผสานเข้ากับความรู้เดิมที่มีอยู่ได้ (compatibility) 3) โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าไม่มีความซับซ้อน (complexity) 4) ท่านสามารถนาโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าไปทดลองได้ (trialability) และ 5) ท่านสามารถสังเกตผลจากการนำโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม (observability)

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือใช้ โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่สร้างขึ้นโดย รัชนี ศรีตะวัน[7] พัฒนาตามแนวคิดของเบ็ค แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค แบบสอบถามความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพต่อการใช้โปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้สถิติ paired t -test

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการขออนุญาตจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม เลขที่ เลขที่ 03/2569

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 26 คน ร้อยละ 86.70 มีอายุระหว่าง 20-40 ปี ร้อยละ 33.33 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษา จำนวน 17 คน ร้อยละ 56.70 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 12 คน ร้อยละ 40.00 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท จำนวน 17 คน ร้อยละ 56.70 และ สถานภาพคู่ จำนวน 15 คน ร้อยละ 50.00

2. ข้อมูลผลของการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม ไม่มีภาวะซึมเศร้า 10 คน มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 33.33 ระดับเล็กน้อย 10 คน ร้อยละ 33.33 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง 8 คน ร้อยละ 26.70 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง 2 คน ร้อยละ 6.70 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะซึมเศร้าทั้งหมด 30 คน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของคะแนนความซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง (n=30)

คะแนนระดับภาวะซึมเศร้า	ก่อน		หลัง		ระดับภาวะซึมเศร้า
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
0-9 คะแนน	0	0	30	100	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
10-16 คะแนน	20	66.67	0	0	มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย
17-29 คะแนน	10	33.33	0	0	มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความคิดและพฤติกรรม ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม (n=30)

ประเมินภาวะซึมเศร้า	$\overline{x}$	S.D.	t	p
ก่อนการใช้โปรแกรม	14.80	8.43	10.230	0.00
หลังการใช้โปรแกรม	1.10	16.9		

$P < 0.05$

จากตารางที่ 2 พบว่า ภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่เป็น โรคซึมเศร้า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม อยู่ในระดับมากที่สุด

4. ความพึงพอใจของบุคลากรทีมสุขภาพที่นำโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไปใช้ พบว่า ความพึงพอใจของบุคลากรทีมสุขภาพที่นำโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไปใช้ อยู่ในระดับมากที่สุด

สรุปและอภิปรายผล

ภาวะซึมเศร้าของ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมจากผลการศึกษา พบว่า โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้านี้สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้จริงโดยการประเมินเมื่อเสร็จสิ้นโปรแกรมการบำบัดทันทีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าร่วม การศึกษาทั้งหมด 30 คน มีคะแนนภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย 20 คนและมีคะแนนภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง 10 คน หลังสิ้นสุดโปรแกรมการบำบัดมีคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงเป็นไม่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งอธิบายโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของ รัชนี ศรีตะวัน[7] ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของเบ็ค ดังขั้นตอนการปรับความคิดและพฤติกรรม 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. การค้นหาความคิดอัตโนมัติ (identifying automatic thoughts) ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าได้ฝึกในการค้นหาความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นของตนเอง โดยการใช้เทคนิคต่างๆ เช่น การตั้งคำถาม การทำการบ้าน การใช้แบบบันทึกอารมณ์ ในขั้นตอนนี้ทำให้ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าได้ค้นหาความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นได้ทันที

2. การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ (evaluating automatic thoughts) หลังจากที่ผู้ป่วยโรค ซึมเศร้าได้รู้ว่าความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้นนั้นเป็นเพียงความคิดเห็นที่อาจจะไม่ถูกต้องและเป็นความจริงทั้งหมด จึงนำไปสู่ขั้นตอนของการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติโดยวิธีต่างๆ เช่น การพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่น การใช้คำถามในการตรวจสอบความคิดเพื่อตรวจสอบความจริง พิจารณาประโยชน์หรือผลเสียของความคิด ทำให้เกิดความคิดบนพื้นฐานความจริง

3. การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (responding automatic thoughts) เป็นขั้นตอนที่ต่อเนื่องจากการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น ผู้ศึกษาได้ใช้เทคนิคต่างๆในการปรับเปลี่ยนความคิด เช่น การใช้คำถาม การทำการบ้าน และการใช้แบบบันทึกความคิด ผู้ศึกษาอธิบายถึงการปรับเปลี่ยนความคิดที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลง ประกอบด้วย 1) ทักษะการตรวจสอบความคิดและความอารมณ์ความรู้สึก 2) การใช้คำถามเพื่อหาหลักฐาน 3) การตรวจสอบความคิดที่เปลี่ยนไป 4) ความไม่ล้มเหลว 5) การมองปัญหาในแง่มุมใหม่ และ 6) การวิเคราะห์ถึงผลประโยชน์ที่ได้รับ

ผลของการศึกษาแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ ทำให้ผู้ที่

เป็นโรคซึมเศร้าเกิดการเรียนรู้ที่จะเลือกความคิดอัตโนมัติในการควบคุมอารมณ์และการแสดงออกของตนเอง ช่วยให้เกิดการตระหนักรู้ถึงความคิดอัตโนมัติ จะช่วยให้สามารถแยกแยะปัญหาได้อย่างเหมาะสม และเมื่อสามารถเลือกใช้ความคิดทางบวกในการแทนที่ความคิดในทางลบ หรือเพิ่มการคิดทางบวกหรือทักษะในการแสดงออกที่เหมาะสมในการเผชิญกับปัญหาส่วนบุคคล ทำให้มีกำลังใจเกิดขึ้นเป็นวิธีการที่จะช่วยให้ปัญหาส่วนบุคคลค่อยๆลดลง และส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้[8]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลบรบือ สามารถนำโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าควบคู่กับการรักษาด้วยยา เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัว ลดความรุนแรงของอาการ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

2. ควรบูรณาการโปรแกรมดังกล่าวเข้ากับระบบบริการสุขภาพจิตในคลินิกจิตเวชและบริการปฐมภูมิ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการดูแลทางจิตสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

3. หน่วยงานด้านสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกหรือกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในบริบทที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีระดับความรุนแรงแตกต่างกัน หรือในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางจิตเวชหรือโรคเรื้อรัง เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของโปรแกรม

2. ควรมีการติดตามผลในระยะยาว เช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 12 เดือน หลังสิ้นสุดโปรแกรม เพื่อประเมินความคงอยู่ของผลลัพธ์และอัตราการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้า

3. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการใช้โปรแกรม เช่น ความร่วมมือในการรักษา การสนับสนุนจากครอบครัว ระดับการรับรู้ความเจ็บป่วยและคุณภาพชีวิต เพื่อใช้ในการพัฒนาโปรแกรมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. (2567). จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต. กระทรวงสาธารณสุข.
2. World Health Organization Thailand. (2025). Mental Health and Social Connection in Thailand.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2568). เครื่องชี้ภาวะสังคม 2568. อ้างอิงข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
4. โรงพยาบาลบรบือ. (2568) รายงานของกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลบรบือ.
5. พัชรินทร์ พุ่มสุวรรณ. (2566). ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนปลาย. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
6. วรลักษณ์ อินทร์เดช. (2565). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์ต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
7. รัชนี ศรีตะวัน. (2552). ประสิทธิผลการใช้จิตบำบัดกลุ่มในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าตามโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมที่ศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสุโขทัย. สุโขทัย:โรงพยาบาลสุโขทัย.
8. ภิญโญ อิสรพงศ์ , สุนิศา สุขตระกูล, ดารกา แสงสุขใส และ พักตร์ชนก เทียนวิหาร. (2565). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อความสามารถ ด้านการกำกับอารมณ์ในวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเล่นเกมผิดปกติ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2565;30(1):13-23.

การพัฒนารูปแบบ NANGOI Fall Prevention Model เพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านนางอย ตำบลเต่างอย จังหวัดสกลนคร

Development of the NANGOI Fall Prevention Model to Prevent Falls among Older Adults through Community Participation in Ban Nangoi, Tao Ngoi Subdistrict, Sakon Nakhon Province, Thailand.

(Received: August 19,2026 ; Revised: August 21,2026 ; Accepted: August 25,2026)

วลัยพรรณ เคะนะอ่อน[1]
Walaipan Kenaon[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผล NANGOI Fall Prevention Model ในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการตามวงจร PAOR จำนวน 2 วงรอบ ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2569 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มจำนวน 50 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง และผู้ร่วมดำเนินการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 14 คน ทดลองใช้รูปแบบเป็นเวลา 12 สัปดาห์ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม Thai Falls Risk Assessment (Thai-FRAT), Timed Up and Go Test (TUG), 30-Second Chair Stand Test แบบติดตามการดำเนินโปรแกรม และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ paired t-test

ผลการศึกษา: NANGOI Fall Prevention Model ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ N–Network Partnership, A–Assessment, N–Need and Knowledge, G–Group Exercise, O–Ongoing Home Exercise และ I–Implementation, Evaluation and Follow-up หลังใช้รูปแบบเป็นเวลา 12 สัปดาห์ คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มเพิ่มขึ้นจาก 12.80 ± 2.40 เป็น 18.90 ± 1.80 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มเพิ่มขึ้นจาก 33.70 ± 5.20 เป็น 44.80 ± 4.10 คะแนน คะแนนเฉลี่ย Thai-FRAT ลดลงจาก 8.40 ± 2.10 เป็น 4.90 ± 1.80 คะแนน ระยะเวลาเฉลี่ยในการทดสอบ TUG ลดลงจาก 12.80 ± 2.60 เป็น 10.90 ± 1.80 วินาที และจำนวนครั้งเฉลี่ยในการทดสอบ 30-Second Chair Stand เพิ่มขึ้นจาก 10.30 ± 2.40 เป็น 13.90 ± 2.60 ครั้ง ผลลัพธ์ทั้ง 5 ด้านดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ไม่พบการหกล้มระหว่างการติดตาม 12 สัปดาห์ และความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (4.80 ± 0.29 คะแนน)

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ; การหกล้ม; การป้องกันการหกล้ม; การมีส่วนร่วมของชุมชน; NANGOI Fall Prevention Model

Abstract

This study aimed to develop and evaluate the NANGOI Fall Prevention Model for preventing falls among older adults in the community. Methods: This action research was conducted through two cycles of Planning, Action, Observation, and Reflection (PAOR) from December 2025 to May 2026. The participants comprised 50 older adults at risk of falling, selected through purposive sampling, while 14 village health volunteers participated in the implementation. The model was implemented over a 12-week period. The research instruments included a fall-prevention knowledge questionnaire, a fall-prevention behavior questionnaire, the Thai Falls Risk Assessment (Thai-FRAT), the Timed Up and Go Test (TUG), the 30-Second Chair Stand Test, a program implementation monitoring form, and a satisfaction questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

Results: The NANGOI Fall Prevention Model consisted of six components: N–Network Partnership, A–Assessment, N–Need and Knowledge, G–Group Exercise, O–Ongoing Home Exercise, and I–Implementation,

[1] พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพนปลาโหล ตำบลเต่างอย อำเภอเต่างอย จังหวัดสกลนคร

Evaluation and Follow-up. After the 12-week implementation, the mean fall-prevention knowledge score increased from 12.80 ± 2.40 to 18.90 ± 1.80, and the mean fall-prevention behavior score increased from 33.70 ± 5.20 to 44.80 ± 4.10. The mean Thai Falls Risk Assessment (Thai-FRAT) score decreased from 8.40 ± 2.10 to 4.90 ± 1.80, while the mean Timed Up and Go Test (TUG) time decreased from 12.80 ± 2.60 to 10.90 ± 1.80 seconds. The mean number of repetitions in the 30-Second Chair Stand Test increased from 10.30 ± 2.40 to 13.90 ± 2.60. All five outcomes improved significantly ($p < 0.001$). No falls occurred during the 12-week follow-up period, and the overall satisfaction score was at the highest level (4.80 ± 0.29)

Keywords: older adults; falls; fall prevention; community participation; NANGOI Fall Prevention Model

บทนำ

การหกล้มเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมทั่วโลก โดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บโดยไม่เจตนาอันดับสองรองจากอุบัติเหตุทางถนน ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากการหกล้มประมาณ 684,000 คน และเกิดเหตุการณ์หกล้มที่รุนแรงจนต้องได้รับการรักษาทางการแพทย์ประมาณ 37.3 ล้านครั้ง มากกว่าร้อยละ 80 ของการเสียชีวิตเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง และผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีเป็นกลุ่มที่มีจำนวนการหกล้มถึงแก่ชีวิตสูงที่สุด[1] การหกล้มจึงไม่ใช่เหตุการณ์ปกติของความสูงอายุ แต่เป็นปัญหาที่สามารถประเมิน ป้องกัน และลดความรุนแรงได้ หากผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่า การหกล้มในผู้สูงอายุเกิดจากปัจจัยหลายด้านที่สัมพันธ์กัน ทั้งปัจจัยภายในบุคคล เช่น อายุที่เพิ่มขึ้น ประวัติการหกล้ม กล้ามเนื้ออ่อนแรง ความผิดปกติของการเดินและการทรงตัว ภาวะเปราะบาง โรคเรื้อรัง การใช้ยาหลายชนิด ความบกพร่องด้านการมองเห็นและการรับรู้ รวมถึงปัจจัยภายนอก เช่น พื้นลื่น แสงสว่างไม่เพียงพอ สิ่งกีดขวาง และการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินที่ไม่เหมาะสม ผลกระทบจากการหกล้มมีตั้งแต่การบาดเจ็บเล็กน้อย กระดูกหัก การสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ภาวะพึ่งพิง ความกลัวการหกล้ม การจำกัดกิจกรรม ตลอดจนการเสียชีวิต แนวทางระดับสากลจึงเสนอให้คัดกรองความเสี่ยง ประเมินปัจจัยเสี่ยงแบบหลายมิติ และจัดทำมาตรการป้องกันที่เหมาะสมกับปัญหาและระดับความเสี่ยงของผู้สูงอายุแต่ละราย[2]

ประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ใน พ.ศ. 2566 มีผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 13.19 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.97 ของประชากรทั้งหมด[3] การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุทำให้การส่งเสริมสมรรถภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยและภาวะพึ่งพิง ตลอดจนการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวในชุมชนมีความสำคัญมากขึ้น แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุของกรมการแพทย์สนับสนุนให้มีการคัดกรองความเสี่ยง ประเมินการเดิน การทรงตัว และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ร่วมกับการจัดการปัจจัยเสี่ยง การออกกำลังกาย และการติดตามอย่างต่อเนื่อง[4]

แนวทาง Integrated Care for Older People (ICOPE) ฉบับที่ 2 ขององค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับการดูแลที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง โดยประเมินการลดลงของความสามารถภายในบุคคล ทั้งด้านการเคลื่อนไหว การรับรู้ การมองเห็น การได้ยิน ภาวะโภชนาการ และสุขภาพจิต ควบคู่กับความต้องการด้านสุขภาพและสังคม เพื่อนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายและจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลในระดับปฐมภูมิและชุมชน แนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับการป้องกันการหกล้ม ซึ่งจำเป็นต้องเชื่อมโยงการประเมินความเสี่ยง การส่งเสริมสมรรถภาพ การสนับสนุนจากครอบครัว และการติดตามโดยทีมสุขภาพอย่างเป็นระบบ[5] หลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่าการออกกำลังกายที่เน้นการทรงตัว การเดิน และความแข็งแรง

ของกล้ามเนื้อสามารถช่วยลดความเสี่ยงและการเกิดการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนได้ โดยโปรแกรมควรมีความท้าทายต่อการทรงตัว มีระดับความหนักเหมาะสม และปรับตามสมรรถภาพของแต่ละบุคคล[6] โปรแกรม Otago Exercise Program เป็นแนวทางการออกกำลังกายที่ผสมผสานการเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา การฝึกการทรงตัว และการเดิน ผลการศึกษาพบว่าสามารถส่งเสริมความแข็งแรง การทรงตัว ความสามารถในการเคลื่อนไหว และลดความกลัวการหกล้มได้อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์ของโปรแกรมขึ้นอยู่กับความสม่ำเสมอในการฝึก การปรับท่าให้เหมาะกับข้อจำกัดของผู้สูงอายุ การกำกับความปลอดภัย และระบบสนับสนุนให้สามารถฝึกต่อเนื่องที่บ้าน สามารถลดความเสี่ยงและอัตราการหกล้มได้[7,8,9]

สถานการณ์บ้านนางอย ตำบลเต่างอย จังหวัดสกลนคร พบผู้สูงอายุทั้งหมด 250 คน ได้รับการคัดกรองจำนวน 207 คน คิดเป็นร้อยละ 82.80 และพบผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มระดับปานกลางถึงสูงจำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 43.48 ของผู้ที่ได้รับการคัดกรอง ในช่วง 1 ปีก่อนพัฒนารูปแบบพบผู้สูงอายุหกล้มจำนวน 10 คน บางรายได้รับบาดเจ็บรุนแรง ได้แก่ กระดูกสะโพก กระดูกต้นขา หรือกระดูกข้อมือหัก และมีผู้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนจำนวน 1 คน นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางส่วนเกิดความกลัวการหกล้ม ขาดความมั่นใจในการเคลื่อนไหว และลดการทำกิจกรรม ส่งผลให้สมรรถภาพทางกายและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง การวิเคราะห์ระบบการดูแลเดิมพบว่า การคัดกรองและจำแนกระดับความเสี่ยงยังไม่เชื่อมโยงกับแผนการดูแลรายบุคคล การส่งเสริมความรู้และการฝึกสมรรถภาพยังขาดความต่อเนื่อง ขณะที่การติดตามโดยพยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครอบครัว และภาคีเครือข่ายยังไม่มีรูปแบบการประสานงานที่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงพัฒนา NANGOI Fall Prevention Model โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ[10]ที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วม การสะท้อนผล และการปรับปรุงการดำเนินงานอย่างเป็นวงรอบ ร่วมกับการประยุกต์แนวทาง ICOPE หลักฐานการป้องกันการหกล้ม โปรแกรมออกกำลังกาย Otago และการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยให้พยาบาลเป็นผู้นำระบบในบทบาท Nurse Case Manager ทำหน้าที่ประเมิน วางแผน ประสานการดูแล และติดตามผลร่วมกับทีมสุขภาพ อสม. ครอบครัว และชุมชน เพื่อเพิ่มความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ส่งเสริมสมรรถภาพทางกาย ลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม และพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้มีความต่อเนื่องและเหมาะสมกับบริบทพื้นที่

วัตถุประสงค์

1.เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านนางอย ตำบลเต่างอย จังหวัดสกลนคร

2. เพื่อพัฒนา NANGOI Fall Prevention Model สำหรับป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของ NANGOI Fall Prevention Model โดยเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ความเสี่ยงต่อการหกล้มด้วยแบบประเมิน Thai Falls Risk Assessment (Thai-FRAT) ความสามารถในการเคลื่อนไหวและการทรงตัวด้วย Timed Up and Go Test (TUG) ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาด้วย 30-Second Chair Stand Test ติดตามการเกิดการหกล้มของผู้สูงอายุระหว่างการใช้รูปแบบเป็นเวลา 12 สัปดาห์ และประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อรูปแบบภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม

วิธีการศึกษา

รูปแบบและระยะเวลาดำเนินการ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ใช้วงจร PAOR

ประกอบด้วยการวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) จำนวน 2 วงรอบ เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนา และประเมินผล NANGOI Fall Prevention Model โดยเน้นการมีส่วนร่วมของพยาบาล ทีมสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน ครอบครัว และผู้สูงอายุ ดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2569 ณ บ้านนางอย ตำบลเต่างอย อำเภอเต่างอย จังหวัดสกลนคร และนำรูปแบบไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในบ้านนางอย จำนวน 250 คน ได้รับการคัดกรองจำนวน 207 คน และพบผู้มีความเสี่ยงต่อการหกล้มระดับปานกลางถึงสูงจำนวน 90 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มจำนวน 50 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ส่วนผู้ร่วมดำเนินการเป็น อสม. จำนวน 14 คน ทำหน้าที่ติดตาม กระตุ้นการออกกำลังกาย เยี่ยมบ้าน บันทึกข้อมูล และประสานพยาบาลเมื่อพบปัญหา คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวแบบวัดซ้ำด้วย paired t-test กำหนดขนาดอิทธิพลระดับปานกลางเท่ากับ 0.50 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.90 และการทดสอบสองทาง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 44 คน เพิ่มประมาณร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายและข้อมูลไม่สมบูรณ์ จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน

เกณฑ์คัดเข้า

1) อายุ 60 ปีขึ้นไปและอาศัยอยู่ในบ้านนางอยตลอดระยะเวลาดำเนินการ

2) มีความเสี่ยงต่อการหกล้มระดับปานกลางถึงสูงตามเกณฑ์ที่กำหนด

3) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้

4) สามารถยืนและเดินได้ด้วยตนเองหรือใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน

5) ไม่มีข้อห้ามทางการแพทย์ต่อการออกกำลังกาย

6) สมัครใจและลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก

1) มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือโรครุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย

2) มีความบกพร่องด้านการรับรู้หรือการสื่อสารจนไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้

3) มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวหรือข้อห้ามทางการแพทย์ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างปลอดภัย

4) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมและการติดตามตามระยะเวลาที่กำหนด

5) ขอถอนตัวจากการวิจัยในระหว่างดำเนินการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือแบ่งออกเป็นเครื่องมือดำเนินการวิจัยและเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

เครื่องมือดำเนินการวิจัย

1. NANGOI SAFE STEP 12 Exercise Program เป็นโปรแกรมออกกำลังกาย 12 ท่า ประยุกต์จากหลักการของ Otago Exercise Program และหลักฐานด้านการป้องกันการหกล้ม แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ การอบอุ่นร่างกายและเพิ่มการเคลื่อนไหว การเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การฝึกการทรงตัว และการฝึกเดินเชิงหน้าที่ โดยปรับระดับความยากและการช่วยพยุงให้เหมาะสมกับสมรรถภาพของผู้สูงอายุแต่ละราย

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ ประกอบด้วยอายุ เพศ การศึกษา โรคประจำตัว การใช้ อุปกรณ์ช่วยเดิน ประวัติการหกล้ม ประวัติกระดูกหัก และบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย

2. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม จำนวน 20 ข้อ มีตัวเลือกถูก ผิด และไม่ทราบ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ส่วนตอบผิดหรือไม่ทราบให้ 0 คะแนน คะแนนรวม 0–20 คะแนน แปลผลตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดเป็นระดับควรปรับปรุง 0–12 คะแนน ระดับปานกลาง 13–16 คะแนน และระดับดี 17–20 คะแนน

3. แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม จำนวน 25 ข้อ ครอบคลุม 5 ด้าน ใช้มาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคยปฏิบัติ 1 คะแนน ถึงปฏิบัติเป็นประจำ 5 คะแนน คะแนนรวม 25–125 คะแนน โดยคะแนนสูงแสดงถึงพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มที่เหมาะสมมากขึ้น

4. Thai Falls Risk Assessment (Thai-FRAT) สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข[13] ใช้ประเมินและจำแนกความเสี่ยงต่อการหกล้ม โดยประเมินปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการหกล้ม 6ด้าน ได้แก่ ประวัติการหกล้ม การใช้ยา ความบกพร่องด้านการมองเห็น การทรงตัว และปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ การแปลผลแบ่งระดับความเสี่ยงตามคะแนนรวม ดังนี้ 0–3 คะแนน หมายถึง ความเสี่ยงต่ำ, 4–5 คะแนน หมายถึง ความเสี่ยงปานกลาง 6 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ความเสี่ยงสูง

5. Timed Up and Go Test (TUG) ใช้ประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวและการทรงตัว บันทึกผลเป็นวินาที โดยระยะเวลาน้อยลงแสดงถึงสมรรถภาพที่ดีขึ้น

6. 30-Second Chair Stand Test ใช้ประเมินความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อขา บันทึกจำนวนครั้งที่ลุกยืนได้อย่างถูกต้องภายใน 30 วินาที

7. แบบติดตามการดำเนินโปรแกรม ใช้บันทึกการเข้าร่วมกิจกรรม ความต่อเนื่องของการออกกำลังกายที่บ้าน อาการผิดปกติ การหกล้มหรือเกือบหกล้ม และการติดตามโดย อสม. และพยาบาล

8. แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบใช้มาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่น้อยที่สุด 1 คะแนน ถึงมากที่สุด 5 คะแนน ประเมินภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

NANGOI SAFE STEP 12 Exercise Program ได้รับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้สูงอายุและการป้องกันการหกล้มจำนวน 2 ท่าน นักกายภาพบำบัดจำนวน 1 ท่าน และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจำนวน 2 ท่าน โดยประเมินความถูกต้องของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมและลำดับของกิจกรรม ความปลอดภัย และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในบริบทชุมชน ผลการตรวจสอบพบว่าโปรแกรมมีค่า IOC เฉลี่ยทั้งฉบับเท่ากับ 0.94 แสดงว่าองค์ประกอบและกิจกรรมของโปรแกรมมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์อยู่ในระดับสูง ผู้วิจัยปรับปรุงรายละเอียดเกี่ยวกับความถูกต้องของท่าทาง ระดับความหนัก จำนวนครั้ง การใช้เก้าอี้หรือราวจับ การเพิ่มระดับความยาก และเกณฑ์หยุดออกกำลังกายตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้จริง

แบบประเมินความรู้และแบบประเมินพฤติกรรมได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน มีค่า IOC เฉลี่ยทั้งฉบับเท่ากับ 0.90 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แบบประเมินความรู้มีค่าความเชื่อมั่นตามวิธี Kuder–Richardson Formula 20 (KR-20) เท่ากับ 0.95 และแบบประเมินพฤติกรรมมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.95 แสดงว่าเครื่องมือมีความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับสูงมาก สำหรับค่า IOC ของ NANGOI SAFE STEP 12 Exercise Program

ขั้นตอนดำเนินการและเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการแบ่งเป็น 2 วงรอบตามกระบวนการ PAOR ดังนี้

วงรอบที่ 1 การวิเคราะห์และพัฒนารูปแบบ

Plan (P): การวางแผน เป็นขั้นตอนการศึกษาสถานการณ์ วิเคราะห์ปัญหา ความต้องการ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน บุคลากรสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางพัฒนารูปแบบ กำหนดบทบาทหน้าที่ พัฒนาเครื่องมือวิจัย คู่มือการดำเนินงาน และวางแผนกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ พร้อมทั้งกำหนดตัวชี้วัด วิธีติดตามประเมินผล และเตรียมความพร้อมของผู้เกี่ยวข้องก่อนนำรูปแบบไปทดลองใช้จริง

Act (A): การปฏิบัติ เป็นขั้นตอนการนำ NANGOI Fall Prevention Model ไปดำเนินการกับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม โดยประกอบด้วยการสร้างเครือข่ายความร่วมมือ (Network Partnership) การประเมินความเสี่ยงและสมรรถภาพทางกาย (Assessment) การประเมินความต้องการและเสริมสร้างความรู้ (Need Assessment & Knowledge Empowerment) การออกกำลังกายแบบกลุ่ม (Group Exercise) การส่งเสริมการออกกำลังกายต่อเนื่องที่บ้าน (Ongoing Home Exercise) และการดำเนินงาน การประเมินผล และการติดตามอย่างต่อเนื่อง (Implementation, Evaluation and Follow-up) ตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ประสานการดูแล (Nurse Case Manager) ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข ครอบครัว และภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย และต่อเนื่องตามแผนที่กำหนด

Observe (O): การสังเกตผล เป็นขั้นตอนการติดตามการดำเนินงานอย่างเป็นระบบทั้งด้านกระบวนการและผลลัพธ์ ระหว่างการดำเนินงานผู้วิจัยติดตามการเข้าร่วมกิจกรรม ความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย ความถูกต้องและความปลอดภัยในการปฏิบัติท่า บทบาทของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น โดยใช้การสังเกต การสัมภาษณ์ การบันทึกภาคสนาม แบบติดตามการออกกำลังกาย และการประชุมกลุ่ม ส่วนการประเมินผลลัพธ์หลักดำเนินการก่อนเริ่มโปรแกรมและเมื่อครบ 12 สัปดาห์ ได้แก่ ความรู้ พฤติกรรม ความเสี่ยงต่อการหกล้มด้วย Thai-FRAT ความสามารถในการทรงตัวด้วย TUG ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาด้วย 30-Second Chair Stand Test และการเกิดการหกล้ม

Reflect (R): การสะท้อนผล เป็นขั้นตอนการนำข้อมูลจากการสังเกตและการประเมินมาวิเคราะห์และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย และภาคีเครือข่าย โดยพิจารณาความเหมาะสมของกิจกรรม จุดแข็ง ปัญหา ข้อจำกัด ปัจจัยเอื้อ และข้อเสนอแนะจากผู้เกี่ยวข้อง ผลการสะท้อนในวงรอบที่ 1 ถูกนำไปปรับปรุงวิธีการให้ความรู้ การฝึกออกกำลังกาย การติดตามที่บ้าน และการประสานเครือข่ายก่อนดำเนินการในวงรอบที่ 2 เมื่อสิ้นสุดวงรอบที่ 2 ผู้วิจัยนำผลการดำเนินงานและข้อเสนอแนะทั้งหมดมาสังเคราะห์จนได้ NANGOI Fall Prevention Model ฉบับสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์คะแนนความรู้ พฤติกรรม Thai-FRAT, TUG และ 30-Second Chair Stand Test ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบผลก่อนและหลังใช้รูปแบบด้วย paired t-test ภายหลังตรวจสอบการแจกแจงปกติของผลต่างคะแนน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

4. วิเคราะห์การเกิดการหกล้ม การถอนตัวและการปฏิบัติตามโปรแกรมด้วยความถี่และร้อยละ

5. วิเคราะห์ความพึงพอใจด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

6. วิเคราะห์ข้อมูลจากการสังเกต การบันทึกติดตาม และการสะท้อนผลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา โดยจัดหมวดหมู่และสรุปประเด็นสำคัญ

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา ประโยชน์ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวโดยไม่กระทบต่อการรับบริการสุขภาพ ก่อนให้ผู้เข้าร่วมลงนามในหนังสือยินยอม ข้อมูลได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ ใช้รหัสแทนชื่อ และนำเสนอผลในภาพรวม การออกกำลังกายได้รับการปรับตามสุขภาพและข้อจำกัดรายบุคคล พร้อมเฝ้าระวังความปลอดภัย และให้หยุดกิจกรรมทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์การหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน บ้านนางอยมีผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 250 คน ได้รับการคัดกรองจำนวน 207 คน คิดเป็นร้อยละ 82.80 ผลการประเมินพบผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มระดับปานกลางถึงสูงจำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 43.48 ของผู้ที่ได้รับการคัดกรอง และพบผู้สูงอายุหกล้มเฉลี่ยประมาณ 10 รายต่อปี ผลกระทบที่พบ ได้แก่ กระดูกต้นขาหัก กระดูกสะโพกหัก กระดูกข้อมือหัก การบาดเจ็บและฟกช้ำ รวมทั้งความกลัวการหกล้ม ซึ่งส่งผลต่อความมั่นใจในการเคลื่อนไหวและการดำเนินชีวิตประจำวัน

การวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกับผู้เกี่ยวข้องพบว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มยังขาดแนวทางการประเมินและจำแนกระดับความเสี่ยงที่เชื่อมโยงกับแผนการดูแลรายบุคคล การออกกำลังกายและการติดตามที่บ้านยังไม่ต่อเนื่อง ขณะที่บทบาทของพยาบาล อสม. ครอบครัว และภาคีเครือข่ายยังไม่ได้เชื่อมประสานเป็นระบบ ผู้สูงอายุบางส่วนขาดความรู้ ความมั่นใจ และทักษะในการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงและการทรงตัว จึงนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้กำหนดองค์ประกอบและกิจกรรมของรูปแบบ

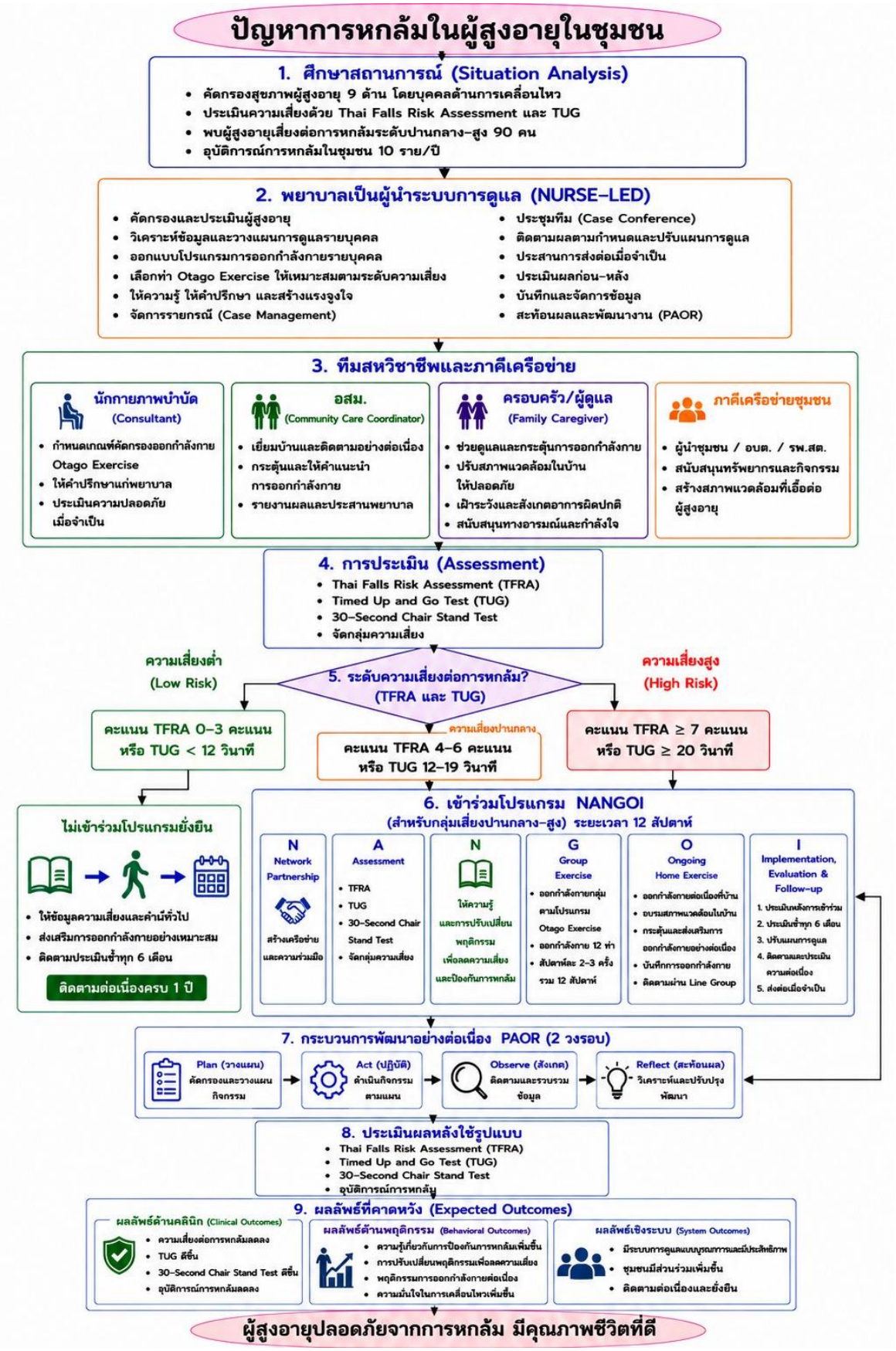
2. รูปแบบ NANGOI Fall Prevention Model ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ

N: Network Partnership: จัดตั้งคณะทำงานและสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างพยาบาล ทีมสุขภาพ นักกายภาพบำบัด อสม. ผู้นำชุมชน ครอบครัว ผู้ดูแล และผู้สูงอายุ โดยกำหนดบทบาทหน้าที่และแนวทางการประสานงานอย่างชัดเจน ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ดำเนินกิจกรรม และติดตามผล เพื่อให้การป้องกันการหกล้มเป็นระบบและสอดคล้องกับบริบทของชุมชน

A: Assessment: ประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ โดยใช้แบบประเมิน Thai Falls Risk Assessment (Thai-FRAT) ร่วมกับการทดสอบการทรงตัวและความสามารถในการเดินด้วย Timed Up and Go Test (TUG) และการประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาด้วย 30-Second Chair Stand Test และปัจจัยเสี่ยงเฉพาะบุคคล พยาบาลเป็นผู้ประเมินหลัก วิเคราะห์ผล และจำแนกผู้สูงอายุตามระดับความเสี่ยงต่อการหกล้ม เพื่อกำหนดเป้าหมายและแผนการดูแลรายบุคคลให้เหมาะสมกับปัญหา ข้อจำกัด และศักยภาพของแต่ละคน

N: Need and Knowledge: (การประเมินความต้องการและเสริมสร้างความรู้) ประเมินปัญหา ความต้องการ ความพร้อม และข้อจำกัดของผู้สูงอายุแต่ละราย จากนั้นให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง ผลกระทบ และแนวทางป้องกันการหกล้ม พร้อมฝึกทักษะการลุกนั่ง การยืน การเดิน และการปฏิบัติตัวอย่างปลอดภัย โดยใช้การสาธิตและฝึกปฏิบัติจริง รวมทั้งเสริมสร้างความมั่นใจและ

รับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการหก
ล้ม



ภาพที่ 1 รูปแบบ NANGOI Fall Prevention Model

G: Group Exercise: จัดกิจกรรมฝึก NANGOI SAFE STEP จำนวน 12 ท่าแบบกลุ่ม โดยพยาบาลเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมร่วมกับนักกายภาพบำบัด เน้นการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา การทรงตัว การถ่ายน้ำหนัก และความสามารถในการเดิน ท่าออกกำลังกายและระดับความยากได้รับการปรับตามสมรรถภาพและข้อจำกัดของผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถฝึกได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย

O: Ongoing Home Exercise: ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุฝึก NANGOI SAFE STEP ต่อเนื่องที่บ้านตามแผนรายบุคคล พร้อมใช้แบบบันทึกการออกกำลังกายเพื่อกำกับความสม่ำเสมอ ครอบครัวและผู้ดูแลมีส่วนช่วยเตือน สนับสนุน และเฝ้าระวังความปลอดภัย ขณะที่ อสม. ติดตาม กระตุ้น ประเมินปัญหา และรายงานข้อมูลแก่พยาบาลอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถออกกำลังกายได้อย่างต่อเนื่อง

I: Implementation, Evaluation and Follow-up: (การดำเนินงาน การประเมินผล และการติดตามต่อเนื่อง) พยาบาลในบทบาท Nurse Case Manager ดำเนินการตามแผนการดูแลรายบุคคลร่วมกับทีมสุขภาพ ครอบครัว และ อสม. ติดตามการเข้าร่วมกิจกรรม ความสม่ำเสมอในการฝึก ปัญหาและอาการผิดปกติ พร้อมประเมิน Thai-FRAT, TUG และ 30-Second Chair Stand Test ซ้ำตามระยะที่กำหนด นำผลมาปรับแผนตามระดับความเสี่ยง ประสานส่งต่อเมื่อพบปัญหาที่ต้องได้รับการดูแลเพิ่มเติม และสะท้อนผลร่วมกับผู้เกี่ยวข้องตามวงจร PAOR เพื่อปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมและสามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่องในชุมชน

จากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องร่วมกับการวิเคราะห์สถานการณ์และบริบทของชุมชน ผู้วิจัยได้พัฒนา NANGOI Fall Prevention Model เริ่มจากการศึกษาสถานการณ์และการวิเคราะห์ปัญหาการหกล้มในชุมชน โดยมีพยาบาลเป็นผู้นำระบบการดูแล (Nurse-led) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และภาคีเครือข่าย มีทั้งหมด 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) Network Partnership (N), 2) Assessment (A), 3) Need and Knowledge (N), 4) Group Exercise (G), 5) Ongoing Home Exercise (O) และ 6) Implementation, Evaluation and Follow-up (I) โดยแต่ละองค์ประกอบมีความเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การสร้างเครือข่าย การประเมินความเสี่ยง การเสริมสร้างความรู้และความเชื่อมั่น การส่งเสริมการออกกำลังกายทั้งแบบกลุ่มและที่บ้าน ตลอดจนการติดตามประเมินผลและพัฒนารูปแบบอย่างต่อเนื่องตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAOR) ภายใต้บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้นำการดูแล (Nurse-led Community Fall Prevention Model) ดังแสดงในภาพที่ 1

3. ผลของ NANGOI Fall Prevention Model

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 36 คน (ร้อยละ 72.00) อายุเฉลี่ย 71±4 ปี และครึ่งหนึ่งอยู่ในช่วงอายุ 70–79 ปี ภายหลังใช้รูปแบบ คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มเพิ่มขึ้นจาก 12.80 ± 2.40 เป็น 18.90 ± 1.80 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มเพิ่มขึ้นจาก 33.70 ± 5.20 เป็น 44.80 ± 4.10 คะแนน คะแนนเฉลี่ย Thai-FRAT ลดลงจาก 8.40 ± 2.10 เป็น 4.90 ± 1.80 คะแนน ระยะเวลาเฉลี่ยในการทดสอบ TUG ลดลงจาก 12.80 ± 2.60 เป็น 10.90 ± 1.80 วินาที และจำนวนครั้งเฉลี่ยในการทดสอบ 30-Second Chair Stand เพิ่มขึ้นจาก 10.30 ± 2.40 เป็น 13.90 ± 2.60 ครั้ง ผลลัพธ์ทั้ง 5 ด้านดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ไม่พบการหกล้มระหว่างการติดตาม 12 สัปดาห์ และความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (4.80 ± 0.29 คะแนน)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า NANGOI Fall Prevention Model สามารถพัฒนาเป็นรูปแบบการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยรูปแบบประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ Network Partnership, Assessment, Need and Knowledge, Group Exercise, Ongoing Home Exercise และ Implementation, Evaluation and Follow-up ซึ่งครอบคลุมการสร้างเครือข่าย การประเมินความเสี่ยง การเสริมสร้างความรู้ การส่งเสริมการออกกำลังกาย การติดตามต่อเนื่อง และการประเมินผล ภายใต้บทบาทของพยาบาลในฐานะ Nurse Case Manager ที่ทำหน้าที่ประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายในชุมชน ส่งผลให้เกิดระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมที่มีความต่อเนื่องและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการพัฒนารูปแบบใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis, McTaggart และ Nixon[10] ผ่านวงจร PAOR ซึ่งเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ดำเนินกิจกรรม สังเกตผล และสะท้อนผล เพื่อนำข้อค้นพบมาปรับปรุงรูปแบบอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้รูปแบบมีความยืดหยุ่นและสามารถนำไปใช้ได้จริง ผลการศึกษาดังกล่าวเป็นไปในทิศทางเดียวกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งอธิบายว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล จะช่วยให้เกิดความเป็นเจ้าของร่วมของชุมชนและส่งเสริมความยั่งยืนของโครงการสุขภาพ[12] นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับแนวทาง Integrated Care for Older People (ICOPE) ขององค์การอนามัยโลกที่เน้นการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมและการเชื่อมโยงบริการระหว่างครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ[5]

ภายหลังการใช้รูปแบบ ผู้สูงอายุมีคะแนนความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พร้อมทั้งมีคะแนนความเสี่ยงต่อการหกล้มจาก Thai Falls Risk Assessment (Thai-FRAT) ลดลง ขณะที่ผลการทดสอบ Timed Up and Go Test (TUG) และ 30-Second Chair Stand Test ดีขึ้น แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีการทรงตัว ความสามารถในการเดินและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาที่ดีขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องจากรูปแบบมีการประเมินความต้องการรายบุคคล การให้ความรู้ การสาธิต การฝึกปฏิบัติจริง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบกลุ่ม และการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการใช้ NANGOI SAFE STEP 12 Exercise Program ที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ด้านการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้ม ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานที่รายงานว่าการออกกำลังกายที่เน้นการฝึกการทรงตัวและเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อสามารถลดความเสี่ยงต่อการหกล้มและเพิ่มสมรรถภาพทางกายในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งสอดคล้องกับ World Guidelines for Falls Prevention and Management และแนวทางเวชปฏิบัติของกรมการแพทย์[2,4,7-9]

การศึกษาครั้งนี้ไม่พบการหกล้มในกลุ่มตัวอย่างตลอดระยะเวลาติดตาม 12 สัปดาห์ และผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด สะท้อนว่ารูปแบบมีแนวโน้มช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มและได้รับการยอมรับจากผู้ใช้ ทั้งนี้อาจเป็นผลจากการดำเนินงานที่ครอบคลุมการคัดกรองความเสี่ยง การประเมินรายบุคคล การส่งเสริมการออกกำลังกาย การปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้าน และการติดตามอย่างต่อเนื่องโดยพยาบาล ครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุข

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wandee และคณะ ที่รายงานว่าโปรแกรมป้องกันการหกล้มโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถลดการหกล้มของผู้สูงอายุได้ และสอดคล้องกับข้อเสนอขององค์การอนามัยโลกที่แนะนำให้ดำเนินมาตรการป้องกันการหกล้มแบบบูรณาการ[1,11] อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาควรตีความภายใต้ระยะเวลาติดตาม 12 สัปดาห์ และควรมีการติดตามในระยะยาวเพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบ

โดยสรุป NANGOI Fall Prevention Model เป็นรูปแบบการป้องกันการหกล้มที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ แนวคิด ทฤษฎี และการมีส่วนร่วมของชุมชน ภายใต้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีพยาบาลเป็นผู้นำการดูแลและประสานความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายในชุมชน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มดีขึ้น ความเสี่ยงต่อการหกล้มลดลง สมรรถภาพทางกายเพิ่มขึ้น ไม่พบการหกล้มในช่วงติดตาม และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับสูง จุดเด่นของรูปแบบคือการบูรณาการการประเมินความเสี่ยง การเสริมสร้างความรู้ โปรแกรม NANGOI SAFE STEP 12 Exercise Program และการดูแลแบบ Nurse-led Community Care ไว้ในระบบเดียว จึงมีศักยภาพในการประยุกต์ใช้และขยายผลสู่ชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า NANGOI Fall Prevention Model มีศักยภาพนำไปใช้เป็นแนวทางป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุระดับปฐมภูมิ หน่วยบริการสุขภาพจึงควรนำรูปแบบนี้ไปประยุกต์ใช้ โดยบูรณาการการประเมินความเสี่ยง การออกกำลังกาย และการติดตามต่อเนื่อง ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ภายใต้บทบาทพยาบาลในฐานะ Nurse Case Manager เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

2. การวิจัยในอนาคตควรติดตามผลระยะยาวเพื่อประเมินความคงอยู่ของผลลัพธ์และอัตราการหกล้ม รวมทั้งศึกษาด้วยระเบียบวิธีที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สูงขึ้น เช่น RCT และการวิเคราะห์ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ เพื่อสนับสนุนการขยายผลและกำหนดนโยบายระดับประเทศ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2021). Falls [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [cited 2026 Aug 2]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls
2. Montero-Odasso M, van der Velde N, Martin FC, Petrovic M, Tan MP, Ryg J, et al.(2022). World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. Age Ageing. 2022;51(9):afac205.
3. กรมกิจการผู้สูงอายุ.(2566). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ; 2566.
4. กรมการแพทย์.(2566). แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ. นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2566.
5. World Health Organization.(2025). Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2025.
6. Wiedenmann T, Held S, Rappelt L, Grauduszus M, Spickermann S, Donath L.(2023). Exercise-based reduction of falls in community-dwelling older adults: a network meta-analysis. Eur Rev Aging Phys Act. 2023;20(1):1.
7. Yang Y, Wang K, Liu H, Qu J, Wang Y, Chen P, et al.(2022). The impact of Otago exercise programme on the prevention of falls in older adults: a systematic review. Front Public Health. 2022;10:953593.

8. Wu S, Guo Y, Cao Z, Nan J, Zhang Q, Hu M, et al.(2024). Effects of Otago exercise program on physical function in older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Arch Gerontol Geriatr. 2024;124:105470.
9. Han J, Wang H, Ding Y, Li Q, Zhai H, He S.(2024). Effect of Otago exercise on fear of falling in older adults: a systematic review and meta-analysis. BMC Sports Sci Med Rehabil. 2024;16:132.
10. Kemmis S, McTaggart R, Nixon R.(2014). The Action Research Planner: Doing Critical Participatory Action Research. Singapore: Springer; 2014.
11. Wandee P, Jirapongsuwan A, Powwattana A, Chansatitporn N.(2026). Implementation of community-based fall prevention program for Thai older persons: a cluster randomized controlled trial. Sci Rep. 2026;16(1):4464.
12. Rifkin SB.(2014). Examining the links between community participation and health outcomes: a review of the literature. Health Policy Plan. 2014;29(Suppl 2):ii98-ii106.
13. Thiamwong L, Thamarpirat J, Maneesriwongul W, Jitapunkul S.(2008). Thai falls risk assessment test (Thai-FRAT) developed for community-dwelling Thai elderly. J Med Assoc Thai. 2008;91(12):1823-32.

ประสิทธิผลของโปรแกรมแรงจูงใจป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง โรงพยาบาลศรีสะเกษ

The Effectiveness of a Motivational Program Combined with Social Support in Preventing Kidney Function Decline Among Uncontrolled Type 2 Diabetes Patients at the Urban Community Health Center, Srisaket Hospital.

(Received: August 8,2026 ; Revised: August 22,2026 ; Accepted: August 24,2026)

วัทธิกร กุลจิราธนาดุล[1] ทัศนาภรณ์ แก้วภักดี[1]
Wattikorn Kuljirathanadul[1] Tudsanaporn Kaewpakdee[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (ตำบลเมืองใต้) และกลุ่มเปรียบเทียบ (ตำบลหนองไผ่) กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ระยะเวลา 6 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามด้านการรับรู้และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะไตวายเรื้อรัง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ paired t-test และ independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของภาวะไตวายเรื้อรัง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตวายเรื้อรัง การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะไตวายเรื้อรัง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

คำสำคัญ: แรงจูงใจในการป้องกันโรค แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะไตเสื่อม โรคเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

This quasi-experimental study with a two-group pretest–posttest design aimed to examine the effects of a protection motivation program combined with social support on behaviors to delay renal deterioration among patients with uncontrolled type 2 diabetes mellitus. The sample consisted of 60 patients with type 2 diabetes, divided into an experimental group and a comparison group of 30 patients each. The experimental group received a six-week program based on Protection Motivation Theory combined with family social support, comprising four activities. Data were collected using perception and preventive-behavior questionnaires and analyzed with descriptive statistics, paired t-test, and independent t-test.

The results showed that after the intervention, the experimental group had significantly higher mean scores of perceived severity, perceived susceptibility, perceived self-efficacy, perceived response efficacy, and preventive behaviors than before the intervention and higher than the comparison group ($p < 0.001$).

Keywords: Protection Motivation, Social Support, Renal Deterioration, Type 2 Diabetes Mellitus

[1] โรงพยาบาลศรีสะเกษ

บทนำ

ภาวะไตเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่ทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่องในประเทศไทย จากรายงานการบำบัดทดแทนไตในปี พ.ศ. 2567 พบว่ามีผู้ป่วยรายใหม่ที่เริ่มเข้ารับการรักษาทดแทนไต (Renal Replacement Therapy: RRT) ทั้งสิ้น 33,976 ราย คิดเป็นอัตราอุบัติการณ์ 515 รายต่อล้านประชากร และมีผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษาทดแทนไตสะสมรวม 157,070 ราย คิดเป็นอัตราความชุก 2,381 รายต่อล้านประชากร โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) เป็นวิธีการรักษาหลัก ซึ่งมีผู้ป่วยสะสมมากถึง 126,505 ราย รองลงมาคือการล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis) จำนวน 23,059 ราย และผู้ป่วยที่ยังมีชีวิตอยู่หลังได้รับการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation) จำนวน 7,506 ราย ทั้งนี้การรักษาทดแทนไตมีค่าใช้จ่ายสูงและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมาก เมื่อพิจารณาสาเหตุของภาวะไตวายระยะสุดท้าย (End-Stage Kidney Disease: ESKD) พบว่า กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุหลัก โดยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงรวมกันเป็นสาเหตุมากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่เริ่มการล้างไตรายใหม่ทั้งหมด จำแนกเป็นโรคไตจากเบาหวาน (Diabetic Nephropathy) ซึ่งพบมากที่สุดร้อยละ 44.8 (12,865 ราย) และโรคไตจากความดันโลหิตสูง (Hypertensive Nephropathy) ร้อยละ 38.7 (11,127 ราย) ส่วนสาเหตุอื่น ๆ ได้แก่ โรคหน่วยไตอักเสบ (Glomerulonephritis) ร้อยละ 2.6 และกลุ่มที่ไม่ทราบสาเหตุชัดเจนร้อยละ 4.4[1] จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าโรคเบาหวานเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของภาวะไตวายระยะสุดท้าย โดยเฉพาะในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความเสื่อมของไต การป้องกันและชะลอความเสื่อมของไตตั้งแต่ระยะแรกในผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง[1] ทั้งนี้โรคไตเรื้อรังมีสาเหตุจากโรคเบาหวานมากที่สุด (ร้อยละ 37.5) รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 26.8) และพบภาวะไตวายเรื้อรังประมาณร้อยละ 42 ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้[2]

ในปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยมีผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้สูงถึงร้อยละ 71.5 ในจำนวนนี้เกิดภาวะไตวายเรื้อรังร้อยละ 30[3] และสถานการณ์ในจังหวัดศรีสะเกษพบว่าอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานสูงกว่าภาพรวมของประเทศทุกปี จาก 856.5 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2563 เพิ่มเป็น 1,196.4 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2565 และมีอัตราตายด้วยโรคเบาหวานสูงกว่าระดับประเทศ[4] สำหรับตำบลเมืองใต้ อำเภอเมืองศรีสะเกษ ในปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดภาวะไตวายเรื้อรังจำนวน 118 คน ร้อยละ 50 มีอายุน้อยกว่า 60 ปี เป็นผู้มีความเสื่อมของไตระยะที่ 1 และระยะที่ 2 รวมร้อยละ 68.43[5]

จากการทบทวนผลการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมโรคและชะลอการเสื่อมของไต พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถแห่งตน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพดีขึ้น[6-9] นอกจากนี้การศึกษาการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 4 หรือระยะที่ 5 ที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต[10] พบว่า การให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวสามารถช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น

จากการศึกษาดังกล่าวพบว่า ปัจจัยแห่งการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การส่งเสริมให้บุคคลมีการรับรู้ถึงความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ในประสิทธิผลของการปฏิบัติ และการรับรู้ในความสามารถของตนเอง ซึ่งเป็นตัวเชื่อมโยงที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการ

ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปัจจัยเหล่านี้เป็นหลักการของทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) ซึ่งถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรัง โดยทฤษฎีนี้เน้นที่การสื่อสารโน้มน้าวจูงใจในกระบวนการคิดเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จากการสื่อสารที่กระตุ้นให้เกิดความกลัว เพื่อให้มีผลถึงความคิด ทัศนคติ แบบแผนพฤติกรรม และพฤติกรรมสุขภาพ[11]

อย่างไรก็ตาม แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเป็นทฤษฎีที่มุ่งเน้นในระดับบุคคล เป็นการกระตุ้นจากภายในให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนั้น เพื่อให้การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมีประสิทธิภาพมากขึ้น เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน จำเป็นต้องใช้แรงสนับสนุนจากภายนอกร่วมด้วย จากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวที่เป็นระบบเครือญาติในฐานะที่เป็นกลุ่มสนับสนุนขั้นพื้นฐาน จะเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ และการให้แรงสนับสนุนทางสังคมในเชิงบวกจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์อย่างต่อเนื่อง[9,12] จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการพัฒนารูปแบบและกระบวนการส่งเสริมเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไตวายเรื้อรังแล้ว เช่น กลุ่มผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในระยะที่ 3 ระยะที่ 4 และระยะสุดท้าย และพบรายงานการวิจัยโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อชะลอการเสื่อมของไตในกลุ่มผู้สูงอายุ[13,14] แต่ยังไม่มีการวิจัยใดที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในประชากรกลุ่มโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้และเริ่มมีความเสื่อมของไตในระยะแรก เพื่อป้องกันการเกิดภาวะไตวายเรื้อรังในพื้นที่ตำบลเมืองใต้ อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่เป็นบุคลากรในทีมสุขภาพ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพและมุ่งเน้นการบริการเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยในผู้ที่มีสุขภาพดี จึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการชะลอภาวะไตเสื่อม โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเป็นกรอบในการดำเนินการ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลเกิดการจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองตามการรับรู้ภาวะคุกคามจากโรคและความสามารถในการเผชิญปัญหา ร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว[15] เพื่อให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย สร้างความตระหนัก ส่งเสริมองค์ความรู้ในเรื่องโรค ทำให้เกิดการรับรู้ในมิติของสุขภาพด้านต่าง ๆ ที่จะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของภาวะไตวายเรื้อรัง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตวายเรื้อรัง การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะไตวายเรื้อรัง ในระยะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ภายในกลุ่มทดลอง และ 2) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยตัวแปรดังกล่าวในระยะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest–posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรคือผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง โรงพยาบาลศรีสะเกษ ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) มากกว่า 130 มก./ดล. ติดต่อกัน 2 ครั้งสุดท้าย และมีอัตราการกรองของไต (eGFR) 60–100 มล./นาที/1.73 ตร.ม. กำหนดขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power โดยคำนวณ effect size จากการศึกษาของอ้อ พรมดี [16] ได้ค่า effect size เท่ากับ 0.86 กำหนดค่าแอลฟา .05 และอำนาจการทดสอบ .95 ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน เพิ่มร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหาย รวมกลุ่มละ 30 คน คัดเลือกพื้นที่แบบเจาะจงโดยกลุ่มทดลองศึกษาในตำบลเมืองใต้ และกลุ่มเปรียบเทียบในตำบลหนองไผ่ ซึ่งมีบริบทใกล้เคียงกันและห่างกัน 10 กิโลเมตรเพื่อป้องกันการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่ม จากนั้นสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีจับสลากตามรายชื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์คัดเข้าจนครบกลุ่มละ 30 คน

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตามเกณฑ์ข้างต้น รับการรักษาต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 1 ปี มีอายุ 40–60 ปี ไม่มีความบกพร่องทางการสื่อสาร และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ญาติที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวอายุ 15 ปีขึ้นไป อ่านเขียนหนังสือได้ และสมัครใจเข้าร่วม เกณฑ์คัดออก ได้แก่ อยู่ในภาวะเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรม เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ และไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ตลอดโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 "ไตวาย คนใกล้ช่วยได้อย่างไร" เสริมสร้างบทบาทแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว 4 ด้าน กิจกรรมที่ 2 "ไตวาย โรคร้ายคร่าชีวิต" กระตุ้นการรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงผ่านวีดิทัศน์ตัวแบบผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย การบรรยายและอภิปรายกลุ่ม กิจกรรมที่ 3 "ไตวาย โรคร้ายป้องกันได้ด้วยตัวเรา" ฝึกทักษะเชิงปฏิบัติด้านการใช้ยา อาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และการลดละเลิกบุหรี่และแอลกอฮอล์ ร่วมกับการบันทึกสมุดพฤติกรรมสุขภาพ และกิจกรรมที่ 4 การติดตามเยี่ยมบ้านรายบุคคลในสัปดาห์ที่ 2 เพื่อประเมินผล เสริมแรง และแก้ไขอุปสรรคร่วมกับครอบครัว 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป 12 ข้อ แบบสอบถามด้านการรับรู้ตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค 32 ข้อ แบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะไตวายเรื้อรัง 15 ข้อ (มาตรประมาณค่า 4 ระดับ) และข้อมูลจากเวชระเบียน 5 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) แบบสอบถามด้านการรับรู้ตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคทั้งฉบับ = 0.87 และแบบสอบถามด้านการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะไตวายเรื้อรังทั้งฉบับ = 0.82 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานตำบลเมืองใต้ และตำบลหนองไผ่ ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ชุด วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามด้านการประเมินการรับรู้ภาพรวม = 0.75 และแบบสอบถามด้านการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะไตวายเรื้อรังภาพรวม = 0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการทดลองระยะเวลา 6 สัปดาห์ ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2568 โดยเก็บข้อมูลก่อนการทดลองและหลังสิ้นสุดโปรแกรมทั้งสองกลุ่ม การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย

ในมนุษย์จากโรงพยาบาลศรีสะเกษ หมายเลข COA 006/2568 เมื่อวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2569

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มด้วยสถิติ paired t-test และระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ เลขที่ COA006/2568 เมื่อวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2568

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 18 คน (ร้อยละ 60.00) มีอายุเฉลี่ย 51.33 ปี (S.D. = 5.24) สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 21 คน (ร้อยละ 70.00) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 24 คน (ร้อยละ 80.00) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม จำนวน 15 คน (ร้อยละ 50.00) มีรายได้เฉลี่ย 7,152.67 บาทต่อเดือน มีระยะเวลาป่วยด้วยโรคเบาหวาน 5–10 ปี มากที่สุด จำนวน 15 คน (ร้อยละ 50.00) รองลงมาคือน้อยกว่า 5 ปี จำนวน 12 คน (ร้อยละ 40.00) มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานในครอบครัว จำนวน 18 คน (ร้อยละ 60.00) ไม่สูบบุหรี่ จำนวน 21 คน (ร้อยละ 70.00) และอาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยว จำนวน 18 คน (ร้อยละ 60.00)

กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 19 คน (ร้อยละ 63.30) มีอายุเฉลี่ย 51.33 ปี (S.D. = 5.24) สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 17 คน (ร้อยละ 56.70) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 25 คน (ร้อยละ 73.30) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม จำนวน 18 คน (ร้อยละ 60.00) มีรายได้เฉลี่ย 6,988.95 บาทต่อเดือน มีระยะเวลาป่วย 5–10 ปี มากที่สุด จำนวน 16 คน (ร้อยละ 53.33) รองลงมาคือน้อยกว่า 5 ปี จำนวน 12 คน (ร้อยละ 40.00) มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานในครอบครัว จำนวน 19 คน (ร้อยละ 63.30) ไม่สูบบุหรี่ จำนวน 22 คน (ร้อยละ 73.30) และอาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยว จำนวน 16 คน (ร้อยละ 53.30) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะทางประชากรใกล้เคียงกัน

2. การเปรียบเทียบการรับรู้และพฤติกรรมในการป้องกันภาวะไตวายเรื้อรังของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ตำบลเมืองใต้ อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ก่อนและหลังการทดลองใช้โปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม

พบว่า พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในทุกด้าน ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะไตวายเรื้อรังเพิ่มขึ้นจาก 23.40 (S.D. = 3.96) เป็น 31.63 (S.D. = 2.43) ($p < 0.001$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตวายเรื้อรังเพิ่มขึ้นจาก 24.87 (S.D. = 4.45) เป็น 31.93 (S.D. = 2.49) ($p < 0.001$) การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะไตวายเรื้อรังเพิ่มขึ้นจาก 23.87 (S.D. = 3.88) เป็น 32.53 (S.D. = 2.94) ($p < 0.001$) การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะไตวายเรื้อรังเพิ่มขึ้นจาก 24.20 (S.D. = 4.74) เป็น 32.67 (S.D. = 2.09) ($p < 0.001$) และการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะไตวายเรื้อรังเพิ่มขึ้นจาก 43.83 (S.D. = 5.43) เป็น 60.73 (S.D. = 3.24) ($p < 0.001$) และพบว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งได้รับบริการตามปกติ ไม่พบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างระยะก่อนและหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะไตวายเรื้อรัง เปลี่ยนจาก 25.83 (S.D. = 3.69) เป็น 25.13 (S.D. = 3.75) ($p = .526$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตวายเรื้อรัง เปลี่ยนจาก 24.13 (S.D. = 3.92) เป็น 23.20 (S.D. = 3.21) (p

= .295) การรับรู้ความสามารถตนเอง เปลี่ยนจาก 24.57 (S.D. = 4.67) เป็น 24.17 (S.D. = 3.31) (p = .728) การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ เปลี่ยนจาก 23.63 (S.D. = 3.68) เป็น 24.27 (S.D. = 4.66) p = .529) และการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะไตวายเรื้อรัง เปลี่ยนจาก 43.80 (S.D. = 6.41) เป็น 43.90 (S.D. = 3.87) (p = .936)

จากผลการวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มทดลองมีการรับรู้ทั้ง 4 ด้านและการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะไตวายเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบไม่มีการเปลี่ยนแปลง

3. การเปรียบเทียบการเปรียบเทียบการรับรู้และพฤติกรรมในการป้องกันภาวะไตวายเรื้อรังของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ตำบลเมืองใต้ อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยทุกด้านของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรง (p = 0.144) การรับรู้โอกาสเสี่ยง (p = 0.113) การรับรู้ความสามารถตนเอง (p = 0.212) การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ (p = 0.123) และการปฏิบัติพฤติกรรม (p = 0.107) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคุณลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกันก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันภาวะไตวายเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในระยะหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในทุกด้าน ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะไตวายเรื้อรัง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 31.63 (S.D. = 2.43) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 25.13 (S.D. = 3.75) (p < .001) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตวายเรื้อรัง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 31.93 (S.D. = 2.49) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 23.20 (S.D. = 3.21) (p < .001) การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะไตวายเรื้อรัง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 32.53 (S.D. = 2.94) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 24.17 (S.D. = 3.31) (p < .001) การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะไตวายเรื้อรัง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 32.67 (S.D. = 2.09) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 24.27 (S.D. = 4.66) (p < .001) และการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะไตวายเรื้อรัง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 60.73 (S.D. = 3.24) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 43.90 (S.D. = 3.87) (p < .001) จากผลการวิจัยดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มทดลองมีการรับรู้ทั้ง 4 ด้านและการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะไตวายเรื้อรังสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างชัดเจน

สรุปและอภิปรายผล

โปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีประสิทธิผลในการส่งเสริมการรับรู้และพฤติกรรมการชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของภาวะไตวายเรื้อรัง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตวายเรื้อรัง การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะไตวายเรื้อรัง สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอธิบายได้จากกระบวนการของโปรแกรมซึ่งประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค[11] ที่มุ่งกระตุ้นการประเมินภาวะคุกคามต่อสุขภาพ (การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยง) ผ่านกิจกรรม "ไตวาย โรคร้ายคร่าชีวิต" ที่ใช้วีดิทัศน์ตัวแบบผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายร่วมกับการอภิปรายกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยเชื่อมโยงความรุนแรงของโรคเข้ากับตนเองอย่างเป็นรูปธรรม ควบคู่กับการประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหา (การรับรู้ความสามารถตนเองและการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์) ผ่านกิจกรรมฝึกทักษะเชิงปฏิบัติและการบันทึกสมุดพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้การเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว[15] ทั้งด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร การช่วยเหลือด้านเวลาและสิ่งของ และการประเมินสะท้อนกลับ ร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้าน ช่วยลดอุปสรรค เพิ่มกำลังใจ และทำให้พฤติกรรมสุขภาพคงอยู่อย่างต่อเนื่อง ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของวรรวิษา สำราญเนตร และคณะ[17] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 30 คน พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรม 12 สัปดาห์ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจาก 34.93 (S.D. = 3.42) เป็น 38.86 (S.D. = 1.01) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งในกระบวนการประเมินการเผชิญปัญหาของทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค เป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่นเดียวกับการศึกษาของณภัทร อภัยจิตร และคณะ[18] ที่ใช้โปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองและค่าอัตราการกรองของไตหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

เมื่อพิจารณาการศึกษาที่ใช้รูปแบบสองกลุ่มเปรียบเทียบเช่นเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ พบว่าผลลัพธ์สอดคล้องกับการศึกษาของพนิดา รัตนศรี[19] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองร่วมกับเทคนิค 5 เอ ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระดับ 3–4 พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (68.3 เทียบกับ 42.8) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และการศึกษาของปณิตา บุญมี[20] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองตามหลัก 3 อ2ส โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงให้เห็นตรงกันว่าโปรแกรมที่ออกแบบอย่างเป็นระบบและมีการติดตามอย่างต่อเนื่องสามารถสร้างความแตกต่างของพฤติกรรมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของอุษนีย์ รามฤทธิ์[21] ที่ใช้กระบวนการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 52 คน พบว่าคะแนนความรู้และความตระหนักด้านการบริโภคเกลือและโซเดียม รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานกับภาวะไตเสื่อม เพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สิ่งสำคัญของการวิจัยครั้งนี้ คือ การบูรณาการทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเข้ากับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ซึ่งเป็นการผสานแรงขับเคลื่อนจากภายในตัวผู้ป่วยให้ทำงานร่วมกับแรงเสริมจากคนใกล้ชิดภายนอก แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งส่วนใหญ่มุ่งเน้นการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหรือการจัดการตนเองเป็นหลัก[17,18,20] การออกแบบโปรแกรมในลักษณะนี้จึงช่วยเติมเต็มช่องว่างดังกล่าว โดยแรงจูงใจภายในทำหน้าที่จุดประกายการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ขณะที่การสนับสนุนจากครอบครัวช่วยประคับประคองให้พฤติกรรมที่เปลี่ยนไปคงอยู่ได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดูแลตนเองในระยะยาวของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะ

ในการนำผลการวิจัยไปใช้ หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิควรนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้และเริ่มมีความเสื่อมของไตในระยะแรก โดยบูรณาการเข้ากับระบบบริการของคลินิกโรคเรื้อรัง และส่งเสริมบทบาทของครอบครัวในการสนับสนุนผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ควรขยายระยะเวลาการติดตามผลเป็น 3–6 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น อัตราการกรองของไตและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด รวมทั้งควรใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสานเพื่ออธิบายผลเชิงปริมาณได้รอบด้านยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษที่อนุญาตให้ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงเครื่องมือวิจัย ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง โรงพยาบาลศรีสะเกษ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมและการติดตามเยี่ยมบ้านตลอดระยะเวลาการวิจัย และขอขอบพระคุณผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทุกท่านที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดที่ให้ความไว้วางใจ สละเวลา และให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยอย่างดียิ่ง จนทำให้การศึกษาครั้งนี้บรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ทุกประการ

เอกสารอ้างอิง

1. Satirapoj B, editor. Thailand Renal Replacement Therapy (TRT) Registry 2024 Annual Data Report [Internet]. 1st ed. Bangkok: The Nephrology Society of Thailand; 2026.
2. Centers for Disease Control and Prevention. National diabetes statistics report [Internet]. Atlanta, GA: CDC; 2020 [cited 2026 Aug 4]. Available from: https://stacks.cdc.gov/view/cdc/85309 ([CDC Stacks](https://stacks.cdc.gov/view/cdc/85309))
3. วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรรคเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า, บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. รายงานประจำปี 2565 [อินเทอร์เน็ต]. ศรีสะเกษ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 4 ส.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://anyflip.com/vfrgo/algw/basic
5. ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง โรงพยาบาลศรีสะเกษ. รายงานข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนทางไต. ศรีสะเกษ: โรงพยาบาลศรีสะเกษ; 2565.
6. ปิ่นแก้ว กล้ายประยงค์. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการสร้างเสริมพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอความเสื่อมของไตสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้ายของผู้ป่วยโรคไต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2550.
7. วีณา เที่ยงธรรม, จันทิมา เนียมโภคะ, อาภาพร เผ่าวัฒนา, สุธรรม นันทมงคลชัย. โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2554;41(2):149-61.
8. สุภาพร องค์สุริยานนท์. การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา 2551;6(1).

9. ศุภรา โถตันคำา. (2551). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคและค่าครีเอตินินในเลือดในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

10. มยุรี ปัญญาสิม. ผลของการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.

11. Boer H, Seydel ER. Protection motivation theory. In: Conner M, Norman P, editors. Predicting health behaviour: research and practice with social cognition models. Buckingham: Open University Press; 1996.

12. กาญจนา ปัญญาเพ็ชร์, นิภา มหารัชพงศ์, ยุวดี รอดจากภัย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่สอง. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2564;31(3):151-63.

13. จินตนา หามาลี, นัยนา พิพัฒน์วณิชชา, รวีวรรณ เผ่ากัณหา. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการชะลอความก้าวหน้าของโรคไตเรื้อรังในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2557;34(2):67–86.

14. ศิริลักษณ์ ถุงทอง, ทิพมาส ชิณวงศ์, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. วารสารสงขลานครินทร์เวชสาร 2558;35:67–84.

15. วีณา เที่ยงธรรม, สุนีย์ ละกำปั่น, อาภาพร เผ่าวัฒนา. การพัฒนาศักยภาพชุมชน: แนวคิดและการประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554.

16. อ้อ พรมดี, [คณะผู้วิจัย]. โปรแกรมการป้องกันภาวะไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารพยาบาลสาธารณสุข (Journal of Public Health Nursing) 2559.

17. วรรวิษา สำราญเนตร, นิตยา กออิสรานุภาพ, รัตนา เสนาหนอก. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2569;20(2):664-77.

18. ณภัทร อภัยจิตร, กัญญาณัฐ ใจกลาง, ชวนพิศ จุลศรี. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย. วชิรสารการพยาบาล 2568;27(2):122-38.

19. พนิดา รัตนศรี. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำราญ. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2565;4(2):209-24.

20. ปณิตา บุญมี. ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกหมอครอบครัวสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี. วารสารวิชาการพยาบาลและสาธารณสุข 2568;1(3):53-66.

21. อุษนีย์ รามฤทธิ์. ผลการเสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในโรงเรียนเบาหวาน ของโรงพยาบาลเรณูนคร. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ 2568;10(1):130-7.

การประเมินผลการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเชิงรุกด้วยรถถ่ายภาพรังสีทรวงอกเคลื่อนที่ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลพระยืน จังหวัดขอนแก่น

Evaluation of active screening for tuberculosis patients using a mobile chest X-ray in high-risk populations Phrayuen Hospital, Khon Kaen Province.

(Received: August 19,2026 ; Revised: August 23,2026 ; Accepted: August 25,2026)

ณัฐพล หมื่นสีพรม[1]
Nuttapol Muenseeprom[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้(Action Research) วัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อประเมินผลการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเชิงรุกด้วยรถถ่ายภาพรังสีทรวงอกเคลื่อนที่ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลพระยืน จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากร จำนวน 83 คน ผู้สัมผัสร่วมบ้าน จำนวน 137 คน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์โดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Wilcoxon Signed Ranks Test และ Paired t-test

ผลการวิจัย: รูปแบบการตรวจคัดกรองใหม่ มีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน เพื่อการกระตุ้นให้ประชาชนที่สงสัยป่วยวัณโรคให้ไปรับบริการตรวจที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน และการให้ความรู้กลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน โดยใช้โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมคัดกรองผู้ติดเชื้อวัณโรค หลังพัฒนาเครือข่ายมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) การปฏิบัติการคัดกรองวัณโรคปอดโดยรวมอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) หลังพัฒนาผู้สัมผัสวัณโรคมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับระบบคัดกรองวัณโรคปอดโดยรวมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) พฤติกรรมการป้องกันวัณโรคโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< 0.001) ผลการคัดกรองวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงด้วย Chest X-Ray พบว่า มีการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 100.0 และไม่พบผู้สัมผัสป่วยโรควัณโรค

คำสำคัญ: การตรวจคัดกรองเชิงรุก, วัณโรค, รถถ่ายภาพรังสีทรวงอกเคลื่อนที่, กลุ่มเสี่ยง

Abstracts

This action research aimed to evaluation of active screening for tuberculosis patients using a mobile chest X-ray in high-risk populations Phrayuen Hospital, Khon Kaen Province. Between September and November 2025, the sample group included 83 network personnel and 137 household contacts. Research instruments was a questionnaire. Analysis was using percentage, mean, standard deviation, Wilcoxon Signed Ranks Test and Paired t-test.

Results: A new screening model developed by community network participation was promoted to encourage people suspected of having tuberculosis to seek screening services at their nearest hospital and providing knowledge to groups of people in contact with each other in the household by using program to promote participation in screening for tuberculosis. After network development, knowledge scores increased significantly (p-value <0.001). Overall pulmonary tuberculosis screening was significantly increased (p<0.001). After development, tuberculosis contacts had a statistically significant increase in overall knowledge scores about the pulmonary tuberculosis screening system (p<0.001). Overall tuberculosis prevention behaviors significantly increased (p< 0.001). Results of tuberculosis screening in high-risk groups using Chest X-Ray found that 100.0% of the high-risk groups were screened and no contacts with tuberculosis were found.

Keywords: Active Screening, Tuberculosis, Mobile Chest X-ray, High-Risk

[1] พ.บ. นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลพระยืน จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

โรควัณโรค (Tuberculosis) เป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญระดับโลกและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตจากเชื้อก่อโรคเป็นอันดับหนึ่ง[1] รายงานขององค์การอนามัยโลกพบผู้ป่วยวัณโรคปอด ประมาณ 4.1 ล้านคน จาก 9.9 ล้านคน ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือไม่มีรายงานผลตรวจว่าพบเชื้อวัณโรคมาก่อน[2] โรงพยาบาลเป็นหน่วยบริการที่สำคัญในการตรวจวินิจฉัยและเป็นจุดศูนย์กลางของการรักษาและดูแลผู้ป่วยวัณโรค อัตราความสำเร็จการรักษาโรควัณโรคขึ้นอยู่กับบนคุณภาพและมาตรฐานการจัดบริการดูแลรักษาวัณโรคของโรงพยาบาล[3] การคัดกรองจากภาพถ่ายรังสีทรวงอก (Chest radiograph; CXR) มีประโยชน์อย่างยิ่งในกระบวนการค้นหาและวินิจฉัยวัณโรคปอด ซึ่งปัจจุบันได้มีเทคโนโลยีในการอ่าน CXR ด้วยระบบปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence; AI) ซึ่งช่วยวิเคราะห์และอ่านผล CXR ออกมาเป็นตัวเลขแสดงความน่าจะเป็นที่นึกถึงวัณโรคปอด สถานการณ์การเฝ้าระวังวัณโรคในประเทศไทยปี พ.ศ.2564 พบว่า ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำของทุกประเภท (คนไทย ไม่ใช่คนไทย และเรือนจำ) จำนวน 35,951 ราย คิดเป็นอัตราการรายงานผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ 54.0 ต่อแสนประชากร[4]

สถานการณ์วัณโรคปอด โรงพยาบาลพระยืน ปี พ.ศ. 2565 – 2567 พบว่า มีผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำ จำนวน 44, 57 และ 35 ราย ตามลำดับ การคัดกรองวัณโรค 7 กลุ่มเสี่ยง ด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-Ray) เป้าหมายจำนวน 1,280 คน ผลงาน 1,047 คน คิดเป็นร้อยละ 81.8 (เกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 80.0)[4] ซึ่งไม่พบผู้ป่วยที่เข้าได้กับวัณโรค และจากการทบทวนการดำเนินงานคัดกรองวัณโรคในกลุ่มผู้มีอาการสงสัยเป็นวัณโรคและกลุ่มเสี่ยงสูงวัณโรค พบปัญหาระบบการติดตามกลุ่มเสี่ยงเข้ารับบริการคัดกรองวัณโรคที่ไม่ต่อเนื่อง และการแปลผลจากภาพ Chest x-ray ที่เข้าได้กับวัณโรคมีจำนวนค่อนข้างน้อย ดังนั้นจึงมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 โรงพยาบาลพระยืน จึงได้จัดทำโครงการพัฒนาการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค โรงพยาบาลพระยืน จังหวัดขอนแก่น เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองที่ถูกต้อง ร่วมกับการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องวัณโรคแก่ชุมชน จึงทำการวิจัยประเมินผลการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเชิงรุกด้วยรถถ่ายภาพรังสีทรวงอกเคลื่อนที่ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลพระยืน จังหวัดขอนแก่น ในครั้งนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อประเมินผลการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเชิงรุกด้วยรถถ่ายภาพรังสีทรวงอกเคลื่อนที่ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลพระยืน จังหวัดขอนแก่น

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติกา ร(Action Research) ในโรงพยาบาลพระยืน จังหวัดขอนแก่น ระหว่างเดือนกันยายน-พฤศจิกายน 2568 โดยใช้กระบวนการประเมินผลรูปแบบ CIPP model7 แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ประเมินบริบทและปัจจัยนำเข้า (context & input evaluation) ดำเนินการเดือนกันยายน 2568 โดยทำการสืบค้นใน web Google scholar เป็นหลัก ทำการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังของปี พ.ศ. 2564-2566 จำนวน 30 ราย และจัดการประชุมการสนทนากลุ่มแก่ทีมพัฒนา 3 ชั่วโมง จำนวน 11 คน โดยเชิญผู้รอบรู้เฉพาะทางตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จำนวน 3 คน ผู้บริหาร/หัวหน้างานควบคุมโรคติดต่อในสาธารณสุขอำเภอ 1 คน ผู้บริหาร/หัวหน้างานควบคุมโรคติดต่อในโรงพยาบาลพระยืน จำนวน 3 คน งาน

ควบคุมโรคติดต่อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 4 คน ศึกษาระบบการเฝ้าระวังและควบคุมวัณโรคปอดและผู้สัมผัสร่วมบ้าน โรงพยาบาลพระยืน จังหวัดขอนแก่น

ระยะที่ 2 ประเมินกระบวนการ (Process evaluation) ดำเนินการในเดือนกันยายน 2568 การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้ให้บริการ โดยจัดอบรมเครือข่าย จำนวน 83 คน เนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติการคุณภาพการจัดบริการดูแลรักษาวัณโรคตามคู่มือการประเมินคุณภาพโรงพยาบาลในการดูแลรักษาวัณโรค3 ระยะที่ 3 การประเมินผลผลิต (Product evaluation) ดำเนินการประเมินผลในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ด้านความรู้เกี่ยวกับวัณโรคของบุคลากรเครือข่าย และการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายผู้ให้บริการ พฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน การจำแนกรอยโรควัณโรคและผลการคัดกรองวัณโรค

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

1. บุคลากรเครือข่าย จำนวน 83 คน คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกลุ่มประชากรที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน[5] โดยใช้วิธีการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) สอบถามความสมัครใจการเข้าร่วมวิจัย จนครบตามขนาดตัวอย่าง ดังนี้ บุคลากรในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 19 คน ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลพระยืน จำนวน 5 คน บุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 2 คน บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 19 คน บุคลากรในแกนนำหมู่บ้าน จำนวน 19 คน และ บุคลากรในอาสาสมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 19 คน

2. ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน จำนวน 137 คน คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตร G*Power[6] โดยการสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria)

1. กลุ่มบุคลากรเครือข่ายการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค ที่ไม่ผ่านการอบรมพัฒนาบุคลากรเครือข่ายการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน หรือติดเชื้อวัณโรคและไม่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

2. ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค ที่ให้ข้อมูลไม่ครบตามตัวแปรที่กำหนดไว้ในการศึกษา หรือมีการติดเชื้อวัณโรคขณะดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับกลุ่มบุคลากร ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับระบบคัดกรองวัณโรคปอด จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ การตรวจคัดกรองก่อนเริ่มการรักษา การซักประวัติอาการและการติดเชื้อ

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติการระบบคัดกรองวัณโรคปอด จำนวน 19 ข้อ ได้แก่ การซักประวัติอาการและการติดเชื้อ การป้องกันและควบคุมวัณโรคเชิงรุกในชุมชน แนะนำผู้ป่วยและญาติในการป้องกันวัณโรคต่อผู้สัมผัสร่วมบ้าน และการตรวจติดตามรายกรณีเฉพาะผู้ป่วย

ชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน ประยุกต์ใช้การประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้สัมผัสร่วมบ้านเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรค[7] ดังนี้

ส่วนที่ 1 ประวัติอาการสงสัยวัณโรค จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค จำนวน 20 ข้อ เป็นความรู้เกี่ยวกับวัณโรค จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของภูษิต ขันกสิกรรม และจักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ[8]

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันวัณโรค จำนวน 19 ข้อ เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคและความสามารถดูแลผู้ป่วยวัณโรค การแยกห้องนอนกับผู้ป่วยวัณโรคและจัดห้องให้มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก

ส่วนที่ 4 ผลการคัดกรองวัณโรคจากภาพถ่ายรังสีทรวงอก (CXR) จำนวน 10 ข้อ จำแนกรอยโรควัณโรคจากโปรแกรมปัญญาประดิษฐ์ (Artificial

Intelligence : AI) ช่วยแปลผลภาพรังสีทรวงอกเพื่อวินิจฉัย[9]

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน สรุปค่า CVI= 1 ได้แก่ รายละเอียดการวินิจฉัย การรักษา ภาวะแทรกซ้อนและผลการรักษา

2. การหาค่าอำนาจจำแนกความยากง่ายของแบบสอบถามความรู้ จำนวน 20 ข้อ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน ด้วยสูตรของการหาค่า KR-20 ได้ = 0.94

3. หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) แบบบันทึกข้อมูลที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้ (try out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ปรากฏดังนี้ การปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมวัณโรค alpha=0.81 พฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของกลุ่มผู้สัมผัส alpha=0.87

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลบุคลากร จัดอบรมพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้ให้บริการ โดยทีมวิทยากรโดยผู้วิจัย ให้ตอบแบบสอบถามก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (pre-test) ระยะเวลาการตอบประมาณ 10 นาที และให้ตอบแบบสอบถามเมื่อสิ้นสุดการวิจัย (post-test) ในเดือนพฤศจิกายน 2568

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้สัมผัสร่วมบ้าน โดยการตอบแบบสอบถามก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (pre-test) และให้ตอบแบบสอบถามเมื่อสิ้นสุดการวิจัย (post-test) ในเดือนพฤศจิกายน 2568 สำหรับข้อมูลผลการตรวจคัดกรองเก็บจากเวชระเบียนการคัดกรอง

3. ตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ลงรหัส (coding) วิเคราะห์ประมวลผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วย ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย สถิติเชิงอนุมาน กรณีแจกแจงไม่ปกติ ด้วย Wilcoxon signed ranks test หาผลต่าง (difference: d) แสดงค่า IQR (interquartile range) ข้อมูลแจกแจงแบบปกติ วิเคราะห์โดย paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น หมายเลขรับรอง REC 065/2568 วันที่ 25 กรกฎาคม 2568

ผลการวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับระบบคัดกรองวัณโรคปอดของเครือข่าย พบว่า หลังพัฒนาเครือข่ายมีความรู้เกี่ยวกับระบบคัดกรองวัณโรคปอดอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 83.1 เป็น ร้อยละ 88.0 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรู้เกี่ยวกับระบบคัดกรองวัณโรคปอด ก่อนและหลังอบรม (n=83)

ระดับความรู้ รวม 20 คะแนน	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (ต่ำกว่า 12 คะแนน)	7	8.4	5	6.0
ระดับปานกลาง (12 – 15 คะแนน)	7	8.4	5	6.0
ระดับสูง (16 คะแนนขึ้นไป)	69	83.1	73	88.0

คะแนนความรู้เกี่ยวกับระบบคัดกรองวัณโรคปอด พบว่า หลังอบรมเครือข่ายมีค่ามัธยฐานความรู้เกี่ยวกับระบบคัดกรองวัณโรคปอดโดยรวมเพิ่มขึ้น จาก 10.00 เป็น 15.00 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (z=-3.012, p-value <0.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนความรู้เกี่ยวกับระบบคัดกรองวัณโรคปอด ระหว่างก่อนและหลังอบรม (n=83)

คะแนนความรู้ 20 คะแนน	Median	IQR (Q1-Q3)	Z	p-value
ก่อนอบรม	10.00	10.00-13.50		
หลังอบรม	15.00	11.22-15.34	-3.021	<0.001*

*p<0.05, Wilcoxon signed ranks test

2. การปฏิบัติการระบบคัดกรองวัณโรคปอดของเครือข่าย พบว่า หลังพัฒนาเครือข่ายมีการปฏิบัติการคัดกรองวัณโรคปอดโดยรวมอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 86.7 เป็น ร้อยละ 96.4 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับการปฏิบัติการระบบคัดกรองวัณโรคปอดของเครือข่ายโดยรวม ก่อนและหลังพัฒนา (n=83)

ระดับปฏิบัติการระบบคัดกรองวัณโรคปอด รวม 95 คะแนน	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (19.0-25.33 คะแนน)	3	3.6	1	1.2
ระดับปานกลาง (25.34-50.67 คะแนน)	8	9.6	2	2.4
ระดับสูง (50.68-95.0 คะแนน)	72	86.7	80	96.4

คะแนนการปฏิบัติการระบบคัดกรองวัณโรคปอดของเครือข่าย พบว่า หลังพัฒนาเครือข่ายมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการคัดกรองวัณโรคปอดโดยรวมเพิ่มขึ้น จาก 77.07±14.22 เป็น 93.09±13.12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-4.201, p<0.001) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบปฏิบัติการคัดกรองวัณโรคปอดของเครือข่าย ระหว่างก่อนและหลังพัฒนา (n=83)

การปฏิบัติการ	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	t	*p*-value
	Mean±S.D.	Mean±S.D.		
การป้องกันและควบคุมวัณโรคเชิงรุกในชุมชน	40.51±7.96	45.48±8.29	-3.762	.000*
แนะนำผู้ป่วยและญาติในการป้องกันวัณโรคต่อผู้สัมผัส	36.57±6.82	47.61±7.31	-4.282	.000*
รวม 95 คะแนน	**77.07±14.22**	**93.09±13.12**	**-4.201**	**.000***

*p < .05, Paired t-test

3. ผลการพัฒนากลุ่มผู้สัมผัสโรควัณโรคร่วมบ้าน ระดับความรู้เกี่ยวกับระบบคัดกรองวัณโรคปอดของกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน พบว่า หลังพัฒนากลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านมีความรู้เกี่ยวกับระบบคัดกรองวัณโรคปอดอยู่ในระดับปานกลางเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 33.6 เป็น ร้อยละ 82.5 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ระดับความรู้เกี่ยวกับระบบคัดกรองวัณโรคปอดของผู้สัมผัสโรควัณโรค ก่อนและหลังอบรม (n=137)

ระดับความรู้ รวม 20 คะแนน	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (ต่ำกว่า 12 คะแนน)	83	60.6	15	10.9
ระดับปานกลาง (12 – 15 คะแนน)	46	33.6	113	82.5
ระดับสูง (16 คะแนนขึ้นไป)	8	5.8	9	6.6

ค่ามัธยฐานคะแนนความรู้เกี่ยวกับระบบคัดกรองวัณโรคปอดของกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน พบว่า หลังพัฒนากลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านมีความรู้เกี่ยวกับระบบคัดกรองวัณโรคปอดโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 11.00 เป็น 12.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (z= -5.597, p<0.001) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนความรู้เกี่ยวกับระบบคัดกรองวัณโรคปอด ระหว่างก่อนและหลังอบรม (n=137)

คะแนนความรู้ 20 คะแนน	Median	IQR (Q1-Q3)	Z	p-value
ก่อนอบรม	11.00	9.00-13.00		
หลังอบรม	12.00	10.00-14.00	-5.597	<.001*

*p<.05, Wilcoxon signed ranks test

ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านโดยรวม พบว่า หลังพัฒนากลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคโดยรวมเพิ่มขึ้น จาก 62.50±10.21 เป็น 64.80±9.89 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t= -4.213, p< 0.001) พฤติกรรมการป้องกันวัณโรคเพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ ด้านการสัมผัสทางเสมหะ (p< 0.001) รองลงมา คือ ด้านการสัมผัสทางอากาศ (p< 0.001) และเพิ่มขึ้นน้อยที่สุด คือ ด้านการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ (p= 0.001) ตามลำดับ ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านโดยรวม ระหว่างก่อนและหลังพัฒนา (n=137)

ค่าเฉลี่ยพฤติกรรม	ก่อน	หลัง	t	p-value
	Mean±SD	Mean±SD		
ด้านการสัมผัสทางอากาศ	11.27±2.35	11.86±2.32	-3.851	.000*
ด้านการสัมผัสทางเสมหะ	12.88±2.91	13.55±2.96	-4.218	.000*
ด้านการดูแลสุขภาพ	11.03±2.32	11.16±2.37	-1.916	.057
ด้านการหาความรู้และการแนะนำ	9.76±2.66	10.06±2.70	-3.718	.000*
ด้านการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่	17.56±4.00	18.17±4.06	-3.462	.001*
ค่าเฉลี่ย	**62.50±10.21**	**64.80±9.89**	**-4.213**	**.000***

*p< 0.05, Paired Samples t-test

4. ผลของการคัดกรองวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง ด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-Ray) พบว่า หลังดำเนินการมีผลการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 100.0 และไม่พบผู้สัมผัสป่วยโรควัณโรค โดยพบเชื้อวัณโรคปอด (Tuberculosis) ร้อยละ 1.5 (2 คน) ภาวะปอดแฟบ (Atelectasis) ร้อยละ 0.7 (1 คน) ภาวะหัวใจโต (Cardiomegaly) ร้อยละ 0.7 (1 คน) ภาวะน้ำท่วมปอด (Pulmonary edema) ร้อยละ 0.7 (1 คน) ปอดขุ่นมัว (Lung opacity) ร้อยละ 0.7 (1 คน) มวลเนื้อที่ปอด (Lung mass) ร้อยละ 0.7 (1 คน) จุดก้อนเนื้อในปอด (Lung nodule) ร้อยละ 0.7 (1 คน) ภาวะน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pleural effusion) ร้อยละ 1.5 (2 คน) สรุปผลตรวจ CXR ในกลุ่มเสี่ยงพบวัณโรคปอด (positive for TB) ร้อยละ 1.5 (2 คน)

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลการพัฒนาเครือข่าย

1.1 ด้านความรู้เกี่ยวกับวัณโรค อภิปรายผลได้ว่า หลังพัฒนาเครือข่ายมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ อบรมมาตรฐานคลินิกวัณโรค 2 วัน รองลงมา คือ ถ้าผู้ป่วยวัณโรคบ้วนน้ำลายหรือเสมหะลงในภาชนะที่ไม่มีฝาปิดมิดชิดผู้สัมผัสจะมีโอกาสติดเชื้อวัณโรคได้ และมีความรู้เพิ่มขึ้นด้านการคัดกรองอาการอื่นๆ ที่อาจพบได้ คือ น้ำหนักน้อยกว่ามาตรฐาน 15% ขึ้นไป เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย มีไข้ ไอมีเลือดปน ตามลำดับ ระดับความรู้เกี่ยวกับระบบคัดกรองวัณโรคปอดหลังพัฒนาเครือข่ายมีความรู้อยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.2 ด้านการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมวัณโรค อภิปรายผลได้ว่า หลังพัฒนาเครือข่ายมีการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมวัณโรคเพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ แนะนำการสวมหน้ากากอนามัยได้ตลอดเวลาเมื่อต้องใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรค รองลงมา คือ แนะนำดูแลให้ผู้ป่วยวัณโรครับประทานยาอย่างต่อเนื่องจน ครบระยะเวลาของการรักษาและแนะนำการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยวัณโรค ตามลำดับ หลังพัฒนาเครือข่ายมีการปฏิบัติการคัดกรองวัณโรคปอดโดยรวมอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจาก หลังการพัฒนาเครือข่ายมีการติดตามเยี่ยมบ้านแนะนำการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอดในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านและในกลุ่มเสี่ยง จึงทำให้ภายหลังการพัฒนากลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านมีการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเพิ่มขึ้น จากการที่เครือข่ายมีส่วนร่วมปฏิบัติการโดยรวมเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสมลักษณ์ หนูจันทร์[10] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน ที่พบว่า หลังดำเนินการมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรควัณโรคและพฤติกรรมป้องกันตนเองเพิ่มขึ้น บริการตรวจคัดกรองและตรวจวินิจฉัยวัณโรคเพิ่มขึ้น จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาให้บรรลุเป้าหมายการดูแลและป้องกันวัณโรค[11]

2. ผลการพัฒนากลุ่มผู้สัมผัสโรควัณโรคร่วมบ้าน

2.1 ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคของผู้สัมผัสวัณโรค พบว่า หลังพัฒนาผู้สัมผัสวัณโรคมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น อภิปรายผลได้ว่า หลังพัฒนาผู้สัมผัสวัณโรคมีความรู้เพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ เชื้อวัณโรคที่ผู้ป่วย ไอจามจะลอยอยู่ในอากาศ สามารถติดต่อโดยผู้อื่นโดยการสูดดมเข้าไป รองลงมา คือ วัณโรคสามารถรักษาให้หายขาดได้โดยการกินยาให้ครบตามแผนการรักษาของแพทย์ และ ผู้ป่วยวัณโรคสามารหยุดกินยาเองได้เมื่ออาการดีขึ้น ตามลำดับ หลังพัฒนากลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านมีความรู้เกี่ยวกับระบบคัดกรองวัณโรคปอดอยู่ในระดับปานกลางเพิ่มขึ้น มีความรู้เกี่ยวกับระบบคัดกรองวัณโรคปอดโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2 พฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน อภิปรายได้ว่า หลังพัฒนาหลังพัฒนา กลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านมีพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคเพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ สวมหน้ากากอนามัยแบบทั่วไปเมื่อต้องใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรค รองลงมา คือ ได้รับคำแนะนำให้ไปรับการตรวจคัดกรองหาวัณโรค พฤติกรรมการป้องกันวัณโรค คือ สวมหน้ากากอนามัย N95 เมื่อต้องดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค ตามลำดับ หลังพัฒนากลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพบว่าในการเฝ้าระวังป้องกันการติดเชื้อวัณโรค ได้แก่ การคัดกรองวัณโรคร่วมอื่นทุกราย ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเบาหวานและผู้สูงอายุ[12] การดื้อยาจากปฏิเสธการทานยาต้านวัณโรค การค้นหาผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรคปอดระยะแพร่กระจายเชื้อให้พบได้รวดเร็ว การวินิจฉัยอย่างรวดเร็วและการรักษาที่ตรงเป้าหมาย[13]

3. ผลของการคัดกรองวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง ผลของการคัดกรองวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง ด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-Ray) พบว่า หลังดำเนินการมีผลการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ

100.0 และไม่พบผู้สัมผัสป่วยโรควัณโรค อภิปรายผลได้ว่า หลังพัฒนาเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อกลุ่มเสี่ยงไม่เกิดวัณโรครายใหม่ จากการศึกษาการพัฒนาระบบการตรวจค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเบื้องต้น โดยวิธีการเอกซเรย์ปอด พบว่า ประสบผลสำเร็จในการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ได้ ร้อยละ 78[14] ซึ่งจากการศึกษาพบอุบัติการณ์โรควัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสสูงกว่าอุบัติการณ์ในประชากรทั่วไป 26.2 เท่า[15]และการศึกษาในประเทศอินเดียพบอุบัติการณ์วัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสที่ 0.61 เท่า[16] สอดคล้องกับการติดตามผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคควรดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ ไม่เพียงแต่เพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ แต่ยังส่งเสริมความสำเร็จในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคได้[17]การศึกษาที่พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษาวัณโรค คือ โรคเบาหวาน การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและไวรัสตับอักเสบซี และการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี[18]รวมทั้งการคัดกรองโรคร่วมคือ โรคเบาหวาน และการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเป็นโรคที่ส่งผลให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการกลับมาเป็นวัณโรคซ้ำได้[19]

ข้อสรุป การประเมินผลการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเชิงรุกด้วยรถถ่ายภาพรังสีทรวงอกเคลื่อนที่ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในโรงพยาบาลพระยืน จังหวัดขอนแก่น ในครั้งนี้ มีการพัฒนาเครือข่าย การติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านและผลตรวจไม่พบผู้สัมผัสที่ป่วยวัณโรค

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การประเมินผลการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเชิงรุกด้วยรถถ่ายภาพรังสีทรวงอกเคลื่อนที่ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในโรงพยาบาลพระยืน จังหวัดขอนแก่น โดยการให้มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคและปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเพิ่มขึ้น จะช่วยลดผู้ป่วยวัณโรครายให้ที่มีประสิทธิภาพ สำหรับกลุ่มเสี่ยงควรคัดกรองโรคร่วมอื่นทุกราย ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเบาหวานและผู้สูงอายุควรได้รับการคัดกรองวัณโรค การวินิจฉัยวัณโรคในระยะเริ่มแรกและการรักษาอย่างใกล้ชิดในช่วง 2 เดือนแรกการรักษาจะลดการเสียชีวิตในผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรศึกษาละเอียดในเชิงลึกถึงช่วงอายุของการตรวจพบเชื้อวัณโรค และการศึกษาด้านระบบการบริหารจัดการและการประสานการทำงานร่วมกันอย่างเป็นเอกภาพ นำเข้าสู่วาระของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

เอกสารอ้างอิง

1. World health organization (WHO). Global tuberculosis report 2023. Geneva: World Health Organization [Internet]. 2024 [Cited 2025 Jan. 31] Available from: https://www.who.int/ publications
2. Tobin EH, Tristram D. Tuberculosis Overview 2024. Treasure Island (FL): StatPearls. [Internet]. 2024 [Cited 2024 Dec 22]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih. gov/books/NBK441916
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: ฐัักฐิมฐ์ฐักษรกราฟฐิคแอนด์ดีไซน์; 2564. 217 หน้า.
4. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ปีพ.ศ. 2567 [อินเตอร์เน็ต].2567 [เข้าถึงเมื่อ 5 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th
5. อรุณ จิรวัฒน์กุล. สถิติในงานวิจัย เลือกใช้อย่างไรให้เหมาะสม. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์; 2557.
6. G*Power. Statistical Power Analyses for Mac and Windows. Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf [internet]. 2024. [Cited 2024 March 27]. Available from: https://www.psychologie.hhu.de/arbeit
7. Stufflebeam DL, Coryn CLS. Evaluation: theory, models and applications (2nd edition). Francisco: Jossey-Bass; 2014.

8. ภูษิต ขันกสิกรรม, จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564. 123 หน้า.
9. พัชริดา มหัสฉริยพงษ์. การประเมินความแม่นยำของเครื่องมืออ่านภาพรังสีทรวงอกอัตโนมัติปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence; AI) ในการแปลผลวัณโรคปอดจากภาพรังสีทรวงอกในผู้ป่วยนอกที่มีอาการสงสัยวัณโรคปอด อ.แม่ระมาด จ.ตาก. PCFM 2021;4(3): 35-45.
10. สมลักษณ์ หนูจันทร์. การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านโดยชุมชนมีส่วนร่วม. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจระเข้ อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2565; 31(4) : 665-72.
11. Chakaya J, Petersen E, Nantanda R, Mungai BN, Migliori GB, Amanullah F, et al. The WHO Global Tuberculosis 2021 Report – not so good news and turning the tide back to End TB. International Journal of Infectious Diseases, 2022;124: 26-29.
12. Gupta A, Chandra E, Mrigpuri P. Navigating the dual burden of diabetes mellitus and tuberculosis: A comprehensive review of clinical and public health strategies. Indian Journal of Tuberculosis 2025; 72(2):253-8.
13. Tan M, & Le QV. Efficient Net: Rethinking Model Scaling for Convolutional Neural Networks. Proceedings of the 36th International Conference on Machine Learning. ICML. Long Beach 2019; 9(15): 6105-6114.
14. Al Ubaidi BA. The Radiological Diagnosis of Pulmonary Tuberculosis (TB) in Primary Care. J Fam Med Dis Prev 2018;4:073. doi.org/10.23937/2469-5793/1510073
15. Pinto PFPS, Teixeira CSS, Ichihara MY, et al. Incidence and risk factors of tuberculosis among 420 854 household contacts of patients with tuberculosis in the 100 Million Brazilian Cohort (2004–18): a cohort study. The Lancet Infectious Diseases. 2024;24(1):46-56. Doi:10.1016/S1473-3099(23)00371-7
16. Bhargava A, Bhargava M, Meher A, et al. Nutritional supplementation to prevent tuberculosis incidence in household contacts of patients with pulmonary tuberculosis in India (RATIONS): a field-based, open-label, cluster-randomised, controlled trial. The Lancet. 2023;402(10402):627-40.
17. Baluku JB, Kabamooli RA, Kajumba N, et al. Contact tracing is associated with treatment success of index tuberculosis cases in Uganda. International Journal of Infectious Diseases. 2021; 109:129-136.
18. ทศพร เจริญจิต. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษาวัณโรคในโรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2565; 37(2): 401-10.
19.Sinsap M, Hoomkam N, Chompook P. The incidence of relapse tuberculosis and its determinants among Tuberculosis patients in Bangkok. Journal of Medicine and Health Sciences 2022; 29(1): 83-96.

การพัฒนารูปแบบการดูแลประคับประคองแบบบูรณาการจากโรงพยาบาลสู่บ้านเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตอย่างเป็นองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและครอบครัว อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม

Development Of An Integrated Palliative Care Model Transitioning From Hospital To Home Enhance Holistic Quality Of Life Through Collaborative Participation Of An Interdisciplinary Team And Family Renunakhon District Nakhon Phanom Province.

(Received: August 19,2026 ; Revised: August 23,2026 ; Accepted: August 25,2026)

สุพัตรา บุระพวง[1] ณัชปภา กวานเหียน[1]
Supatra Burapung[1] Nachpapa Kwanhien[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา(Research and Development: R&D) นี้ ดำเนินการตามลำดับขั้น R1-D1-R1-D2 มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสถานการณ์และความต้องการการดูแลแบบประคับประคองในระบบการดูแลจากโรงพยาบาลสู่บ้าน (2) พัฒนารูปแบบการดูแลประคับประคองแบบบูรณาการจากโรงพยาบาลสู่บ้านเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตอย่างเป็นองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและครอบครัว และ(3)ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการในพื้นที่อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม ผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพคัดเลือกแบบเจาะจงรวม 60 คนและกลุ่มตัวอย่างในการประเมินประสิทธิผลประกอบด้วย ผู้ป่วยประคับประคอง 12 คน ผู้ดูแลหลัก 12 คน อาสาสมัครสาธารณสุข/Caregiver 12 คน และทีมสหวิชาชีพ 24 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบประเมิน Palliative Performance Scale (PPS) ,Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), Palliative care Outcome Scale (POS) ,และแบบประเมินการทำงานของทีมสหวิชาชีพตามกรอบ Donabedien วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และWilcoxon signed-rank test สำหรับเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังใช้รูปแบบ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัยพบว่า สถานการณ์และความต้องการการดูแลแบบประคับประคองในระบบการดูแลจากโรงพยาบาลสู่บ้านประกอบด้วยประเด็นสำคัญ 6ประเด็น รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีองค์ประกอบ 3 ด้านตามกรอบ Donabedian ได้แก่ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ โดยผู้ทรงคุณวุฒิประเมินว่ามีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้อยู่ในระดับมาก ภายหลังการนำรูปแบบไปใช้ ผู้ป่วยมีคะแนนอาการจากแบบประเมิน ESASและคะแนนผลลัพธ์การดูแล(POS)ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) สะท้อนว่าภาระอาการ ปัญหาและความทุกข์ทรมานลดลงและผลลัพธ์การดูแลดีขึ้น ขณะที่คะแนน PPS ไม่แตกต่าง ผลการสัมภาษณ์ผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลสะท้อนว่าภาระการดูแลลดลง มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และได้รับการสนับสนุนจากทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ทีมสหวิชาชีพสะท้อนว่าการทำงานมีความเป็นระบบ การสื่อสาร และความต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชนดี

คำสำคัญ : การดูแลแบบประคับประคอง ; การดูแลจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ; การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและครอบครัว ; คุณภาพชีวิต ; การดูแลแบบองค์รวม

Abstract

This research and development (R&D) study followed the R1–D1–R1–D2 Sequence. The objectives were to (1) explore the situation and needs related to hospital-to-home palliative care among patient, family caregiver, community caregivers, and interdisciplinary healthcare professionals, (2) develop an integrated hospital-to-home palliative care model to enhance holistic quality of life through participation of the interdisciplinary team and family ;and (3) evaluate the effectiveness of the developed model. The study

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม

was conducted in Renu Nakhon District, Nakhon Phanom Province. The qualitative phase involved 60 purposively selected key informants. The effectiveness evaluation included 12 palliative care patients, 12 primary caregivers, 12 village health volunteers/community caregiver, and 24 interdisciplinary healthcare professionals. Research instruments included in-depth interview guides, focus - group discussion guides, the palliative performance Scale (PPS), the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), and the Palliative care Outcome Scale (POS). Qualitative data were analyzed using content analysis. Quantitative data wear analyzed using descriptive statistics and Wilcoxon signed-rank test, with statistical significance set at.05.

The findings revealed six major themes regarding the situation and need of hospital-to-home palliative care. The developed model comprised three components based on the Donabedian framework : structure, process, and outcomes. Experts rated the model as highly appropriate and feasible. Following implementation, ESAS symptom scores and POS scores significantly decreased ($p<.05$),indicating reduced symptom burden, problems, and distress, whereas PPS scores did not different. Caregiver reported reduced caregiver burden, greater confidence in providing care, and continuous support from the interdisciplinary team, improve patient outcomes and holistic quality of life, reduce caregiver burden, and strengthen interdisciplinary collaboration in community hospital settings.

Keywords: palliative care; hospital-to-home care; interdisciplinary team ; family participation ; holistic quality of life

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลกเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ประกอบกับการเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรังและโรคคุกคามต่อชีวิต ส่งผลให้ความต้องการบริการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลกประมาณการว่าทั่วโลกมีผู้ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองมากกว่า 56.8 ล้านคนต่อปี แต่มีผู้เข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 14 เท่านั้น ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนมากยังคงเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งมีคุณภาพชีวิตในระยะท้ายลดลงอย่างมาก[1,2] การดูแลแบบประคับประคองจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพที่มุ่งลดความทุกข์ทรมาน ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว และเคารพความต้องการของผู้ป่วยในการวางแผนการรักษาและการดูแลในระยะท้ายของชีวิต[1,3]

ประเทศไทยให้ความสำคัญกับสิทธิและคุณภาพการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตโดยพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 12 รับรองสิทธิของบุคคลในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์รับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายและกรมการแพทย์ได้จัดทำคู่มือเพื่อสนับสนุนให้หน่วยบริการจัดระบบดูแลแบบประคับประคองอย่างเป็นมาตรฐาน อย่างไรก็ตามระบบบริการยังเผชิญข้อจำกัดด้านบุคลากรเฉพาะทาง การส่งต่อข้อมูลความต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชนและความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน[3,4]

หลักฐานเชิงประจักษ์แสดงว่า การบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองเข้ากับการรักษามาตรฐาน และการจัดบริการต่อเนื่องถึงบ้านสามารถช่วยลดภาระอาการ เพิ่มคุณภาพชีวิต สนับสนุนการตัดสินใจร่วมกัน และเพิ่มโอกาสที่ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลในสถานที่ที่ต้องการ [5–8] นอกจากนี้งานวิจัยในประเทศรายงานว่าระบบดูแลต่อเนื่อง การวางแผนจำหน่ายและการดูแลแบบไร้รอยต่อช่วยให้การประสานงานและการเตรียมครอบครัวดีขึ้นแต่ประสิทธิผลของรูปแบบขึ้นอยู่กับบริบท บุคลากร เครือข่ายชุมชน และความพร้อมของอุปกรณ์[9–11]

โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด เตียง จากฐานข้อมูล 30 256 อนหลัง ตั้งแต่ปีปีย้ 36 2568 – พบผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรับบริการประคับประคอง 174 ,182 และ 285 ราย ตามลำดับ อาการที่พบบ่อยจากการติดตามเยี่ยมบ้าน ได้แก่ อาการปวด คิดเป็นร้อยละ 86.00 อาการเหนื่อยหายใจไม่อิ่ม คิดเป็นร้อยละ 76.25 อาการอ่อนเพลีย อ่อนล้า คิดเป็นร้อยละ 76.54 อาการท้องผูก คิดเป็นร้อยละ 46.50 และอาการวิตกกังวล เศร้า คิดเป็นร้อยละ 31.02 ตามลำดับโดยผู้ป่วยจำนวนมากไม่ได้รับการประเมินและดูแลอย่างเป็นระบบ เนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากรและกระบวนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ผลกระทบดังกล่าวไม่เพียงเกิดกับผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อผู้ดูแลและครอบครัว ซึ่งต้องเผชิญกับภาระการดูแล ความเครียด ความขัดแย้งในการตัดสินใจรักษา และความไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน ขณะเดียวกันครอบครัวร้อยละ 65.28 ยังขาดความรู้และทักษะในการจัดการอาการและการดูแลระยะใกล้เสียชีวิต [12]

ดังนั้นจากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการดูแลประคับประคองแบบบูรณาการจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และเครือข่ายชุมชน เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อ ครอบคลุมมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อันจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ลดการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและเสียชีวิตอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์สอดคล้องกับนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพแห่งชาติและทิศทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย

วัตถุประสงค์การวิจัย

.1เพื่อศึกษาสถานการณ์และความต้องการการดูแลแบบประคับประคองในระบบการดูแลจากโรงพยาบาลสู่บ้านของกลุ่มผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ

. 2 เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลประคับประคองแบบบูรณาการจากโรงพยาบาลสู่บ้านเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตอย่างเป็นองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและครอบครัว

.3เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลประคับประคองแบบบูรณาการจากโรงพยาบาลสู่บ้านเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตอย่างเป็นองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและครอบครัวที่พัฒนาขึ้นในด้านคุณภาพชีวิตผู้ป่วยภาระการดูแลของผู้ดูแล และการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ

สมมติฐานการวิจัย

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยประคับประคองแบบบูรณาการจากโรงพยาบาลสู่บ้านเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตอย่างเป็นองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและครอบครัว จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ลดภาระการดูแลของผู้ดูแล และเสริมสร้างประสิทธิภาพการทำงานของทีมสหวิชาชีพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) ซึ่งดำเนินการ ระหว่างเดือน เมษายน ถึง เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2569 รวม 12 สัปดาห์ การพัฒนารูปแบบอาศัยกรอบการประเมินคุณภาพบริการ Donabedian ซึ่งเชื่อมโยงองค์ประกอบด้านโครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome)[13] โดยกำหนดให้โครงสร้างครอบคลุมทีมสหวิชาชีพ ผู้จัดการรายกรณี ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง เครือข่ายปฐมภูมิ และอุปกรณ์สนับสนุน ส่วนกระบวนการครอบคลุมการประเมินแบบองค์รวม การวางแผนการจำหน่าย การประชุมครอบครัว การวางแผนดูแลล่วงหน้า การเยี่ยมบ้าน และการติดตามอาการ ส่วนผลลัพธ์ครอบคลุมอาการและ

ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ความมั่นใจของผู้ดูแล และความต่อเนื่องของการทำงานเป็นทีม

พื้นที่ศึกษา ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

พื้นที่ศึกษา ได้แก่ โรงพยาบาลเรณูนครและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 10 แห่งในอำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม

ประชากร ประกอบด้วยผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ดูแลหลักในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข/ผู้ดูแลในชุมชน และทีมสหวิชาชีพ

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งตามระยะของ

การวิจัย ดังนี้ ระยะศึกษาสถานการณ์ (เชิงคุณภาพ) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญรวม 60 คน ได้แก่ ผู้ป่วยประคับประคอง ผู้ดูแลหลัก อาสาสมัครสาธารณสุข/caregiver และทีมสหวิชาชีพ ที่ได้จากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) และระยะประเมินประสิทธิผล ประกอบด้วย ผู้ป่วยประคับประคอง 12 คน ผู้ดูแลหลัก 12 คน อาสาสมัครสาธารณสุข/caregiver 12 คน และทีมสหวิชาชีพ 24 คน คัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ลงความเห็นว่าเป็นผู้ป่วย Palliative care ตามเกณฑ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยนอก แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน รวมทั้งผู้ป่วยที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลกลับมารักษาตัวที่บ้าน จำหน่ายกลับบ้านตามคำสั่งแพทย์หรือตามความสมัครใจของผู้ป่วยและญาติสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้

ส่วนผู้ดูแลหลัก อาสาสมัครสาธารณสุข/caregiver และทีมสหวิชาชีพต้องยินดีเข้าร่วมและให้ข้อมูลตลอดระยะการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือประกอบด้วย (1) แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้าง 4 ชุด และแนวทางการสนทนากลุ่ม สำหรับศึกษาสถานการณ์ ความต้องการ และประสบการณ์ของผู้ป่วย ผู้ดูแล ผู้ดูแลในชุมชน และทีมสหวิชาชีพ (2) แบบประเมิน Palliative Performance Scale version 2: PPS V2 ฉบับภาษาไทย[14], (3) แบบประเมินEdmonton Symptom Assessment System: ESAS มาตรวัด 0-10 คะแนน[15] ,และ (4) แบบประเมินPalliative Care Outcome Scale: POS ซึ่งครอบคลุมปัญหาทางกาย จิตใจ สังคมและการสื่อสาร [16]แนวทางสัมภาษณ์และองค์ประกอบของรูปแบบได้รับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า S-CVI/Ave เท่ากับ 0.93 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดี [17] และยืนยันความน่าเชื่อถือเชิงคุณภาพด้วยการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation)และการตรวจสอบข้อมูลกลับกับผู้ให้ข้อมูล (Member checking)

การเก็บรวบรมข้อมูล

เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม จากนั้นนำผลมาสังเคราะห์ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเพื่อพัฒนารูปแบบ ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความครอบคลุมของรูปแบบก่อนปรับปรุงและนำไปใช้จริง ผู้ป่วยได้รับการประเมิน PPS, ESAS และ POS ก่อนและหลังใช้รูปแบบ ส่วนผู้ดูแลและทีมสหวิชาชีพได้รับการสัมภาษณ์หลังดำเนินการเพื่อสะท้อนประสบการณ์ ผลลัพธ์และข้อจำกัดของระบบบริการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยจัดหมวดหมู่ข้อมูล สังเคราะห์ประเด็นสำคัญ และการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) และการตรวจสอบข้อมูลกลับกับผู้ให้ข้อมูล (Member checking) ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐาน และใช้ Wilcoxon signed-rank test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนPPS, ESAS และPOS ก่อนและหลังใช้รูปแบบ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

การประเมินรูปแบบอ้างอิงกรอบคุณภาพของ Donabedian [13] ได้แก่ ด้านโครงสร้าง (Structure) ด้านกระบวนการ (Process) ด้านผลลัพธ์ (Outcome)

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่รับรอง IRB/REC 135/68 เมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2569

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และความต้องการ พัฒนารูปแบบ และประเมินผลรูปแบบการดูแลประคับประคองแบบบูรณาการจากโรงพยาบาลสู่บ้านเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตอย่างเป็นองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและครอบครัว อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนมม ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ส่วนดังนี้

1.ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยประคับประคองจำนวน 12 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 7 คน (ร้อยละ 58.33) มีอายุระหว่า 70-79 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 33.33) โรคที่พบมากที่สุดคือโรคมะเร็ง (ร้อยละ 41.67) รองลงมาคือโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (ร้อยละ 16.67) และส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 75.00) โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับ Palliative Performance Scale (PPS)อยู่ที่ร้อยละ 30-40 สะท้อนข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2.สถานการณ์และความต้องการการดูแล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล 60 คน พบประเด็นสำคัญ 6 ประเด็น ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สถานการณ์และความต้องการการดูแลประคับประคอง (**n=60**)

ประเด็นหลัก	จำนวนที่กล่าวถึง	ร้อยละ
การดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านยังไม่ไร้รอยต่อ	48	80.00
ผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในการดูแล	41	68.33
ต้องการการจัดการอาการไม่สุขสบาย	39	65.00
ต้องการการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ	33	55.00
การสื่อสารและการประสานงานยังไม่เป็นระบบ	30	50.00
ต้องการอุปกรณ์และระบบสนับสนุน	27	45.00

หมายเหตุ ผู้ให้ข้อมูล 1 คน สามารถให้ข้อมูลและสะท้อนได้มากกว่า 1 ประเด็น

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่าปัญหาสำคัญอยู่ที่การส่งต่อข้อมูล การติดตามหลังจำหน่าย ความรู้และความมั่นใจของครอบครัวรวมทั้งการเข้าถึงอุปกรณ์สำหรับดูแลที่บ้าน ข้อมูลดังกล่าวถูกใช้เป็นฐานในการออกแบบรูปแบบให้สอดคล้องกับทรัพยากรและเครือข่ายบริการในพื้นที่

3.รูปแบบการดูแลประคับประคองแบบบูรณาการ

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมี 3 องค์ประกอบตามกรอบคุณภาพของ Donabedian ได้แก่ โครงสร้าง กระบวนการ และ ผลลัพธ์ [13] โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประเมินว่ารูปแบบมีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ได้ในระดับมาก มีค่า S-CVI/Ave เท่ากับ 0.93

ตารางที่ 2 องค์ประกอบของรูปแบบการดูแลประคับประคองแบบบูรณาการ

ด้าน	องค์ประกอบสำคัญ
โครงสร้าง (Structure)	ทีมสหวิชาชีพ ผู้จัดการรายกรณี ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) เครือข่าย รพ.สต.อาสาสมัครสาธารณสุข และศูนย์ยืมอุปกรณ์
กระบวนการ (Process)	คัดกรองและประเมินแบบองค์รวม วางแผนจำหน่าย ส่งต่อข้อมูล ประชุมครอบครัว วางแผนดูแลล่วงหน้า เยี่ยมบ้าน จัดการอาการ และติดตามต่อเนื่อง
ผลลัพธ์ (Outcome)	อาการและความทุกข์ทรมานลดลง ผู้ดูแลมีความมั่นใจมากขึ้น และทีมสหวิชาชีพทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ

สาระสำคัญของการดำเนินรูปแบบ

การดำเนินรูปแบบเริ่มต้นตั้งแต่ทีมระบุผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะประคับประคองและประเมินปัญหาแบบองค์รวมด้วย PPS, ESAS และ POS ควบคู่กับการประเมินความต้องการประชุมครอบครัว ข้อมูลจากการประเมินถูกนำเข้าสู่การประชุมทีมและการประชุมครอบครัว เพื่อกำหนดเป้าหมายการดูแลที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของผู้ป่วย วางแผนการจัดการอาการ เตรียมยาและอุปกรณ์ รวมทั้งฝึกทักษะที่จำเป็นให้แก่ผู้ดูแลก่อนจำหน่าย เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ศูนย์ดูแลต่อเนื่องทำหน้าที่ส่งต่อข้อมูลประสานทีมโรงพยาบาล รพ.สต. อาสาสมัครสาธารณสุข และครอบครัว ติดตามผู้ป่วยตามแผนเดียวกัน ทีมในพื้นที่เยี่ยมบ้าน ประเมินอาการซ้ำ ให้คำปรึกษา และประสานปรับแผนเมื่อเกิดปัญหา ผลการประเมินหลังดำเนินงานถูกนำมาทบทวนร่วมกันเพื่อปรับกระบวนการดูแลและลดช่องว่างระหว่างโรงพยาบาลกับบ้านอย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 3 ขั้นตอนการนำความรู้ไปใช้ในระบบบริการ

ขั้นตอน	กิจกรรมหลัก	ผู้รับผิดชอบ
คัดกรองและประเมิน	ระบุผู้ป่วยเป้าหมาย ประเมิน PPS, ESAS, POS และความต้องการแบบองค์รวม	แพทย์ พยาบาล และทีมสหวิชาชีพ
2. วางแผนร่วม	กำหนนดเป้าหมายการดูแล ประชุมครอบครัว และวางแผนการดูแลล่วงหน้า	ผู้ป่วย ครอบครัว ทีมสหวิชาชีพ
3. เตรียมจำหน่ายและส่งต่อ	ฝึกทักษะผู้ดูแล จัดยา/อุปกรณ์สรุปแผน และส่งต่อผ่านศูนย์ COC	พยาบาลผู้จัดการรายกรณี รพ.สต.และครอบครัว
4. การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	เการปรับแผนเมื่อมีปัญหายี่ยมบ้าน ติดตามอาการ ให้คำปรึกษา และประสาน	ทีม รพ.สต.อสม.ครอบครัวและทีมโรงพยาบาล
5. ประเมินผลและทบทวน	ประเมิน PPS, ESAS, POS หลังใช้รูปแบบ ทบทวนผลลัพธ์และข้อจำกัดของระบบ	ทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายบริการ

4. ผลต่อผู้ป่วย

ตารางที่ 4 เปรียะเทียบคะแนน PPS ก่อนและหลังใช้รูปแบบ (n=12)

ตัวชี้วัด	ก่อน $\bar{x}$ (SD); Mdn	หลัง $\bar{x}$ (SD); Mdn	Z	p
PPS (%)	45.00 (10.00); 45.00	42.50 (9.65); 40.00	−1.60	.250

หมายเหตุ คะแนนสูงหมายถึงสมรรถนะในการทำกิจวัตรดีกว่า

จากตารางพบว่า คะแนน PPS หลังใช้รูปแบบลดลงเล็กน้อยตามการดำเนินของโรค แต่ไม่แตกต่างกัน

การเปรียบเทียบคะแนน ESAS ก่อนและหลังใช้รูปแบบ

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนน ESAS ก่อนและหลังใช้รูปแบบ (n=12)

อาการ	ก่อน $\bar{x}$ (SD)	หลัง $\bar{x}$ (SD)	Z	p
ปวด	7.25 (0.97)	4.33 (0.89)	−3.06	< .001
อ่อนเพลีย	7.17 (0.72)	5.17 (0.72)	−3.06	< .001
คลื่นไส้	2.92 (0.79)	2.08 (0.67)	−2.80	.002
ซึมเศร้า	5.17 (0.72)	3.33 (0.49)	−3.06	< .001
วิตกกังวล	6.17 (0.72)	3.42 (0.51)	−3.06	< .001
ง่วงซึม	3.83 (0.72)	3.92 (0.51)	−0.38	.705
เบื่ออาหาร	6.17 (0.72)	4.50 (0.52)	−3.06	< .001
หอบเหนื่อย	6.25 (0.97)	4.08 (0.79)	−3.06	< .001
ไม่สบายกายและใจโดยรวม	7.17 (0.72)	4.33 (0.65)	−3.06	< .001

จากตารางพบว่า คะแนนความรุนแรงของอาการตาม ESAS ลดลงงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเกือบทุกอาการ

การเปรียบเทียบคะแนน POS รวมก่อนและหลังใช้รูปแบบ

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนน **POS** รวมก่อนและหลังใช้รูปแบบ (n = 12)

ตัวชี้วัด	ก่อน $\bar{x}$ (SD); Mdn	หลัง $\bar{x}$ (SD); Mdn	Z	p
POS รวม	28.25 (1.60); 28.00	16.25 (1.60); 16.00	−3.06	< .001

หมายเหตุ คะแนน POS รวมสูงหมายถึงปัญหาและความทุกข์ทรมานมาก

จากตารางพบว่า อาการปวดลดลงมากที่สุดจากค่าเฉลี่ย 7.25 เป็น 4.33 รองลงมาคือความไม่สบายกายและใจโดยรวม วิตกกังวล หอบเหนื่อย อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ซึมเศร้า อาการง่วงซึมและคลื่นไส้ คะแนน POS รวมลดลงจาก 28.25 เป็น 16.25 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.06$, $p < .001$) สะท้อนว่าปัญหาและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยลดลง

ผลต่อผู้ดูแลและทีมสหวิชาชีพ

ผู้ดูแลหลักสะท้อนว่าหลังได้รับการฝึกทักษะการวางแผนร่วมกับทีมและช่องทางปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาทำให้มีความรู้และความมั่นใจในการจัดการอาการและการดูแลระยะใกล้เสียชีวิตมากขึ้น ความรู้สึกโดดเดี่ยวและภาระทางอารมณ์ลดลง อย่างไรก็ตาม

ผู้ดูแลยังต้องการการสนับสนุนด้านอุปกรณ์และการติดตามนอกเวลาราชการ ทีมสหวิชาชีพ 24 คน สะท้อนว่าการทำงานเป็นระบบมากขึ้น ทั้งการประเมินแบบองค์รวม การวางแผนจำหน่าย การส่งต่อผ่านศูนย์ดูแลต่อเนื่อง การเยี่ยมบ้านและการประชุมร่วมกับครอบครัว ส่งผลให้การสื่อสารระหว่างโรงพยาบาล รพ.สต. อาสาสมัครสาธารณสุข และครอบครัวต่อเนื่องขึ้น ทั้งนี้ยังมีข้อจำกัดด้านจำนวนบุคลากร ระบบฐานข้อมูลที่ยังไม่เชื่อมโยงเต็มรูปแบบและจำนวนอุปกรณ์สำหรับดูแลที่บ้าน

สรุปและอภิปรายผล

วัตถุประสงค์ข้อ 1

ผลการวิจัยพบว่า ความต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลกับบ้านเป็นช่องว่างสำคัญของระบบบริการโดยเกี่ยวข้องกับการประสานงาน ความพร้อมของผู้ดูแล และทรัพยากรสนับสนุน ผลดังกล่าวสอดคล้องการศึกษาในบริบทภาคใต้ที่รายงานอุปสรรคด้านการประสานงาน บุคลากร ความรู้ และอุปกรณ์และสอดคล้องกับการศึกษาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายที่เน้นการเตรียมครอบครัวและการติดตามหลังจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายที่เน้นการเตรียมครอบครัวและการติดตามหลังจำหน่าย[9,10]

วัตถุประสงค์ข้อ 2

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเชื่อมโยงองค์ประกอบ ด้านโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ ตามกรอบ Donabedian โดยจัดให้มีทีมสหวิชาชีพ ผู้จัดการรายกรณี ระบบส่งต่อข้อมูล การประเมินแบบองค์รวม การประชุมครอบครัวและการติดตามที่บ้าน[13]

การพัฒนาข้อมูลจริงของพื้นที่และการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้รูปแบบมีความเหมาะสมและนำไปใช้ได้ เช่นเดียวกับรูปแบบการดูแลแบบไร้รอยต่อของเครือข่ายโรงพยาบาลพระพุทธบาทที่บูรณาการการวางแผนล่วงหน้า การดูแลแบบองค์รวมและการดูแลในวันสุดท้ายของชีวิต[11]

วัตถุประสงค์ข้อ 3

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังใช้รูปแบบ ผู้ป่วยมีคะแนนความรุนแรงของอาการ (ESAS) และคะแนนผลลัพธ์การดูแล (POS) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนการบรรเทาและลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ผลดังกล่าวอาจเกิดจากการประเมินอาการอย่างเป็นระบบ การวางแผนการจำหน่าย การติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่องและการเสริมทักษะผู้ดูแลซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานว่าการดูแลแบบประคับประคองช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดภาระอาการ[6–8,18] ขณะที่ PPS ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเนื่องจากคะแนนดังกล่าวสะท้อนสมรรถนะทางกายซึ่งอาจลดลงตามธรรมชาติของโรคระยะท้ายแม้การควบคุมอาการและคุณภาพการดูแลจะดีขึ้น

ผลด้านการจัดการอาการและผลลัพธ์ของผู้ป่วยสอดคล้องกับหลักการดูแลแบบประคับประคองที่มุ่งบรรเทาความทุกข์ทรมานในมิติร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ [1] และสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของวราภรร์ อ่อนอนงค์ และเยาวรัตน์ มัชฌิม ซึ่งเสนอองค์ประกอบของโปรแกรมระยะท้ายที่เน้นการจัดการอาการ การสนับสนุนด้านจิต สังคมและจิตวิญญาณ ตลอดจนการมีส่วนร่วมของครอบครัว [19]

สำหรับผู้ดูแล ผลเชิงคุณภาพที่สะท้อนว่าภาระลดลงและมั่นใจเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับหลักฐานที่ชี้ว่าการดูแลแบบประคับประคองและการสนับสนุนครอบครัวสามารถช่วยปรับปรุงผลลัพธ์ของผู้ป่วยและผู้ดูแล [7,18] ส่วนด้านทีมสหวิชาชีพ ผลที่สะท้อนการทำงานประสิทธิภาพการทำเป็นระบบและต่อเนื่องมากขึ้นสอดคล้องกับการพัฒนาระบบดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลมหาสารคาม ซึ่งรายงานประโยชน์ของระบบส่งต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน การทำงานเป็นเครือข่ายและผลลัพธ์ที่ดีต่อครอบครัวและบุคลากร [20]

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยขนาดเล็กดำเนินการในโรงพยาบาลชุมชนเพียงแห่งเดียวไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ และติดตามผลในระยะสั้นจึงไม่สามารถอ้างอิงผลไปยังบริบทอื่นนอกจากนี้ผลด้านผู้ดูแลและทีมสหวิชาชีพเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพจึงสะท้อนประสบการณ์และมุมมองของผู้เข้าร่วมมากกว่าขนาดผลเชิงปริมาณ

สรุปผล

รูปแบบการดูแลประคับประคองแบบบูรณาการจากโรงพยาบาลสู่บ้านที่พัฒนาจากการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และเครือข่าย

ชุมชนช่วยลดความรุนแรงของอาการและคะแนนผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วย รวมทั้งสนับสนุนความมั่นใจของผู้ดูแลและความต่อเนื่องของการทำงานเป็นทีม ขณะที่สมรรถนะทางกายของผู้ป่วยไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ รูปแบบนี้จึงมีศักยภาพเป็นแนวทางพัฒนาระบบบริการประคับประคองในโรงพยาบาลชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1.ควรกำหนดผู้จัดการรายกรณีและแนวทางส่งต่อข้อมูลผ่านศูนย์ดูแลต่อเนื่องให้ชัดเจนพร้อมระบบติดตามหลังจำหน่ายที่เชื่อมโยงโรงพยาบาล รพ.สต.อสม.และครอบครัว

2.ควรพัฒนาศูนย์ยืมอุปกรณ์และช่องทางปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาที่บ้าน รวมทั้งอบรมผู้ดูแลเรื่องการจัดการอาการปวด หอบเหนื่อย และการดูแลระยะใกล้เสียชีวิต

3.การวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มขนาดตัวอย่างมีกลุ่มเปรียบเทียบ ติดตามผลระยะยาวและประเมินต้นทุน - ประสิทธิผล รวมถึงผลลัพธ์ของผู้ดูแลและทีมด้วยเครื่องมือที่มีคุณภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ป่วย ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข ทีมสหวิชาชีพ และเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเรณูนครที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยและสะท้อนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบบริการ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Palliative care [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2026 Aug 6]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care
2. Radbruch L, De Lima L, Knaul FM, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, et al. Redefining palliative care - a new consensus-based definition. J Pain Symptom Manage. 2020;60(4):754-764. doi:10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027.
3. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. ราชกิจจานุเบกษา. 2550;124(ตอนที่ 16 ก):1-18.
4. กรมการแพทย์. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563.
5. Kelley AS, Morrison RS. Palliative care for the seriously ill. N Engl J Med. 2015;373(8):747-55. doi:10.1056/NEJMra1404684.
6. Gomes B, Calanzani N, Curiale V, McCrone P, Higginson IJ. Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(6):CD007760. doi:10.1002/14651858.CD007760.pub2.
7. Kavalieratos D, Corbelli J, Zhang D, Dionne-Odom JN, Ernecoff NC, Hanmer J, et al. Association between palliative care and patient and caregiver outcomes: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 2016;316(20):2104-14. doi:10.1001/jama.2016.16840.
8. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, Alesi ER, Balboni TA, Basch EM, et al. Integration of palliative care into standard oncology care: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. J Clin Oncol. 2017;35(1):96-112. doi:10.1200/JCO.2016.70.1474.
9. กิตติกร นิลมานัต, มลธิรา อุดชุมพิสัย, ภัทรสิริ พจมานพงศ์, นิภา นิยมไทย. การดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านในบริบทภาคใต้. วารสารสภาการพยาบาล. 2562;34(2):76-93.
10. เสริมสุข ธัญญะวัน, อุดมศักดิ์ บุญส่งทรัพย์, ปวีณา ใจชัย. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลเลย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2566;20(3):163-76.

11. เพ็ญศรี จาบประไพ, บุญสืบ โสโสม, สุนันทา เตโช. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง: การดูแลแบบไร้รอยต่อเครือข่ายโรงพยาบาลพระพุทธบาท. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564;30(6):1101-11.
12. โรงพยาบาลเรณูนคร. รายงานผลการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ปีงบประมาณ 2566-2568. นครพนม: โรงพยาบาลเรณูนคร; 2568.
13. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Mem Fund Q. 1966;44(3 Pt 2):166-206.
14. Chewaskulyong B, Sapinun L, Downing GM, Intaratat P, Lesperance M, Leautrakul S, et al. Reliability and validity of the Thai translation (Thai PPS Adult Suandok) of the Palliative Performance Scale (PPSv2). Palliat Med. 2012;26(8):1034-41. doi:10.1177/0269216311424633.
15. Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmser P, Macmillan K. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. J Palliat Care. 1991;7(2):6-9.
16. Hearn J, Higginson IJ. Development and validation of a core outcome measure for palliative care: the Palliative Care Outcome Scale. Qual Health Care. 1999;8(4):219-27. doi:10.1136/qshc.8.4.219.
17. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what is being reported? Critique and recommendations. Res Nurs Health. 2006;29(5):489-97. doi:10.1002/nur.20147.
18. Ferrell BR, Twaddle ML, Melnick A, Meier DE. National Consensus Project clinical practice guidelines for quality palliative care, 4th edition. J Palliat Med. 2018;21(12):1684-89. doi:10.1089/jpm.2018.0431.
19. วราภรณ์ อ่อนอนงค์, เยาวรัตน์ มัชฌิม. โปรแกรมการดูแลระยะท้ายเพื่อส่งเสริมการตายดีในผู้ป่วยมะเร็ง: ทบทวนวรรณกรรม. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2562;39(1):158-169.
20. มะลิ เนื่องวงษา, นิศมา แสนศรี, อักษ์ศรา กะการดี, นันท์ชญาน์ นฤนาทธนาเสฏฐ์. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2567;21(1):216-230.

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบบูรณาการโรงพยาบาลรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย

Development of an Integrated Care for Sepsis at Rattanawapi Hospital , Nong Khai Province.

(Received: August 20,2026 ; Revised: August 24,2026 ; Accepted: August 26,2026)

พัชร ภูษา[1]
Patchara Poosa[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาสภาพปัญหาการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในพื้นที่ และพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบบูรณาการอำเภอรัตนวาปีจังหวัดหนองคาย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action Research) มี 4 ขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่1วางแผน(Plan) ศึกษาสภาพปัญหาและการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดในพื้นที่อำเภอรัตนวาปี ขั้นตอนที่2 ปฏิบัติ(Act) ขั้นตอนที่3 สังเกต(Observe) และขั้นตอนที่4 การสะท้อนการปฏิบัติและประเมินผล (Reflection) และประเมินผลถอดบทเรียน โดยการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 65 คน ทีมสุขภาพผู้ให้การดูแลผู้ป่วย จำนวน 44 คน และศึกษาเชิงคุณภาพผู้ให้ข้อมูล จำนวน 30 คน เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน มกราคม พ.ศ. 2569 ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2569

ผลการวิจัยพบว่า 1) ด้านการเข้าถึงและการคัดกรองพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ และเข้าถึงบริการล่าช้า จะมาโรงพยาบาลเมื่อมีอาการรุนแรงทำให้มีปัญหาซับซ้อนและมีภาวะแทรกซ้อนในการรักษา 2) ด้านการได้รับข้อมูลในการตรวจวินิจฉัยโรคค้นพบว่าเจ้าหน้าที่ยังขาดสมรรถนะในการดูแล บางครั้งอาการของผู้ป่วยซับซ้อน ทำให้วินิจฉัยผิดพลาด การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือด จึงออกแบบบริการทั้งเชิงรุกในชุมชน โดยสร้างแกนนำอสม. และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทุกตำบลทุกหมู่บ้าน ออกให้ความรู้ในกลุ่มเป้าหมาย และการคัดกรองโรคเบื้องต้น โดยใช้แบบคัดกรองผ่านแอปพลิเคชันและส่งต่อผู้ป่วยผ่านระบบไลน์ศูนย์ประสานการส่งต่อผู้ป่วยSEPSIS อำเภอรัตนวาปี ในเวลาอาการไม่รุนแรงส่งต่อที่ รพ.สต. นอกเวลาส่งต่อโรงพยาบาลรัตนวาปี ในเชิงตั้งรับในโรงพยาบาล โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาสมรรถนะเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือด การให้ความรู้ การประเมินสมรรถนะ และการนิเทศงาน ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติเพื่อให้เข้าใจตรงกัน มีการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในคลินิกโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มแม่และเด็กหญิงหลังคลอด และกลุ่มติดเตียง การสร้างแกนนำ อสม.ให้มีความรู้ ความเข้าใจในการสื่อสารเรื่องโรคติดเชื้อในกระแสเลือด และสามารถคัดกรองส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาให้เร็ว จึงเป็นหัวใจสำคัญในการป้องกันโรคและลดการเสียชีวิต หลังการพัฒนาพบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง 84.53 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 80.50 ค่าคะแนนเฉลี่ย หลังการทดลอง 99.63 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 91.68 แตกต่างกัน 15.10 คะแนน

คำสำคัญ: โรคติดเชื้อในกระแสเลือด การมีส่วนร่วมแบบบูรณาการ

ABSTRACT

This study aimed to investigate the problems in the management of patients with bloodstream infections in the local area and to develop an integrated care system for patients with bloodstream infections in Rattanawapi District, Nong Khai Province, Thailand. This research employed an Action Research design consisting of four stages: (1) Planning studying the existing problems and care management system for patients with bloodstream infections in Rattanawapi District; (2) Action implementing interventions; (3) Observation monitoring the implementation process; and (4) Reflection and Evaluation assessing outcomes

[1] พ.บ. โรงพยาบาลรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย

and extracting lessons learned. Both quantitative and qualitative research methods were used. The study sample consisted of 65 patients with bloodstream infections, 44 healthcare providers, and 30 key informants for qualitative investigation. Research instruments included questionnaires and interview forms. Quantitative data were analyzed using percentage, mean, and standard deviation, while qualitative data were analyzed using triangulation techniques. The study was conducted from January to June 2026.

The findings revealed that the development of the bloodstream infection care system involved both proactive community-based and hospital-based approaches. Community interventions included establishing village health volunteer leaders and subdistrict health personnel to provide health education and early disease screening using a mobile application, with patient referral through the Line-based Sepsis Referral Coordination Center in Rattanawapi District. Hospital interventions included competency development workshops for healthcare personnel, training, competency assessments, supervision, standardized clinical practice guidelines, and health education for high-risk populations, particularly patients with chronic diseases, older adults, postpartum women, mothers and children, and bedridden patients. Village health volunteers played a critical role in improving knowledge dissemination, early screening, and rapid referral, which are essential for disease prevention and mortality reduction. After implementation, the average score increased from 84.53 points (80.50%) before intervention to 99.63 points (91.68%) after intervention, representing an improvement of 15.10 points.

Keywords: bloodstream infection, sepsis care system, integrated care, action research, community healthcare, healthcare competency

บทนำ

โรคติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตก่อให้เกิดภาระต่อระบบบริการสุขภาพปัจจุบันพบอัตราการเสียชีวิตจากภาวะดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากการศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในประเทศไทยระหว่างปีพ.ศ.2565–2567พบอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ64.9,64.6และ67.4ต่อแสนประชากรตามลำดับสาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจากภาวะอวัยวะหลายระบบล้มเหลว (Multiple Organ Dysfunction) อันเนื่องมาจากการขาดออกซิเจนของเนื้อเยื่อทั่วร่างกายเป็นเวลานานการวินิจฉัยล่าช้ารวมถึงการได้รับยาปฏิชีวนะที่ล่าช้าและไม่เหมาะสมทั้งในด้านอัตราการเสียชีวิตระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่ยาวนานและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล[1] ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดยังเป็นปัญหาต่อระบบบริการสุขภาพได้แก่การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรสู่สังคมผู้สูงอายุซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อรุนแรงโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นเช่นเบาหวานโรคไตเรื้อรังและโรคหัวใจความล่าช้าในการคัดกรองการเริ่มต้นรักษายังไม่ทันเวลา

การพัฒนาระบบการดูแลที่เหมาะสมให้ครอบคลุมปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการป้องกันการเกิดภาวะรุนแรงและการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดจึงมีความสำคัญยิ่งได้แก่การคัดกรองและการวินิจฉัยที่รวดเร็วการให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมหรือทันเวลาการให้สารน้ำให้เพียงพอรวมถึงการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่ครอบคลุมและต่อเนื่องส่งผลให้ผู้ป่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอวัยวะล้มเหลวหลายระบบและการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น[2] จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจุบันแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย Sepsis และ Severe Sepsisที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพโดยใช้แนวทาง Early Goal Directed Therapy (EGDT)คือเน้นการวินิจฉัยที่รวดเร็วการให้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมภายในระยะเวลาที่กำหนดซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าสามารถลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ[3] จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลรัตนวาปีใน

ปีงบประมาณพ.ศ.2565-2568 พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยSepsisจำนวน124,118และ219รายตามลำดับพบผู้ป่วยที่เกิดภาวะSeptic Shock จำนวน 20,18และ11รายตามลำดับและมีการส่งต่อผู้ป่วยด้วยภาวะ Severe Sepsis นอกจากนี้ยังพบอัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดคิดเป็นร้อยละ2.27,1.08และ2.50ตามลำดับ ปัญหาที่พบบ่อยในโรงพยาบาลรัตนวาปีได้แก่ผู้ป่วยมารับบริการล่าช้าการปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังที่ยังไม่ครอบคลุมการให้การรักษาที่ล่าช้าและการส่งต่อผู้ป่วยล่าช้าโรงพยาบาลรัตนวาปีได้เริ่มนำแนวทางการปฏิบัติทางคลินิก(CPG)ส่งผลให้การวินิจฉัยมีความชัดเจนมากขึ้นอย่างไรก็ตามยังพบปัญหาการวินิจฉัยและการรักษาที่ล่าช้าการดูแลรักษาที่ยังไม่เป็นไปตามมาตรฐานรวมถึงการประเมินซ้ำและการเฝ้าระวังที่ยังไม่เหมาะสมดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษาวิจัยการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด(Sepsis)แบบบูรณาการเน้นการใช้แนวทางClinical Practice Guideline(CPG) และ Early Goal Directed Therapy (EGDT)จะช่วยให้การดูแลรักษามีความสอดคล้องและเป็นไปตามแนวปฏิบัติเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยการประสานงานของทีมสหวิชาชีพเพื่อปรับปรุงขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยให้รวดเร็วและปลอดภัยขึ้น (Multidisciplinary Process Improvement ; MDPI)[4] ซึ่งเป็นการพัฒนากระบวนการโดยทีมสหวิชาชีพแพทย์พยาบาล,เภสัช,เทคนิคการแพทย์และทีมเครือข่ายสุขภาพในชุมชนได้แก่รพ.สต.เครือข่าย อสม.ในการคัดกรองและรักษาผู้ป่วยที่รวดเร็วการประสานงานส่งต่อที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมและทันท่วงทีลดอัตราการเสียชีวิตลดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอำเภอรัตนวาปีจังหวัดหนองคาย

2.เพื่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบบูรณาการอำเภอรัตนวาปีจังหวัดหนองคาย

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action Research)[5] มี4ขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่1วางแผน (Plan) ศึกษาสภาพปัญหาและการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดในพื้นที่อำเภอรัตนวาปี ขั้นตอนที่2 ปฏิบัติ(Act) ขั้นตอนที่3 สังเกต(Observe) ขั้นตอนที่4 การสะท้อนการปฏิบัติและประเมินผล (Reflection) และถอดบทเรียนเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดแบบบูรณาการในพื้นที่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลรัตนวาปีจำนวน 142 รายที่มารับบริการที่โรงพยาบาลรัตนวาปี ในระหว่างเดือน มกราคม ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569 และทีมแพทย์พยาบาลและสหวิชาชีพสุขภาพที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรงพยาบาลรัตนวาปีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอรัตนวาปี จำนวน 44 รายเป็นการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยการคัดเลือกเจ้าหน้าที่ที่มีประสบการณ์มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

กลุ่มตัวอย่างสุ่มจากผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มารับบริการในโรงพยาบาลรัตนวาปีได้มาโดยการใช้เทคนิคการเลือกแบบสุ่มอย่างง่าย (Simple sampling)[6]โดยผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในกรณีทราบจำนวนของประชากรและการยอมรับค่าความคลาดเคลื่อนที่จะเกิดขึ้นระหว่างร้อยละ1-5โดยใช้สูตรขนาดของประชากรที่ต้องใช้ในการวิจัย การพิจารณาจากขนาดของประชากร โดยทั่วไปแล้วถ้าหากประชากรมีขนาดเล็กหรือมีจำนวนน้อย กำหนดขนาดของตัวอย่างร้อยละ 15 – 30[6] เนื่องจากทราบจำนวนประชากร

ที่แน่นอน ในปี 2568 กลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 219 คน ดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 65 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาเชิงปริมาณผู้วิจัยได้พัฒนาแบบสอบถามความคิดเห็นและสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดชุมชนในสำหรับข้อมูลเชิงปริมาณสอบถามผู้ป่วยและทีมสุขภาพในโรงพยาบาลรัตนวาปีเครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามและแบบสอบถามออนไลน์Link Google form หรือ QR-code

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านโดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (IOC) ผลการตรวจสอบพบว่าแบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยได้ค่าความเชื่อมั่นIOC เท่ากับ 0.95 และแบบสอบถามสำหรับทีมสุขภาพได้ค่าความเชื่อมั่นIOCเท่ากับ0.93 ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์ (Cronbach's Alpha Coefficient)[7] แบบสอบถามของทีมสุขภาพเท่ากับ0.86 และแบบสอบถามของผู้ป่วยได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยครอบครัวและทีมสุขภาพโดยใช้แบบสอบถามเพื่อวัดการรับรู้ทัศนะและทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดแบบสอบถามออนไลน์ Google form ผ่านลิงก์หรือQR-codeในกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวลงเก็บภาคสนามในพื้นที่ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปความถี่ (Frequency)ร้อยละ (Percentage)ค่าเฉลี่ย (Mean)ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)[7]

การศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)[8] เพื่ออธิบายขยายความและยืนยันผลการศึกษาที่ได้จากการวิจัยเชิงปริมาณผู้ให้ข้อมูลสำคัญเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล ทีมสหวิชาชีพ เครือข่าย อสม.และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 25-30 คนหรือจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว[8]

เครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ

เครื่องมือเป็นแบบคำถามสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview Guide) การสัมภาษณ์ประกอบด้วยปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดปัญหาและอุปสรรคการอธิบายผลที่พบจากการศึกษาเชิงปริมาณ

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการประชุมเชิงปฏิบัติระดมสมอง ผู้ให้ข้อมูลได้แก่ทีมสหวิชาชีพและเครือข่าย อสม.ชุมชนโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา(Content Analysis)[8] ประกอบด้วยการจัดหมวดหมู่ข้อมูล การตีความข้อมูล การแปลงข้อมูลและการบูรณาการข้อมูล ผู้วิจัยนำผลการวิจัยเชิงคุณภาพมาทำการแปลงข้อมูลเชิงข้อความให้อยู่ในรูปแบบเชิงปริมาณแปลงข้อมูลเชิงปริมาณให้อยู่ในรูปแบบเชิงพรรณนาเพื่อให้สามารถเปรียบเทียบและเชื่อมโยงข้อมูลจากทั้งสองส่วน จากการบูรณาการข้อมูลจะนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคติเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลรัตนวาปี

ขั้นตอนดำเนินการ

กระบวนการวิจัย(Action Research) ครั้งนี้ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพสหวิชาชีพและเครือข่าย อสม.ในชุมชน มี4ขั้นตอน[4] ดังนี้

ขั้นตอนที่1วางแผน(Plan) เป็นการศึกษาสถานการณ์และค้นหาปัญหาและสร้างความตระหนักรู้ในการมีส่วนร่วมวิเคราะห์ปัญหาสภาพ

ปัญหาการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่ผ่านมาโดยศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยในการดูแลตนเองในการป้องกันและรักษาเบื้องต้นด้วยตัวเองรวมทั้งศึกษาสภาพปัญหาของผู้ให้บริการทีมสุขภาพกำหนดแนวทางแก้ไขออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบบูรณาการโรงพยาบาลรัตนวาปีจังหวัดหนองคายโดยการศึกษาเชิงปริมาณสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดในสถานพยาบาลและในชุมชนและศึกษาเชิงคุณภาพผู้วิจัยร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบบูรณาการดังนี้

1.1 ประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) กับทีมสหวิชาชีพมีขอบเขตการศึกษาพัฒนาและปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติการใช้แนวทาง Clinical Practice Guideline (CPG) และ Early Goal Directed Therapy (EGDT) ที่ครอบคลุมด้านการเข้าถึงบริการการวินิจฉัยการประเมินผู้ป่วยการวางแผนดูแลการประเมินผลและการดูแลต่อเนื่องและระบบการส่งต่อโดยกลุ่มเป้าหมายได้แก่แพทย์พยาบาลทีมสหวิชาชีพผู้ทรงคุณวุฒิด้านการดูแลผู้ป่วยด้านนโยบายด้านยุทธศาสตร์ด้านวิชาการจำนวน 30 คน

1.2 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop)ระดมสมอง(Brainstorming)การจัดประชุมแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการA.I.C[5] เพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์โดยการคืนข้อมูลและสำรวจสภาพปัญหาในชุมชน มีการสะท้อนคิด ร่วมวิเคราะห์ค้นหาปัญหา สาเหตุ จัดทำแผนแก้ไขปัญหา จัดทำเครื่องมือ ในการสื่อสารให้ความรู้กับกลุ่มเป้าหมายในชุมชน และปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วยในชุมชนที่ครอบคลุมด้านการเข้าถึงบริการและการดูแลต่อเนื่องและระบบการส่งต่อโดยกลุ่มเป้าหมาย

1.3 การจัดทำแผนแก้ไขปัญหาแบบบูรณาการ(Planning)ในระดับบุคคล ชุมชน และสถานพยาบาลครอบคลุมปัจจัยนำเข้าคนงบประมาณระบบสิ่งของอุปกรณ์และเครื่องมือกระบวนการรักษาและกำหนดผลลัพธ์

ขั้นตอนที่2 ปฏิบัติ(Act) การดำเนินกิจกรรมตามแผนบันทึกข้อมูลระหว่างดำเนินงานการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบบูรณาการโรงพยาบาลรัตนวาปีโดยให้ทีมสุขภาพทดลองใช้แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดแบบบูรณาการโดยการจัดประชุมฟื้นฟูวิชาการพัฒนาองค์ความรู้และสมรรถนะเจ้าหน้าที่และเครือข่ายอสม.ตามรูปแบบที่กำหนดและออกให้ความรู้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยงและการคัดกรองผู้ป่วยในชุมชนและประสานการส่งต่อการรักษาเข้าสู่ระบบ

ขั้นตอนที่ 3 สังเกต(Observe)เก็บข้อมูลสังเกตพฤติกรรม/ผลลัพธ์การประเมินผลการทดลองการใช้รูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดแบบบูรณาการโดยเจ้าหน้าทีมสุขภาพที่ผ่านการพัฒนาในขั้นตอนที่2 รวบรวมข้อมูลโดยการประเมินความรู้ทักษะและการปฏิบัติของทีมสุขภาพ

ขั้นตอนที่4สะท้อนผล(Reflect) สรุปผลการศึกษา จุดเด่นปัญหาและข้อเสนอแนะถอดบทเรียน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่โครงการวิจัย 30/2569 ลงวันที่ 29 มกราคม 2569 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างผู้ศึกษาได้มีการชี้แจงโดยการแนะนำตนเองชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล สามารถบอกยุติและถอนตัวผู้ศึกษายินยอมยุติและให้ถอนตัวได้ตามที่ต้องการ และยกเลิกการเก็บข้อมูลนั้นและนำเสนอข้อมูลที่เป็นจริงในภาพรวมเท่านั้นข้อมูลที่ได้จากอาสาสมัครจะถูกเก็บเป็นความลับ

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยในขั้นตอนที่1 ศึกษาสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในพื้นที่ ของเจ้าหน้าที่ ทีมให้บริการของโรงพยาบาลรัตนวาปี พบว่า ผลการศึกษาสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดพบว่าลักษณะกลุ่มตัวอย่างทีมสุขภาพผู้ให้บริการดูแลผู้ป่วย พบว่าส่วนใหญ่เป็นพยาบาล (ร้อยละ68.2) แพทย์ (ร้อยละ 9.1) เป็นเภสัชกร (ร้อยละ6.8) เทคนิคการแพทย์ (ร้อยละ6.8) ปฏิบัติงานในองค์กรแพทย์ (ร้อยละ9.1) แผนกผู้ป่วยใน(ร้อยละ 25.0) แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ร้อยละ 25.0) แผนกผู้ป่วยนอก (ร้อยละ 9.1) ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย มากกว่า 3 ปี (ร้อยละ 64.4) 1-3 ปี (ร้อยละ 31.8) น้อยกว่า 1 ปี (ร้อยละ 6.8) สภาพปัญหาส่วนใหญ่พบว่า อัตราหมุนเวียนเจ้าหน้าที่บ่อยยังขาดทักษะและความรู้ในการดูแลผู้ป่วย มีค่าคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลางช่วง 2.61-3.40 (ร้อยละ 6.8) มีค่าคะแนนเฉลี่ยในระดับมากช่วง 3.41-4.20 (ร้อยละ 31.8)

ผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดที่มารับบริการในโรงพยาบาลรัตนวาปี พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 40 คน(ร้อยละ 61.5) อายุส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 40-60ปี (ร้อยละ 20.0) การศึกษาส่วนใหญ่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 32 คน (ร้อยละ 49.2) รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในระหว่าง 5,000-10,000บาท จำนวน 27 คน (ร้อยละ41.5) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มารับการรักษานอกเวลาราชการ จำนวน 53 คน (ร้อยละ 81.5) โรคหลักส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล คือ อาการไข้ที่หาสาเหตุไม่ได้ จำนวน 25 คน(ร้อยละ 38.5) รองลงมาโรคทางเดินอาหาร จำนวน 8 คน (ร้อยละ 12.3) และ โรคทางเดินหายใจ จำนวน 7 คน (ร้อยละ 10.8) ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาการรุนแรงแล้วจึงมารับการรักษา sos score แรกรับ มากกว่า 3 คะแนนขึ้นไป จำนวน 52 คน (ร้อยละ 80.0) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง จำนวน 43 คน (ร้อยละ 66.2) สิทธิการรักษาส่วนใหญ่เป็นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 50 คน (ร้อยละ 76.9) ส่วนใหญ่นำส่งผู้ป่วยมารับการรักษาที่ รพ. ด้วยรถส่วนตัว จำนวน 48 คน (ร้อยละ 73.8) ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 จำนวน 16 คน (ร้อยละ 24.6) ระยะทางในการเดินทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล ระหว่าง 10 กิโลเมตร จำนวน 16 ราย (ร้อยละ 24.6) ระยะทางไกลที่สุด 31 กิโลเมตร 2 ราย (ร้อยละ 3.1)

ผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาความเข้าใจและทักษะเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง ค่าคะแนนด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อในกระแสเลือด อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.12 (S.D=1.06) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยเข้าใจรับรู้โรคติดเชื้อในกระแสเลือด ในระดับปานกลาง เช่น อาการรุนแรง จะมีอาการหนาวสั่น ไข้ต่ำกว่า 37 องศาเซลเซียส ร่วมกับอัตราการเต้นของหัวใจปกติ เหนื่อยหอบหายใจเร็ว ร่วมกับมีภาวะอวัยวะภายในร่างกายล้มเหลว หรือผิดปกติจากการติดเชื้อในกระแสเลือด คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.35 (S.D=1.09) เมื่อมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยจะซื้อยากินเองที่บ้าน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.97 (S.D=1.39) สรุปค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวม เท่ากับ 4.28 (S.D= 0.45) คะแนนความพึงพอใจในการเข้ารับการรักษาด้วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดเท่ากับ 4.52 (S.D= 0.77)

ผลการวิจัยในขั้นตอนที่ 2 ปฏิบัติ(Act) การดำเนินกิจกรรมตามแผน บันทึกข้อมูลระหว่างดำเนินงานการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบบูรณาการโรงพยาบาลรัตนวาปีโดยให้ทีมสุขภาพทดลองใช้แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดแบบบูรณาการโดยการจัดประชุมฟื้นฟูวิชาการพัฒนาองค์ความรู้และสมรรถนะเจ้าหน้าที่และเครือข่าย อสม. ตามรูปแบบที่กำหนดและออกให้ความรู้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยง การคัดกรองผู้ป่วยในชุมชนและประสานการส่งต่อการรักษาเข้าสู่ระบบ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิง

ปริมาณ ได้ข้อค้นพบดังนี้ 1) ด้านการเข้าถึงและการคัดกรองพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ และเข้าถึงบริการล่าช้า จะมาโรงพยาบาลเมื่อมีอาการรุนแรงทำให้มีปัญหาซับซ้อนและมีภาวะแทรกซ้อนในการรักษา 2) ด้านการได้รับข้อมูลในการตรวจวินิจฉัยโรคค้นพบว่าเจ้าหน้าที่ยังขาดสมรรถนะในการดูแล บางครั้งอาการของผู้ป่วยซับซ้อน ทำให้วินิจฉัยผิดพลาด การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงจึงมีความสำคัญยิ่ง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มแม่และเด็กหญิงหลังคลอดและกลุ่มติดเตียง การสร้างแกนนำ อสม.ให้มีความรู้ความเข้าใจในการสื่อสารเรื่องโรคติดเชื้อในกระแสเลือดและสามารถคัดกรองส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาให้เร็ว เป็นหัวใจสำคัญในการป้องกันโรคและลดการเสียชีวิต

ผลการวิจัยในขั้นตอนที่3 การสังเกต (Observe) การประเมินผลการทดลองการใช้รูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดแบบบูรณาการ โดยเจ้าหน้าทีมสุขภาพที่ผ่านการพัฒนาในขั้นตอนที่2 รวบรวมข้อมูลโดยการประเมินความรู้ทักษะและการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดที่มารับบริการในโรงพยาบาล จำนวน 30 คน ผลการทดสอบความรู้และทักษะ ก่อน-หลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง 84.53 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 80.50 คะแนนเฉลี่ย หลังการทดลอง 99.63 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 91.68 แตกต่างกัน 15.10 คะแนน

ผลการวิจัยในขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflect)จากผลการศึกษาพบว่าจุดเด่นของการพัฒนาคือการใช้ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาตั้งแต่มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา การกำหนดปัญหา กำหนดวัตถุประสงค์ร่วมกันออกแบบกิจกรรมบริการร่วมกัน และการใช้เครื่องมือที่เหมาะสม เข้าใจง่ายและการสื่อสารที่ประสิทธิภาพในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดเชื้อในกระแสเลือดการสร้างความตระหนักรู้ ให้ประชาชนป้องกันตนเอง มารับบริการตั้งแต่เนิ่นๆเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายอาจทำให้เสียชีวิตได้ รวมทั้งการให้ความรู้กับแกนนำ อสม. เพื่อสื่อสารกับครอบครัว ในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน และการคืนข้อมูลเพื่อติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เกิดระบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดเชื้อในกระแสเลือดแบบบูรณาการในพื้นที่ที่ยั่งยืน

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยอภิปรายได้ดังนี้ ประการแรก ผลการศึกษาสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดพบว่า ทีมสุขภาพผู้ให้บริการยังประสบปัญหาอัตราการหมุนเวียนของบุคลากรสูง ส่งผลให้บุคลากรบางส่วนขาดทักษะ ความรู้ และสมรรถนะในการประเมินอาการและดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นภาวะฉุกเฉินที่มีความซับซ้อน ต้องอาศัยความรู้และทักษะในการคัดกรอง ประเมิน และตัดสินใจอย่างรวดเร็ว หากบุคลากรมีประสบการณ์ไม่เพียงพออาจส่งผลให้การวินิจฉัยและการรักษาล่าช้า ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Surviving Sepsis Campaign ที่ระบุว่าความรู้และสมรรถนะของบุคลากรเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลและอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย[9,10] นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มารับบริการนอกเวลาราชการ คิดเป็นร้อยละ 81.5 และมีระดับความรุนแรงของโรคค่อนข้างสูง โดยมีค่า SOS score มากกว่า 3 คะแนนขึ้นไป ถึงร้อยละ 80.0 รวมถึงผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคเรื้อรังอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 66.2 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อรุนแรงได้มากกว่าคนทั่วไป และมักมีอาการไม่จำเพาะในระยะเริ่มต้น ทำให้ผู้ป่วยหรือญาติไม่สามารถรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคได้ ส่งผลให้เข้ารับการรักษาล่าช้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Singer และคณะ[11] ซึ่งอธิบายว่าภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นภาวะที่เกิดจากความผิดปกติของการตอบสนองของร่างกายต่อการติดเชื้อ และหาก

ไม่ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วจะเพิ่มโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต

ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณพบว่าปัญหาสำคัญด้านการเข้าถึงบริการคือผู้ป่วยและประชาชนในชุมชนยังขาดความรู้ในการสังเกตอาการเตือนของโรคติดเชื้อในกระแสเลือด ทำให้ผู้ป่วยมักมารับบริการเมื่อมีอาการรุนแรงแล้ว ส่งผลให้เกิดปัญหาซับซ้อนและภาวะแทรกซ้อนในการรักษา ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพขององค์การอนามัยโลก ที่ให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เพื่อให้ประชาชนสามารถรับรู้ความเสี่ยงและเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม[12] การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบบูรณาการในครั้งนี้ได้ดำเนินการทั้งในเชิงรุกและเชิงตั้งรับ โดยในระดับชุมชนได้มีการสร้างเครือข่ายแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้ความรู้แก่ประชาชน คัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้น และใช้เทคโนโลยีสารสนเทศผ่านแอปพลิเคชันและระบบไลน์ในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว ขณะที่ในระดับโรงพยาบาลได้ดำเนินการพัฒนาศักยภาพบุคลากรผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการ การประเมินสมรรถนะ และการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการ (Integrated Care Model) ซึ่งเน้นการประสานความร่วมมือระหว่างชุมชนและสถานบริการสุขภาพทุกระดับ เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ[13] ภายหลังการพัฒนาระบบพบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองเพิ่มขึ้นจาก 84.53 คะแนน เป็น 99.63 คะแนน หรือเพิ่มขึ้น 15.10 คะแนน แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการพัฒนาระบบดังกล่าวครอบคลุมทั้งด้านบุคลากร กระบวนการทำงาน เทคโนโลยีสารสนเทศ และการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้รวดเร็วขึ้น และบุคลากรมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Levy et al.[14] ที่พบว่าการใช้แนวทางการดูแลแบบเป็นระบบร่วมกับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสามารถลดความล่าช้าในการรักษาและเพิ่มผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้

ข้อเสนอแนะ

1.ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งนี้พบว่าการค้นหาปัจจัยในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในการกำหนดรูปแบบการดูแลควรเน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาที่ครอบคลุมทุกมิติ

2.ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายผลการวิจัยสามารถนำไปพัฒนายุทธศาสตร์การดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือด ให้ผู้ดูแลในชุมชนให้มีศักยภาพมากยิ่งขึ้นในการรองรับสังคมผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

3.ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไปควรทำวิจัยการจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคอื่นๆโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการและสร้างการรับรู้ตามบริบทพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจากคณะทำงานพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วย (PCT)โรงพยาบาลรัตนวาปีคณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.)เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.)ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะตลอดระยะเวลาดำเนินการวิจัยและขอขอบพระคุณทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการวิจัยทำให้ผู้วิจัยประสบความสำเร็จในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2023). Sepsis. Geneva: World Health Organization; Available from: WHO Sepsis Fact Sheet. 2023.
2. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health.(2024). Thai population statistics. Bangkok: Ministry of Public Health; 2024.
3. National Health Security Office.(2017). Guidelines for development of sepsis care systems in network hospitals. Bangkok: National Health Security Office; 2017.
4. Sepsis Service Plan Committee, Health Region 8.(2017). Clinical Practice Guideline: Management of sepsis and severe sepsis patients. Health Region 8 Reference Document; 2017.
5. Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). The Action Research Planner. Victoria: Deakin University Press.1988.
6. Silpcharu T.(2007). Research and statistical data analysis. Bangkok: V Inter Print; 2007.
7. Vanichbuncha K.(2004). Using SPSS for Windows in data analysis. Bangkok: Department of Statistics, Chulalongkorn University; 2004.
8. Phothisita C.(2019). The science and art of qualitative research. 8th ed. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2019.
9. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, Levy MM, Antonelli M, Ferrer R, et al.(2016). Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock: 2016. Intensive Care Med. 2017.
10. Evans, L., Rhodes, A., Alhazzani, W., Antonelli, M., Coopersmith, C. M., French, C., et al. (2021). Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2021.
11. Singer, M., Deutschman, C. S., Seymour, C. W., et al.(2016). The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). Journal of the American Medical Association, 2016.
12. World Health Organization.(2020). Health Literacy Development for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Geneva: WHO. 2020.
13. World Health Organization.(2016). Framework on Integrated People-Centred Health Services. Geneva: WHO. 2016.
14. Levy,M., Evans, L. E.,& Rhodes, A.(2018). The Surviving Sepsis Campaign Bundle: 2018.

ผลของการใช้โปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ในหญิงตั้งครรภ์

The Effects of Parent School Program on Pregnant Women.

(Received: August 20,2026 ; Revised: August 24,2026 ; Accepted: August 26,2026)

ดารารัตน์ ศิริประเสริฐวิทย์[1] มุจลินท์ แปงศิริ[2]
Dararat Siriprasoetwit[1], Mujjalin Pangsiri[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ในหญิงตั้งครรภ์ เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการดูแลตนเอง ค่าเฉลี่ยฮีมาโตคริต (Hct) และสัดส่วนภาวะโลหิตจาง สัดส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์อายุครรภ์ การเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ภายในระยะเวลาติดตาม และความพึงพอใจต่อโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ในหญิงตั้งครรภ์ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มารับบริการฝากครรภ์ คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ ในช่วง1 พ.ค.– 31 ก.ค.69 จำนวน 31 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง 12 สัปดาห์และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) และสถิติเปรียบเทียบภายในกลุ่ม Paired t-test กำหนดนัยสำคัญที่ .05

ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยรวมความรู้ ก่อนได้รับโปรแกรม=86.45อยู่ในระดับดีมาก หลังได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นเท่ากับ 94.10 อยู่ในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ยHct ของกลุ่มตัวอย่างมีการปรับตัวเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ที่ 36.4 เพิ่มขึ้นเป็น 37.2 หลังสิ้นสุดโปรแกรมซึ่งอยู่ในระดับปกติ เมื่อเปรียบเทียบการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักในหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่พบว่า มีผลต่อน้ำหนักในหญิงตั้งครรภ์ที่เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ปกติที่กำหนดไว้ (ค่า t=6.45 , p<0.001) หญิงตั้งครรภ์ทุกรายไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์เกิดขึ้นภายในระยะเวลาที่ติดตามการศึกษา และความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ต่อโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่พบว่า ค่าเฉลี่ยรวมความพึงพอใจทั้งหมดอยู่ในระดับมาก ($\overline{x}$=3.87,SD=0.60)

คำสำคัญ: โปรแกรม, โรงเรียนพ่อแม่, หญิงตั้งครรภ์

Abstract

This quasi-experimental research, the one-group pretest-posttest design, studied the effects of parent school program on pregnant women. The study compared self-care knowledge scores, mean hematocrit (Hct), anemia rates, the proportion of pregnant women with age-appropriate weight gain, the incidence of gestational complications within the follow-up period, and satisfaction with the parenting school program. The population and sample consisted of all pregnant women receiving antenatal care at the antenatal clinic of San Kamphaeng hospital, Chiang Mai province, between May 1 to July 31,2026 totaling 31 women. The research instruments used were those used for the 12-week experimental design and those used for data collection. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests, with a significance level of .05.

The study results showed that the overall average knowledge score before the program was 86.45, which was considered very good. After the program, it increased to 94.10, also considered very good. The mean Hct score of the sample group increased from 36.4 before participating in the program to 37.2 after the end of the program, which is within the normal range. Comparing the increase in weight of pregnant women before and after participating in the Parent School program, it was found that it had a positive effect on weight gain in pregnant women, meeting the established normal criteria (t=6.45, p<0.001). No

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่
[2] อาจารย์ประจำภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

complications occurred during pregnancy in any of the pregnant women within the study period. Satisfaction of pregnant women with the Parent School program showed an overall average satisfaction level of high ($\overline{x}$=3.87, SD=0.60).

Keywords: Program, Parent school, Pregnant women

บทนำ

การตั้งครรภ์เป็นช่วงเปลี่ยนผ่านที่สำคัญของสตรีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหลายประการพร้อมกัน ทั้งการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ความต้องการสารอาหารที่เพิ่มขึ้น การปรับตัวต่อบทบาทความเป็นมารดา และความคาดหวังเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ ดังนั้น หญิงตั้งครรภ์จึงจำเป็นต้องได้รับความรู้ ความเข้าใจ และการสนับสนุนที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพตนเองตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์ ทั้งด้านโภชนาการ การควบคุมน้ำหนักตัว การออกกำลังกายที่ปลอดภัย การมาฝากครรภ์ตามนัด และการสังเกตสัญญาณอันตราย หากขาดข้อมูลที่ถูกต้องหรือไม่ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ อาจนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ทั้งในมารดาและทารก[1] กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาแนวทาง “โรงเรียนพ่อแม่” เพื่อเป็นกลไกสำคัญในการเตรียมความพร้อมของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความรู้ ความเข้าใจ และสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องในระหว่างตั้งครรภ์ อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์ เนื้อหาของโรงเรียนพ่อแม่ครอบคลุมประเด็นสำคัญตามช่วงอายุครรภ์ เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การเพิ่มน้ำหนักตัวตามเกณฑ์ การรับประทานวิตามินและธาตุเหล็ก การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพช่องปาก การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ การเตรียมตัวคลอด การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ซึ่งล้วนเป็นองค์ความรู้พื้นฐานที่ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถดูแลสุขภาพของตนเองและทารกได้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสม[1,2]

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า โรงเรียนพ่อแม่มิได้ทำหน้าที่เพียงถ่ายทอดข้อมูล แต่ยังเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ช่วยลดความวิตกกังวล เสริมสร้างความมั่นใจ และส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติตัวได้เหมาะสมมากขึ้น โดยเฉพาะเมื่อมีการจัดรูปแบบการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับบริบทของผู้รับบริการ เช่น การใช้สื่อออนไลน์ วิดีโอสั้น การสื่อสารผ่านไลน์กลุ่ม หรือการจัดกิจกรรมแบบเชิงรุก ซึ่งช่วยให้หญิงตั้งครรภ์เข้าถึงเนื้อหาได้สะดวกขึ้น สามารถเรียนรู้ซ้ำได้ด้วยตนเอง และสอบถามข้อสงสัยกับบุคลากรสุขภาพได้ต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับวิถีชีวิตในปัจจุบันมากขึ้น[1,2] ผลการศึกษาหลายฉบับยังสนับสนุนในทิศทางเดียวกันว่า การเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีคะแนนความรู้หลังเรียนสูงขึ้น และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการเรียนรู้ในระดับสูง สะท้อนว่าโรงเรียนพ่อแม่เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตาม ความรู้เพียงอย่างเดียวอาจยังไม่เพียงพอที่จะทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องในชีวิตจริง หากไม่ได้รับแรงเสริม การเอาใจใส่และการช่วยเหลือที่เหมาะสมจากบุคคลแวดล้อมด้วยเหตุนี้ แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมจึงมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับการศึกษาครั้งนี้ โดยแนวคิดดังกล่าวอธิบายว่า การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และการช่วยเหลือเชิงปฏิบัติจากบุคคลรอบข้างหรือบุคลากรสุขภาพ จะช่วยเสริมสร้างความมั่นใจ ลดความเครียด และกระตุ้นให้บุคคลเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม[3] ในบริบทของหญิงตั้งครรภ์ การสนับสนุนจาก

ครอบครัว คู่สมรส และผู้ให้บริการสุขภาพจึงมีบทบาทสำคัญต่อการปฏิบัติตัวระหว่างตั้งครรภ์ การมาฝากครรภ์อย่างต่อเนื่อง และการจัดการภาวะเสี่ยงต่าง ๆ โดยเฉพาะภาวะโลหิตจางและภาวะโภชนาการไม่เหมาะสม การศึกษาวิจัยของไทยยังสนับสนุนบทบาทของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อสุขภาพหญิงตั้งครรภ์อย่างชัดเจน โดยเฉพาะบทบาทของครอบครัวในฐานะแหล่งสนับสนุนสำคัญทั้งด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และการช่วยเหลือเชิงปฏิบัติสอดคล้องกับการศึกษาของสินี กะราลัย และจารุรัตน์ ศรีรัตนประภาส[4] พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเสนอว่าครอบครัวควรมีบทบาทในการให้กำลังใจ การดูแลเอาใจใส่ และการให้ข้อมูลที่เหมาะสมต่อหญิงตั้งครรภ์ อีกทั้งพบว่า การสนับสนุนทางสังคมช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากสามารถปรับตัวด้านจิตสังคมได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของเครือข่ายสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดและครอบครัวในช่วงตั้งครรภ์ นอกจากนี้ผลลัพธ์สำคัญประการหนึ่งของพฤติกรรมสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ คือ การที่หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นไปตามเกณฑ์ ซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสม การได้รับธาตุเหล็กอย่างเพียงพอ และการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำทางสุขภาพ ภาวะโภชนาการที่ไม่เหมาะสมอาจสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อน เช่น การคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ และภาวะซีดในมารดา ทั้งนี้เอกสารไทยได้เสนอเกณฑ์การประเมินด้านโภชนาการระหว่างตั้งครรภ์และชี้ให้เห็นว่า การได้รับความรู้เรื่องโภชนาการ การเสริมธาตุเหล็ก และการติดตามสุขภาพอย่างเหมาะสม เป็นองค์ประกอบสำคัญของการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม[1] เมื่อเชื่อมโยงกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม จะเห็นได้ว่า การส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นไปตามเกณฑ์จึงควรอาศัยทั้งองค์ความรู้ที่ถูกต้องและระบบสนับสนุนที่เอื้อต่อการนำความรู้นั้นไปสู่การปฏิบัติจริงอย่างต่อเนื่อง

สถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็กจังหวัดเชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2566–2568 พบว่า ยังมีความท้าทายที่ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง โดยในปีงบประมาณ 2568 จังหวัดเชียงใหม่มีอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 18.42 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน สะท้อนว่างานอนามัยแม่และเด็กยังคงต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและปลอดภัยสูงสุด ขณะเดียวกัน พื้นที่อำเภอสันกำแพงยังเผชิญปัญหาสำคัญด้านภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่อง โดยในปีงบประมาณ 2566–2568 พบภาวะโลหิตจางคิดเป็นร้อยละ 45.53, 45.19 และ 59.45 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายอย่างชัดเจน ภาวะดังกล่าวเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สัมพันธ์กับผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การคลอดก่อนกำหนดและทารกน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ จึงนับเป็นปัญหาสุขภาพที่ควรได้รับการแก้ไขอย่างเป็นระบบ งานคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลสันกำแพง มุ่งเน้นการให้บริการฝากครรภ์ที่มีมาตรฐาน โดยหญิงตั้งครรภ์ทุกคนควรได้รับบริการอย่างครอบคลุมทั้งด้านการตรวจคัดกรอง การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนตามแนวทางของกรมอนามัย เพื่อให้การตั้งครรภ์และการคลอดมีความปลอดภัยสูงสุดทั้งต่อมารดาและทารก อย่างไรก็ตาม ในบริบทการให้บริการปัจจุบัน คลินิกฝากครรภ์เปิดให้บริการเพียงสัปดาห์ละหนึ่งวัน ส่งผลให้มีข้อจำกัดในการจัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ในรูปแบบห้องเรียนรวม เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการมีความแตกต่างกันทั้งรายใหม่และรายเก่า รวมถึงมีความต้องการเรียนรู้ในแต่ละช่วงอายุครรภ์แตกต่างกัน ทำให้การจัดกิจกรรมแบบเดิมไม่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง การสื่อสารด้วยวิธีการทั่วไปจึงอาจไม่

เพียงพอต่อการสร้างความเข้าใจ การจดจำ และการนำไปปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าระบบบริการยังต้องการรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่มีความยืดหยุ่น เข้าถึงง่าย และสามารถสนับสนุนการเรียนรู้ได้ต่อเนื่องมากขึ้น

แม้ว่าจะมีการศึกษาการส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ทั่วไปอยู่จำนวนมาก แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังมีช่องว่างทางการศึกษาที่สำคัญหลายประการ กล่าวคือ งานวิจัยส่วนใหญ่มักศึกษาผลของโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่หรือโปรแกรมสุขศึกษาในประเด็นด้านความรู้ความเครียด หรือความพึงพอใจเป็นหลัก ขณะที่การศึกษาผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่เป็นรูปธรรม โดยเฉพาะภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นไปตามเกณฑ์ ซึ่งหมายถึงน้ำหนักตัวของหญิงตั้งครรภ์ตามไตรมาสของการตั้งครรภ์ที่ควรมีความเหาะสม ซึ่งเป็นตัวชี้สำคัญของสุขภาพมารดาและทารก ยังมีอยู่ค่อนข้างจำกัด นอกจากนี้ แม้จะมีวรรณกรรมที่สนับสนุนบทบาทของแรงสนับสนุนทางสังคมและครอบครัวต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ แต่การนำแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมมาบูรณาการเป็นองค์ประกอบของโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่อย่างเป็นระบบยังไม่ปรากฏชัดเจนในงานวิจัยที่ผ่านมา อีกทั้งในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านเวลาบุคลากร และจำนวนผู้รับบริการ ยังพบการศึกษาการประยุกต์ใช้สื่อสังคมออนไลน์ เพื่อสนับสนุนการเรียนรู้และการติดตามต่อเนื่องของหญิงตั้งครรภ์ไม่มากนัก ช่องว่างดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมที่เชื่อมโยงองค์ความรู้ด้านโรงเรียนพ่อแม่ แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม และรูปแบบการเรียนรู้ผ่านสื่อสังคมออนไลน์เข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทบริการจริงและตอบโจทย์ปัญหาสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างตรงประเด็น เพื่อให้การศึกษานี้สะท้อนคุณค่าต่อการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก วัตถุประสงค์การวิจัยจึงเป็นการประเมิน "ผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health Outcomes)" และ "ความปลอดภัย (Safety Outcomes)" ของโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพบริการมากขึ้น และแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีศักยภาพในการส่งเสริมความปลอดภัยของมารดาและทารก (Maternal and Neonatal Safety) และช่วยให้เกิด ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่พึงประสงค์ (Maternal and Neonatal Health Outcomes) ซึ่งเป็นหลักฐานที่สามารถนำไปใช้พัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็กและสนับสนุนการขยายผลของโปรแกรมในระดับหน่วยบริการหรือเครือข่ายบริการได้อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ในรูปแบบกิจกรรมการเรียนรู้ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมสำหรับหญิงตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 1 และ 2 ที่มารับบริการ ณ คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสันกำแพง ในหัวข้อวิจัยเรื่อง ***“ผลของการใช้โปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ในหญิงตั้งครรภ์”*** ต่อความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักในหญิงตั้งครรภ์ และความพึงพอใจต่อโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ โดยใช้การวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดผลก่อน–หลัง เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับพัฒนาระบบบริการฝากครรภ์ให้มีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับบริบท และสามารถขยายผลได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ในหญิงตั้งครรภ์
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยฮีมาโตคริต (Hct) และสัดส่วนภาวะโลหิตจางก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ในหญิงตั้งครรภ์
3. เพื่อศึกษาสัดส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์อายุครรภ์ภายหลังได้รับโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ในหญิงตั้งครรภ์

4. เพื่อศึกษาการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ภายในระยะเวลาติดตาม

5. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ในหญิงตั้งครรภ์

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบวัดผลก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มเดียว (One-Group Pretest–Posttest Design) เพื่อประเมินผลของโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ โดยกำหนดขอบเขตการวิจัยในการศึกษาครั้งนี้ ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ ในช่วง1 พฤษภาคม– 31 กรกฎาคม 2569 และเนื่องด้วยประชากรมีจำนวนน้อยจึงใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวนตามจำนวนประชากรทั้งหมดที่มาฝากครรภ์จริงในระยะเวลาที่ดำเนินการศึกษาโดยไม่มีการสุ่ม ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 31 คน ขอบเขตด้านสถานที่การวิจัยดำเนินการ ณ คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นหน่วยบริการที่ให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ตามบริบทจริงของพื้นที่ และเป็นสถานที่ดำเนินโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ ขอบเขตด้านระยะเวลา การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการ ในช่วงเดือนกรกฎาคม – กันยายน 2569 โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 18 ปี ที่มาฝากครรภ์ ณ คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสันกำแพง ตั้งครรภ์ทั้งครรภ์แรกและครรภ์หลัง มีอายุครรภ์ไม่เกิน 26 สัปดาห์ สามารถสื่อสารโดยการพูดและฟังภาษาไทยได้ มีโทรศัพท์สมาร์ทโฟน สามารถเชื่อมต่อเครือข่ายอินเทอร์เน็ตและสามารถเข้าถึงสื่อออนไลน์ได้ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและสามารถเข้าร่วมโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ได้ตลอดระยะเวลาที่กำหนด

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 การเตรียมการวิจัย ก่อนดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

1.1 ศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แนวทางโรงเรียนพ่อแม่ของกรมอนามัย คู่มือการฝากครรภ์[3] ผู้วิจัยจัดกลุ่มงานวิจัยออกเป็น 4 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1) งานวิจัยเกี่ยวกับโรงเรียนพ่อแม่ 2) งานวิจัยเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม 3)งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้สื่อออนไลน์ในการให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ และ 4) งานวิจัยเกี่ยวกับภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ ทั้งนี้เพื่อใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบการพัฒนาโปรแกรมและสนับสนุนตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

1.2 จัดทำโครงร่างโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ โดยกำหนดเนื้อหา ระยะเวลา และรูปแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย

1.3 การทดสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือวิจัยก่อนนำไปใช้จริง

1.4 เสนอโครงการเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

1.5 ประสานงานกับคลินิกฝากครรภ์เพื่อประชาสัมพันธ์โครงการและเตรียมความพร้อมในการเก็บข้อมูล

ระยะที่ 2 การดำเนินการทดลอง

2.1 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกหญิงตั้งครรภ์ตามเกณฑ์คัดเข้า อธิบายรายละเอียดโครงการและขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

2.2 การเก็บข้อมูลก่อนทดลอง (Pretest) ดำเนินการในวันแรกที่เข้าร่วมโครงการ เก็บข้อมูลแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ (pretest) และการบันทึกน้ำหนักในหญิงตั้งครรภ์ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ใช้เวลาประมาณ 30–40 นาที

2.3 การดำเนินโปรแกรม (Intervention Phase) โปรแกรมดำเนินการเป็นระยะเวลา 3 เดือน ผ่านการฝากครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์ รพ สันกำแพง โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการ และติดตามอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 3 การประเมินผลหลังทดลอง (Post test) หลังครบ 3 เดือน ดำเนินการเก็บข้อมูลที่คลินิกฝากครรภ์ รพ สันกำแพง โดยใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์(posttest) การบันทึกน้ำหนักในหญิงตั้งครรภ์และประเมินความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ต่อโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ ประกอบด้วย

1.1 ชุดกิจกรรมการเรียนรู้ที่ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิด “โรงเรียนพ่อแม่” ของกรมอนามัย มี 4 ขั้นตอนคือขั้นตอนที่ 1 การเตรียมความพร้อม ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ ขั้นตอนที่ 3 การลงมือปฏิบัติ ขั้นตอนที่ 4 การประเมินและการสะท้อนตนเอง

1.2 คู่มือโรงเรียนพ่อแม่สำหรับหญิงตั้งครรภ์ของกรมอนามัย ไตรมาส 1, 2 และ 3[5]

1.3 สมุดบันทึกสุขภาพมารดาทารก ใช้บันทึกและประเมินการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักระหว่างตั้งครรภ์

1.4 ไลน์กลุ่มสำหรับการสื่อสารข้อมูลความรู้และการให้คำปรึกษาหรือคำแนะนำสำหรับหญิงตั้งครรภ์ (รูปแบบ Line OA)

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถามความรู้ในการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ ผู้วิจัยนำมาจากงานวิจัยเรื่อง ผลของการใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบเชิงรุกในโรงเรียนพ่อแม่สำหรับหญิงตั้งครรภ์ คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น[2] โดยแบบสอบถาม ประกอบด้วย

2.1.1) ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์

2.1.2) แบบสอบถามความรู้ในการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์

2.1.3) แบบบันทึกสัดส่วนน้ำหนักตัวของหญิงตั้งครรภ์ และค่าเฉลี่ยฮีมาโตคริต (Hct) โดยใช้ข้อมูลจากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

2.1.4) แบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) เนื่องจากเครื่องมือชุดนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน มาแล้ว ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา พบว่า(1) แบบสอบถามความรู้ในการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ ได้เท่ากับ 0.80 (2) แบบสอบถามความพึงพอใจ ได้เท่ากับ 0.90 ถือเป็นค่าที่ยอมรับได้

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้ในการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้วไปตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยการนำไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสันกำแพง ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.9 สำหรับโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ ผู้วิจัยนำไปให้หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแล้วสอบถามความเข้าใจหากมีประเด็นที่ไม่เข้าใจผู้วิจัยนำไปแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ จำนวน (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าสูงสุด-ต่ำสุด ตามลักษณะข้อมูล

2. สถิติอนุมาน วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ และการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักในหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ได้รับโปรแกรม โดยใช้ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติด้วยสถิติเปรียบเทียบภายในกลุ่ม Paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

ผู้ศึกษาได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 21 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 87.10 และอายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 12.90 (อายุต่ำสุด 18 ปี อายุสูงสุด 38 ปี อายุเฉลี่ย 27.10 ปี) การตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 1-3 ร้อยละ 87.10 (การตั้งครรภ์ต่ำสุด 1 ครั้ง สูงสุด 6 ครั้ง เฉลี่ย 2.06 ครั้ง) อายุครรภ์ปัจจุบันส่วนใหญ่อยู่ที่ 16 สัปดาห์ขึ้นไป ร้อยละ 54.80 และน้อยกว่า 15 สัปดาห์ ร้อยละ 45.20 (อายุครรภ์ต่ำสุด 5 สัปดาห์ สูงสุด 26 สัปดาห์ เฉลี่ย 16.39 สัปดาห์) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ไม่ได้เรียน ร้อยละ 45.20 ด้านอาชีพส่วนใหญ่คือรับจ้าง ร้อยละ 51.60 ด้านความเพียงพอของรายได้พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอเหลือเก็บ ร้อยละ 80.60 ด้านสถานภาพความสัมพันธ์กับสามีพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 96.80

2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ในหญิงตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยรวมความรู้ (เฉพาะข้อที่ตอบถูกต้อง) เท่ากับ 86.45อยู่ในระดับดีมาก หลังค่าเฉลี่ยรวมความรู้ (เฉพาะข้อที่ตอบถูกต้อง) เพิ่มขึ้นเท่ากับ 94.10 และยังอยู่ในระดับดีมาก แปลผลได้ว่า โปรแกรมฯ มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ พบว่าโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ มีผลต่อคะแนนความรู้ที่เพิ่มขึ้น (ค่า t=5.37 , p<0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยฮีมาโตคริต (Hct) และสัดส่วนภาวะโลหิตจางก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯโรงเรียนพ่อแม่ในหญิงตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยฮีมาโตคริต (Hct) ของกลุ่มตัวอย่างมีการปรับตัวเพิ่มขึ้น จากค่าเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ที่ 36.4 เพิ่มขึ้นเป็น 37.2 หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ซึ่งอยู่ในระดับปกติ

4. ศึกษาสัดส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์อายุครรภ์ภายหลังได้รับโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ในหญิงตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ จำนวน 31 ราย พบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวไปในทิศทางที่สูงขึ้น โดยจำแนกตามสถานะภาวะโภชนาการได้ดังนี้ กลุ่มภาวะโภชนาการปกติ: พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ "น้ำหนักเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์" จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 58.06) "น้ำหนักไม่เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์" จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 41.94) กลุ่มภาวะโภชนาการผิดปกติ: หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ “น้ำหนักเพิ่มขึ้นไม่ตามเกณฑ์” จำนวน 13 รายนั้น แบ่งเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ “ต่ำกว่าเกณฑ์” จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 23.07) และ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ “สูงกว่าเกณฑ์” จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 76.93) เมื่อเปรียบเทียบการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักในหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ พบว่าโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ มีผลต่อน้ำหนัก

ในหญิงตั้งครรภ์ที่เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ปกติที่กำหนดไว้ (ค่า t=6.45 , p<0.001)

5. ศึกษาการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ภายในระยะเวลาติดตาม ผลการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ทุกรายคิดเป็นร้อยละ 100.00 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์เกิดขึ้นภายในระยะเวลาที่ติดตามการศึกษา (ห้วง 12 สัปดาห์) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าหญิงตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาวะที่ดีและสามารถดูแลตนเองได้ตามคำแนะนำของโปรแกรมเป็นอย่างดี

6. ศึกษาความพึงพอใจต่อโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ในหญิงตั้งครรภ์ พบว่า ความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ต่อโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ (n=31) พบว่า ค่าเฉลี่ยรวมความพึงพอใจทั้งหมดอยู่ในระดับมาก ($\overline{x}$ =3.87,SD=0.60)

สรุปและอภิปรายผล

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ในหญิงตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยรวมความรู้ (เฉพาะข้อที่ตอบถูกต้อง) เท่ากับ 86.45อยู่ในระดับดีมาก หลังค่าเฉลี่ยรวมความรู้ (เฉพาะข้อที่ตอบถูกต้อง) เพิ่มขึ้นเท่ากับ 94.10 และยังอยู่ในระดับดีมาก แปลผลได้ว่า ***โปรแกรมฯ มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์*** โดยพบว่ามี 2 ข้อ คือ“หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถทำฟันได้ตลอดการตั้งครรภ์” และ “การออกกำลังกายในหญิงตั้งครรภ์จะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ได้” ที่ค่าเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 51.6 และ 41.9 ตามลำดับ) แต่หลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 74.2 และ 74.4 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ พบว่าโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ มีผลต่อคะแนนความรู้ที่เพิ่มขึ้น (ค่า t=5.37 , p<0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 อภิปรายได้ว่า การให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวต่อมารดาตั้งครรภ์จะทำให้มารดาเกิดความตระหนัก และมั่นใจในการดูแลตนเอง เพื่อให้พัฒนาการและร่างกายของบุตรในครรภ์เติบโตได้อย่างสมบูรณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของสุรางรัตน์ โฆษิตธนสาร วิไลลักษณ์ ปิยะจินดานนท์ นงเยาว์ นิลคง และอริสา มาสระรักษ์[6] ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนโรงเรียนพ่อแม่ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ในหญิงตั้งครรภ์แรก พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นและระดับความเครียดระหว่างตั้งครรภ์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าสื่อสังคมออนไลน์สามารถใช้เป็นช่องทางในการให้ความรู้และสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลัดดา ดีอันกอง ศิริวรรณ สงจันทร์ และอธิษฐาน สารินทร์[2] ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบเชิงรุกในโรงเรียนพ่อแม่สำหรับหญิงตั้งครรภ์ คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น โดยใช้การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ จำนวน 50 คน โปรแกรมประกอบด้วยการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านคลิปวิดีโอสั้น Google Form และการติดตามผ่านไลน์กลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความรู้หลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ต่อรูปแบบการเรียนรู้โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด สะท้อนว่าโรงเรียนพ่อแม่ในรูปแบบที่ยืดหยุ่นและให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมสามารถเพิ่มผลสัมฤทธิ์ด้านความรู้และการยอมรับต่อโปรแกรมได้อย่างดี

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยฮีมาโตคริต (Hct) และสัดส่วนภาวะโลหิตจางก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯโรงเรียนพ่อแม่ในหญิงตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยฮีมาโตคริตของกลุ่มตัวอย่างมีการปรับตัวเพิ่มขึ้น จากค่าเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ที่ 36.4 เพิ่มขึ้นเป็น 37.2 หลัง

สิ้นสุดโปรแกรมฯ ซึ่งอยู่ในระดับ ปกติ ทั้งก่อนและหลังการทดลอง เมื่อพิจารณาจำแนกตามรายบุคคล พบประเด็นที่น่าสนใจดังนี้ ภาวะโลหิตจาง: พบหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซีด (ระบุในตารางว่า "ซีด (b-thait)" และ "ซีดเล็กน้อย") จำนวน 2 ราย คือ ลำดับที่ 13 และ 18 ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผลการเปลี่ยนแปลง: ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ หญิงตั้งครรภ์ลำดับที่ 18 มีค่าฮีมาโตคริตเพิ่มขึ้นจาก 30.0 เป็น 33.9 ซึ่งส่งผลให้การแปลผลเปลี่ยนจาก "ซีดเล็กน้อย" เป็น "ปกติ" ส่วนลำดับที่ 13 แม้จะมีค่าฮีมาโตคริตเพิ่มขึ้นจาก 26.2 เป็น 28.9 แต่ยังคงมีผลการแปลผลอยู่ในระดับ "ซีด (b-thait)" เช่นเดิม กลุ่มปกติ: หญิงตั้งครรภ์รายอื่นๆ จำนวน 29 ราย มีค่าฮีมาโตคริตอยู่ในระดับปกติและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องภายหลังได้รับโปรแกรมฯโดยสรุป ข้อมูลแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมฯ มีส่วนช่วยส่งเสริมให้ระดับฮีมาโตคริตของหญิงตั้งครรภ์มีแนวโน้มที่ดีขึ้น โดยช่วยให้ผู้ที่มีภาวะซีดเล็กน้อยกลับมามีค่าอยู่ในเกณฑ์ปกติได้บางส่วน ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิภาพของการดูแลและให้ความรู้ในด้านโภชนาการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของอภิญญา สารภักดิ์[1] ศึกษาภาวะโภชนาการเป็นผลลัพธ์ที่ได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย ทั้งด้านความรู้ พฤติกรรมการบริโภค การได้รับสารอาหารที่จำเป็น และการติดตามดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดย อธิบายว่าการได้รับความรู้ด้านโภชนาการ การเสริมธาตุเหล็ก และการติดตามน้ำหนักตัวอย่างเหมาะสมเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทรนิษฐ์ ไกรโสภา[7] ที่พบว่าการมีความรู้และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องส่งผลให้ระดับความเข้มข้นของเลือดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กดีขึ้น

3. เพื่อศึกษาสัดส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์อายุครรภ์ภายหลังได้รับโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ในหญิงตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ จำนวน 31 ราย พบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวไปในทิศทางที่สูงขึ้น โดยจำแนกตามสถานะภาวะโภชนาการได้ดังนี้ กลุ่มภาวะโภชนาการปกติ: พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ "น้ำหนักเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์" จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 58.06) "น้ำหนักไม่เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์" จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 41.94) กลุ่มภาวะโภชนาการผิดปกติ: หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ “น้ำหนักเพิ่มขึ้นไม่ตามเกณฑ์” จำนวน 13 รายนั้น แบ่งเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ “ต่ำกว่าเกณฑ์” จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 23.07) และ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ “สูงกว่าเกณฑ์” จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 76.93) เมื่อเปรียบเทียบการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักในหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ พบว่าโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ มีผลต่อน้ำหนักในหญิงตั้งครรภ์ที่เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ปกติที่กำหนดไว้ (ค่า $t=6.45$, $p<0.001$) โดยสรุป ข้อมูลแสดงให้เห็นว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์อย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับพัฒนาการตามช่วงอายุครรภ์ อย่างไรก็ตาม การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวที่ค่อนไปทางกลุ่มภาวะโรคอ้วนและท้วม ละต่ำกว่าเกณฑ์นั้น ยังสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการให้คำแนะนำด้านโภชนาการที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง เพื่อรักษาสุขภาพของทั้งมารดาและทารกในครรภ์ สอดคล้องกับคู่มือคำอธิบายตัวชี้วัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์[8] ยังระบุว่า การประเมินภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์จำเป็นต้องพิจารณาการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวตามค่าดัชนีมวลกาย โดยใช้ตารางมาตรฐานและกราฟ Vallop Curve เป็นเกณฑ์ในการติดตาม ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการติดตามน้ำหนักตัวอย่างเป็นระบบในบริการฝากครรภ์ของประเทศไทย

4. เพื่อศึกษาการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ภายในระยะเวลาติดตาม ผลการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ทุกรายคิดเป็นร้อยละ 100.00 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์เกิดขึ้นภายในระยะเวลาที่ติดตามการศึกษา (ห้วง

12 สัปดาห์) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าหญิงตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาวะที่ดีและสามารถดูแลตนเองได้ตามคำแนะนำของโปรแกรมเป็นอย่างดี โดยในกระบวนการติดตามผลดังกล่าว ทางผู้วิจัยได้เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อมารดาและทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด ได้แก่ ภาวะครรภ์เป็นพิษ (Preeclampsia) ที่มีอาการความดันโลหิตสูงร่วมกับโปรตีนรั่วในปัสสาวะ, โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes) ซึ่งส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด, ภาวะโลหิตจางรุนแรง (Severe Anemia) ที่อาจทำให้เกิดภาวะอ่อนเพลียหรือตกเลือด, การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ (Urinary Tract Infection) รวมถึงภาวะรกเกาะต่ำ (Placenta Previa) ซึ่งเป็นภาวะที่อาจก่อให้เกิดการตกเลือดอย่างรุนแรง การไม่พบภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ในกลุ่มตัวอย่างจึงสะท้อนถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมในการส่งเสริมสุขภาพและการติดตามดูแลหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างครอบคลุมและเหมาะสม

5. **เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ในหญิงตั้งครรภ์** ความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ต่อโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ พบว่า ค่าเฉลี่ยรวมความพึงพอใจทั้งหมดอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ =3.87,SD=0.60) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจ แต่ละด้านได้แก่ ด้านเนื้อหาในการจัดกิจกรรม หัวข้อ “การได้รับประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมเรียนรู้” ($\overline{X}$ =4.17,SD=0.82) รองลงมา ด้านความรู้ความเข้าใจในการเรียนรู้ ในหัวข้อ “ส่งเสริมให้มีความรู้เพิ่มขึ้นและนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้” ($\overline{X}$ =4.15,SD= 0.83) และด้านรูปแบบการเรียนรู้ ในหัวข้อ “ความสะดวกเวลาในการเข้าเรียนรู้” ($\overline{X}$ = 3.94,SD=0.65) ทั้งยังได้ให้การสัมภาษณ์เพื่อเป็นประโยชน์พัฒนาโปรแกรม และพัฒนาระบบบริการหน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ ในอนาคต สอดคล้องกับการศึกษาของ สุจิรา ขวาแช้น[9] ได้พัฒนารูปแบบการดำเนินงานโรงเรียนพ่อแม่ในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ ศูนย์เด็กเล็ก ปฐมวัย และสถานศึกษาในเขตสุขภาพที่ 7 โดยชี้ให้เห็นว่าการดำเนินงานโรงเรียนพ่อแม่จำเป็นต้องมีความยืดหยุ่นตามบริบทหน่วยบริการ มีการใช้สื่อและกระบวนการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และควรออกแบบให้เชื่อมโยงกับระบบบริการจริงของพื้นที่ ซึ่งเป็นข้อสนับสนุนสำคัญต่อการพัฒนาโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ในหญิงตั้งครรภ์ให้เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลชุมชน และการศึกษาของทวารัตน์ พรหมเมศ และคณะ[10] ศึกษาเรื่องผลการให้ความรู้แบบออนไลน์และแบบปกติในโรงเรียนพ่อแม่ ต่อความรู้และการดูแลตนเองในหญิงตั้งครรภ์แรกการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้และการดูแลตนเองก่อนและหลังการให้ความรู้แบบออนไลน์ และเพื่อเปรียบเทียบผลต่างก่อนและหลังของคะแนนความรู้และการดูแลตนเองระหว่างการให้ความรู้แบบออนไลน์และแบบปกติในหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์ไม่เกิน 20 สัปดาห์ ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์จนครบอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ จำนวน 30 คน ผลวิจัยพบว่า หลังการให้ความรู้แบบออนไลน์ หญิงตั้งครรภ์มีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนให้ความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .05 ตามลำดับ นอกจากนี้ผลต่างก่อนและหลังของคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้แบบออนไลน์และการให้ความรู้แบบปกติไม่แตกต่างกัน วิธีการให้ความรู้แบบออนไลน์สามารถนำมาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ตลอดจนใช้เป็นทางเลือกสำหรับหญิงตั้งครรภ์ในการเรียนรู้เพื่อไปปรับใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองขณะตั้งครรภ์

โดยสรุป ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ ส่งผลต่อความรู้ ความตระหนักในการดูแล

ตนเองของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อส่งเสริมพัฒนาการบุตรในครรภ์ ทั้งนี้โปรแกรมยังได้มุ่งเน้นการส่งเสริมแรงสนับสนุนของครอบครัวในการให้กำลังใจต่อหญิงตั้งครรภ์ และการสนับสนุนการดูแลตนเองในทุกมิติสุขภาพ ทั้งนี้การติดตามหรือกระตุ้นเตือนด้วยสื่อสุขภาพผ่านระบบออนไลน์ ช่วยให้เกิดการสื่อสารที่เป็นปัจจุบัน ทั้งในแง่ของการติดตามและการเพิ่มเติมทักษะความรู้ตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์ได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดประสิทธิผลต่อการดำเนินงานคลินิกฝากครรภ์ได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ระดับนโยบาย (Policy Level)

1.1 ควรนำไปบรรจุเป็นเกณฑ์มาตรฐานของสถานบริการสุขภาพ โดยกำหนดให้ "โปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่" เป็นมาตรฐานการปฏิบัติงาน (Standard Operating Procedure: SOP) และเป็นตัวชี้วัดคุณภาพบริการฝากครรภ์ (ANC) ในระดับกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลทุกสังกัด

1.2 การสนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณอย่างยั่งยืน มีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนสื่อการสอน อุปกรณ์สาธิต และการพัฒนาศักยภาพบุคลากร (Capacity Building) อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้โรงเรียนพ่อแม่ดำเนินงานได้อย่างเป็นรูปธรรม ไม่เป็นภาระงานเสริมที่ขาดแคลนงบประมาณ

1.3 การสร้างเครือข่ายความร่วมมือระดับนโยบาย (Multisectoral Collaboration) โดยผลักดันนโยบายบูรณาการความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และผู้นำชุมชน เพื่อสนับสนุนการมีส่วนร่วมของสามีและครอบครัวในการเข้าร่วมโปรแกรม

2. ระดับปฏิบัติการ (Operational Level)

2.1 การปรับหลักสูตรให้เน้นผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Outcome-Based Curriculum) ได้แก่

ด้านโภชนาการและการควบคุมน้ำหนัก: พัฒนาฐานกิจกรรมที่ให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวเรียนรู้การคำนวณสารอาหารและการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม เพื่อควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากน้ำหนักน้อยหรือมากเกินไป

ด้านการดูแลตนเองและสังเกตอาการผิดปกติ: เพิ่มทักษะภาคปฏิบัติและการสังเกตสัญญาณเตือนภัยระหว่างตั้งครรภ์ เพื่อลดอัตราการเกิดความผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม

ด้านการส่งเสริมโลหิตวิทยา: โดยเน้นย้ำความรู้เรื่องการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กและอาหารบำรุงเลือด เพื่อรักษาค่าความเข้มข้นของเลือด (Hct) ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ป้องกันภาวะซีด

2.2 การยกระดับความพึงพอใจสู่การสร้างประสบการณ์เชิงบวก (Positive Pregnancy Experience) ทำการออกแบบบรรยากาศการเรียนรู้ให้มีความยืดหยุ่น เข้าถึงง่าย ใช้สื่อดิจิทัล (เช่น Infographic, VDO, แอปพลิเคชันติดตามการตั้งครรภ์) และเปิดโอกาสให้สามีหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วม เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการอย่างแท้จริง

2.3 การพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพ โดยร่วมกันพัฒนาทักษะการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม การให้คำปรึกษา (Counseling) และการจัดกระบวนการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (Adult Learning) ให้แก่พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขผู้ดำเนินรายการ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

เพื่อให้การดำเนินงานโรงเรียนพ่อแม่มีความก้าวหน้าและครอบคลุมมิติที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้น การศึกษาวิจัยในอนาคตควรดำเนินการในประเด็นดังต่อไปนี้:

1. การศึกษาติดตามผลระยะยาว (Longitudinal & Postpartum Outcome Studies) ควรขยายขอบเขตการติดตามผลต่อเนื่องไปยังระยะหลังคลอด (Postpartum

Period) และระยะทารกแรกเกิด เช่น น้ำหนักทารกแรกเกิดตามเกณฑ์ (Birth Weight), อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำเร็จ, ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และพัฒนาการของเด็กในขวบปีแรก

2. การศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบการจัดโปรแกรม (Comparative Effectiveness Research)ทำการศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างรูปแบบดั้งเดิม (On-site แบบเจอตัว) กับรูปแบบผสมผสาน (Blended Learning หรือ Hybrid) ที่ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีออนไลน์และสื่อสังคมออนไลน์ เพื่อดูว่ารูปแบบใดส่งผลต่อความรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และความพึงพอใจสูงสุดในบริบทสังคมปัจจุบัน

3. การศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อสะท้อนเสียงของผู้รับบริการและผู้ปฏิบัติงา(Qualitative Studies)ทำการศึกษาเชิงลึกผ่านการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) หรือการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ทั้งจากฝั่งหญิงตั้งครรภ์ สามี และบุคลากรผู้สอน เพื่อค้นหาอุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และความต้องการที่แท้จริงที่แบบสอบถามเชิงปริมาณอาจยังเข้าไม่ถึง

เอกสารอ้างอิง

1. อภิญญา สารภักดิ์. (2568). ผลของโปรแกรมให้ความรู้โรงเรียนพ่อแม่ผ่านสื่อออนไลน์ในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 18(2), 135-147. เข้าถึงจาก: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v18i2.2025.274164.
2. ลัดดา ดีอันกอง, ศิริวรรณ สงจันทร์,และอธิษฐาน สารินทร์. (2567). ผลของการใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบเชิงรุกในโรงเรียนพ่อแม่สำหรับหญิงตั้งครรภ์ คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น*, 16(3), 119-129. เข้าถึงจาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/johpc7/article/view/272322
3. House, J. S. (1981). Work stress and social support. Addison-Wesley. From: https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=3707098
4. สินี กะราลัย และ จารุรัตน์ ศรีรัตนประภาส. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 26(1), 1-10. เข้าถึงจาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/116374.
5. กรมอนามัย. (2568). *คู่มือโรงเรียนพ่อแม่ (เล่ม 1-4: หญิงตั้งครรภ์ไตรมาส 1-3 และการปฏิบัติตัวหลังคลอด)*. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
6. สุรางรัตน์ โฆษิตธนสาร, วิไลลักษณ์ ปิยะจินดานนท์, นงเยาว์ นิลคง, และอริสา มาสระรักษ์. (2563). ประสิทธิผลของโปรแกรมการสอนโรงเรียนพ่อแม่ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ในหญิงตั้งครรภ์แรก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น*, 13(1), 74-87.
7. ภัทรนิษฐ์ ไกรโสภา. (2566). พัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กที่คลินิกฝากครรภ์ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยโสธร. ยโสธรเวชสาร, 25(3), 91–102. เข้าถึงจาก: https://he04.tci-thaijo.org/index.php/hciyasohos/article/view/699.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. (2565). คู่มือคำอธิบายตัวชี้วัดสำหรับการควบคุม กำกับ ติดตามและการประเมินผลการดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์.
9. สุจิรา ขวาแซ้น. (2567). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานโรงเรียนพ่อแม่ในสถานบริการสาธารณสุข ทุกระดับศูนย์เด็กเล็กปฐมวัยและสถานศึกษาในเขตสุขภาพที่ 7. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, *17*(1), 83–97. สืบค้นจาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/266257.
10. ทวารัตน์ พรหมเมศ,อรวรรณ จันทร์เต็ม,กิตติพร เนาว์สุวรรณ และ นภชา สิงห์วีรธรรม. (2565). ผลการให้ความรู้แบบออนไลน์และแบบปกติในโรงเรียนพ่อแม่ ต่อความรู้และการดูแลตนเองในหญิงตั้งครรภ์แรก. ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์, 12(1), 122–135. สืบค้นจาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin/article/view/255272

การพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนโดยกลไกศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ เพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย: กรณีศึกษาอำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

The Development of a Road Safety Management Model Through the Mechanism of the District Road Safety Operation Center to Enhance the Participation of Local Administrative Organizations and Partner Networks: A Case Study of Mueang Surin District, Surin Province.

(Received: August 11,2026 ; Revised: August 15,2026 ; Accepted: August 19,2026)

จรูญ ดวงพร[1]
Jaroon Duangporn[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) วิเคราะห์บริบท ปัญหา และช่องว่างของกลไกการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ และ (2) พัฒนาและประเมินผลรูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไก ศปถ.อำเภอ ด้านพฤติกรรมการขับขี่ ทัศนคติ ประสิทธิภาพของกลไก และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่อำเภอเมืองสุรินทร์ ดำเนินการ 1 วงรอบตามวงจร PAOR ของ Kemmis และ McTaggart เป็นระยะเวลา 6 เดือน เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ให้ข้อมูลหลัก 15 คน และการสนทนากลุ่มด้วยกระบวนการ ORID ร่วมกับข้อมูลเชิงปริมาณจากกลุ่มเป้าหมายก่อน-หลังดำเนินมาตรการ กลุ่มละ 341 คน (รวม 682 คน) และกลุ่มปฏิบัติการ 40 คน วิเคราะห์ด้วย Independent Samples t-test, Paired t-test และ Two-proportion Z-test

ผลการวิจัยพบว่าช่องว่างสำคัญของกลไกเดิม ได้แก่ การขาดระบบข้อมูลเชิงพื้นที่ การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง ข้อจำกัดด้านทรัพยากรของ อปท. และการขาดกลไกบูรณาการระหว่างภาคีเครือข่าย นำไปสู่การพัฒนารูปแบบฉบับสมบูรณ์ 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) กลไก ศปถ.อำเภอเป็นแกนกลางอำนวยการ (2) ระบบข้อมูลอุบัติเหตุและสารสนเทศ (3) กลไกการมีส่วนร่วมโดยมี อปท. เป็นแกนหลัก และ (4) ระบบติดตามประเมินผลตามวงจร PAOR โดยปรับบทบาทให้ อปท. เป็นเจ้าภาพหลักระดับตำบล ขณะที่ ศปถ.อำเภอปรับเป็นหน่วยสนับสนุนเชิงนโยบาย ผลการทดลองใช้พบว่าคะแนนพฤติกรรมและทัศนคติความปลอดภัยทางถนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เช่นเดียวกับประสิทธิภาพของกลไก ศปถ.อำเภอ และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ($p < 0.001$) สัดส่วนการมีใบอนุญาตขับขี่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ผลต่างร้อยละ 27.0, $p < 0.001$) และสัดส่วนการเกิดอุบัติเหตุในรอบ 6 เดือนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ผลต่างร้อยละ 5.1, $p = 0.046$)

คำสำคัญ: ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ การมีส่วนร่วม

Abstract

This action research aimed to (1) analyze the context, problems, and gaps in district-level road safety management mechanisms, and (2) develop and evaluate a road safety management model using the District Road Safety Operation Center (DRSOC) mechanism, in terms of driving behavior, attitudes, DRSOC effectiveness, and network partner participation in Mueang Surin District. The study was conducted over one cycle of the Kemmis and McTaggart PAOR cycle over six months. Qualitative data were collected from 15 key informants and focus group discussions using the ORID method, together with quantitative data from target groups before and after the intervention (341 per group; 682 total) and a 40-member action group, analyzed using Independent Samples t-test, Paired t-test, and Two-proportion Z-test.

Key gaps in the existing mechanism included the lack of an area-based information system, discontinuous operations, resource constraints among local administrative organizations (LAOs), and the absence of integrated coordination among network partners. These findings led to the development of a comprehensive Final Model

[1] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

comprising four components: (1) the DRSOC mechanism as the central coordinating hub linking all sectors, (2) an accident data and information system for decision-making, (3) a participation mechanism led by LAOs at the area level, and (4) a continuous monitoring and evaluation system based on the PAOR cycle, in which LAOs assumed the lead role at the sub-district level while the DRSOC shifted to a policy-support function. Following implementation, road safety behavior and attitude scores increased significantly ($p < 0.001$), as did DRSOC effectiveness and network participation ($p < 0.001$). Driving license possession increased significantly (difference 27.0%, $p < 0.001$), while accidents over a 6-month period (February-July 2025 vs. 2026) decreased significantly (difference 5.1%, $p = 0.046$).

Keywords: District Road Safety Operation Center, Action Research, Participation

บทนำ

อุบัติเหตุทางถนนเป็นวิกฤตการณ์ด้านสาธารณสุขระดับโลกที่ส่งผลกระทบต่อภาระโรค (Burden of Disease) อย่างรุนแรงและต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานว่าจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนทั่วโลกเพิ่มขึ้นจาก 1.25 ล้านคนเป็น 1.35 ล้านคนในช่วงสามปีที่ผ่านมา และคาดการณ์ว่าอาจสูงถึง 2.4 ล้านคนต่อปีภายในปี พ.ศ. 2573 หากไม่มีมาตรการเชิงรุกที่เพียงพอ[1] ด้วยเหตุนี้ องค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN) จึงได้บรรจุการลดการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนลงครึ่งหนึ่งภายใน พ.ศ. 2573 ไว้ในกรอบ "ทศวรรษที่สองแห่งความปลอดภัยทางถนน" ภายใต้เป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) เป้าหมายที่ 3.6[2] สำหรับประเทศไทย สถานการณ์ยังคงอยู่ในระดับวิกฤต โดยไทยมีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงเป็นอันดับ 9 ของโลก และสูงสุดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้[3, 4] แม้ภาพรวมจะมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย แต่จำนวนผู้เสียชีวิตยังคงสูงเฉลี่ยกว่า 17,000 รายต่อปี หรือราว 25–27 คนต่อประชากรแสนคน[1] ในปีงบประมาณ 2567 (ตุลาคม 2566–มิถุนายน 2567) มีผู้บาดเจ็บ 462,629 ราย และเสียชีวิต 6,720 ราย กลุ่มที่ได้รับบาดเจ็บมากที่สุดคือวัยรุ่นและวัยทำงานอายุ 10–39 ปี โดยมีสาเหตุหลักจากพฤติกรรมเสี่ยงที่ป้องกันได้ ได้แก่ การดื่มสุราแล้วขับขี่ การไม่สวมหมวกนิรภัย และการขับรถเกินความเร็วที่กำหนด [5, 6] ในระดับเขตสุขภาพที่ 9 ซึ่งครอบคลุมจังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ ปัญหายังคงรุนแรงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ โดยในปีงบประมาณ 2567 มีผู้บาดเจ็บสะสม 32,924 ราย และเสียชีวิต 427 ราย จังหวัดที่มีผู้บาดเจ็บสูงสุดคือนครราชสีมา (11,401 ราย) รองลงมาคือสุรินทร์ (8,331 ราย) ชัยภูมิ (6,682 ราย) และบุรีรัมย์ (6,510 ราย) อัตราการเสียชีวิตต่อประชากรแสนคนสูงสุดในจังหวัดนครราชสีมา (7.19) ตามด้วยสุรินทร์ (6.95) กลุ่มอายุที่ได้รับบาดเจ็บมากที่สุดคือวัยรุ่นอายุ 10–19 ปี และวัยทำงานอายุ 20–29 ปี โดยรถจักรยานยนต์เป็นยานพาหนะที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุกว่าร้อยละ 80[7] ในพื้นที่อำเภอเมืองสุรินทร์ ซึ่งเป็นศูนย์กลางการคมนาคมและเศรษฐกิจของจังหวัดสุรินทร์ สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนสะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงที่น่าวิตกอย่างยิ่ง ข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2566–2568 (ถึงเดือนพฤศจิกายน) พบว่าจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจาก 59 ราย ในปี พ.ศ. 2566 เป็น 80 ราย ในปี พ.ศ. 2567 คิดเป็นอัตราเพิ่มขึ้นร้อยละ 35.59 แม้ในปี พ.ศ. 2568 จะมีแนวโน้มลดลงเหลือ 37 ราย (ลดลงร้อยละ 53.75) แต่ยังพบจุดเสี่ยงใหม่ในเดือนที่ไม่ใช่ช่วงเทศกาลหลัก เช่น เดือนกันยายนและพฤศจิกายน สาเหตุหลักของการเสียชีวิตคือการขับรถเร็วเกินกำหนด (ร้อยละ 54.5) และการหลับใน (ร้อยละ 27.3) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์บนถนนทางหลวงสายหลักในช่วงวัยทำงาน[8]

แม้ว่าพื้นที่อำเภอเมืองสุรินทร์จะมีกลไกเชิงสถาบัน เช่น ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) และคณะกรรมการพัฒนา

คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อนงานด้านนี้อยู่แล้ว แต่จากการวิเคราะห์เชิงระบบพบว่า การดำเนินงานส่วนใหญ่ยังคงเป็น "เชิงรับ" กล่าวคือ มุ่งรณรงค์เฉพาะช่วงเทศกาล ขาดการบูรณาการข้อมูลอุบัติเหตุระหว่างหน่วยงาน (ตำรวจ สาธารณสุข และท้องถิ่น) และยังไม่มีเครื่องมือกลางที่เชื่อมโยงการทำงานระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) กับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ได้อย่างเป็นรูปธรรม [9, 10] นอกจากนี้ ขั้นตอนการสังเกตการณ์ และสะท้อนผล ซึ่งเป็นหัวใจของวงจรการจัดการคุณภาพแบบมีส่วนร่วม (PAOR) [11] ยังขาดความเข้มแข็ง ส่งผลให้มาตรการในแต่ละรอบไม่สามารถปรับปรุงได้ตรงจุดกับสาเหตุหลักของการเสียชีวิต[12]ช่องว่างของความรู้ที่สำคัญซึ่งระบุได้จากการทบทวนวรรณกรรม คือ การขาดรูปแบบ (Model) ที่เป็นระบบในการเสริมสร้างบทบาทนำขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้สามารถเป็นเจ้าของพื้นที่และดำเนินมาตรการด้านความปลอดภัยทางถนนอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ทั้งที่ อปท. มีศักยภาพสูงสุดในการจัดการปัญหาเชิงพื้นที่[5] แม้งานวิจัยหลายชิ้นจะพิสูจน์แล้วว่าแนวทางการบูรณาการเชิงพื้นที่โดยใช้กลไกระดับอำเภอร่วมกับวงจร PAOR มีประสิทธิผลสูงในการลดความรุนแรงของอุบัติเหตุ[13, 14] แต่ยังขาดการพัฒนารูปแบบที่สามารถปฏิบัติได้จริงในบริบทของอำเภอเมืองในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ด้วยเหตุผลดังกล่าว การวิจัยครั้งนี้จึงมีความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไก ศปถ.อำเภอ เป็นแกนกลาง และบูรณาการแนวคิดการจัดการคุณภาพแบบมีส่วนร่วมผ่านวงจร PAOR เพื่อเสริมสร้างบทบาทนำขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายให้ดำเนินงานได้อย่างมีระบบ ต่อเนื่อง และยั่งยืน โดยคาดว่าผลลัพธ์ของการวิจัยจะก่อให้เกิดต้นแบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิผล และสามารถขยายผลสู่พื้นที่อื่นที่มีบริบทและความเสี่ยงในลักษณะเดียวกันต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์บริบท ปัญหา และช่องว่างของกลไกการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ ทั้งในมิติของบทบาท ศปถ.อำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และภาคีเครือข่าย ในพื้นที่
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ เพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย
3. เพื่อทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนที่พัฒนาแล้ว ในด้านพฤติกรรมการขับขี่และการป้องกันอุบัติเหตุ การรับรู้และทัศนคติด้านความปลอดภัยทางถนน ประสิทธิภาพของกลไก ศปถ.อำเภอ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมความปลอดภัยทางถนนในพื้นที่อำเภอเมืองสุรินทร์

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart[11] ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติการ (Act) การสังเกตการณ์ (Observe) และการสะท้อนผล (Reflect) ดำเนินการในพื้นที่อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

ประชากร ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ครอบคลุม 2 กลุ่มหลัก ตามลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้แก่กลุ่มที่ 1 ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดการความปลอดภัยทางถนน ในพื้นที่อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ และกลุ่มที่ 2 ประชาชนผู้ใช้ยานพาหนะในพื้นที่นำร่อง ที่สัญจรบนเส้นทางในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ อบต.นอกเมือง อบต.เทนมีย์ อบต.สวาย และอบต.เพี้ยราม อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ในช่วงระยะเวลาที่ดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้กำหนดกลุ่มตัวอย่างตามบทบาทในวงจร PAOR แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) จำนวน 15 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection) จากผู้แทนหน่วยงานที่ครอบคลุมมิติด้านนโยบาย การปฏิบัติการ กฎหมาย และโครงสร้างพื้นฐาน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์ ปลัดอำเภอฝ่ายป้องกัน ผู้กำกับสถานีตำรวจภูธร หัวหน้าสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ ผู้ปฏิบัติการ ศปถ.อำเภอเมืองสุรินทร์ ผู้ปฏิบัติการ ศปถ.อบต.สวาย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจาก รพ.สต. 2 แห่ง ตำรวจจราจร เจ้าหน้าที่เทศบาล/อบต. 4 แห่ง และเจ้าหน้าที่แขวงทางหลวง กลุ่มนี้มีหน้าที่ให้ข้อมูลเชิงลึกเพื่อวิเคราะห์บริบทและปัญหา รวมถึงร่วมพัฒนาและสะท้อนผลรูปแบบในระยะวางแผน (Plan) และสะท้อนผล (Reflect)

กลุ่มที่ 2 กลุ่มปฏิบัติการ (Action Group) จำนวน 40 คน คัดเลือกแบบเจาะจงจากบุคลากรที่รับผิดชอบการนำรูปแบบไปใช้จริง ประกอบด้วย คณะกรรมการและผู้ปฏิบัติงาน ศปถ.อำเภอเมืองสุรินทร์ ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ อปท. 4 แห่ง (อบต.นอกเมือง อบต.เทนมีย์ อบต.สวาย และ อบต.เพี้ยราม) ผู้รับผิดชอบงานจราจร เจ้าหน้าที่เวชทะเบียนและอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลสุรินทร์ บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต. 4 แห่ง นายช่างจากแขวงทางหลวงและแขวงทางหลวงชนบทสุรินทร์ อาสาสมัครกู้ชีพ/กู้ภัย และตัวแทนภาคีเครือข่ายในพื้นที่ กลุ่มนี้ทำหน้าที่ทดลองใช้รูปแบบและเก็บข้อมูลในระยะปฏิบัติการ (Act) และสังเกตการณ์ (Observe)

กลุ่มที่ 3 กลุ่มเป้าหมายประเมินผลลัพธ์ แบ่งเป็น 2 กลุ่มอิสระ (ก่อน-หลังดำเนินมาตรการ) คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรเปรียบเทียบสัดส่วน 2 กลุ่มอิสระ โดยใช้อัตราการสวมหมวกนิรภัยฐาน P1 = 0.53[15] และคาดว่าเพิ่มเป็น P2 = 0.61[16] ตามแนวโน้มงานวิจัยที่ใช้กลไกพื้นที่ลักษณะเดียวกัน ที่ความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาดตัวอย่าง 293 คนต่อกลุ่ม ปรับเพิ่มอัตราสูญหายร้อยละ 15 เป็น 345 คนต่อกลุ่ม เก็บข้อมูลโดยการสังเกตและสำรวจ ณ จุดจราจรหนาแน่น 2–3 จุดต่อ อบต. ครอบคลุมช่วงเช้า กลางวัน เย็น ด้วยวิธีสุ่มแบบบังเอิญตามค่า K (อัตราการสัญจรต่อชั่วโมงหารด้วยโควตาที่ต้องการเก็บ)[17] เพื่อลดอคติจากผู้สำรวจ เนื่องจากไม่สามารถติดตามผู้ขับขี่คนเดิมได้ จึงวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มก่อนและหลังแบบอิสระจากกัน

เครื่องมือและการทดสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือและอุปกรณ์ภาคสนาม ใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ภาคสนาม 3 ประเภท ได้แก่ (1) เครื่องบันทึกภาพและเสียงดิจิทัล เพื่อบันทึกกิจกรรมการประชุมเชิงปฏิบัติการ การสนทนากลุ่ม และการสังเกตพฤติกรรมผู้ขับขี่ สำหรับนำไปถอดความและวิเคราะห์เชิงเนื้อหาในระยะสะท้อนผล (2) แบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมผู้ขับขี่ (Observation Checklist) และแบบฟอร์มบันทึกสถิติอุบัติเหตุจากหน่วยงานในพื้นที่ เพื่อวิเคราะห์แนวโน้มและจุดเสี่ยงทางถนน และ (3) เครื่องบันทึกพิกัด GPS เพื่อระบุตำแหน่งจุดเสี่ยงและจัดทำแผนที่ความเสี่ยง (Risk Mapping) ของอำเภอเมืองสุรินทร์

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้เครื่องมือเก็บข้อมูล 4 ชนิด ดังนี้

(1) แบบสอบถามพฤติกรรมและทัศนคติผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ เป็นแบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 3 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา) ตอนที่ 2 พฤติกรรมการขับขี่และการป้องกันอุบัติเหตุ และตอนที่ 3 การรับรู้และทัศนคติด้านความปลอดภัยทางถนน โดยตอนที่ 2 และ 3 ใช้มาตรประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) แปลผลคะแนนเฉลี่ยตามเกณฑ์ 5 ระดับของ Best[18] ตั้งแต่ระดับน้อยที่สุด (1.00–1.50) ถึงระดับมากที่สุด (4.51–5.00) เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured Interview) ณ จุดสังเกตการณ์ใน 4 อบต. นำร่อง

(2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 10 คำถามปลายเปิด ใช้เก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key

Informants) ในกลไก ศปถ.อำเภอเมืองสุรินทร์ ครอบคลุมประเด็นการดำเนินงานในอดีต ปัญหาอุปสรรค และแนวทางพัฒนากลไกการมีส่วนร่วมระหว่างภาคี

(3) แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม ออกแบบตามหลัก ORID Method ครอบคลุม 4 ประเด็น ได้แก่ การสะท้อนสถานการณ์จริง (Objective) ความคิดเห็นและประสบการณ์ (Reflective) การตีความและหาทางออก (Interpretative) และการตัดสินใจร่วม (Decision) ใช้ในเวทีประชุมเชิงปฏิบัติการ กลุ่มละ 12–15 คน เพื่อสังเคราะห์และพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนน

(4) แบบประเมินผลการดำเนินงานของรูปแบบ จำนวน 20 ข้อ (Likert Scale 5 ระดับ) แบ่งเป็นส่วนที่ 1 ประเมินประสิทธิภาพกลไก ศปถ.อำเภอ 10 ข้อ และส่วนที่ 2 ประเมินระดับการมีส่วนร่วมของภาคีและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความปลอดภัยทางถนน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 100 คะแนน แปลผลเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับต่ำ (ต่ำกว่า 20 คะแนน) ถึงระดับดีมาก (81–100 คะแนน)

3. การตรวจสอบและทดสอบเครื่องมือ เครื่องมือทุกชนิดผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านความปลอดภัยทางถนน สาธารณสุขชุมชน และระเบียบวิธีวิจัย จากนั้นทดสอบความเชื่อมั่น พฤติกรรมการขับขี่และการป้องกันอุบัติเหตุ และการรับรู้และทัศนคติด้านความปลอดภัยทางถนน และแบบประเมินผลการดำเนินงานของรูปแบบ กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงในพื้นที่เทศบาลตำบลกังแอน อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ที่ 0.82 0.84 และ 0.88 ตามลำดับ นอกจากนี้ ผู้วิจัยจัดอบรมผู้ช่วยวิจัยก่อนเก็บข้อมูลจริง และใช้การสังเกตซ้ำในบางจุดเพื่อควบคุมมาตรฐานการวัดภาคสนาม รวมทั้งตรวจทานการถอดเทปโดยผู้วิจัยร่วมเพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลเชิงคุณภาพ

ขั้นตอนการวิจัย

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ (ธันวาคม 2568-มกราคม 2569)

ผู้วิจัยดำเนินการ 3 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ (1) คัดเลือกพื้นที่นำร่อง 4 อบต. (อบต.นอกเมือง อบต.เทนมีย์ อบต.สวาย และอบต.เพี้ยราม) และศึกษาข้อมูลพื้นฐานด้านสถิติอุบัติเหตุ พฤติกรรมเสี่ยง และโครงสร้างการบริหารจัดการ ศปถ.อำเภอ จากฐานข้อมูลของสำนักงานตำรวจภูธรอำเภอเมืองสุรินทร์และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (2) ประสานงานและขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากหน่วยงานหลัก ได้แก่ ศปถ.อำเภอเมืองสุรินทร์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ อบต.นำร่อง และสถานีตำรวจ พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์และบทบาทของแต่ละภาคี และ (3) จัดประชุมเบื้องต้นกับทีมร่วมวิจัยเพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ วงจร PAOR และเตรียมเครื่องมือวิจัยที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัยและประเมินผล (กุมภาพันธ์–กรกฎาคม 2569)

ดำเนินการตามวงจร PAOR 4 ขั้นตอน 1 วงรอบ ระยะเวลารวม 6 เดือน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) 4 สัปดาห์ ศึกษาบริบทและวิเคราะห์สถานการณ์เชิงลึกผ่านการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มกับภาคีหลัก ได้แก่ ตำรวจ รพ.สต. อบต. และผู้นำชุมชน เพื่อระบุปัจจัยเสี่ยงและอุปสรรค จากนั้นสังเคราะห์ข้อมูลและจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อระดมความคิดเห็นของภาคีในการออกแบบองค์ประกอบของรูปแบบ ครอบคลุมกลไกการบริหารงาน ศปถ.อำเภอ บทบาทของ อปท. ระบบเชื่อมโยงข้อมูลอุบัติเหตุ และระบบติดตาม–สะท้อนผล แล้วจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) สำหรับพื้นที่นำร่อง 4 อบต.

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Act) 8 สัปดาห์ ดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการในพื้นที่นำร่อง ทั้งการรณรงค์ขับขี่ปลอดภัย การตรวจตราความเร็วร่วมระหว่าง อปท. และตำรวจ และการแก้ไขจุดเสี่ยงทางกายภาพ โดยมี ศปถ.อำเภอ เป็นแกนกลางในการกำกับ ติดตาม และบันทึกผลอย่างต่อเนื่อง พร้อมจัด

เวทีมีส่วนร่วมของภาคี เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และปรับแผนระหว่างรอบ

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observe) 8 สัปดาห์ ทีมวิจัยลงพื้นที่สังเกตการดำเนินงานตามแผนและบันทึกผลจริง เก็บข้อมูลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้ขับขี่ก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม ได้แก่ อัตราการสวมหมวกนิรภัย ความเร็วเฉลี่ย และจำนวนอุบัติเหตุ พร้อมประเมินประสิทธิภาพกลไก ศปถ. อำเภอ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพร่วมกันเพื่อสะท้อนผลเบื้องต้น

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflect) 4 สัปดาห์ จัดเวทีสะท้อนผล กับภาคีทุกภาคส่วน เพื่อสรุปผลลัพธ์ ความสำเร็จ อุปสรรค และแนวทางปรับปรุงรูปแบบ จากนั้นสังเคราะห์ผลและถอดบทเรียน เพื่อจัดทำรูปแบบฉบับสมบูรณ์ (Final Model) และนำเสนอต่อคณะกรรมการ ศปถ.อำเภอ พชอ. และหน่วยงานในจังหวัด เพื่อพิจารณาขยายผลไปยังพื้นที่อื่นในจังหวัดสุรินทร์

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์เชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนาสำหรับข้อมูลทั่วไป สถิติเชิงอนุมาณวิเคราะห์ด้วย Independent T-test และ Paired-T test และใช้ Two-proportion Z-test สำหรับเปรียบเทียบความแตกต่างของสัดส่วนระหว่างสองกลุ่มอิสระ (เช่น สัดส่วนการมีใบอนุญาตขับขี่และการเกิดอุบัติเหตุ) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยการจัดหมวดหมู่ข้อมูล สังเคราะห์ประเด็นสำคัญ และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation)

จริยธรรมการวิจัย

เค้าโครงวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เลขที่ COA No.175/2568 วันที่ 30 ธันวาคม 2568

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์บริบท ปัญหา และช่องว่างของกลไกการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ

อำเภอเมืองสุรินทร์มีพื้นที่ 1,066.26 ตารางกิโลเมตร แบ่งเป็น 20 ตำบล 290 หมู่บ้าน ประชากร 253,901 คน เป็นศูนย์กลางเศรษฐกิจและการคมนาคมของจังหวัด มีทางหลวงสายหลัก (ทล.214 และ ทล.226) ตัดผ่าน และมีสถานีตำรวจภูธรรับผิดชอบ 5 แห่ง สภาพภูมิประเทศที่หนาแน่นในเขตเทศบาลแตกต่างจากเขตรอบนอกที่เป็นชนบท ส่งผลต่อรูปแบบความเสี่ยงอุบัติเหตุที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 15 คน และการสนทนากลุ่มภาคีเครือข่าย สามารถสังเคราะห์ผลได้ 4 ประเด็น ดังนี้ (1) สถานการณ์อุบัติเหตุยังอยู่ในระดับรุนแรง ปี 2567 พบอุบัติเหตุ 42 ครั้ง เสียชีวิต 43 ราย บาดเจ็บอย่างน้อย 15 ราย ผู้ประสบเหตุส่วนใหญ่เป็นเพศชายวัยทำงาน (20–59 ปี) และเกี่ยวข้องกับรถจักรยานยนต์กว่าร้อยละ 70 สาเหตุหลักคือการใช้ความเร็วเกินกำหนด การดื่มแอลกอฮอล์ก่อนขับขี่ และการไม่สวมหมวกนิรภัย ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลว่า *"จุดเสี่ยงหลายแห่งยังเป็นจุดเดิมที่เกิดอุบัติเหตุซ้ำทุกปี โดยเฉพาะบริเวณทางแยกและจุดกลับรถ"* (KI-08) (2) ศปถ.อำเภอมีโครงสร้างชัดเจนแต่ขาดการขับเคลื่อนเชิงรุก มีนายอำเภอเป็นประธานและมีภาคีจากทุกภาคส่วน แต่การดำเนินงานยังกระจุกอยู่ในช่วงเทศกาลสำคัญ ขาดการติดตามและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพื้นที่อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับที่ผู้ให้ข้อมูลระบุว่า *"ข้อมูลมีอยู่หลายหน่วยงาน แต่ยังไม่มีระบบกลางที่เชื่อมโยงข้อมูลเพื่อใช้วิเคราะห์และตัดสินใจร่วมกัน"* (KI-05) (3) อปท. เป็นกลไกสำคัญระดับพื้นที่แต่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร แม้มีบทบาทสนับสนุนงบประมาณปรับปรุงจุดเสี่ยง และรณรงค์ในชุมชน แต่ยังขาดแคลนงบประมาณ บุคลากร และองค์ความรู้ด้านวิชาการ ทำให้การดำเนินงานไม่ครอบคลุมทั่วถึง และ (4) ภาคีเครือข่ายพร้อมมีส่วนร่วมแต่ขาดกลไกบูรณาการ หน่วยงานต่าง ๆ เช่น ตำรวจ โรงพยาบาลสาธารณสุข สถานศึกษา ผู้นำชุมชน และ อสม. ต่าง

ดำเนินงานตามภารกิจของตนแบบแยกส่วน ขาดเวทีกลางในการวิเคราะห์ปัญหาและติดตามผลร่วมกัน ดังที่ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า *"ชุมชนอยากมีส่วนร่วมมากกว่านี้ แต่บางครั้งไม่ทราบบทบาทของตนเองในกลไกการทำงาน"* (KI-14)

โดยสรุป ช่องว่างสำคัญของกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอเมืองสุรินทร์ ได้แก่ การขาดระบบข้อมูลเพื่อการตัดสินใจเชิงพื้นที่ การดำเนินงานของ ศปถ.อำเภอที่ไม่ต่อเนื่อง ข้อจำกัดด้านทรัพยากรของ อปท. และการขาดกลไกบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นข้อมูลฐานสำคัญสำหรับการพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอในระยะต่อไป

2. ผลการพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนโดยกลไกศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ เพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย

2.1 ขั้นเตรียมการและการกำหนดทิศทางร่วมกัน

ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์บริบทและช่องว่างเข้าสู่เวทีประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 40 คน เพื่อกำหนดทิศทางและสร้างวิสัยทัศน์ร่วม ผลการประชุมพบว่าปัญหาหลักไม่ได้เกิดจากการขาดหน่วยงานรับผิดชอบ แต่เกิดจากการขาดระบบเชื่อมโยงข้อมูล การประสานงานที่ไม่ต่อเนื่อง และ อปท. ยังไม่สามารถแสดงบทบาท "เจ้าของพื้นที่" ได้เต็มศักยภาพ ภาคีเครือข่ายร่วมกันระบุปัจจัยเสี่ยงหลัก ได้แก่ การไม่สวมหมวกนิรภัย ขับเร็วเกินกฎหมาย ดื่มแล้วขับ ขับขี่โดยไม่มีใบอนุญาต และจุดเสี่ยงที่ยังไม่ได้แก้ไข จึงกำหนดเป้าหมายร่วมลดปัจจัยเสี่ยงในพื้นที่นำร่อง 4 ตำบล (นอกเมือง เทนมีย์ สวาย เพี้ยราม) นำไปสู่ร่างรูปแบบ 4 องค์ประกอบ คือ (1) ศปถ.อำเภอเป็นศูนย์กลางบริหารจัดการ (2) ระบบข้อมูลอุบัติเหตุและวิเคราะห์เชิงพื้นที่ (3) กลไกการมีส่วนร่วมของ อปท. และภาคีเครือข่าย และ (4) ระบบติดตามและสะท้อนผลต่อเนื่อง ซึ่งได้รับความเห็นชอบจากทุกภาคส่วนก่อนนำไปทดลองใช้

2.2 การพัฒนารูปแบบตามวงจร PAOR 1 วงรอบ

ขั้นที่ 1 การวางแผน (Plan) ผู้วิจัยนำข้อมูลสถานการณ์พื้นที่มาเป็นฐานในการกำหนดทิศทางร่วมกับภาคีเครือข่าย ผ่านกระบวนการตั้งคำถามแบบ ORID ซึ่งบูรณาการข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มเข้าสู่เวทีระดมสมอง ผลการวิเคราะห์ชี้ว่ามูลเหตุสำคัญของอุบัติเหตุเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยง (ไม่สวมหมวกนิรภัย ขับเร็ว) ผนวกกับการขาดความต่อเนื่องของ ศปถ.อำเภอ ภาคีเครือข่ายจึงร่วมออกแบบโครงสร้างใหม่ โดยเน้น การเปลี่ยนผ่านบทบาท ให้ อปท. ชุมชน และภาคประชาสังคมเป็น "เจ้าของพื้นที่" หลัก ขณะที่ ศปถ.อำเภอปรับเป็นหน่วยสนับสนุนเชิงนโยบาย พร้อมจัดทำแผนปฏิบัติการบูรณาการร่วมกับสาธารณสุข ตำรวจขนส่งทางบก และ อปท. และกำหนดกิจกรรมเร่งด่วน (Quick Win) 3 ประการ ได้แก่ (1) จุดตรวจร่วม ตำรวจ-อปท. บริเวณจุดเสี่ยง (2) รณรงค์สวมหมวกนิรภัยในชุมชนและสถานศึกษา และ (3) ประชุมติดตามผล ศปถ.อำเภอเป็นประจำทุกเดือน

ขั้นที่ 2 การปฏิบัติการ (Act) ดำเนินการต่อเนื่อง 8 สัปดาห์ ในพื้นที่นำร่อง 4 ตำบล (นอกเมือง เทนมีย์ สวาย เพี้ยราม) โดย ศปถ.อำเภอกำกับติดตามระดับนโยบาย ขณะที่ อปท. เป็น "เจ้าภาพหลัก" บริหารจัดการพื้นที่ของตน พร้อมเสริมศักยภาพด้านการวิเคราะห์จุดเสี่ยงและออกแบบมาตรการเชิงพื้นที่ มีการตั้งจุดตรวจควบคุมความเร็วร่วมตำรวจ-อปท. ตามพิกัดเสี่ยง และดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงเชิงรุกเพื่อส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัยผ่านเสียงตามสาย ป้ายเตือนภัย และเครือข่ายผู้นำชุมชน/อสม. อย่างต่อเนื่องตลอดทั้งปี ไม่จำกัดเฉพาะช่วงเทศกาล พร้อมจัดเวทีสะท้อนผลระหว่างรอบ เป็นระยะเพื่อถอดบทเรียนและปรับแผน

ขั้นที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observe) ผลการลงพื้นที่และสัมภาษณ์ตัวแทนคณะกรรมการพบว่าเครือข่ายมีพัฒนาการด้านการประสานงานและ

บูรณาการชัดเจนทั้งระดับบริหารและปฏิบัติการ จนตกผลึกเป็นรูปแบบที่มีองค์ประกอบหลัก 4 ด้าน ดังนี้

(1) การมีส่วนร่วมและการสอดส่อง ผ่านระบบ 3 ด่าน (ครอบครัว-ชุมชน-บังคับใช้กฎหมาย) พบว่า เครือข่ายได้วางกลไกเฝ้าระวังเป็นชั้น ๆ โดยด่านครอบครัวทำหน้าที่ตักเตือนพฤติกรรมเสี่ยงก่อนออกจากบ้าน ด่านชุมชนอาศัยผู้นำชุมชนและ อสม. สอดส่องพฤติกรรมการขับขี่ในพื้นที่ และด่านบังคับใช้กฎหมายดำเนินการผ่านจุดตรวจร่วมตำรวจ-อปท. ตามจุดเสี่ยงที่คัดเลือกจากข้อมูลอุบัติเหตุ ทำให้เกิดการเฝ้าระวังต่อเนื่องตลอดระยะ 6 เดือนที่ดำเนินการวิจัย ไม่จำกัดเฉพาะช่วงเทศกาลเหมือนรูปแบบเดิม โดยพื้นที่นำร่องทั้ง 4 ตำบลกำหนดให้มีจุดตรวจร่วมตำรวจ-อปท. ตำบลละ 1 จุด ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครอบคลุมหมู่บ้านเครือข่ายเฝ้าระวังที่มีจุดเสี่ยงรวม 20 หมู่บ้าน โดยเฉพาะบริเวณโรงเรียนและตลาดชุมชนมีการจัดเวรอำนวยความสะดวกด้านการจัดระบบจราจรทุกวัน โดยใช้บุคลากรจาก อปท. และผู้นำชุมชนในพื้นที่เป็นกำลังหลัก

(2) การรณรงค์และการรับรู้ มุ่งกลุ่มเยาวชนผ่าน อสม. และสื่อชุมชน กิจกรรมรณรงค์ปรับเปลี่ยนจากรูปแบบเดิมที่ดำเนินการเป็นครั้งคราวตามฤดูกาลเทศกาล (เช่น ช่วงสงกรานต์ ปี 2569) มาเป็นการสื่อสารความเสี่ยงเชิงรุกและต่อเนื่อง โดยใช้เสียงตามสาย ป้ายเตือนภัย และเครือข่ายผู้นำชุมชน/อสม. เป็นช่องทางหลัก เน้นกลุ่มเยาวชนซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงในพื้นที่ ส่งผลให้เกิดความตระหนักรู้และการปรับพฤติกรรมสวมหมวกนิรภัยในวงกว้างขึ้น ตลอดระยะ 6 เดือนที่ดำเนินการวิจัยมีกิจกรรมรณรงค์ในสถานศึกษาและชุมชนทั้ง 4 ตำบลเป้าหมายรวม 4 ครั้ง มีผู้เข้าร่วมสะสม 1,112 คน และผลิตสื่อ/ป้ายรณรงค์การสวมหมวกนิรภัยรวม 20 ชิ้น

(3) นวัตกรรมและวิศวกรรมจราจร (เนินชะลอความเร็ว ตีเส้นจราจร ป้ายเตือน ไฟส่องสว่าง) ในพื้นที่นำร่อง 4 ตำบล มาตรการทางวิศวกรรมจราจรถูกออกแบบให้สอดคล้องกับจุดเสี่ยงที่วิเคราะห์จากข้อมูลพิกัด GPS และสถิติอุบัติเหตุย้อนหลังของแต่ละ อบต. มิได้ติดตั้งแบบเหมารวมทั้งพื้นที่ แต่คัดเลือกจุดที่มีความหนาแน่นของชุมชนหรือประวัติอุบัติเหตุซ้ำเป็นลำดับแรก สะท้อนการทำงานร่วมกันระหว่าง อปท. เจ้าของพื้นที่กับทีมวิจัยในการแปลข้อมูลเป็นมาตรการเชิงพื้นที่ที่สอดคล้องกับข้อบัญญัติงบประมาณของแต่ละ อบต. ผลการดำเนินการตลอดระยะ 6 เดือนที่ดำเนินการวิจัย พบว่า อบต.เทนมีย์และ อบต.สวาย ได้รับการติดตั้งป้ายเตือนมากที่สุด (10 ป้าย เท่ากัน) สอดคล้องกับข้อมูลจุดเสี่ยงสะสมในพื้นที่ ขณะที่ อบต.นอกเมืองมีการตีเส้นจราจรมากที่สุด (5 จุด) ซึ่งสัมพันธ์กับลักษณะถนนสายหลักที่ตัดผ่านชุมชนหนาแน่นได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการดำเนินมาตรการนวัตกรรมและวิศวกรรมจราจรในพื้นที่นำร่อง จำแนกรายตำบล

อบต.	เนินชะลอความเร็ว	ตีเส้นจราจร	ป้ายเตือน	ไฟส่องสว่าง
นอกเมือง	2 จุด	5 จุด	6 ป้าย	2 จุด
เทนมีย์	2 จุด	4 จุด	10 ป้าย	1 จุด
สวาย	3 จุด	4 จุด	10 ป้าย	1 จุด
เพี้ยราม	3 จุด	1 จุด	6 ป้าย	1 จุด
รวม	**10 จุด**	**14 จุด**	**32 ป้าย**	**5 จุด**

(4) การทบทวนและติดตาม ผ่านระบบฐานข้อมูลเชื่อมโยงโรงพยาบาล-ตำรวจ-อปท. พร้อมคืนข้อมูลกลับสู่ชุมชน เครือข่ายพัฒนากลไกเชื่อมโยงข้อมูลอุบัติเหตุระหว่างหน่วยเวชระเบียนโรงพยาบาลสุรินทร์ สถานีตำรวจภูธร และ อปท. ให้สามารถวิเคราะห์แนวโน้มและจุดเสี่ยงร่วมกันได้ทันเหตุการณ์มากขึ้น แทนที่ต่างฝ่ายต่างเก็บข้อมูลแบบแยกส่วนดังในอดีต พร้อมทั้งจัดเวทีคืนข้อมูลสู่ชุมชนเพื่อให้ อปท. และภาคประชาชนรับทราบสถานการณ์และร่วมปรับมาตรการอย่างต่อเนื่อง โดยตลอดระยะ

6 เดือนที่ดำเนินการวิจัย มีการจัดประชุม/เวทีคืนข้อมูลสู่ชุมชนรวม 2 ครั้ง เฉลี่ย 1 ครั้งต่อ 3 เดือน

โดยสรุป ผลการสังเกตการณ์ทั้ง 4 องค์ประกอบสะท้อนให้เห็นว่าเครือข่ายสามารถแปลงกลไกความร่วมมือเชิงโครงสร้างที่ออกแบบไว้ในขั้นวางแผนและปฏิบัติการ ให้กลายเป็นผลลัพธ์เชิงประจักษ์ที่จับต้องได้ทั้งในมิติการเฝ้าระวัง การสื่อสารความเสี่ยง การปรับปรุงกายภาพถนน และระบบข้อมูล ซึ่งเป็นฐานสำคัญสู่การประเมินผลเชิงพฤติกรรมและทัศนคติในขั้นถัดไป

ผลการประเมินด้านพฤติกรรมและทัศนคติจากกลุ่มก่อนดำเนินมาตรการ และหลังดำเนินมาตรการ กลุ่มละ 341 คน (รวม 682 คน) พบว่าลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มก่อนและหลังดำเนินมาตรการมีลักษณะทางประชากรใกล้เคียงกัน โดยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 74.2 และ 75.7 ตามลำดับ) มีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน (37.0 ปี และ 37.6 ปี) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 55.3 และ 49.9) และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาทในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 82.4 และ 80.6) ส่วนตัวแปรที่มีความแตกต่างอย่างเห็นได้ชัดคือสัดส่วนการมีใบอนุญาตขับขี่ระหว่างกลุ่มก่อนและหลังดำเนินมาตรการ พบว่ากลุ่มหลังดำเนินมาตรการมีสัดส่วนผู้มีใบอนุญาตขับขี่สูงกว่ากลุ่มก่อนดำเนินมาตรการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความแตกต่างของสัดส่วนเท่ากับร้อยละ 27.0 (95% CI: 19.8 ถึง 34.2, $p < 0.001$) สำหรับการเกิดอุบัติเหตุในพื้นที่ในรอบ 6 เดือน (ก.พ. -ก.ค. ปี 2568 และ ปี 2569) พบว่ากลุ่มหลังดำเนินมาตรการมีสัดส่วนผู้เคยเกิดอุบัติเหตุน้อยกว่ากลุ่มก่อนดำเนินมาตรการ โดยมีความแตกต่างของสัดส่วนเท่ากับร้อยละ 5.1 (95% CI: 0.1 ถึง 10.1, $p = 0.046$) การเปรียบเทียบผลรูปแบบในด้านพฤติกรรมการขับขี่และทัศนคติด้านความปลอดภัยทางถนนของกลุ่มเป้าหมาย พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความปลอดภัยทางถนนของกลุ่มหลังดำเนินการสูงกว่ากลุ่มก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Diff. = 0.30, 95% CI: 0.22–0.39, $p < 0.001$) เช่นเดียวกับคะแนนเฉลี่ยทัศนคติด้านความปลอดภัยทางถนนที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Mean Diff. = 0.27, 95% CI: 0.15–0.38, $p < 0.001$) ดังตาราง ที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนด้านพฤติกรรมการขับขี่และทัศนคติด้านความปลอดภัยทางถนนของกลุ่มเป้าหมาย ก่อนและหลังดำเนินการ

ตัวแปรที่ประเมิน	Mean	S.D.	Mean diff.	95%CI	p-value
พฤติกรรมความปลอดภัยทางถนน					
ก่อนดำเนินการ	3.20	0.57	0.30	0.22, 0.39	0.001
หลังดำเนินการ	3.50	0.51			
ทัศนคติด้านความปลอดภัยทางถนน					
ก่อนดำเนินการ	3.33	0.80	0.27	0.15, 0.38	<0.001
หลังดำเนินการ	3.59	0.75			

การวิเคราะห์ประสิทธิภาพของกลไก ศปถ.อำเภอ การมีส่วนร่วมของภาคี ผู้วิจัยประเมินประสิทธิภาพของกลไก ศปถ.อำเภอ และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยใช้แบบประเมินผลการดำเนินงานของรูปแบบ กับกลุ่มปฏิบัติการ จำนวน 40 คน พบว่าหลังใช้รูปแบบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยด้านประสิทธิภาพของกลไก ศปถ.อำเภอ ด้านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และคะแนนรวมของรูปแบบ มีผลต่างคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนประสิทธิภาพของกลไก ศปถ.อำเภอ การมีส่วนร่วมของ

ภาคีเครือข่ายและการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมความปลอดภัยทางถนน ก่อนและหลังดำเนินการ

ตัวแปรที่ประเมิน	Mean	S.D.	Mean diff. of $\bar{d}$	95%CI	p-value
ประสิทธิภาพกลไก ศปถ.อำเภอ					
ก่อนดำเนินการ	3.07	0.18	0.73	0.70, 0.76	0.001
หลังดำเนินการ	3.80	0.18			
การมีส่วนร่วมภาคีและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม					
ก่อนดำเนินการ	3.21	0.19	0.71	0.68, 0.73	<0.001
หลังดำเนินการ	3.91	0.22			
คะแนนรวม (เต็ม 100)					
ก่อนดำเนินการ	62.80	2.40	14.30	13.9, 14.8	<0.001
หลังดำเนินการ	77.10	2.60			

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ สังเคราะห์ได้ 4 ประการ คือ (1) อปท. เป็นเจ้าภาพหลักระดับตำบล ทำให้งานต่อเนื่องกว่าการพึ่งพา ศปถ.อำเภอฝ่ายเดียว (2) การใช้ ORID Method ช่วยให้ภาคีเห็นภาพรวมปัญหาและบทบาทตนเองชัดเจนขึ้น (3) การประชุมติดตามผลสม่ำเสมอ ช่วยรักษาความต่อเนื่องไม่จำกัดเฉพาะช่วงเทศกาล และ (4) การมีส่วนร่วมของภาคีหลากหลายภาคส่วนตั้งแต่ขั้นวางแผน สร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วม

ขั้นที่ 4 การสะท้อนผล (Reflect) ได้ดำเนินการจัดเวทีสะท้อนผลร่วมกับภาคีเครือข่าย โดยใช้แนวคำถาม ORID พบว่า การมี อปท. เป็นเจ้าภาพหลักร่วมกับ ศปถ.อำเภอ ช่วยให้เกิดการบูรณาการข้อมูลและการตัดสินใจร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดด้านกำลังคนในการติดตามงานและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่ยังไม่เป็นระบบอัตโนมัติ ข้อค้นพบดังกล่าวนำไปสู่การปรับปรุงรูปแบบฉบับสมบูรณ์ ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) กลไก ศปถ.อำเภอ (2) ระบบข้อมูลอุบัติเหตุ (3) กลไกการมีส่วนร่วมโดยมี อปท. เป็นแกนหลัก และ (4) ระบบติดตามประเมินผลตามวงจร PAOR ก่อนนำเสนอต่อคณะกรรมการ ศปถ.อำเภอ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาขยายผลต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

ด้านบริบท ปัญหา และช่องว่างของกลไกการดำเนินงาน พบว่า ช่องว่างสำคัญของ ศปถ.อำเภอเมืองสุรินทร์ ได้แก่ การขาดระบบข้อมูลเพื่อการตัดสินใจเชิงพื้นที่ การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง ข้อจำกัดด้านทรัพยากรของ อปท. และการขาดกลไกบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายอย่างเป็นระบบ โดยมีรากฐานมาจากพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ขับขี่ เช่น การไม่สวมหมวกนิรภัยและการขับรถเร็วเกินกฎหมายกำหนด ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับศรีสมบูรณ์ คำผง[9] ในอำเภอเมืองศรีสะเกษ ที่พบว่าจุดอ่อนอยู่ที่การขาดการวิเคราะห์ข้อมูลและจุดเสี่ยงร่วมกัน รวมถึงงานของกรภัทร ขันไชย และกมล ไชยอามิตร[13] ในจังหวัดน่าน ที่ระบุว่าก่อนพัฒนากลไกหน่วยงานต่างๆ ดำเนินงานแยกส่วนขาดทิศทางร่วม สะท้อนว่าปัญหานี้เป็นปัญหาเชิงโครงสร้างที่พบทั่วไปในกลไก ศปถ.อำเภอหลายพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการอุบัติเหตุทางถนนอย่างยั่งยืนของศราวุฒิ เรือนฟั่น[4] ที่เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคี และงานของหนูแก้ว กองศรีมา[10] ที่มุ่งพัฒนารูปแบบป้องกันอุบัติเหตุระดับอำเภอเพื่ออุดช่องว่างดังกล่าว

ด้านการพัฒนารูปแบบเพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของ อปท. และภาคีเครือข่าย รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเน้นการ "เปลี่ยนผ่านบทบาท" ให้ อปท. เป็นเจ้าภาพหลักในระดับตำบล ส่วน ศปถ.อำเภอปรับเป็นหน่วยสนับสนุนเชิงนโยบาย ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ ร่วมเฝ้าระวัง ร่วมรณรงค์ ร่วมแก้ไข

ด้วยนวัตกรรม และร่วมทบทวนติดตามผล (รูปแบบ 4 ร่วม) โดยใช้วงจร PAOR ร่วมกับเครื่องมือ ORID Method ในการระดมความคิดเห็น ก่อให้เกิดมาตรการเชิงรุก เช่น การตั้งจุดตรวจร่วมตำรวจ อปท. และดึง อสม. มาสื่อสารความเสี่ยงต่อเนื่องตลอดปี ไม่จำกัดเฉพาะช่วงเทศกาล แนวทางนี้สอดคล้องกับกรภัทร ขันไชย และกมล ไชยอามิตร[13] ที่ใช้กลไก พชอ. ขับเคลื่อนชุมชนด้วยข้อมูลเป็นฐาน เบญจมาภรณ์ ศิริโสม[1] ที่ใช้ พชอ. จัดการอุบัติเหตุได้ผล ณภัทรพงษ์ หงษีทอง[19] ที่ใช้กลยุทธ์ 5ส. 5ช. เน้นการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน และปิยนุช ภิญโย และคณะ[5] ที่ยืนยันว่าความเข้มแข็งของชุมชนคือหัวใจของความยั่งยืน ถ้าชุมชนเป็นเจ้าของปัญหาจะช่วยลดอุบัติเหตุได้อย่างเป็นรูปธรรม เนื่องจาก อปท. ใกล้ชิดพื้นที่และตอบสนองปัญหาได้รวดเร็วกว่าหน่วยงานระดับอำเภอ เมื่อพิจารณาตามกรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัฟฮ็อป ซึ่งจำแนกการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ด้าน คือ การตัดสินใจ การดำเนินการ การรับผลประโยชน์ และการประเมินผล[20] พบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นครอบคลุมการมีส่วนร่วมครบทั้ง 4 ด้าน และสอดคล้องกับแนวคิดบันไดการมีส่วนร่วมของอาร์นสไตน์ ที่ระบุว่าการมีส่วนร่วมที่มีคุณภาพต้องยกระดับจากการรับนโยบายไปสู่ระดับหุ้นส่วน (Partnership)[21] ซึ่งการปรับบทบาทให้ อปท. เป็นเจ้าภาพหลักในงานวิจัยนี้สะท้อนการยกระดับการมีส่วนร่วมในลักษณะดังกล่าว

ผลการทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบ หลังทดลองใช้รูปแบบ คะแนนพฤติกรรมและทัศนคติด้านความปลอดภัยทางถนนของกลุ่มเป้าหมายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เช่นเดียวกับประสิทธิภาพของกลไก ศปถ.อำเภอและการมีส่วนร่วมของภาคีที่เพิ่มจากระดับดีเป็นดีถึงดีมาก สอดคล้องกับณภัทรพงษ์ หงษีทอง[19] ที่พบความรู้และพฤติกรรมขับขี่ปลอดภัยของแกนนำเยาวชนเพิ่มขึ้นมีนัยสำคัญ กิตติพงษ์ โพธิ์มาตย์[22] ที่พบการสวมหมวกนิรภัยในโรงเรียนเพิ่มขึ้นชัดเจน ศรีสมบูรณ์ คำผง[9] ที่ยืนยันว่ารูปแบบโดยคณะกรรมการ ศปถ.อำเภอช่วยยกระดับประสิทธิภาพการทำงาน และสกลวรรธน์ นะนวน[12] ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนส่งผลโดยตรงต่อความสำเร็จของนโยบาย ผลเชิงบวกนี้อธิบายได้จากหลักการของ PAOR ที่เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสะท้อนปัญหาด้วยตนเองในขั้นวางแผนและลงมือปฏิบัติเอง จึงเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของผลลัพธ์ สอดคล้องกับกรภัทร ขันไชย และกมล ไชยอามิตร[13] ที่ระบุว่าความเป็นหนึ่งเดียวของทีมงานที่มีเป้าหมายร่วมกันเป็นปัจจัยความสำเร็จสำคัญ อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จนี้ไม่ได้เกิดจากการเพิ่มงบประมาณหรือตั้งหน่วยงานใหม่ แต่เกิดจากการปรับโครงสร้างการมีส่วนร่วม ให้ อปท. และชุมชนเป็นแกนนำหลัก ขับเคลื่อนด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ และเปลี่ยนจากการเฝ้าระวังเฉพาะเทศกาลสู่การเฝ้าระวังต่อเนื่องตลอดปี ซึ่งยืนยันความเหมาะสมและประสิทธิผลของรูปแบบในบริบทอำเภอเมืองสุรินทร์ และมีศักยภาพขยายผลเป็นต้นแบบ (Role Model) สู่พื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรส่งเสริมให้ อปท. เป็นแกนหลักด้านความปลอดภัยทางถนนระดับพื้นที่ โดยสนับสนุนทรัพยากร บุคลากร และงบประมาณอย่างเหมาะสม พร้อมขยายมาตรการที่ได้ผลจากพื้นที่นำร่อง เช่น จุดตรวจร่วมตำรวจ-อปท. และบทบาท อสม. ในการสื่อสารความเสี่ยงต่อเนื่องตลอดปี ไปสู่ทุกตำบล
2. ควรใช้ ศปถ.อำเภอเป็นเวทีกลางติดตามและขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะประเด็นดื่มแล้วขับซึ่งยังไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ควรสนับสนุนให้ อปท. และผู้นำชุมชนในพื้นที่เสี่ยงสูงกำหนดมาตรการเชิงสังคมที่เข้มข้นขึ้น เช่น กติกาชุมชนหรือด่านครอบครัว ควบคู่กับการรณรงค์

เอกสารอ้างอิง

1. เบญจมาภรณ์ ศิริโสม.(2566). กระบวนการจัดการอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2566;8(4):781-7.
2. ภูทริยา มีอุสาห์.(2565). การพัฒนาแนวทางการตรวจสอบความปลอดภัยทางถนนสำหรับรถจักรยานยนต์ [วิทยานิพนธ์]. พิษณุโลก: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2565.
3. TDRI.(2566). รายงานการติดตามสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนในช่วง 2 ปี (พ.ศ. 2565 – 2566). กรุงเทพฯ: TDRI; 2566.
4. ศราวุฒิ เรือนฝั้น.(2566). กระบวนการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคีเพื่อการจัดการอุบัติเหตุบนท้องถนนอย่างยั่งยืน พื้นที่บ้านกุยเลอตอ ตำบลแม่จัน อำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก. วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข. 2566;1(2):114–25.
5. ปิยนุช ภิญโย, กิตติภูมิ ภิญโย, กล้วยไม้ ธิพรพรรณ, ประภัสศรี ชาวงษ์.(2565). การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. พยาบาลสาร มหาวิทยาลั ยเชียงใหม่. 2565;49(1):160-74.
6. มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.(2567). รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการศึกษาเพื่อกำหนดแนวทางการจัดทำ และการใช้ทางข้ามถนนปลอดภัย เพื่อยกระดับความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน. กรุงเทพฯ: กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน (กปถ.); 2567.
7. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา.(2567). รายงานสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนน เขตสุขภาพที่ 9 ปีงบประมาณ 2567 (ไตรมาศที่ 1 และ ไตรมาศที่ 3). นครราชสีมา: กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข; 2567.
8. ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอเมืองสุรินทร์.(2568). สรุปรายงานการประชุมถอดบทเรียนการดำเนินงาน ศปถ.อ.เมืองสุรินทร์ ; 1 ตุลาคม 2567 - 30 กันยายน 2568. สุรินทร์: ศปถ.อ.เมืองสุรินทร์; 2568.
9. ศรีสมบูรณ์ คำผง.(2564). การพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยในการจราจร โดยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม. 2564;1(2):72-86.
10. หนูแก้ว กองศรีมา.(2567). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ กรณีศึกษา อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี. จังหวัดอุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี; 2567.
11. Kemmis S, McTaggart R.(2005). Participatory Action Research: Communicative Action and the Public Sphere. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. The Sage handbook of qualitative research. 3rd ed. Washington DC: Sage Publications Ltd; 2005.
12. สกลวรรธน์ นะนวน.(2566). รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนในการขับเคลื่อนความปลอดภัยทางถนนตำบลเหนือคลอง อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่. วารสารบัณฑิตวิจัย พัฒนาและนวัตกรรม. 2566;1(2):15-28.
13. กรภัทร ขันไชย, กมล ไชยอามิตร.(2563). การพัฒนาความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย 6 อำเภอนำร่อง จังหวัดน่าน. จังหวัดน่าน: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน; 2563.
14. ประพัทธ์ ธรรมวงศา.(2567). การพัฒนารูปแบบความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการ ความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2567;9(1):51-62.
15. มูลนิธิไทยโรดส์.(2567). อัตราการสวมหมวกนิรภัยของผู้ใช้รถจักรยานยนต์ในประเทศ กรุงเทพฯ: หน่วยเฝ้าระวังและสะท้อนความปลอดภัยทางถนน THAIROADS; 2567 [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: https://trso.thairoads.org/statistic/helmet/provincial/283.
16. ธีรบูลย์ รัชตะวิมลรัตน์.(2568). การพัฒนารูปแบบการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนแบบบูรณาการโดยใช้กลไก พื้นที่ในจังหวัดศรีสะเกษ. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2568;10(5):337-51.
17. Institute of Transportation Engineers.(2016). Traffic engineering handbook. 7th ed. Hoboken, New Jersey: Wiley; 2016.
18. Best JW.(1977). Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs NJ: Prentice-Hall; 1977.
19. ณภัทรพงษ์ หงษีทอง.(2566). การพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสู่การเสริมสร้างความปลอดภัยทางถนนในชุมชนตำบลคำแมด อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข. 2566;1(2):1-15.

20. Cohen JM, Uphoff NT.(1980). Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. World Development. 1980;8(3):213-35.
21. Arnstein SR.(1969) A Ladder Of Citizen Participation. Journal of the American Institute of Planners. 1969;35(4):216-24.
22. กิตติพงษ์ โพธิ์มาตย์.(2564). การจัดการความปลอดภัยทางถนนโดยการมีส่วนร่วม กรณีศึกษาโรงเรียนเทศบาล 1 วัดเทพมงคล เทศบาลเมืองอำนาจเจริญ. วารสารสมาคมพัฒนาวิชาชีพการบริหารการศึกษาแห่งประเทศไทย (สพบท). 2564;3(2):11-20.

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร

Effects of Discharge Planning Program in the uncontrolled type 2 diabetes patients at Kut Bak Hospital, Sakon Nakhon Province.

(Received: August 20,2026 ; Revised: August 24,2026 ; Accepted: August 26,2026)

รุ่งราวรรณ์ การุญ[1]
Rungrawan Karoon [1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายตามกระบวนการ D-METHOD ต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน จำนวน 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง และโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายตามกระบวนการ D-METHOD วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบผลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 12.06 (S.D.=1.81) เป็น 17.67 (S.D.=2.17) คะแนน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-16.104, p=0.000) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจาก 41.46 (S.D.=5.30) เป็น 75.63 (S.D.=6.13) คะแนน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-24.256, p=0.000) และระดับน้ำตาลในเลือด (FPG) ลดลงจาก 389.80 (S.D.=81.343) เป็น 151.97 (S.D.=63.487) mg/dL แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t= 15.506, p=0.000)

คำสำคัญ: การวางแผนจำหน่าย, D-METHOD, โรคเบาหวานชนิดที่ 2, การดูแลตนเอง, ระดับน้ำตาลในเลือด

ABSTRACT

This quasi-experimental study aimed to examine the effects of a discharge planning program based on the D-METHOD process on knowledge, self-care behaviors, and blood glucose levels among patients with uncontrolled type 2 diabetes mellitus at Kut Bak Hospital, Sakon Nakhon Province. The participants were 30 patients with uncontrolled type 2 diabetes mellitus who were admitted to the inpatient ward. The research instruments included a diabetes knowledge questionnaire, a self-care behavior questionnaire, and a discharge planning program based on the D-METHOD process. Data were analyzed using descriptive statistics and a paired t-test to compare outcomes before and after the intervention.

The results showed that, after receiving the program, the participants' mean knowledge scores significantly increased from 12.06 (SD = 1.81) to 17.67 (SD = 2.17) (t = -16.104, p =0.000). The mean self-care behavior scores significantly increased from 41.46 (SD = 5.30) to 75.63 (SD = 6.13) (t = -24.256, p = 0.000). In addition, fasting plasma glucose (FPG) levels significantly decreased from 389.80 (SD = 81.343) to 151.97 (SD = 63.487) mg/dL (t = 15.506, p = 0.000).

Keywords: discharge planning, D-METHOD, type 2 diabetes mellitus, self-care, blood glucose level

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกุดบาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติของระบบเผาผลาญพลังงานในร่างกาย (Metabolic disease) ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ พบได้บ่อยที่สุดคือ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 มักพบในกลุ่มผู้ใหญ่ สาเหตุมาจากภาวะดื้ออินซูลิน โดยพบผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกประมาณ 422 ล้านคน และคาดว่าอีก 20 ปี ข้างหน้า จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงถึง 629 ล้านคน และพบการเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน 1.6 ล้านคนต่อปี[1] ปัญหาผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก ที่มีความชุกของโรคสูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยองค์การอนามัยโลกระบุว่าในปี 2030 จะมีประชากรเบาหวานเพิ่มเป็น 2 เท่า และจะเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนถึง 3.2 ล้านคน/ปี ซึ่งคิดเป็น 6 คนในทุก 1 นาที[2] ซึ่งสอดคล้องกับประเทศไทยที่พบผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 4.4 ล้านคน [3] และพบว่าแต่ละวันคนไทยมากกว่า 180 คนเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน ซึ่งพบอัตราการตาย เท่ากับ 23.7 ต่อแสนประชากรในปี 2560 และพบอัตราตายมากขึ้นเป็น 28.8 ต่อแสนประชากรในปี 2564 ส่วนอัตราผู้ป่วยในที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขด้วยโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2562 – 2563 เพิ่มขึ้นจาก 1,205.7 เป็น 1,436.4 ต่อแสนประชากร [4] และยังพบว่าอัตราตายและอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้น และมีแนวโน้มพบผู้ป่วยจำนวนมากขึ้นทุกปี

จากรายงานข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้สูงถึงร้อยละ 63.5 พบภาวะแทรกซ้อนทางไตมากที่สุดพบเป็นร้อยละ 9.0 ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการ รักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลร้อยละ 2.9 ซึ่งเกิดจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ร้อยละ 51.2 [5] จากสถิติข้อมูลดังกล่าว จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มที่จะพบผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทุกปี ส่งผลถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้นและการที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยปัญหาภาวะแทรกซ้อนเป็นส่วนใหญ่ บ่งบอกถึงการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยพบว่า มีหลายปัจจัยทั้งจากผู้ป่วยหรือจากระบบบริการสุขภาพที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ปัจจัยทางด้านผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยไม่ตระหนักและไม่เห็นถึงความสำคัญของการดูแลตนเองหรือไม่มีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง [6,7] หรือผู้ป่วยบางรายไม่สามารถนำความรู้มาปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตได้ ทั้งในเรื่องของการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย หรือรับประทานยาไม่ครบถ้วน ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ [8,9] จึงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตต่อไป ซึ่งสามารถป้องกันโดยการดูแลตนเองประกอบด้วยการออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ การควบคุมอาหาร [10,11,12]

จากการศึกษาทะเบียนประวัติผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโรงพยาบาลกุดบาก พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้ารับการรักษาอยู่ในอันดับ 1 ใน 5 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั้งหมด ระหว่างปี 2564-2566 และพบว่าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันเท่ากับร้อยละ 7.4, 6.4 และ 9.8 ตามลำดับ ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันซ้ำภายในปี ร้อยละ 27.3 , 18.7 และ 14.4 ตามลำดับ สาเหตุเนื่องมาจากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลตนเองทั้งด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการดูแลสุขภาพ ร้อยละ 92.4 ผู้วิจัยจึงได้จัดประชุมสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกหอผู้ป่วยใน เพื่อทบทวนระบบการดูแลผู้ป่วยพบว่าส่วนหนึ่งเกิดจากการวางแผนการจำหน่ายไม่ครอบคลุม บุคคลากรมีการปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายไม่ต่อเนื่องและขาดการประเมินผลที่ชัดเจน ประกอบกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานที่ผ่านมา พบว่าเป็นการพูดคุยหรือให้คำแนะนำสั้นๆตามปัญหา และให้ความรู้เกี่ยวกับ

แผนการรักษาหรือเหตุการณ์เฉพาะหน้าในวันจำหน่าย เช่น การมาพบแพทย์ตามวันนัด การรับประทานยาตามแผนการรักษา ยังขาดการประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน จึงส่งผลให้ผู้ป่วยได้กลับมานอนรักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ดังนั้นการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาลจึงมีความสำคัญ และเป็นวิธีการที่มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเหมาะสมและต่อเนื่องหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ทั้งด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพและเท้า และด้านการใช้ยา สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับใกล้เคียงภาวะปกติมากที่สุดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเพิ่มขึ้น นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข จึงได้ศึกษาผลของโปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน สามารถนำโปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยไปใช้ในการปฏิบัติงาน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ควบคุมระดับน้ำตาลได้ ส่งผลต่อการลดความเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน สนับสนุนการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลกุดบาก อำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่าย

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่าย

3. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่าย

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting plasma glucose)ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่าย ในโรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร ด้วยการศึกษาค้นคว้ารวบรวมข้อมูลจากแบบรายงาน แบบคัดกรองและผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตั้งแต่ปี 2566 – 2567 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในหอผู้ป่วยในด้วยโปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยใช้กระบวนการ D-METHOD

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลกุดบากหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า เกณฑ์การคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และนอนรับการรักษาในโรงพยาบาลแผนกหอผู้ป่วยใน

โรงพยาบาลกุดบาก ในระหว่างที่ดำเนินการศึกษาด้วยภาวะระดับน้ำตาลสูง (Hyperglycemia) รหัส ICD 10 คือ E11.10 หรือภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) ด้วยรหัส ICD 10 คือ E16.10 มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สามารถพูดคุยสื่อสารได้ อ่านหนังสือได้ และยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ กลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงขณะศึกษา อาทิเช่น โรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองไตวาย เป็นต้น หรือต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือเสียชีวิต หรือกลุ่มตัวอย่างถอนตัวออกจากการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคร่วม ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ประวัติของการเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ/สูง ระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting plasma glucose)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ โรค สาเหตุการเกิดโรคการรักษาและการดูแลตนเองของผู้ป่วย ใช้เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ [13] ข้อคำถาม 20 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมโดยใช้กรอบแนวคิดตามกระบวนการ D-METHOD

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทุกฉบับผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบสอบถามทั้งฉบับโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) และความครอบคลุมของเนื้อหา ผลการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแบบสอบถามทั้งฉบับของแบบสอบถาม ค่า IOC ที่ได้อยู่ระหว่าง 0.60 – 1.00 ทุกข้อ ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาในการดำเนินโปรแกรมวางแผนจำหน่ายจัดให้มีกิจกรรมในโปรแกรมแบ่งเป็น 4 ระยะ ใช้เวลา ครั้งละ 15-30 นาที ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 คือวันแรกที่นอนโรงพยาบาล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติแสดงความคิดเห็นต่อปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ต่อจากนั้นผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สาเหตุการเกิดโรค อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นหากผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี การดูแลตนเองและการมาตรวจตามนัด หลังจากนั้นผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันวางแผนการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ระยะรักษาช่วงแรก คือ วันที่ 2-3 ของการนอนโรงพยาบาล ดำเนินกิจกรรมตรวจสอบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามเพิ่มเติม พร้อมให้ข้อมูลในการเตรียมตัวในการดูแลตนเองหรือทำหัตการตามแผนการรักษา

ระยะรักษาช่วงหลัง คือ วันที่ 4-5 ของการนอนโรงพยาบาล ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมเช่นเดียวกับระยะรักษาช่วงแรก และให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยและญาติยังสงสัยและมีข้อคำถาม

ระยะฟื้นฟูหรือเตรียมกลับบ้าน ผู้วิจัยติดตามผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting plasma glucose) ของผู้ป่วย และประเมินความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยอีกครั้ง พร้อมทั้งเก็บรวบรวมข้อมูลหลังให้โปรแกรมวงแผนจำหน่ายตามแบบสอบถามความรู้ ให้กำลังใจและกล่าวคำชมเชยผู้ป่วยและญาติ หากผู้ป่วยและญาติมีข้อสงสัยในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านสามารถขอรับคำปรึกษาจากผู้วิจัยได้ทางโทรศัพท์ พร้อมทั้งแจ้งผู้ป่วยและญาติว่าผู้วิจัยจะขออนุญาตโทรศัพท์ติดตามอาการและติดตามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังจำหน่าย 1 เดือน พร้อมกับขอเบอร์โทรศัพท์ผู้ป่วยและญาติเพื่อติดต่อได้สะดวกมากขึ้น และแจ้งวันนัดพบแพทย์เพื่อติดตามการรักษาในครั้งถัดไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงค่าความถี่ (Frequency) และหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และผลของโปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ด้วยการเปรียบเทียบก่อน และหลังด้วยสถิติ Paired t-test

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร รหัสโครงการเลขที่ SNK REC 2026-007 วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2569

ผลการวิจัย

ลักษณะการของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.0 เพศชาย ร้อยละ 30.0 ส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปร้อยละ 56.7 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 60.0 จบระดับชั้นประถมศึกษาร้อยละ 86.7 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 60.0 มีโรคร่วม ร้อยละ 100.0 และโรคร่วมที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง ป่วยเป็นโรคเบาหวาน มากกว่า 20 ปี ร้อยละ 20.0 มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 46.8 และภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดคือภาวะแทรกซ้อนทางไต และระบบประสาทส่วนปลาย (เบาหวานขึ้นตา/เท้า) เท่ากันร้อยละ23.3 เคยมีประวัติระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ(Hypoglycemia) ร้อยละ 16.7 และเคยมีประวัติระดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ (Hyperglycemia) ร้อยละ 83.3 ส่วนด้านประวัติยาเบาหวานที่ได้รับพบว่าส่วนใหญ่ได้รับยาชนิดฉีด ร้อยละ 63.3 รองลงมาคือได้รับทั้งชนิดรับประทาน ร้อยละ 36.7 ตามลำดับ

ผลของโปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนได้รับโปรแกรมวางแผนการจำหน่ายพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.0 และมีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 40.0 และหลังได้รับโปรแกรมพบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 93.3 และมีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 6.7 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายเท่ากับ 12.06 คะแนน (S.D.=1.81) และค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังได้รับโปรแกรมเท่ากับ 17.67 คะแนน (S.D.= 2.17) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-16.104, p=0.000) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่าย

ตัวแปร	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		df	t-test	p
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
ความรู้	12.06	1.81	17.67	2.17	29	-16.104	0.000**

** p=0.000

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนได้รับโปรแกรมวางแผนการจำหน่ายพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.0 และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับต่ำ ร้อยละ 40.0 และหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายพบว่าส่วนใหญ่ยังคงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.7และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี ร้อยละ 33.3 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายเท่ากับ 41.46คะแนน (S.D.= 5.30) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายเท่ากับ 75.63 คะแนน (S.D.= 6.13) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-24.256,p=0.000) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่าย

ตัวแปร	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		df	t-test	p
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	41.46	5.30	75.63	6.13	29	-24.256	0.000**

** p=0.000

3. ระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมงของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (Fasting plasma glucose: FPG) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายเท่ากับ 389.80 mg% (S.D.= 81.343) และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง หลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายเท่ากับ 151.97 mg% (S.D.= 63.487) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t= 15.506, p=0.000) รายละเอียด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมงของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่าย

ตัวแปร	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		df	t-test	p
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
*FPG	389.80	81.343	151.97	63.487	29	15.506	0.000**

*FPG(Fasting Plasma Glucose)=ระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง, ** p=0.000

สรุปและอภิปรายผล

1. ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่าย ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-16.104, p=0.000) สอดคล้องกับการศึกษาของฉวีวรรณ นัยวัฒน์[14] ที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจาหน่ายฯ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการวางแผนจาหน่ายและ กลุ่มตัวอย่างมีระดับของ HbA1c น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการวางแผนจาหน่าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับ ภัคภิญญา ใจดีและวิไลวรรณ พรหมจรรย์[15] ที่ศึกษาพบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายเบาหวานต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ตึกอายุรกรรมหญิง 2 โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนครกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองและพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่าย ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-24.256, p=0.000) สอดคล้องกับการศึกษาของธีรภาพ เสาทองและคณะ[16] ที่พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และยังสอดคล้องกับของศิริมา มณีโรจน์[17] ที่ศึกษาพบว่าการวางแผนจำหน่ายโดยการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจะทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันที่ต้องทำให้ผู้ป่วยกลับมานอนรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ รวมถึงรัตนา นิลเลื่อมและคณะ[18] พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมากว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting plasma glucose) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่าย ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=15.506, p=0.000) สอดคล้องกับการศึกษาของกนกวรรณ ด้วงกลัดและคณะ[19] ที่พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความตระหนักรู้ในโรคเบาหวาน ทักษะการจัดการตนเองและพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ยค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ของกลุ่มทดลองลดลงจากก่อนการทดลองและลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกับการศึกษาของณิชกานต์ ลาภะ[20] ที่พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังหลังได้รับโปรแกรมมากว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และส่วนค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร โดยใช้รูปแบบ D-METHOD เป็นการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยและญาติ มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านการควบคุม อาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพและเท้า และด้านการใช้ยา นำไปสู่การมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเหมาะสมและต่อเนื่องหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ใน

ระดับใกล้เคียงภาวะปกติมากที่สุดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการบริหารทางการพยาบาล: ควรนำโปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เสนอต่อผู้บริหารทางการพยาบาลและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล เพื่อให้เห็นความสำคัญและนำไปวางแผนประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยสำหรับโรคเรื้อรังอื่นๆและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไปตลอดจนขยายผลให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล: ควรมีการประเมินและตรวจสอบการปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายเป็นระยะเพื่อกระตุ้นให้ทีมสหวิชาชีพมีการปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นวัฒนธรรมการบริการขององค์กร

3. ด้านการวิจัย: ควรมีการศึกษาวิจัยในระยะยาวถึงผลลัพธ์ของโปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยใช้การตรวจระดับน้ำตาลสะสม(HbA1C)รวมถึงการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำด้วยภาวะระดับน้ำตาลสูงหรือต่ำ เพื่อเป็นการยืนยันว่าโปรแกรมวางแผนจำหน่ายที่จัดทำขึ้นมีประสิทธิภาพจริงหรือไม่อย่างไร

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation (IDF). World Diabetes Day campaign messages in 2017; [cited April 2024]. Available from: http://www.diabetesatlas.org/.
2. World Health Organization. Diabetes[Internet]. January, 2025 [Retrieved January 20th, 2025]. Available from https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1
3. สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา สยามบรมราชกุมารี. รายงานสถานการณ์โรคเบาหวาน พ.ศ. 2563 [Internet]. มกราคม 2568 [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2568]. แหล่งข้อมูล http://www.dmthai.org
4. กองโรคไม่ติดต่อ. จำนวนและอัตราตายด้วย 5 โรคไม่ติดต่อในปี 2560 -2564 (จำนวนและอัตราตายด้วย 5 โรคไม่ติดต่อ) [Internet]. กันยายน 2568 [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2568]. แหล่งข้อมูล http://thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14480&tid=32&gid=1-020
5. ราม รังสินธุ์และคณะ. รายงานฉบับสมบูรณ์การเก็บรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2และโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี 2561. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2561.
6. Klinchat R, Rachaniyom S, Namwong T,Rungnoei N, Thongma N. Promoting glycemic control through the philosophy of sufficiency economy among patients with diabetes mellitus.Journal of Phrapokklao Nursing 2018; 29(2):186-197. (in Thai).
7. Jerawatana R, Sirimon Reutrakul S, Siripitayakunkit A. The effect of advanced practice nurse-led intervention program onoutcomes in diabetes patients with complex problems. Ramathibodi Medical Journal 2018;24(1): 51-68. (in Thai).
8. Tripeud K, Malathum P, Hanprasitkam K, Visal Kantaratanakul V. A synthesis of research of exercise influencing glycemic control in personsฑwith type 2 diabetes. Ramathibodi Medical Journal 2010; 16(1): 259-78. (in Thai).
9. Usay P, Muangsom N, Payoon Kowit P. Factors associated with glycemic control among type 2 diabetes mellitus patients attending Tambon health promotion hospitals with in the Banphai Hospital's Catchment area Khon Kaen Province.KKU Journal for Public Health Research 2012;5(3): 11-20. (in Thai).

10. Black JM, Hawks JH. Medical-surgical nursing:Clinical management for positive outcomes (Vol. 1). In Keene AM. (Ed.). Saunders Elsevier; 2009.
11. Sroisong S, Rueankon A, Apichantramethakul K, Nunta N, Sukkaseam J. Perceived self-care behavior among patients with type 2 diabetes mellitus with poor glycemic control. Journal of Phrapokklao Nursing 2017; 28(2): 93-103. (in Thai).
12. Kraisai P, Pommala W. Factors Influencing to Self – Care Behaviors of Patients Diabetes mellitus. Journal of Mahamakut Graduate School (Humanities and Social Sciences 2017; 15(2):102-110. (in Thai)
13. สุปรียา เสียงดัง. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ าตาลไม่ได้. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2560, 4(1),191-204
14. ฉวีวรรณ นัยวัฒน์. ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับของ HbA1cในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน, 2566, 8(3), 946-954.
15. ภัคภิญญา ใจดีและวิไลวรรณ พรหมจรรย์. ผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายเบาหวานต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแล ตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ตึกอายุรกรรมหญิง 2 โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร. วารสาร อนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 2567, 9(3), 283-290.
16. ธีรภาพ เสาทอง, ปาหนัน พิชยภิญโญ และสุนีย์ ละกำปั่น. ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. วารสารวิจัยและการพยาบาล, 2563, 36(3), 19-32.
17. ศิริมา มณีโรจน์. ผลของโปรแกรมการดูแลและวางแผนจำหน่ายโดยใช้ IDEAL Model ต่อความรู้ ระดับน้ำตาลสะสม ความพร้อมในการจำหน่ายและอัตราการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาซับซ้อน. มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร, 2565, 6(1), 78-91.
18. รัตนา นิลเลื่อม, ดวงกมล วัตราดุล, พรทิพย์ สินประเสริฐ, กรองแก้ว ทรัพย์ประเสริฐ, ธิดารัตน์ ขาวเงินยวง และอรทัย บุญชูวงศ์. ประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 2564, 32(2), 202-215.
19. กนกวรรณ ด้วงกลัด, ปัญญารัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา, และณัฐกมล ชาญสาธิตพร. โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล 2563, 36(1), 66-82.
20. ณิชกานต์ ลาภะ. ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อ ความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและอัตรากลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลพังโคน. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 2566, 9(4), 161-170.

การพัฒนารูปแบบการระบุตัวตนผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในกระบวนการผ่าตัดเพื่อป้องกันอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อน ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลบรบือ

Developing a secure patient identification system for surgical procedures to prevent errors in the operating room at Borabue Hospital.

(Received: August 20,2026 ; Revised: August 25,2026 ; Accepted: August 27,2026)

ธัญญารัตน์ พันธฤทธิ์[1]
Thanyarat pantalid[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการระบุตัวตนผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในกระบวนการผ่าตัด เพื่อป้องกันอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในห้องผ่าตัด กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรห้องผ่าตัด จำนวน 17 ราย และผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด จำนวน 30 ราย ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคมถึงสิงหาคม พ.ศ. 2569 การวิจัยดำเนินการ 5 ขั้นตอน ได้แก่ การวิเคราะห์ปัญหา การออกแบบและพัฒนารูปแบบ การทดลองใช้รูปแบบ 2 ครั้ง การปรับปรุงรูปแบบ และการนำรูปแบบไปใช้จริง เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบประเมินความรู้ แบบประเมินการปฏิบัติ แบบบันทึกการระบุตัวตนผู้ป่วย และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า หลังการพัฒนารูปแบบ บุคลากรมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 6.47 (SD = 0.72) เป็น 9.17 (SD = 0.63) และคะแนนการปฏิบัติเพิ่มขึ้นจาก 6.94 (SD = 0.96) เป็น 9.05 (SD = 0.96) โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเรียกว่า **C4 Model** ภายหลังนำรูปแบบไปใช้จริงไม่พบอุบัติการณ์การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง และผิดตำแหน่ง บุคลากรมีความพึงพอใจต่อรูปแบบโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ: การระบุตัวตนผู้ป่วย, ความปลอดภัยของผู้ป่วย, กระบวนการผ่าตัด, C4 Model

Abstract

This action research aimed to develop and evaluate a safe patient identification model for surgical procedures to prevent operating room errors. The sample group consisted of 17 operating room personnel and 30 surgical patients. The research was conducted between March and August 2026. The research was carried out in five stages: problem analysis, model design and development, two pilot tests of the model, model refinement, and model implementation. The tools used included a knowledge assessment form, a practice assessment form, a patient identification record form, and a satisfaction assessment form. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and content analysis.

The results showed that after the model development, personnel's knowledge scores increased from a mean of 6.47 (SD = 0.72) to 9.17 (SD = 0.63), and their practice scores increased from 6.94 (SD = 0.96) to 9.05 (SD = 0.96), with statistically significant differences at the .05 level. The developed model is called the C4 Model. After the model was implemented, no incidents of wrong patient, wrong side, or wrong site surgery were detected. Personnel expressed the highest level of satisfaction with the overall model.

Keywords: Patient identification, Patient safety, Surgical process, C4 Model

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดนโยบายให้ทุกประเทศทั่วโลกให้ความสำคัญกับกระบวนการพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก ดังนั้นระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยจึงให้ความสำคัญกับคำว่าความปลอดภัยของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการได้รับอันตรายจากการใช้บริการสุขภาพ

[1] งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

พอล บราว นำนโยบายการจัดการความปลอดภัยมาใช้พัฒนาคุณภาพระบบบริการ เช่น กระตุ้นให้เกิดการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (Safety culture) การนำระบบพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) มาใช้ โดยโรงพยาบาลหลายแห่งได้พัฒนาให้กระบวนการจัดการความปลอดภัยครอบคลุมถึงการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ และส่งเสริมให้ผู้บริหารเกิดความตื่นตัวเกี่ยวกับความเสี่ยงในสถานบริการสุขภาพรวมทั้งความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากรด้านสุขภาพอีกด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาในข้อผิดพลาดตำแหน่ง (การผ่าตัดผิดข้าง) ทำให้ผิดคน (การผ่าตัดผู้ป่วยผิด) และการทำหัตถการผิดประเภท (การผ่าตัดผิดขั้นตอน) ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ไม่เคยมีเหตุการณ์) แต่ยังคงพบได้ทั่วโลก การศึกษาระดับสากลพิจารณาความลาดเคลื่อนในการระบุตัวตนของผู้ป่วยและการตรวจสอบอย่างละเอียดถึงจุดสังเกตที่ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยอย่างใดอย่างหนึ่งและระบบควบคุมการร้องร้องเน้นย้ำถึงความน่าเชื่อถือและการสูญเสียความเชื่อมั่นต่อระบบการดูแลสุขภาพ[1]

ปัจจุบันแม้มีการนำการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยมาใช้ แต่ยังพบปัญหาที่เป็นผลกระทบจากการดูแลรักษาพยาบาลกับผู้ป่วยในประเทศที่พัฒนาแล้วมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือความไม่ปลอดภัยมากกว่าร้อยละ 80 เกิดจากความผิดพลาดของมนุษย์ ความล้มเหลวในทางปฏิบัติการจัดการความปลอดภัยและความล้มเหลวในการตัดสินใจ ส่วนใหญ่เกิดในห้องผ่าตัด ร้อยละ 41.0 – 74.1 ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทั้งหมด เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นดังกล่าวในห้องผ่าตัดส่วนใหญ่จะพบความเสี่ยง (risk) หรือผิดพลาดทางเทคนิค (technical error) เช่น ความผิดพลาดในการระบุตัวผู้ป่วย ความผิดพลาดในการผ่าตัดผิดตำแหน่ง ผิดคน ผิดประเภท และความผิดพลาดในวิธีการทำหัตถการ ดังนั้นการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยจึงพัฒนามาจากการบริหารความเสี่ยง โดยเป็นกระบวนการจัดการเพื่อป้องกันความผิดพลาดจากการดูแลผู้ป่วยของผู้บริหารองค์กรและบุคลากรในทีมสุขภาพทุกระดับโดยมีการค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของความผิดพลาด วิเคราะห์และจัดระบบที่ลดความรุนแรงของความเสียหายที่เกิดจากความผิดพลาด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ซ้ำ องค์กรความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับชาติ[2]

โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่ต้องรับผิดชอบการจัดบริการสาธารณสุขทั้งเชิงรุกและเชิงรับ มีการนำระบบการจัดการความปลอดภัยเข้ามาใช้ในการจัดการเพื่อการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย ในเรื่องการระบุตัวตนผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในกระบวนการผ่าตัดเพื่อป้องกันอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลบรบือ และโรงพยาบาลได้รับการประกันคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation) ระดับ 3 ในปี 2547 และมีการเยี่ยมสำรวจประเมินซ้ำ (Re -accreditation) เพื่อต่ออายุการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ครั้งที่ 6 ใน ปี 2568 จากสถานการณ์ที่ผ่านมางานห้องผ่าตัดมีการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งจากการทบทวนรายงานความไม่ปลอดภัยหรืออุบัติการณ์ความเสี่ยง 3 ปีย้อนหลังของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลบรบือ พบว่ามีการเกิดข้อผิดพลาดในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มารับการรักษาในห้องผ่าตัดเฉพาะโรคและห้องส่องกล้องทางเดินอาหารหรือลำไส้ใหญ่ ทำหัตถการผิดคนผิดหัตถการ คือ แพทย์ Set มาทำผ่าตัด Debridement แต่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) จำนวน 1 ราย จากปัญหาการเกิดข้อผิดพลาดนี้ในหน่วยงานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลบรบือจึงมีการรายงานความเสี่ยง ค้นหาสาเหตุของการเกิดข้อผิดพลาดและแก้ไขปัญหา โดยการทำ Root Cause Analysis (RCA)

ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน และนำเอามาตรฐานการพยาบาลตามเป้าหมายความปลอดภัย (Patient Safety Goals) ซึ่งอยู่ในรูปแบบของ Surgical Safety Checklist มาปรับใช้ในการดูแล ผู้ป่วยผ่าตัดตั้งแต่ปี 2568 อย่างไรก็ตามยังพบเหตุการณ์เกือบพลาด (nearly miss) ของการผ่าตัดผิดข้างเกิดขึ้นอีกกับผู้ป่วยจำนวนอีก 1 รายในปี 2569[3] ดังนั้นห้องผ่าตัดโรงพยาบาลบรบือ จึงวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้นอีกครั้ง พบว่าพยาบาลบางคนขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด 3 มาตรฐาน ได้แก่ มาตรฐานการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ระยะขณะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด[2] และยังพบว่าในด้านอัตรากำลังทดแทนของพยาบาลในการปฏิบัติงานมีไม่เพียงพอ ซึ่งถ้ามีการลาพักงานของพยาบาลเกิดขึ้นจะไม่มีอัตรากำลังทดแทนในการปฏิบัติงานของตำแหน่งนั้น หรือในกรณีที่จำเป็นจริง ๆ อาจมีอัตรากำลังปฏิบัติหน้าที่ทดแทนแต่ไม่ใช่พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในแผนกนั้น ๆ ส่งผลทำให้เกิดความผิดพลาดในงานบริการผ่าตัดได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการระบุตัวตนผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในกระบวนการผ่าตัดเพื่อป้องกันอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการผ่าตัด

2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยเปรียบเทียบอัตราความคลาดเคลื่อนก่อน และหลังดำเนินการ

2.1 ด้านบุคลากร เพื่อประเมินความรู้ การปฏิบัติเกี่ยวกับการระบุตัวตนผู้ป่วยในกระบวนการผ่าตัด และเพื่อประเมินความพึงพอใจของบุคลากรต่อรูปแบบที่พัฒนา

2.2 ด้านผู้ป่วย เพื่อศึกษาอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อน

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการระบุตัวตนผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในกระบวนการผ่าตัด เพื่อป้องกันอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการผ่าตัด โรงพยาบาลบรบือและเพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยเปรียบเทียบอัตราความคลาดเคลื่อนก่อนและหลังดำเนินการ โดยมีระเบียบวิธีการวิจัย ดังนี้

ขั้นที่ 1 การศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาของการดำเนินงาน ทำการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาในช่วงแรกของการดำเนินงานจากแบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นเกี่ยวกับ รูปแบบการระบุตัวตนผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในกระบวนการผ่าตัดเพื่อป้องกันอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในห้องผ่าตัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ผ่านการตรวจสอบเนื้อหาและโครงสร้างจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นกลุ่มเจ้าหน้าที่ในห้องผ่าตัด จำนวน 17 คน ได้แก่ พยาบาลประจำห้องและวิสัญญีพยาบาล รวม 17 คน นำมาวิเคราะห์ข้อมูลจัดเป็นหมวดหมู่ ดำเนินการช่วงเดือน มีนาคม พ.ศ. 2569

ขั้นที่ 2 การออกแบบและพัฒนารูปแบบการจัดบริการ เป็นการออกแบบและพัฒนากระบวนการทำงาน ผ่านการประชุมระดมสมองโดยนำข้อคำถามปลายเปิดตามกรอบแนวคิดทฤษฎีระบบเข้ามาประยุกต์ใช้ ได้แก่ ข้อมูลนำเข้า (input) เป็นข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 กระบวนการทำงาน (Process) ใช้แผนภูมิกระบวนการไหลของงาน (Flow chart) มาเป็นตัวกำหนดขั้นตอนตามลำดับก่อนหลัง และผลผลิต (output) วัดจากตัวชี้วัดที่กำหนดตามแบบจัดเก็บตัวชี้วัด กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากคณะกรรมการห้องผ่าตัด โรงพยาบาลบรบือ จำนวน 17 ราย หลังจากนั้นนำรูปแบบการจัดบริการที่พัฒนาขึ้นปรึกษาและผ่านผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน จนได้ฉันทามติจากผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน ดำเนินการช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2569

ขั้นที่ 3 การทดลองรูปแบบครั้งที่ 1 เริ่มดำเนินการตามรูปแบบการจัดบริการที่พัฒนาขึ้น ใช้ระยะเวลา 1 เดือน ติดตามปัญหาและผลการดำเนินงาน โดยใช้แบบประเมินการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด แบบบันทึก surgical safety checklist แบบบันทึกขณะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดใช้แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ในช่วงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2569 จำนวน 5 ราย

ขั้นที่ 4 การทดลองรูปแบบครั้งที่ 2 หลังจากใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น นำข้อปัญหาที่ได้มาปรับปรุงระบบบริการ โดยใช้การสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย บุคลากรห้องผ่าตัด ชุดเดิมจากขั้นตอนที่ 2 มาร่วมในการสนทนากลุ่ม รวมจำนวน 17 ราย ใช้เวลา 60 นาที โดยใช้คำถามปลายเปิดตามขั้นตอนการให้บริการและผลการจัดเก็บตัวชี้วัด หลังจากนั้นนำข้อมูลผลสรุปที่ได้ผ่านผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน จนได้ฉันทามติจากผู้เชี่ยวชาญทุกท่านและดำเนินการทดลองใช้รูปแบบครั้งที่ 2 หลังปรับปรุงใช้ระยะเวลาอีก 1 เดือนในการทดลองดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ในเดือนมิถุนายน พ.ศ.2569 จำนวน 5 ราย

ขั้นที่ 5 การนำรูปแบบไปใช้จริง เป็นการศึกษาผลลัพธ์การพัฒนา รูปแบบการระบุตัวตนผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในกระบวนการผ่าตัดเพื่อป้องกันอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในห้องผ่าตัด โดยใช้ระบบลงทะเบียนการทำผ่าตัด ใช้แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยแต่ละระยะของการผ่าตัด ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัดใช้แบบประเมินผู้ป่วยเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด แบบบันทึก surgical safety checklist ระยะขณะผ่าตัด ใช้แบบบันทึกระหว่างการผ่าตัด ระยะหลังการผ่าตัด ใช้แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อน แบบประเมินความพึงพอใจต่อบริการของงานห้องผ่าตัด ปรับปรุงมาจากแบบประเมินความพึงพอใจของกองการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด จำนวน 30 คน ในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2569 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2569 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติอนุมาน (inferential statistics) ได้แก่ Paired samples t-test

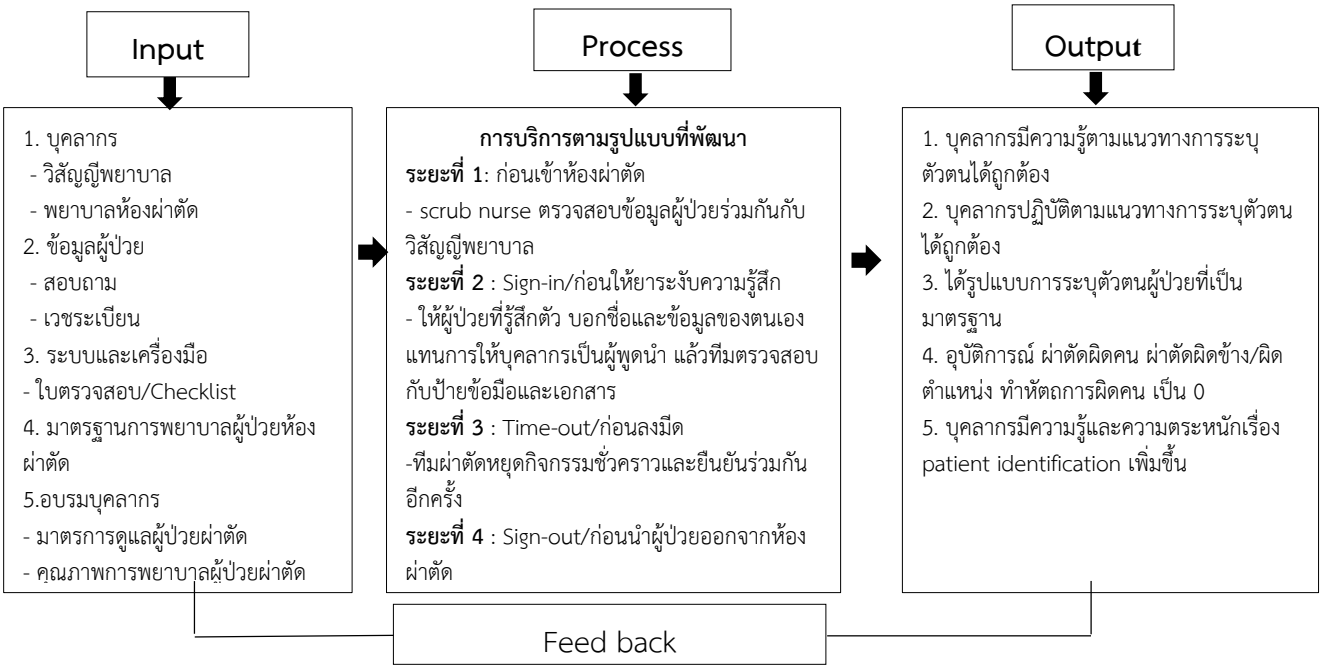
จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการขออนุญาตจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม เลขที่ 04/2569

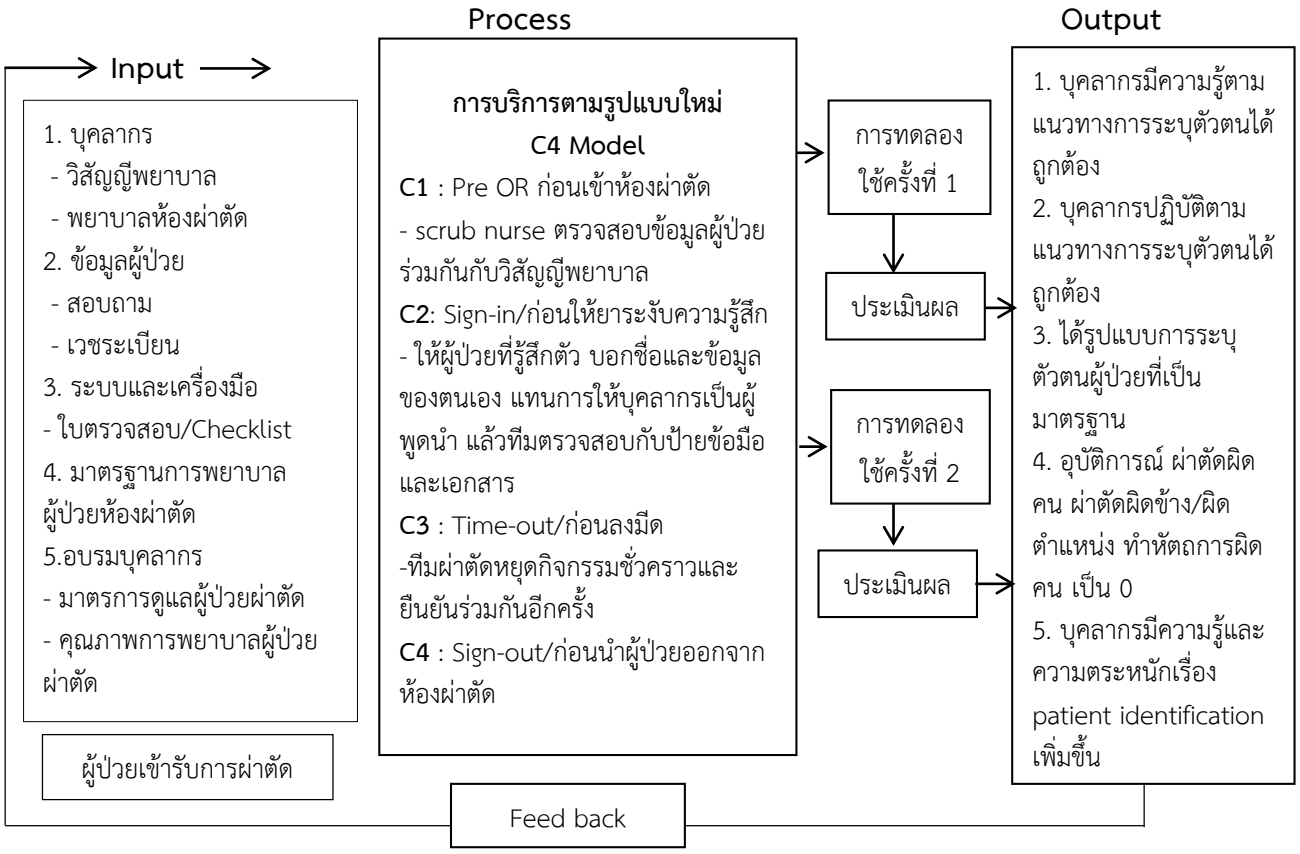
ผลการวิจัย

ผลการศึกษาขั้นที่ 1 จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการดำเนินงาน โดยมีผู้ให้สัมภาษณ์และแสดงความคิดเห็นทั้งสิ้น 17 คน ได้แก่ วิสัญญีพยาบาล จำนวน 6 คน พยาบาลประจำห้องผ่าตัด จำนวน 11 คน ผลการวิเคราะห์พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่เป็นพยาบาลจบใหม่และย้ายมาปฏิบัติงานใหม่ ไม่มีประสบการณ์ในการทำงานห้องผ่าตัดมาก่อน ขาดความตระหนักในการทำ Surgical safety checklist มีความเร่งรีบในการปฏิบัติงาน และไม่มีเข้าใจความสำคัญและความจำเป็นในการระบุตัวตนของผู้ป่วย

ผลการศึกษาขั้นที่ 2 การออกแบบและพัฒนารูปแบบการระบุตัวตนอย่างปลอดภัยในกระบวนการผ่าตัด นำปัญหาที่ได้จากขั้นที่ 1 เข้าสู่การระดมสมองเพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล กระบวนการทำงาน (Process) ใช้แผนภูมิกระบวนการไหลของงาน (Flow chart) (ภาพประกอบที่ 1)



ภาพประกอบที่ 1 การออกแบบและพัฒนารูปแบบการระบุตัวตนตามกรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ



ภาพที่ 2 รูปแบบการระบุตัวตนผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในกระบวนการผ่าตัด นำไปใช้จริง

ผลการศึกษาขั้นที่ 3 การทดลองรูปแบบครั้งที่ 1 พบว่า กระบวนการในการระบุตัวตนมีความยุ่งยาก มีข้อความในเอกสาร checklist ที่ยาวเกินไปทำให้ไม่สะดวกต่อการทำงาน จึงมีการปรับปรุงรูปแบบที่พัฒนาขึ้น แล้วนำไปใช้เป็นระยะเวลา 1 เดือนต่อมา

ผลการศึกษาขั้นที่ 4 การทดลองรูปแบบครั้งที่ 2 เพื่อแก้ปัญหากระบวนการในการระบุตัวตนมีความยุ่งยาก มีข้อความในเอกสาร checklist ที่ยาวเกินไปทำให้ไม่สะดวกต่อการทำงาน จึงมีการปรับปรุงการขั้นตอนการระบุตัวตน โดยกำหนดอักษรที่จำง่าย คือ C4 Model ในการระบุตัวตนผู้ป่วย พบว่า บุคลากรสามารถรูปแบบได้ง่ายขึ้น ไม่กระทบการปฏิบัติงาน

ผลการศึกษาขั้นที่ 5 การนำรูปแบบไปใช้จริง การนำรูปแบบไปใช้จริง ผลลัพธ์หลังจากการนำรูปแบบการระบุตัวตนไปใช้จริงกับผู้ป่วยจำนวน 30 คน เป็นระยะเวลา 1 เดือน ได้รูปแบบ ดังภาพประกอบที่ 2

ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการระบุตัวตนผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในกระบวนการผ่าตัด ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการระบุตัวตนผู้ป่วยหลังจากที่ได้จัดประชุมอบรมเพื่อให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด ก่อนประชุมอบรมการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด เจ้าหน้าที่มีความรู้ในการระบุตัวตนอย่างปลอดภัยในกระบวนการผ่าตัด มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 6.47 (S.D = 0.72) และหลังประชุมอบรม มีความรู้เพิ่มสูงขึ้น โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9.17 (S.D = 0.63) สรุปได้ว่าการจัดประชุมอบรมเพื่อให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด ทำให้เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดมีความรู้สูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < .05) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดก่อนและหลังการอบรม (n = 17)

คะแนนความรู้	ช่วงเวลาทดสอบ	$\overline{x}$	S.D.	t	P - value
คะแนนความรู้ของเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดเรื่องการระบุตัวตนผู้ป่วยอย่างปลอดภัย	ก่อนพัฒนา	6.47	0.72	-14.456	0.00
	หลังพัฒนา	9.17	0.63		

P < .05

ผลการเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการระบุตัวตนผู้ป่วย ก่อนการพัฒนารูปแบบ มีการปฏิบัติ ค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 6.94 (S.D = 0.96) และหลังการพัฒนารูปแบบ มีคะแนนการปฏิบัติเพิ่มสูงขึ้น โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9.05 (S.D = 0.96) สรุปได้ว่าการพัฒนารูปแบบการระบุตัวตนผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในกระบวนการผ่าตัด ทำให้เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดมีการปฏิบัติในการระบุตัวตนผู้ป่วยสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < .05) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดก่อนและหลังการอบรม (n = 17)

คะแนนความรู้	ช่วงเวลาทดสอบ	$\overline{x}$	S.D.	t	P - value
คะแนนการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดเรื่องการระบุตัวตนผู้ป่วยอย่างปลอดภัย	ก่อนพัฒนา	6.94	0.96	-6.197	0.00
	หลังพัฒนา	9.05	0.96		

P < .05

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบรูปแบบการระบุตัวตนผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในกระบวนการผ่าตัดของเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดแบบเดิมกับพัฒนาใหม่

รูปแบบบริการ	แบบเดิม	แบบพัฒนาใหม่	ผลลัพธ์จากการพัฒนา
ระยะที่ 1: ก่อนเข้าห้องผ่าตัด	Scrub nurse ตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยร่วมกับวิสัญญีพยาบาล	C1 : Pre OR ตรวจสอบและยืนยันตัวตนผู้ป่วยร่วมกันอย่างเป็นระบบ โดยตรวจสอบข้อมูลสำคัญให้ตรงกันก่อนผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด	การตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยมีความเป็นระบบและชัดเจนมากขึ้น บุคลากรที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการยืนยันตัวตน ลดความเสี่ยงจากการใช้ข้อมูลผู้ป่วยไม่ตรงกัน
ระยะที่ 2 : Sign-in/ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก	บุคลากรเป็นผู้พูดนำหรือสอบถามข้อมูลผู้ป่วย และตรวจสอบกับป้ายข้อมือ/เอกสาร	C2 : Sign-in ให้ผู้ป่วยที่รู้สึกตัวเป็นผู้บอกชื่อและข้อมูลของตนเองโดยไม่ให้บุคลากรพูดนำ จากนั้นทีมตรวจสอบความถูกต้องกับป้ายข้อมือและเอกสาร	เพิ่มความถูกต้องในการระบุตัวตนผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้ให้ข้อมูลด้วยตนเอง ลดโอกาสการตอบรับตามคำพูดของบุคลากร และสามารถตรวจพบข้อมูลที่ไม่ตรงกันได้ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก
ระยะที่ 3 : Time-out/ก่อนลงมีด	มีการตรวจสอบข้อมูลก่อนผ่าตัด แต่อาจแตกต่างกันตามการปฏิบัติของแต่ละบุคคล	C3 : Time-out ทีมผ่าตัดหยุดกิจกรรมชั่วคราว (Time-out) และยืนยันตัวตนผู้ป่วย หัตถการ ตำแหน่งผ่าตัด และข้อมูลสำคัญร่วมกันก่อนลงมีด	ทีมผ่าตัดมีการยืนยันข้อมูลร่วมกันอย่างเป็นมาตรฐานก่อนลงมีด ลดความคลาดเคลื่อนด้านผู้ป่วย หัตถการ และตำแหน่งผ่าตัด รวมทั้งส่งเสริมการสื่อสารและการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ
ระยะที่ 4 : Sign-out/ก่อนนำผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด	ตรวจสอบข้อมูลก่อนนำผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดตามแนวทางเดิม	C4 : Sign-out ทีมผ่าตัดยืนยันข้อมูลร่วมกันก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วย รวมถึงการผ่าตัดที่ดำเนินการเสร็จสิ้น จำนวน/ชนิดอุปกรณ์และสิ่งส่งตรวจ และประเด็นสำคัญที่ต้องติดตาม	เกิดการตรวจสอบข้อมูลก่อนสิ้นสุดกระบวนการผ่าตัดอย่างครบถ้วน ช่วยลดความเสี่ยงจากการตกหล่นของสิ่งส่งตรวจ อุปกรณ์ หรือข้อมูลสำคัญ และช่วยให้ทีมมีความเข้าใจตรงกันก่อนส่งต่อผู้ป่วย

สรุปและอภิปรายผล

1. การพัฒนารูปแบบการระบุตัวตนผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในกระบวนการผ่าตัดเพื่อป้องกันอุบัติการณ์ความคาดเคลื่อน ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลบรบือ พบว่า สิ่งที่ได้จากการพัฒนารูปแบบ คือ

1.1 บุคลากรห้องผ่าตัด มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น การระบุตัวตนอย่างปลอดภัยในกระบวนการผ่าตัดเพื่อป้องกันอุบัติการณ์ความคาดเคลื่อนก่อนและหลังการพัฒนามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

1.2 บุคลากรห้องผ่าตัด สามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น การระบุตัวตนอย่างปลอดภัยในกระบวนการผ่าตัดเพื่อป้องกันอุบัติการณ์ความคาดเคลื่อน ก่อนและหลังการพัฒนามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

1.3 ได้รูปแบบบริการตามรูปแบบใหม่ C4 Model

C1 : Pre OR ก่อนเข้าห้องผ่าตัด scrub nurse ตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยร่วมกันกับวิสัญญีพยาบาล

C2: Sign-in/ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ให้ผู้ป่วยที่รู้สึกตัว บอกชื่อและข้อมูลของตนเอง แทนการให้บุคลากรเป็นผู้พูดนำ แล้วทีมตรวจสอบกับป้ายข้อมือและเอกสาร

C3 : Time-out/ก่อนลงมีด ทีมผ่าตัดหยุดกิจกรรมชั่วคราวและยืนยันร่วมกันอีกครั้ง

C4 : Sign-out/ก่อนนำผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด

2. ผลลัพธ์ของรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้น การพัฒนารูปแบบการระบุตัวตนผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในกระบวนการผ่าตัดเพื่อป้องกันอุบัติการณ์ความคาดเคลื่อน ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลบรบือ พบว่า รูปแบบเดิมมีขั้นตอนที่ยาวผู้ปฏิบัติงานไม่สะดวกต่อการ

ใช้จึงได้มีการปรับปรุงรูปแบบให้สั้นกระชับเข้าใจง่าย คือ C4 model จะเห็นได้ว่าระยะหลังการพัฒนารูปแบบ การปรับปรุงรูปแบบและนำรูปแบบไปใช้จริง ไม่พบอุบัติการณ์ผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง

ผลลัพธ์ของรูปแบบการระบุตัวตนผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในกระบวนการผ่าตัดเพื่อป้องกันอุบัติการณ์ความคาดเคลื่อน ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลบรบือ ที่เกิดจากรูปแบบ C4 Model พบว่า ไม่มีการผ่าตัดผิด ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง หรือการใส่อวัยวะเทียมผิดพลาด และไม่มีการระบุตำแหน่งผ่าตัดผิดพลาด สอดคล้องกับ ศิริรัตน์ จึงสมาน ทำการศึกษา การพัฒนาและประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย (Surgical safety checklist) ในงานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสุรินทร์ ผลการศึกษาไม่พบอุบัติการณ์ การผ่าตัดผิดคน ผ่าตัดผิดตำแหน่ง ผ่าตัดผิดอวัยวะ การหลงลืมวัสดุไว้ในร่างกายผู้ป่วย การบาดเจ็บจากการใช้จี้ไฟฟ้า เนื่องจากการพัฒนารูปแบบการระบุตัวตนผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในกระบวนการผ่าตัดเพื่อป้องกันอุบัติการณ์ความคาดเคลื่อน ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลบรบือ ช่วยให้บุคลากรห้องผ่าตัดทุกคนมีความรู้ความเข้าใจและปฏิบัติการระบุตัวตนผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในกระบวนการผ่าตัด และผลลัพธ์หลังการพัฒนา ไม่มีการผ่าตัดผิด ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง หรือการใส่อวัยวะเทียมผิดพลาด และไม่มีการระบุตำแหน่งผ่าตัดผิดพลาดและบุคลากรมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการระบุตัวตนผู้ป่วย แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในการพัฒนางานวิจัยชิ้นนี้ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพในการให้บริการต่อไป [4,5,6,7]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบอย่างเป็นระบบ โดยเก็บข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อน ความครบถ้วนของการระบุตัวตนผู้ป่วย และการปฏิบัติตามแนวทาง เพื่อให้สามารถประเมินประสิทธิผลของรูปแบบได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

2. ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการระบุตัวตนผู้ป่วย เช่น ปัจจัยด้านบุคลากร ภาระงาน การสื่อสารในทีม ความรู้และทัศนคติ วัฒนธรรมความปลอดภัย และปัจจัยด้านระบบงาน เพื่อให้ทราบปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคในการดำเนินงาน

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2567). รู้จักรู้จัก 2P Safety. [online] 2024 [cited 2001 Oct 15]. Available from: https://www.ha.or.th/TH/Contents/รู้จัก2PSafety.
2. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2568). มาตรฐานและการประเมินคุณภาพการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด. พิมพ์ครั้งที่ 1.กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข
3. ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลบรบือ. (2568). การรายงานความเสี่ยงค้นหาสาเหตุของการเกิดข้อผิดพลาดและแก้ไขปัญหา. โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม.
4. จารุณี ตั้งใจรักการดี. (2567). การพัฒนารูปแบบระบบตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลหัวหิน
5. ณัฏฐภัทร์ อัฐวงศ์. (2564). ผลลัพธ์การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลลำพูน. Journal of the Phrae Hospital. Volume 29 No.1 January–June 2021
6. ศิริรัตน์ จึงสมานและภาวิณี แพงสุข. (2563). การพัฒนารูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสุรินทร์.วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี.ปีที่ 28 ฉบับที่ 2 ประจำเดือน พฤษภาคม – สิงหาคม 2563
7. กฤษณา กำมเลศ. (2566). การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลหนองคาย. มปป.

การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

Developing a model for surveillance, prevention, and control of rabies through the District Quality of Life Development Committee (DHB) in Huai Mek District, Kalasin Province.

(Received: August 23,2026 ; Revised: August 25,2026 ; Accepted: August 27,2026)

ปราณี ภูไกรลาศ[1]
Pranee Phukrailas

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ และแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ในพื้นที่อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์และพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอห้วยเม็กและคณะทำงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล พชต. จำนวน 86 คน เก็บข้อมูลจากแบบบันทึกและสรุปผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ และ สถิติพรรณนา

ผลการศึกษา พบว่า 1) ความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนสัตว์ เป้าหมาย ≥80% พบว่า อำเภอห้วยเม็ก มีการสำรวจและขึ้นทะเบียนสัตว์สุนัข แมว ทั้งมีเจ้าของ และไม่มีเจ้าของเพิ่มมากขึ้น จากปี 2567 และปี 2568 โดยมีการปรับระบบการสำรวจและขึ้นทะเบียนสัตว์ เดิมสำรวจโดย ทีมอาสาปศุสัตว์ อย่างเดียว ซึ่งเป็นทีมที่มีบุคลากรน้อย เมื่อเทียบกับ อสม.ซึ่งมีจำนวนมากกว่า รับผิดชอบครัวเรือนละ 10-15 หลังคาเรือน ในปี 2568-ปี 2569 จึงได้พัฒนาศักยภาพ อสม.เข้าร่วมทีมในการสำรวจด้วย ทำให้การดำเนินงานการสำรวจขึ้นทะเบียนสัตว์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และจะเห็นได้ว่ามีการสำรวจสัตว์จรจัด เพิ่มขึ้นด้วย 2) อัตราการรับวัคซีนพิษสุนัขบ้าในสัตว์ มีการปรับระบบปฏิบัติการและมีอัตราการฉีดวัคซีนในสัตว์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน ควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และ กลุ่มภาคีเครือข่ายปฏิบัติการ ก่อนการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ยกเว้น ด้านการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ อยู่ในระดับมาก การรับรู้การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้น ด้านอุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับน้อย หลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุดและเมื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน ควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และ กลุ่มภาคีเครือข่ายปฏิบัติการและการรับรู้การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า โดยรวมและรายด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงาน ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน

คำสำคัญ: การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคพิษสุนัขบ้า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

Abstract

This research was Participatory Action Research (PAR) study aiming to examine the situation and operational guidelines for rabies surveillance, prevention, and control in Huai Mek District, Kalasin Province, and to develop an operational model for rabies surveillance, prevention, and control by the District Quality of Life Development Committee (DHB) in Huai Mek District, Kalasin Province. The sample consisted of 86 members of the DQDC and the Sub-district Quality of Life Development Working Group (SQDC). Data was

[1] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยเม็ก

collected from operational record forms and summaries. Qualitative data and descriptive statistics were used to analyze the data.

The study results showed that: 1) The target for animal registration coverage (≥80%) was achieved. Huai Mek District saw an increase in the survey and registration of both owned and unowned dogs and cats between 2024 and 2025. This was due to adjustments in the animal survey and registration system. Previously, surveys were conducted solely by volunteer livestock teams, which had limited personnel compared to the much larger number of Village Health Volunteers (VHVs), each responsible for 10-15 households. From 2025-2026, the capacity of VHVs was enhanced to join the survey teams, leading to a positive trend in animal registration. A similar increase in surveys of stray animals was also observed. 2) The rabies vaccination rate in animals showed an improved operational system and a positive trend in animal vaccination rates. 3) Health literacy regarding rabies prevention and control among the District Quality of Life Development Committee (DQDC) and partner networks was at a moderate level before the implementation, and at the highest level after the implementation, except for the aspect of sharing health information, which was at a high level. The perception of rabies surveillance, prevention, and control through the District-level Quality of Life Development Committee (DQDC) mechanism in Huai Mek District, Kalasin Province, before the implementation, was at a moderate level overall and in each aspect, except for the aspect of obstacles to dengue fever prevention, which was at a low level. After the implementation, the overall and in each aspect, it was at the highest level. Furthermore, a comparison of health literacy in rabies prevention and control among the DQDC and partner networks, and the perception of rabies surveillance, prevention, and control through the DQDC mechanism in Huai Mek District, Kalasin Province, before and after the implementation, revealed statistically significant differences at the .05 level, both overall and in each aspect, with the post-implementation level being significantly better than the pre-implementation level.

Keywords: Rabies surveillance, prevention, control, District Quality of Life Development Committee (DHB)

บทนำ

โรคพิษสุนัขบ้า หรือโรคกลัวน้ำ เกิดจากเชื้อไวรัส เรบีส์ (Rabies virus) จัดอยู่ในวงศ์ Rhabdoviridae สกุล Lyssavirus เป็นโรคทางระบบประสาทที่เกิดได้ในสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมทุกชนิด ซึ่งมีความรุนแรงที่สามารถทำให้สัตว์หรือคนที่ป่วยเมื่อเริ่มมีอาการจะเสียชีวิต ร้อยละ 100 และมากกว่าร้อยละ 98 ของผู้ป่วยทั้งหมด เกิดจากการถูกสุนัขที่ติดเชื้อพิษสุนัขบ้ากัดหรือข่วน โดยพบว่า ผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้าประมาณร้อยละ 95 อาศัยอยู่ในทวีปเอเชีย[1] โรคพิษสุนัขบ้าถือว่าเป็นโรคติดต่อจากสัตว์สู่คนที่สำคัญ ปัจจุบันมีผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้าเฉลี่ย ชั่วโมงละ 8 ราย[2] องค์การอนามัยโลก (Would health organization: WHO) และองค์การโรคระบาดสัตว์ระหว่างประเทศ (Office International des Epizooties: OIE) ได้กำหนดให้การกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าเป็นประเด็นสำคัญที่จะต้องร่วมมือในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าให้หมดไปภายในปี ค.ศ. 2030 [1]

ด้วยปัจจุบันประเทศไทย โดยกรมควบคุมโรคได้ประกาศนโยบายการกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าให้หมดไปในปี พ.ศ.2573 ภายใต้โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จพระเจ้าน้องนางเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี กรมพระศรีสวางควัฒนวรขัตติยราชนารี ซึ่งสอดคล้องกับที่องค์การอนามัยโลก (WHO) และองค์การโรคระบาดสัตว์ระหว่างประเทศ (OIE) ได้ตั้งเป้าหมายเอาไว้ โดยได้กำหนดกรอบแนวทางการทำงานร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและเพื่อการขับเคลื่อนการสร้างพื้นที่ปลอดโรค มีการลงนามในบันทึกความร่วมมือการกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าทั้งในส่วนกลางและขยายผล

ไปตามส่วนภูมิภาค ทั้งนี้สถานการณ์การพบโรคพิษสุนัขบ้าในประเทศไทยทั้งในคนและสัตว์ ยังมีรายงานพบโรคอย่างต่อเนื่อง จากกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค โดยข้อมูลการเกิดโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ ปี 2560-2569 (ณ กุมภาพันธ์ 2569) รายงานการพบโรค จำนวน 846, 1,476, 382, 234, 165, 315, 464, 398 482 และ 50 หัว ตามลำดับ มีแนวโน้มตรวจพบเชื้อหัวบวกเพิ่มมากขึ้น ส่วนใหญ่พบการติดเชื้อมากที่สุดในสุนัข รองลงมาคือ แมว โค และกระบือ และอีกทั้งประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่ยังพบการเสียชีวิต ด้วยโรคพิษสุนัขบ้าต่อเนื่องทุกปี โดยพบผู้เสียชีวิตสูงสุดในปี 2523 จำนวน 370 ราย[3] และตั้งแต่ปี 2560-2569 (ณ กุมภาพันธ์ 2569) พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน 11, 18, 3, 3, 3, 3, 6, 4, 7, 2 ราย ตามลำดับ ส่วนใหญ่พบว่า เป็นสุนัขที่มีเจ้าของ ถูกสุนัขกัด ข่วน หรือเลีย และไม่ได้ไปรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ซึ่งการป้องกันการเกิดโรคพิษสุนัขบ้าสามารถป้องกันได้ด้วยการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสสัตว์ แต่พบว่าในแต่ละปีคนไทยที่ถูกสุนัขกัด ข่วน เลีย และได้รับการฉีดวัคซีนเพียงร้อยละ 50 มีหลายคนที่ไม่ได้ไปรับการฉีดวัคซีน จึงทำให้เสียชีวิตต่อเนื่องทุกปี[4]

จากข้อมูลการระบาดโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2566-2569 พบว่า ปี 2564,2565 ไม่พบการระบาด ปี 2566 พบสัตว์หัวบวก 4 หัว คือ อำเภอยางตลาด 3 หัว และอำเภอห้วยเม็กในพื้นที่ตำบลกุดโดน 1 หัว ปี 2567 พบสัตว์หัวบวก 13 หัว คืออำเภอยางตลาด 11 ตัว และอำเภอห้วยเม็กในพื้นที่ตำบลหัวหิน 2 หัว ปี 2568 พบการระบาด 4 หัว คืออำเภอยางตลาด และปี 2569 (ณ กุมภาพันธ์ 2569) พบสัตว์หัวบวก 5 หัว คืออำเภอยางตลาด 3 หัว อำเภอหนองกุงศรี 1 หัว และอำเภอเมือง 1 หัว จากสถานการณ์การระบาดของโรคพิษสุนัขบ้า จังหวัดกาฬสินธุ์ ยังคงมีการพบเชื้อหัวบวกในพื้นที่เดิม และเริ่มมีการขยายในพื้นที่ใหม่ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ประกอบกับอำเภอห้วยเม็กซึ่งเป็นอำเภอที่เคยเกิดโรคและมีพื้นที่เขตรอยต่อใกล้เคียงกับจังหวัดที่มีการระบาดสูง เช่น อำเภอชื่นชม และอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม อำเภอยางตลาด และอำเภอยางตลาด อำเภอหนองกุงศรี และอำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ จากข้อมูลสถานการณ์การระบาดของอำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2566 ซึ่งพบเชื้อในสุนัขมีเจ้าของตำบลกุดโดน เป็นพื้นที่ที่มีป่าดงระแนงหนาทึบ เหมาะแก่การอยู่อาศัยของสัตว์จรจัด และในปี 2567 พบเชื้อในสัตว์จรจัดของตำบลหัวหิน เป็นเป็นพื้นที่เกษตรกรรม ทำการประมง มีการเลี้ยงปลากระชังบริเวณท้ายเขื่อนลำปาว ซึ่งถ้าในช่วงฤดูร้อนมากๆ ปลากระชังที่เลี้ยงไว้มีการขาดออกซิเจนและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก จึงเป็นแหล่งอาหารให้กับสัตว์จรจัดที่เข้ามาชุกชุมอาศัยอยู่ จากข้อมูลดังกล่าวพบว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและนิเวศวิทยาในพื้นที่ป่าและแหล่งน้ำ เป็นปัจจัยเกื้อหนุนต่อการเป็นแหล่งรังโรค จึงจำเป็นต้องใช้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) ที่ครอบคลุมทั้งสุขภาพคน สัตว์ และการจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างบูรณาการร่วมกัน ประกอบด้วย สาธารณสุขอำเภอ ปศุสัตว์อำเภอ ท้องถิ่นอำเภอและชุมชน ในการแก้ไขปัญหา และทั้งนี้อำเภอห้วยเม็ก ซึ่งทางคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ (CDCU) ได้มีการทบทวนการดำเนินงาน ในปี 2568 ที่ผ่านมา โดยมีการวิเคราะห์ปัญหาใช้ Fish bone model พบว่าขาดความร่วมมือจากเจ้าของสัตว์เลี้ยง ประชาชนยังขาดความรู้และความตระหนักในการเฝ้าระวังและป้องกันโรค หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขาดระบบการบริหารจัดการในการขึ้นทะเบียนสัตว์และการฉีดวัคซีนสัตว์ให้ครอบคลุม จึงได้ถอดบทเรียนจากพื้นที่ต้นแบบของอบต.กุดโดน (กุดโดน Model) โดยใช้เครื่องมือ SWOT Analysis มาวิเคราะห์ จุดอ่อน จุดแข็ง พบว่า อบต.กุดโดน มีระบบการบริหารจัดการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ในปี 2566-2568 และจากการประเมินกลไกการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

พบว่ายังขาดการบูรณาการทำงานร่วมกัน ด้านนโยบาย การวางแผนงานโครงการ และขาดการควบคุม กำกับ ติดตาม ไม่ต่อเนื่อง[5]

ปี 2568-2569 อำเภอห้วยเม็ก โดยคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ (CDCU) จึงได้นำปัญหาดังกล่าว เข้าสู่กระบวนการพิจารณาประเด็นปัญหาของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอห้วยเม็ก ให้ประกาศเป็นวาระเร่งด่วนและเป็นวาระสำคัญของอำเภอ ในการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าแบบบูรณาการทุกภาคส่วน เพื่อให้อำเภอห้วยเม็ก เป็นพื้นที่สัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ในปี 2570

จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาดังกล่าวผู้ศึกษาวิจัยจึงสนใจศึกษาว่า **“การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ "**มาเป็นแนวทางในการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า จากระดับตำบลสู่ระบบการบริหารจัดการอำเภอห้วยเม็กให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ และแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ในพื้นที่อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่การวางแผน (Plan: P) การปฏิบัติการ (Act: A) การสังเกตการณ์ (Observe: O) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect: R) ร่วมกับแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) ภายใต้กรอบการประเมินผลมาตรฐานรางวัลคุณภาพแห่งชาติการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ โดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (DCP NQA) 7 หมวด ผ่านกระบวนการ PDCA (Plan-Do-Check-Act) เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่อำเภอห้วยเม็ก

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ กลุ่มเป้าหมายผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่อำเภอห้วยเม็ก และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอห้วยเม็ก

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอห้วยเม็ก ประกอบด้วย 1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พชอ. จำนวน 21 คน 2) คณะอนุกรรมการประเด็นการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน 20 คน 3) คณะทำงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล พชต.ตำบลละ 5 คน จำนวน 45 คน รวมจำนวน 86 คน

2) กลุ่มเป้าหมายผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่ได้ดำเนินการประเมินความพึงพอใจ ประกอบด้วย อาสาปศุสัตว์/หมออาสา/อสม./ผู้นำชุมชน/ภาคีเครือข่าย/ประชาชนทั่วไป/นักเรียน จำนวน 200 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ กระบวนการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย

1.1 ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

(พชอ.) อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า

1.2 ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลใช้ Fish bone model การเกิดโรคพิษสุนัขบ้า อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

1.3 ถอดบทเรียนจากพื้นที่ต้นแบบ The Best Practice ในพื้นที่ตำบลกุดโดน ที่มีการดำเนินงานสำเร็จ และมีผลลัพธ์ นวัตกรรมชัดเจน มาเป็น Model ในการขับเคลื่อนดำเนินงาน วิเคราะห์ข้อมูล SWOT Analysis

1.4 จัดทำแผนงานโครงการ กำหนดมาตรการ ตัวชี้วัดความสำเร็จ และผลลัพธ์

1.5 ดำเนินการตามกิจกรรมในโครงการ

1.6 กำหนดบทบาทหน้าที่คณะทำงาน ตามแนวคิด สุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) ประกอบด้วย สาธารณสุขอำเภอ ปศุสัตว์อำเภอ ท้องถิ่นอำเภอและชุมชน

1.7 สรุปผลการดำเนินงาน ก่อน (รูปแบบเดิม) และหลัง (รูปแบบใหม่) ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบประเมินกลไกการดำเนินงาน พชอ. อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

2.2 แบบประเมินใช้เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติการป้องกันควบคุมโรคและ ภัยสุขภาพ โดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (Disease Control and Prevention National Quality Award : DCP NQA) 7 หมวด

2.3 แบบบันทึกข้อมูลการเฝ้าระวัง (Thai Rabies Net และ One Health Dashboard)

2.4 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) การถอดบทเรียนพื้นที่ต้นแบบ อบต.กุดโดน

2.5 การดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพหนึ่งเดียว (Onehealth) ของอปท.ทุกแห่ง

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยเครื่องมือทุกฉบับผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อดูความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC)

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ขั้นที่ 1 การวางแผน (Plan) วิเคราะห์ข้อมูล Fish bone model ถอดบทเรียนพื้นที่ต้อนแบบจาก อบต.กุดโดน "กุดโดน โมเดล" และประเมินสถานการณ์ด้วยแบบประเมินกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิต พชอ.อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

ขั้นที่ 2 การปฏิบัติ (Act) นำรูปแบบและกระบวนการเฝ้าระวังการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า มาใช้ร่วมกับภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลห้วยเม็ก ปศุสัตว์อำเภอ ท้องถิ่นอำเภอและชุมชน

ขั้นที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observe) แบบบันทึกการประชุม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก

ขั้นที่ 4 การสะท้อนคิด (Reflect): ประชุมถอดบทเรียน (AAR) เพื่อปรับปรุงรูปแบบในวงจรที่ 2

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ (Percentage), ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) การวิเคราะห์ข้อมูล เชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์ เชิงเนื้อหา (content analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษา การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ และแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ในพื้นที่อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

1.1 สถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ข้อมูลสถานการณ์การระบาดของอำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2566 ซึ่งพบเชื้อในสุนัขมีเจ้าของในอบต.กุดโดน เป็นพื้นที่ที่มีป่าดงระแนงหนาทึบ เหมาะแก่การอยู่อาศัยของสัตว์จรจัด และในปี 2567 พบเชื้อในสัตว์จรจัดในตำบลหัวหิน เป็นพื้นที่เกษตรกรรม ทำการประมง มีการเลี้ยงปลากระชังบริเวณท้ายเขื่อนลำปาว ซึ่งถ้าในช่วงฤดูร้อนมากๆ ปลากระชังที่เลี้ยงไว้มีอาการขาดออกซิเจน (ปลาน็อค) และเสียชีวิตเกลื่อนกลาด จึงเป็นแหล่งอาหารให้กับสัตว์จรจัดที่เข้ามาหลบซ่อนอาศัยอยู่ ซึ่งจากบริบทพื้นที่ดังกล่าวพบว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ระบบนิเวศวิทยาในพื้นที่ป่าและแหล่งน้ำเป็นปัจจัยเกื้อหนุนต่อการเป็นแหล่งรังโรคที่สำคัญ ทำให้การแก้ไขปัญหาโรคพิษสุนัขบ้าแบบเดิมๆที่ต่างหน่วยงานต่างคนต่างทำ จำเป็นต้องมีการบูรณาการทำงานร่วมกันเป็นภาคีเครือข่ายดูแลสุขภาพแบบหนึ่งเดียว (One Health) ที่ครอบคลุมทั้งสุขภาพคน สุขภาพสัตว์ และการจัดการสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย สาธารณสุขอำเภอ ปศุสัตว์อำเภอ ท้องถิ่นอำเภอและชุมชน ในการแก้ไขปัญหา

1.2 แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ในพื้นที่อำเภอห้วยเม็ก พบว่าการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ยังไม่ครอบคลุม ตามแผนงานโครงการที่ได้ดำเนินการไว้คือ “โครงการชุมชนร่วมใจสร้างพื้นที่ปลอดภัย ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ปี 2568” ยังมีตัวชี้วัดบางตัวที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินและผลงานการสำรวจความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนสัตว์ และการฉีดวัคซีนสัตว์เป็นรายพื้นที่ตำบลยังไม่ชัดเจน ประกอบกับอำเภอห้วยเม็ก ยังเป็นพื้นที่เสี่ยงสีแดงที่จะต้องมีการเฝ้าระวังอย่างเข้มข้น

2. รูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ รายละเอียดดังนี้

2.1 การร่วมกันประกาศเป็นวาระการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพอำเภอหห้วยเม็ก “อำเภอห้วยเม็ก เป็นพื้นที่ปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ในปี 2570” โดยมี.แนวทางขับเคลื่อน (Action) ประกอบด้วย 1) ด้านโครงสร้าง คณะกรรมการและคณะทำงาน 2) ด้านระบบข้อมูล 3) ด้านแผนงานโครงการ 4) ด้านนโยบายผู้บริหาร 5) ด้านมาตรฐานวัคซีน 6) ด้านการสื่อสารประชาสัมพันธ์ 7) ด้านการพัฒนาศักยภาพ 8) ทีมบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และทีมอาสาปศุสัตว์ 9) พฤติกรรมและความรู้ของประชาชน 10)วิเคราะห์แนวทางการควบคุมสัตว์และการรับวัคซีนของสัตว์ 11) การจัดทำมาตรการควบคุมและปล่อยสัตว์เลี้ยง และ 12) การประเมินติดตาม และมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะอนุกรรมการ และคณะทำงาน ซึ่งประกอบด้วย ปศุสัตว์อำเภอ ประธานอนุกรรมการ โรงพยาบาล รองประธานอนุกรรมการ ท้องถิ่นอำเภอ กรรมการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรรมการ สาธารณสุขอำเภอ เลขานุการ ผู้นำชุมชน และ อสม. กรรมการ สถานศึกษา ภาคีเครือข่าย โดยมีมาตรการหลักที่สำคัญ ได้แก่ 1) พัฒนา อปท.ทุกแห่ง ให้เป็นพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า 2) ลดความเสี่ยงจากการเสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า 3) พัฒนาระบบการจัดเก็บ สำรวจข้อมูล ขึ้นทะเบียนสัตว์เลี้ยง ให้ครอบคลุม 4) พัฒนาความรอบรู้ของประชาชนและนักเรียนในการป้องกันการกิดโรคพิษสุนัขบ้า 5) พัฒนาระบบการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้ครอบคลุมตามเกณฑ์ 6) พัฒนามาตรฐานระบบลูกโซ่ความเย็นวัคซีนโรคพิษสุนัขบ้า 7) การควบคุมประชากรสุนัขให้ครอบคลุม 8) พัฒนาประสิทธิภาพของการทำงานเครือข่ายสุขภาพหนึ่งเดียว (One health) ระดับอำเภอ 9) ประเมินความพึงพอใจการทำงาน อปท.ทุกแห่ง

2.2 การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย 1) การรับฟังความต้องการความคาดหวังของประชาชนกลุ่มเป้าหมายและภาคี

เครือข่ายที่เกี่ยวข้องสำคัญ 2) การประเมินผลความพึงพอใจของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย 3) การประเมินผลการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยใช้แบบประเมิน ผลการประเมินการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพหนึ่งเดียว (One health) ระดับอปท.

2.3 การจัดการความรู้ และการพัฒนานวัตกรรม ประกอบด้วย 1) มีกระบวนการวัด การวิเคราะห์ การจัดการสารสนเทศ 2) การจัดการความรู้ และ 3) กระบวนการสร้างนวัตกรรม การดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิต พชอ.อำเภอห้วยเม็ก โดยผ่านการเรียนรู้จากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ต่อกระบวนการสร้างนวัตกรรมกระบวนการ

2.4 การพัฒนาบุคลากรและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 1) มีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง 2) มีการประเมินผลการพัฒนาบุคลากรและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องสำคัญ

3. ผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

3.1 ความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนสัตว์เป้าหมาย ≥80% พบว่า อำเภอห้วยเม็ก มีการสำรวจและขึ้นทะเบียนสัตว์สุนัข แมว ทั้งมีเจ้าของ และไม่มีเจ้าของเพิ่มมากขึ้น จากปี 2567 และปี 2568 โดยมีการปรับระบบการสำรวจและขึ้นทะเบียนสัตว์ เดิมสำรวจโดย ทีมอาสาปศุสัตว์ อย่งเดียว ซึ่งเป็นทีมที่มีบุคลากรน้อย เมื่อเทียบกับ อสม.ซึ่งมีจำนวนมากกว่ารับผิดชอบครัวเรือนละ 10-15 หลังคาเรือน ในปี 2568-ปี 2569 จึงได้พัฒนาศักยภาพ อสม.เข้าร่วมทีมในการสำรวจด้วย ทำให้การดำเนินงานการสำรวจขึ้นทะเบียนสัตว์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และจะเห็นได้ว่ามีการสำรวจสัตว์จรจัด เพิ่มขึ้นด้วย

3.2 ความสำเร็จการรับวัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้าในสัตว์ เพิ่มขึ้น พบว่า อัตราการรับวัคซีนพิษสุนัขบ้าในสัตว์ ปี 2567 ร้อยละ 96.02 ปี 2568 ร้อยละ 89.57 เนื่องจาก ปี 2567 อยู่ในห้วงการระบาดในพื้นที่ ได้มีการรณรงค์ในการฉีดให้ครอบคลุม ส่วนปี 2568 ไม่พบการระบาด แต่การบันทึกข้อมูลในระบบ Rabies One Data อปท.บางแห่งมีการบันทึกไม่ทันตามห้วงระยะเวลาที่ระบบเปิดดำเนินการ ทำให้ข้อมูลคลาดเคลื่อนและไม่ตรงกับการสำรวจและฉีดวัคซีนจริง ซึ่งใน ปี 2569 มีการปรับระบบปฏิบัติการและมีอัตราการฉีดวัคซีนในสัตว์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

3.3 การประเมินความพึงพอใจของประชาชนกลุ่มเป้าหมายและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องสำคัญ พบว่ากลุ่มเป้าหมายผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่ได้ดำเนินการประเมินความพึงพอใจ ประกอบด้วย อาสาปศุสัตว์/หมออาสา/อสม./ผู้นำชุมชน/ภาคีเครือข่าย/ประชาชนทั่วไป/นักเรียน มีระดับความพึงพอใจของหน่วยงาน อปท.ทุกแห่ง คะแนน 89.26% อยู่ในเกณฑ์ ระดับดีมาก (โดยเกณฑ์ระดับคะแนน ≥ 80 ระดับดีมาก) ส่วนประเด็นการประเมิน ได้คะแนนน้อยที่สุด คือ ข้อที่ 4 ช่องทางการติดต่อขอรับบริการมีความสะดวก มากที่สุดคือ ข้อที่ 6 วันเวลาให้บริการมีความสะดวก ซึ่งในปี 2569 การประเมินผลความพึงพอใจการให้บริการหน่วยงาน อปท. อยู่ระหว่างดำเนินการประเมินของกลุ่มเป้าหมายผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

3.4 นวัตกรรมที่สนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตามโครงการ

1) นวัตกรรมกระบวนการที่เกิดจากการมีส่วนร่วม และรับการสนับสนุนแนวคิดการดำเนินงานและประเมิน ผลลัพธ์ของการสร้างนวัตกรรมอย่างต่อเนื่อง ขององค์การบริหารส่วนอบต.กุดโดน ดังนี้ 1.1) นวัตกรรมสื่อการสอน “แผ่นพับการสอน dalivery เคาะประตูบ้าน เคาะห้องเรียน” โดยองค์การบริหารส่วนอบต.กุดโดน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ 1.2) นวัตกรรม ลูกดอกเป่าวัคซีน ไซริงค์ด้ามยาว กรงดักสุนัข/แมว กรงขังแบบโมบาย เป็นนวัตกรรมกระบวนการในการวางแผนระบบการบริหารจัดการในการควบคุมและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เพื่อควบคุมสัตว์ที่มีปัญหาในการจับมาฉีดวัคซีน

ค่อนข้างยาก หรือมีลักษณะตัวโต ยากต่อการควบคุมตัว

2) นวัตกรรมผลการดำเนินงาน (Best practice) ได้แก่ นวัตกรรมสื่อการสอน “แผ่นพับการสอน dalivery เคาะประตูบ้าน เคาะห้องเรียน” สามารถนำไปเผยแพร่และขยายผลในทุกโรงเรียนและขยายผลในหมู่บ้านโดยให้ อสม.นำไปสอนประชาชนทั่วไปที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Best practice)

3.5 การพัฒนาบุคลากรและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องที่สนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตามโครงการ

1) ผลการพัฒนาศักยภาพ อาสาปศุสัตว์ ,อสม กระบวนการที่สำคัญ การอบรมพัฒนา อาสาปศุสัตว์ ,อสม. ให้มีความรู้และทักษะในการจัดเก็บข้อมูล การสำรวจสัตว์เลี้ยง การฉีดวัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้า และการค้นหาผู้สัมผัสโรคมารับวัคซีนให้ครอบคลุม สำรวจข้อมูลจำนวนประชากรสุนัขและแมว จัดทำทะเบียนประชากรสุนัขและแมวในพื้นที่ โดยการบันทึกข้อมูลในระบบ การบันทึกข้อมูลในระบบ Rabies One Data จำนวน 2 รอบ รอบที่ 1 ภายในเดือน มีนาคม-พฤษภาคม รอบที่ 2 ภายในเดือนตุลาคม-ธันวาคม ของแต่ละปี

2) ความรอบรู้ของประชาชนและนักเรียน พบว่า ประชาชนและนักเรียนหลังจากการให้ความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้า มีระดับความรู้ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 96.20 ระดับความรู้มากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบก่อนให้ความรู้

3.6 การประเมินการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพหนึ่งเดียว (One health) ระดับอำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

1) ความสำเร็จของการสร้างผลผลิต (Outputs) ตามเป้าหมายของโครงการ “แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) ในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า พบว่าสำเร็จของการสร้างผลผลิต (Outputs) ตามเป้าหมายของโครงการ “แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) ในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า พชอ.อำเภอห้วยเม็ก ได้ดำเนินการสำเร็จมาแล้ว จำนวน 5 ตัวชี้วัด และอีก 6 ตัวชี้วัด รอดำเนินการ รอบไตรมาสที่ 3 และจากตัวชี้วัดทั้งหมด ได้นำตัวชี้วัดที่เป็นตัวชี้วัดสำคัญ (KPIs) ที่ทำให้การดำเนินงานตามโครงการมีระดับความสำเร็จ และมีประสิทธิภาพมากขึ้น จำนวน 3 ตัวชี้วัด

2) ความสำเร็จของการเป็นต้นแบบและ/หรือเป็นแบบอย่างที่ดีตามโครงการ พชอ. อำเภอห้วยเม็ก 2.1) คณะทำงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล พชต.อบต.กุดโดน ได้ดำเนินงานโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า และได้รับคัดเลือกเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีผลงานเป็นที่ประจักษ์ ด้านการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า รางวัลชนะเลิศ ระดับจังหวัด (Thailand Rabies Awards 2022) 2.2) พื้นที่ต้นแบบอบต. กุดโดน และพชอ.อำเภอห้วยเม็ก เป็นตัวแทนจังหวัดกาฬสินธุ์ ร่วมประชุมถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับจังหวัดกาฬสินธุ์ ในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ด้านระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ปี 2566 2.3) พชอ. อำเภอห้วยเม็ก ประกวดคัดเลือกผลงาน พชอ.ดีเด่น รับรางวัลชนะเลิศ ระดับเขตสุขภาพที่ 7 2.4) พชอ. อำเภอห้วยเม็ก ได้นำเสนอผลงานแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระดับจังหวัด และได้รับรางวัล เช่น ผลงานการพัฒนาทีม SRRT ระดับเขตสุขภาพที่ 7 ปี 2568 2.5) พชอ.ห้วยเม็ก ส่งผลงานขอรับรางวัลคุณภาพแห่งชาติ รางวัลระดับพื้นฐานปี 2568

3.7 ความสำเร็จของโครงการที่บรรลุผลลัพธ์ (Outcomes) ที่สะท้อนถึงสิ่งที่ชุมชนได้รับจากการพัฒนางาน พบว่า

1) ระดับความสำเร็จของโครงการที่บรรลุผลลัพธ์ (Outcomes) ตามเป้าประสงค์หลักและตัวชี้วัด จำนวน 11 ตัวชี้วัด มีการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ “แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) ในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2568-2569” ได้มีการกำหนดทิศทาง วิสัยทัศน์ นโยบาย เป้าประสงค์และมาตรการ เพื่อให้อำเภอห้วยเม็ก ปลอดโรคพิษ

สุนัขบ้า ในปี 2570 และไม่พบคนและสัตว์เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า ซึ่งได้จากผลการดำเนินงานปี 2568-2569 ดังกล่าว ซึ่งสรุปตัวชี้วัดหลัก ที่สามารถให้เป้าประสงค์บรรลุได้ พบว่า การติดเชื้อหัวบวกจากปี 2567-2569 มีแนวโน้มลดลง โดยปี 2568 และปี 2569 ไม่พบสัตว์หัวบวก เนื่องจาก อำเภอห้วยเม็กมีมาตรการ และโครงการดำเนินงานอย่างเข้มข้น

2) ความสำเร็จของการฉีดวัคซีนผู้สัมผัสโรค พบว่ามีผู้สัมผัสสารคัดหลั่ง จำนวน 2 ราย รับวัคซีนและเฝ้าระวังอาการครบ 2 ราย ร้อยละ 100 ผู้สัมผัสไม่ได้สวมชุดป้องกัน (PPE) อุปกรณ์อื่น เช่นแว่นตา ถุงมือ เพื่อป้องกันในการแพร่เชื้อจากสัตว์ ในปี 2567 ส่วน 2568-2569 ยังไม่พบผู้สัมผัสและกลุ่มเสี่ยง

3) ระดับความสำเร็จของเป้าประสงค์ ตามโครงการ เทียบเคียงกับอำเภออื่นในจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าระดับความสำเร็จของเป้าประสงค์ ตามโครงการ เทียบเคียงกับอำเภออื่นในจังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งจากสถานการณ์การระบาดของโรคพิษสุนัขบ้า ปี 2567-2569 พบว่า อำเภอห้วยเม็ก เป็นพื้นที่รอยต่อติดกับอำเภอยางตลาด อำเภอหนองกุงศรี และอำเภอเมือง จากเขตรอยต่อในบางพื้นที่ของอำเภอห้วยเม็กในรัศมี 5 กิโลเมตร ที่อยู่ติดกับพื้นที่กำลังระบาด จากดำเนินงานตามแผนงานโครงการ “แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) ในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2568-2569” โดยกลไก คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต พชอ.ห้วยเม็ก ยังไม่พบการระบาดของโรคพิษสุนัขบ้า ด้วยการกำหนดทิศทาง วิสัยทัศน์ นโยบาย เป้าประสงค์ และมาตรการ ของประธาน พชอ.และคณะกรรมการ พชอ.อำเภอห้วยเม็ก และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องที่มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนโครงการในครั้งนี้

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาสถานการณ์ และแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ในพื้นที่อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ และเพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า สถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ข้อมูลสถานการณ์การระบาดปี 2566 ซึ่งพบเชื้อในสุนัขมีเจ้าของในอบต.กุดโดน เป็นพื้นที่ที่มีป่าดงระแนงหนาทึบ เหมาะแก่การอยู่อาศัยของสัตว์จรจัด และในปี 2567 พบเชื้อในสัตว์จรจัดในตำบลหัวหิน เป็นพื้นที่เกษตรกรรม ทำการประมง มีการเลี้ยงปลากระชังบริเวณท้ายเขื่อนลำปาว ซึ่งถ้าในช่วงฤดูร้อนมากๆ ปลากระชังที่เลี้ยงไว้มีอาการขาดออกซิเจน (ปลาน๊อค) และเสียชีวิตเกลื่อนกลาด จึงเป็นแหล่งอาหารให้กับสัตว์จรจัดที่เข้ามาหลบซ่อนอาศัยอยู่ ซึ่งจากบริบทพื้นที่ดังกล่าวพบว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ระบบนิเวศวิทยาในพื้นที่ป่าและแหล่งน้ำ เป็นปัจจัยเกื้อหนุนต่อการเป็นแหล่งรังโรคที่สำคัญ ทำให้การแก้ไขปัญหาโรคพิษสุนัขบ้าแบบเดิม ๆ ที่ต่างหน่วยงานต่างคนต่างทำ การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ยังไม่ครอบคลุม ตามแผนงานโครงการที่ได้ดำเนินการไว้ คือ “โครงการชุมชนร่วมใจ สร้างพื้นที่ปลอดภัยป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ปี 2568”ยังมีตัวชี้วัดบางตัวที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน และผลงานการสำรวจความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนสัตว์ และการฉีดวัคซีนสัตว์เป็นรายพื้นที่ตำบลยังไม่ชัดเจน ประกอบกับอำเภอห้วยเม็ก ยังเป็นพื้นที่เสี่ยงสีแดงที่จะต้องมีการเฝ้าระวังอย่างเข้มข้น สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาส บัวลอย และคณะ[6] ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ในพื้นที่อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ในระหว่างปี 2566–2567 ผล

การศึกษาพบว่า กลุ่มผู้เลี้ยงสุนัขและแมวส่วนใหญ่มีการฉีดวัคซีนให้สัตว์ แต่ยังพบพฤติกรรมเสี่ยงและช่องว่างด้านการป้องกัน ได้แก่ การถูกกัดหรือข่วน การเข้าพบแพทย์ไม่ครบถ้วน และการได้รับความรู้ไม่ครอบคลุม นอกจากนี้ ผู้เลี้ยงที่มีอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไปมีโอกาสพบสัตว์ป่วยมากกว่ากลุ่มอายุน้อยกว่า 45 ปีประมาณ 4.33 เท่า และกลุ่มที่มีความรู้น้อยมีโอกาสเสี่ยงประมาณ 3.28 เท่า

จากสถานการณ์ดังกล่าวจึงได้ทำการกำหนดรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ตามแนวทางเวชปฏิบัติโรคพิษสุนัขบ้า และแนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า[7] และแนวคิด การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่[8] และแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว ซึ่งมีรายละเอียดประกอบด้วย 1) การร่วมกันประกาศเป็นวาระการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพอำเภอห้วยเม็ก “อำเภอห้วยเม็ก เป็นพื้นที่ปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ในปี 2570” 2) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 3) การจัดการความรู้ และการพัฒนานวัตกรรม และ 4) การพัฒนาบุคลากรและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง[9] สอดคล้องกับการศึกษาของ พุทธิไกร ประมวล, และบังอร เหล่าเสถียรกิจ ศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า โดยชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดศรีสะเกษ แบบ 5G ประกอบด้วย 1) การพัฒนาความรู้ การจัดการตนเองและการทำงานเป็นทีม (Good team) 2) ระบบเฝ้าระวัง ตรวจจับโรคที่ดี (Good surveillance systems) 3) การประสานงาน เครือข่ายที่ดี (Good Collaboration) 4) ระบบรายงานโรคที่มีประสิทธิภาพ (Good reporting systems) และ 5) การบริหารจัดการวัคซีนที่ดี (Good vaccine management) และหลังพัฒนา รูปแบบฯ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ 1.18 คะแนน (95% CI: 0.78-1.57) ทัศนคติ 2.35 คะแนน (95% CI: 1.52-3.19) และพฤติกรรมการ ป้องกัน 4.34 คะแนน (95% CI: 2.05-6.63) พบว่ารูปแบบ 5G ในการดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าโดยที่ชุมชนมีส่วนร่วม มีประสิทธิผลในการพัฒนาด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน[10] และการศึกษาของ ชบาไพร เสาร์สุวรรณ และคณะ ศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานสร้างเขตปลอดโรคพิษสุนัขบ้าแบบมีส่วนร่วม “RABIES EAST ZONE MODEL” ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การมีส่วนร่วมในการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่ายเพิ่มมากขึ้น โดยผู้บริหารให้ความสำคัญและเป็นประธานในการขับเคลื่อนสั่งการ และติดตามงานผ่านกลไกคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด และ พชอ. รวมถึงการพัฒนาช่องทางการสื่อสารความเสี่ยงให้ประชาชนสามารถเข้าถึงเพิ่มมากขึ้น[11]

จากการดำเนินงานส่งผลให้ 1) ความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนสัตว์ เป้าหมาย ≥80% พบว่า อำเภอห้วยเม็ก มีการสำรวจและขึ้นทะเบียนสัตว์สุนัข แมว ทั้งมีเจ้าของ และไม่มีเจ้าของเพิ่มมากขึ้น จากปี 2567 และปี 2568 โดยมีการปรับระบบการสำรวจและขึ้นทะเบียนสัตว์ เดิมสำรวจโดย ทีมอาสาปศุสัตว์ อย่างเดียว ซึ่งเป็นทีมที่มีบุคลากรน้อยเมื่อเทียบกับ อสม.ซึ่งมีจำนวนมากกว่า รับผิดชอบครัวเรือนละ 10-15 หลังคาเรือน ในปี 2568-ปี 2569 จึงได้พัฒนาศักยภาพ อสม.เข้าร่วมทีมในการสำรวจด้วย ทำให้การดำเนินงานการสำรวจขึ้นทะเบียนสัตว์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และจะเห็นได้ว่ามีการสำรวจสัตว์จรจัด เพิ่มขึ้นด้วย 2) อัตราการรับวัคซีนพิษสุนัขบ้าในสัตว์ ปี 2567 ร้อยละ 96.02 ปี 2568 ร้อยละ 89.57 เนื่องจาก ปี 2567 อยู่ในห้วงการระบาดในพื้นที่ ได้มีการรณรงค์ในการฉีดให้ครอบคลุม ส่วนปี 2568 ไม่พบการระบาด แต่การบันทึกข้อมูลในระบบ Rabies One Data อปท.บางแห่งมีการบันทึกไม่ทัน

ตามห้วงระยะเวลาที่ระบบเปิดดำเนินการ ทำให้ข้อมูลคลาดเคลื่อนและไม่ตรงกับการสำรวจและฉีดวัคซีนจริง ซึ่งใน ปี 2569 มีการปรับระบบปฏิบัติการและมีอัตราการฉีดวัคซีนในสัตว์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น 3) การประเมินความพึงพอใจของประชาชนกลุ่มเป้าหมายและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องสำคัญ พบว่ากลุ่มเป้าหมายผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่ได้ดำเนินการประเมินความพึงพอใจ ประกอบด้วย อาสาปศุสัตว์/หมออาสา/อสม./ผู้นำชุมชน/ภาคีเครือข่าย/ประชาชนทั่วไป/นักเรียน มีระดับความพึงพอใจของหน่วยงาน อปท.ทุกแห่ง คะแนน 89.26% อยู่ในเกณฑ์ ระดับดีมาก (โดยเกณฑ์ระดับคะแนน ≥ 80 ระดับดีมาก) ส่วนประเด็นการประเมิน ได้คะแนนน้อยที่สุด คือ ข้อที่ 4 ช่องทางการติดต่อขอรับบริการมีความสะดวก มากที่สุดคือ ข้อที่ 6 วันเวลาให้บริการมีความสะดวก ซึ่งในปี 2569 การประเมินผลความพึงพอใจการให้บริการหน่วยงาน อปท. อยู่ระหว่างดำเนินการประเมินของกลุ่มเป้าหมายผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 4) เกิดนวัตกรรมที่สนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ 5) ผลการพัฒนาบุคลากรและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องที่สนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตามโครงการ การอบรมพัฒนา อาสาปศุสัตว์ ,อสม. ให้มีความรู้และทักษะในการจัดเก็บข้อมูล การสำรวจสัตว์เลี้ยง การฉีดวัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้า และการค้นหาผู้สัมผัสโรคมารับวัคซีนให้ครอบคลุม สำรวจข้อมูลจำนวนประชากรสุนัขและแมว จัดทำทะเบียนประชากรสุนัขและแมวในพื้นที่ โดยการบันทึกข้อมูลในระบบ การบันทึกข้อมูลในระบบ Rabies One Data จำนวน 2 รอบ รอบที่ 1 ภายในเดือน มีนาคม-พฤษภาคม รอบที่ 2 ภายในเดือน ตุลาคม-ธันวาคม ของแต่ละปี ความรอบรู้ของประชาชนและนักเรียน พบว่า ประชาชนและนักเรียนหลังจากการให้ความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้า มีระดับความรู้ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 96.20 ระดับความรู้มากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบก่อนให้ความรู้ 6) การประเมินการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพหนึ่งเดียว (One health) ระดับอำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ความสำเร็จของการสร้างผลผลิต (Outputs) ตามเป้าหมายของโครงการ “แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) ในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า พชอ.อำเภอห้วยเม็ก ได้ดำเนินการสำเร็จมาแล้ว จำนวน 5 ตัวชี้วัด และอีก 6 ตัวชี้วัด รอดำเนินการ รอบไตรมาสที่ 3 และจากตัวชี้วัดทั้งหมดได้นำตัวชี้วัดที่เป็นตัวชี้วัดสำคัญ (KPIs) ที่ทำให้การดำเนินงานตามโครงการมีระดับความสำเร็จ และมีประสิทธิภาพมากขึ้น จำนวน 3 ตัวชี้วัด 2) ความสำเร็จของการเป็นต้นแบบและ/หรือเป็นแบบอย่างที่ดีตามโครงการ พชอ. อำเภอห้วยเม็ก 2.1) คณะทำงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล พชต. อบต.กุดโดน ได้ดำเนินงานโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า และได้รับคัดเลือกเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีผลงานเป็นที่ประจักษ์ ด้านการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า รางวัลชนะเลิศ ระดับจังหวัด (Thailand Rabies Awards 2022) 2.2) พื้นที่ต้นแบบอบต. กุดโดน และ พชอ.อำเภอห้วยเม็ก เป็นตัวแทนจังหวัดกาฬสินธุ์ร่วมประชุมถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับจังหวัดกาฬสินธุ์ ในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ด้านระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ปี 2566 2.3) พชอ. อำเภอห้วยเม็ก ประกวดคัดเลือกผลงาน พชอ.ดีเด่น รับรางวัลชนะเลิศ ระดับเขตสุขภาพที่ 7 2.4) พชอ. อำเภอห้วยเม็ก ได้นำเสนอผลงานแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระดับจังหวัด และได้รับรางวัล เช่น ผลงานการพัฒนาทีม SRRT ระดับเขตสุขภาพที่ 7 ปี 2568 2.5) พชอ.ห้วยเม็ก ส่งผลงานขอรับรางวัลคุณภาพแห่งชาติ รางวัลระดับพื้นฐานปี 2568 7) ความสำเร็จของโครงการที่บรรลุผลลัพธ์ (Outcomes) ที่สะท้อนถึงสิ่งที่ชุมชนได้รับจากการพัฒนางาน พบว่า ระดับความสำเร็จของโครงการที่บรรลุผลลัพธ์ (Outcomes) ตามเป้าประสงค์หลักและตัวชี้วัด จำนวน 11 ตัวชี้วัด มีการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ “แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) ในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2568-2569” ได้มีการกำหนดทิศทาง วิสัยทัศน์ นโยบาย เป้าประสงค์ และมาตรการ เพื่อให้อำเภอ

ห้วยเม็ก ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ในปี 2570 และไม่พบคนและสัตว์เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า ซึ่งได้จากผลการดำเนินงานปี 2568-2569 ดังกล่าว ซึ่งสรุปตัวชี้วัดหลัก ที่สามารถให้เป้าประสงค์บรรลุได้ พบว่า การติดเชื้อหัวบวก จากปี 2567-2569 มีแนวโน้มลดลง โดยปี 2568 และปี 2569 ไม่พบสัตว์หัวบวก เนื่องจาก อำเภอห้วยเม็ก มีมาตรการ และโครงการดำเนินงานอย่างเข้มข้น ความสำเร็จของการฉีดวัคซีนผู้สัมผัสโรค พบว่ามีผู้สัมผัสสารคัดหลั่งจำนวน 2 ราย รับวัคซีนและเฝ้าระวังอาการครบ 2 ราย ร้อยละ 100 ผู้สัมผัสไม่ได้สวมชุดป้องกัน (PPE) อุปกรณ์อื่น เช่นแว่นตา ถุงมือ เพื่อป้องกันในการแพร่เชื้อจากสัตว์ ในปี 2567 ส่วน 2568-2569 ยังไม่พบผู้สัมผัสและกลุ่มเสี่ยง ระดับความสำเร็จของเป้าประสงค์ ตามโครงการ เทียบเคียงกับอำเภออื่นในจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าระดับความสำเร็จของเป้าประสงค์ ตามโครงการ เทียบเคียงกับอำเภออื่นในจังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งจากสถานการณ์การระบาดของโรคพิษสุนัขบ้า ปี 2567-2569 พบว่า อำเภอห้วยเม็กเป็นพื้นที่รอยต่อติดกับอำเภอยางตลาด อำเภอหนองกุงศรี และอำเภอเมือง จากเขตรอยต่อในบางพื้นที่ของอำเภอห้วยเม็ก ในรัศมี 5 กิโลเมตร ที่อยู่ติดกับพื้นที่กำลังระบาด จากดำเนินงานตามแผนงานโครงการ “แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) ในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2568-2569” โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต พชอ.ห้วยเม็ก ยังไม่พบการระบาดของโรคพิษสุนัขบ้า ด้วยการกำหนดทิศทาง วิสัยทัศน์ นโยบาย เป้าประสงค์ และมาตรการ ของประธาน พชอ.และคณะกรรมการ พชอ.อำเภอห้วยเม็ก และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องที่มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนโครงการในครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ วรรณศิริ ศรีสุขและคณะ การพัฒนาแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวัง และควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า (Rabies) ตามแนวคิดระบบสุขภาพหนึ่งเดียว พบว่า หลังการพัฒนาแกนนำชุมชน 1) กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าสูงขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ก่อน=9.733, SD=1.529 หลัง = 10.100, SD=1.561, p=0.415) 2) กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ก่อน=35.433, SD=4.461 หลัง= 38.466 (SD=5.456, p=0.012) การพัฒนา แกนนำในการเฝ้าระวัง และควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าที่พัฒนาขึ้น สามารถช่วยเพิ่มทัศนคติที่ถูกต้องให้แก่แกนนำได้ ดังนั้นผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าจึงควรพิจารณานำกิจกรรมพัฒนาแกนนำดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ตาม บริบทของพื้นที่ เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าต่อไป[12] และการศึกษาของ พุทธิไกร ประมวล, และบังอร เหล่าเสถียรกิจ. (2566) ศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า โดยชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดศรีสะเกษ แบบ 5G ประกอบด้วย 1) การพัฒนาความรู้ การจัดการตนเอง และการทำงานเป็นทีม (Good team) 2) ระบบเฝ้าระวัง ตรวจจับโรคที่ดี (Good surveillance systems) 3) การประสานงานเครือข่ายที่ดี (Good Collaboration) 4) ระบบรายงานโรคที่มีประสิทธิภาพ (Good reporting systems) และ 5) การบริหารจัดการวัคซีนที่ดี (Good vaccine management) และหลังพัฒนา รูปแบบฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้ามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ 1.18 คะแนน (95% CI: 0.78-1.57) ทัศนคติ 2.35 คะแนน (95% CI: 1.52-3.19) และพฤติกรรมการ ป้องกัน 4.34 คะแนน (95% CI: 2.05-6.63) พบว่ารูปแบบ 5G ในการดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าโดยที่ชุมชนมีส่วนร่วม มีประสิทธิผลในการพัฒนาด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน[10]

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 ผลักดันให้โรคพิษสุนัขบ้าเป็นวาระสุขภาพของอำเภอห้วยเม็กอย่างต่อเนื่อง โดยบรรจุไว้ในแผนพัฒนาสุขภาพอำเภอและแผนของ พชอ. พร้อมกำหนดผู้รับผิดชอบ กิจกรรม งบประมาณ และผลลัพธ์ที่ชัดเจน

1.2 พชอ. และ พชต. ควรจัดทำแผนปฏิบัติการร่วมตามแนวคิด One Health โดยบูรณาการหน่วยงานสาธารณสุข ปศุสัตว์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อสม. อาสาปศุสัตว์ และประชาชน ครอบคลุมการขึ้นทะเบียนสัตว์ การฉีดวัคซีน การควบคุมประชากรสัตว์ การเฝ้าระวังโรค และการจัดการสิ่งแวดล้อม

1.3 กำหนดตัวชี้วัดระดับอำเภอและตำบล ได้แก่ ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนสัตว์ ความครอบคลุมการฉีดวัคซีน ระยะเวลาการตอบสนองต่อเหตุการณ์ ความครบถ้วนของการติดตามผู้สัมผัส และจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้า โดยติดตามผลอย่างน้อยไตรมาสละ 1 ครั้ง

2. ข้อเสนอแนะการปฏิบัติ

2.1 พัฒนาแผนสำรวจและขึ้นทะเบียนสุนัขและแมวแบบรายครัวเรือน รายหมู่บ้าน และรายตำบล โดยบูรณาการเจ้าหน้าที่ อสม. อาสาปศุสัตว์ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และผู้นำชุมชน พร้อมตรวจสอบข้อมูลกับผลการฉีดวัคซีนจริง

2.2 จัดทำแผนฉีดวัคซีนเชิงรุกให้ครอบคลุมทั้งสัตว์มีเจ้าของและสัตว์จรจัด โดยให้ความสำคัญกับพื้นที่สีแดง พื้นที่รอยต่อ พื้นที่ป่า แหล่งน้ำ และบริเวณที่พบสัตว์จรจัดจำนวนมาก ควบคู่กับการควบคุมการปล่อยสัตว์และการทำหมัน

2.3 พัฒนาระบบ Rabies One Data และระบบแจ้งเหตุระดับตำบล–อำเภอ โดยกำหนดผู้รับผิดชอบ การตรวจสอบข้อมูล และช่องทางประสานงานระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปศุสัตว์ สาธารณสุข และชุมชน รวมทั้งจัดอบรม อสม. อาสาปศุสัตว์ และผู้นำชุมชนให้สามารถดำเนินงานได้อย่างถูกต้อง

3. การนำไปใช้ประโยชน์

3.1 นำรูปแบบการดำเนินงานไปพัฒนาเป็นห้วยเม็ก One Health Rabies Model โดยเริ่มจากตำบลกุดโดนและตำบลหัวหิน ซึ่งเป็นพื้นที่ที่พบเชื้อหรือมีปัจจัยเสี่ยง แล้วขยายผลไปยังตำบลอื่นของอำเภอ

3.2 จัดทำคู่มือมาตรฐานระดับอำเภอสำหรับการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าแบบบูรณาการ โดยครอบคลุมโครงสร้างผู้รับผิดชอบ ขั้นตอนปฏิบัติ แบบสำรวจ ระบบข้อมูล ช่องทางแจ้งเหตุ และแนวทางติดตามประเมินผล

3.3 พัฒนาตำบลต้นแบบให้เป็นศูนย์เรียนรู้ด้านการจัดการโรคพิษสุนัขบ้า เพื่อถ่ายทอดความรู้และขยายผลการดำเนินงานไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รพ.สต. อสม. อาสาปศุสัตว์ และชุมชนใกล้เคียง

4. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

4.1 ควรศึกษาประสิทธิผลและความยั่งยืนของรูปแบบในระยะยาวอย่างน้อย 2–3 ปี โดยติดตามความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนสัตว์ การฉีดวัคซีน การลดจำนวนสัตว์จรจัด การตอบสนองต่อเหตุการณ์ และการเกิดโรคในคนและสัตว์

4.2 ควรออกแบบการวิจัยกึ่งทดลอง โดยเปรียบเทียบตำบลที่ใช้รูปแบบกับตำบลเปรียบเทียบ หรือเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังดำเนินงาน เพื่อประเมินผลของรูปแบบอย่างชัดเจน

4.3 ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสิ่งแวดล้อมกับการกระจายตัวของสัตว์จรจัดและการเกิดโรค เช่น ระยะห่างจากพื้นที่ป่า แหล่งน้ำ แหล่งอาหาร จุดทิ้งปลา และชุมชน โดยใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ร่วมกับการศึกษาปัจจัยด้านความรู้ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมของประชาชน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization, World Organisation for Animal Health, & Food and Agriculture Organization of the United Nations. (2018). WHO expert consultation on rabies: Third report (WHO Technical Report Series, No. 1012). World Health Organization. https://iris.who.int/handle/10665/272364

2. Thai Red Cross Society. Rabies clinical practice guidelines 2018, Queen Saovabha Memorial Institute, Thai Red Cross Society, and frequently asked questions. Bangkok: Rabies Immunization Clinic, Queen Saovabha Memorial Institute; 2018.
4. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2569). สถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าในประเทศไทย ปี 2560–2569 (ข้อมูล ณ กุมภาพันธ์ 2569). กระทรวงสาธารณสุข. http://www.thairabies.net/
3. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย.(2562). คู่มือแนวทางการบริหารจัดการสงเคราะห์สัตว์. https://yanyaws.go.th/31-km/25.pdf
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. (2568). ข้อมูลการระบาดโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2566-2569
6. จุฑามาส บัวลอย และคณะ. (2567). ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ในพื้นที่อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ในระหว่างปี 2566–2567. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 9*(2), ตรวจสอบเลขหน้าในฉบับเต็ม. https://he04.tci-thaijo.org/index.php/AJNHS/article/view/1097
7. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธาน ศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จพระเจ้าน้องนางเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารีฯ. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
8. สำนักนายกรัฐมนตรี. (2561, 9 มีนาคม). *ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561*. ราชกิจจานุเบกษา, 135(พิเศษ 54 ง), 1–7. https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2561/E/054/1.PDF
9. อังคณา สมนัสทวีชัย วลัยพร พัชรนฤมล โสภณ เอี่ยมศิริถาวร วันทนีย์ กัลล์ประวิทธ์ ปานเทพ รัตนากร วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร.(2557). วิวัฒนาการของความร่วมมือภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียวในประเทศไทย. (2557). วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 8(3). สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4218
10. พุทธิไกร ประมวล, และบังอร เหล่าเสถียรกิจ. (2566). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าโดยชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 16*(1), 90–106. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kkujphr/issue/view/17614
11. ชบาไพร เสาร์สุวรรณ, บุญรักษา วิทยาคม, และศิวัช ฐิตมงคล. (2567). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานสร้างเขตปลอดโรคพิษสุนัขบ้าแบบมีส่วนร่วม “RABIES EAST ZONE MODEL” ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6. *วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง, 38*(2), 38–48. https://he05.tci-thaijo.org/index.php/Hss6/article/view/3984
12. วรรณศิริ ศรีสุข, ราตรี อร่ามศิลป์, สายใจ จารุจิตร, พรฤดี นิธิรัตน์, และประภา วัฒนชีพ. (2564). การพัฒนาแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า (Rabies) ตามแนวคิดระบบสุขภาพหนึ่งเดียว. *วารสารควบคุมโรค, 47*(4), 995–1004. https://doi.org/10.14456/dcj.2021.86

ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนผ่าตัดถุงน้ำดีแบบส่องกล้องเป็นการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

Factors determining conversion of laparoscopic to open cholecystectomy Kingnarai Hospital.

(Received: August 23,2026 ; Revised: August 25,2026 ; Accepted: August 27,2026)

สิริพงศ์ มโนใจ[1]
Siripong Manojai[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนผ่าตัดถุงน้ำดีแบบส่องกล้องเป็นการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องในผู้ป่วยโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง ในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 จำนวน 226 ราย วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยใช้สถิติ Binary Logistic Regression คำนวณค่า Unadjusted Odds Ratio (OR) และ Adjusted Odds Ratio (ORadj) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

ผลการวิจัย: ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.94 อายุเฉลี่ย 54.2±12.8 ปี อัตราการเปลี่ยนจากการผ่าตัดผ่านกล้องเป็นแบบเปิดหน้าท้อง (Conversion rate) คิดเป็นร้อยละ 10.62 (24 ราย) จากการวิเคราะห์พหุคูณเพื่อควบคุมปัจจัยรบกวน พบปัจจัยทำนายอิสระ (Independent risk factors) ที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนเป็นผ่าตัดเปิดหน้าท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) จำนวน 3 ปัจจัย ได้แก่ ภาวะผนังถุงน้ำดีหนา ≥4 mm. มีความเสี่ยงสูงสุดเป็น 4.95 เท่าของผู้ป่วยที่ผนังถุงน้ำดีไม่หนา (OR_{adj}=4.95,95% CI:1.85-13.25,p=0.001) ภาวะเม็ดเลือดขาวสูงก่อนผ่าตัด (Leukocytosis): มีโอกาสเปลี่ยนเป็นการผ่าตัดเปิดเป็น 3.12 เท่า (OR_{adj}=3.12,95% CI:1.18-8.24,p=0.022) ประวัติเคยผ่าตัดช่องท้อง มีโอกาสเปลี่ยนเป็นการผ่าตัดเปิดเป็น 2.88 เท่า (OR_{adj}=2.88,95% CI:1.06-7.82,p=0.038)

คำสำคัญ: การผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง, การเปลี่ยนเป็นผ่าตัดเปิดหน้าท้อง, ผนังถุงน้ำดีหนา, ภาวะเม็ดเลือดขาวสูง

Abstract

This study aimed to study the factors determining the conversion of laparoscopic cholecystectomy to open cholecystectomy in patients at Kingnarai Hospital. A retrospective study was conducted on 226 patients who underwent laparoscopic cholecystectomy between October 2019 and September 2024. Associated factors were analyzed using Binary Logistic Regression, reporting Unadjusted Odds Ratios (OR) and Adjusted Odds Ratios (OR_{adj}) at a 95% confidence interval (CI).

Results: The majority of patients were female (61.94%), with a mean age of 54.2±12.8 years. The conversion rate to open cholecystectomy was 10.62% (24 cases). Multivariate analysis controlling for confounding variables identified three independent risk factors significantly associated with conversion to open surgery ($p<0.05$) Gallbladder wall thickening (≥4 mm) Showed the highest risk, with a 4.95-fold increase compared to patients with normal wall thickness (OR_{adj}=4.95,95% CI:1.85--13.25,p=0.001) Preoperative leukocytosis: Associated with a 3.12-fold increase in the likelihood of conversion OR_{adj}=3.12,95% CI:1.18--8.24,p=0.022). History of previous abdominal surgery: Associated with a 2.88-fold increase in the likelihood of conversion (OR_{adj}=2.88,95% CI:1.06--7.82,p=0.038).

Keywords: Laparoscopic cholecystectomy, Conversion to open cholecystectomy, Gallbladder wall thickening, Preoperative leukocytosis.

[1] พบ.กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

บทนำ

ประเทศไทยมีอุบัติการณ์การเกิดนิ่วในถุงน้ำดี ร้อยละ 6 โดยพบในหญิงมากกว่าชายในอัตราส่วน 1.5:1 ส่วนใหญ่พบในอายุมากกว่า 40 ปี ในคนอายุ 70 ปีพบได้ประมาณร้อยละ 15-30 ผู้ป่วยกลุ่มที่พบนิ่วใน ถุงน้ำดีและไม่มีอาการเลย มีโอกาสเกิดปัญหาขึ้นได้น้อยกว่าร้อยละ 25 ในระยะเวลา 10 ปีอาการส่วนใหญ่จะมีแน่นอืดท้อง อาหารไม่ย่อย มีลมมาก หรือมีอาการปวดท้องเป็นพักๆ (colic) ที่บริเวณลิ้นปี่ หรือใต้ชายโครงขวา ร่วมกับคลื่นไส้หรืออาเจียน ซึ่งมักเป็นหลังรับประทานอาหารมันๆ อาจเป็นอยู่หลายชั่วโมงแล้วหายไป เมื่อเกิดการอักเสบของถุงน้ำดี อาการที่บ่งชัดเจน คือ อาการปวดท้องจะมากขึ้น ปวดบริเวณยอดอก (epigastrium) และปวดร้าวทะลุไปยังบริเวณหลังปวดมากจนถึงตัวบิดตัวงอ มีไข้ อาจมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ด้วยอาการแน่นอืดท้อง การรักษาโรคนิ่วในถุงน้ำดีมีทั้งแบบที่ไม่ตัดถุงน้ำดี และแบบที่ผ่าตัดถุงน้ำดี การรักษาแบบที่ไม่ตัดถุงน้ำดี เช่น การรับประทานยาละลายนิ่ว ซึ่งการรักษาแบบนี้อาจไม่เหมาะสม เนื่องจากนิ่วจะมีโอกาสเกิดขึ้นใหม่ในถุงน้ำดีได้อีกประมาณร้อยละ 10 ต่อปี หรือประมาณร้อยละ 50 ใน 5 ปี ฉะนั้นการรักษาที่เหมาะสม คือ การตัดถุงน้ำดีออกไป[1]

ปัจจุบันการผ่าตัดผ่านกล้อง (minimally invasive surgery: MIS) เป็นการผ่าตัดที่นิยมแพร่หลายในประเทศไทย โดยการผ่าตัดผ่านกล้องมีประสิทธิผลมากกว่าการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง เนื่องจากแผลผ่าตัดมีขนาดเล็ก การสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัดน้อย ความเจ็บปวดหลังผ่าตัดน้อยกว่าและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล[2] รวมทั้งระยะเวลาในการฟื้นตัวหลังผ่าตัดน้อยกว่า ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือกลับไปทำงานได้เร็วขึ้น ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า แต่อย่างไรก็ตามการผ่าตัดผ่านกล้องจำเป็นต้องใช้ศัลยแพทย์เฉพาะทาง เครื่องมือ และอุปกรณ์พิเศษ ซึ่งการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบผ่านกล้อง (Laparoscopic Cholecystectomy: LC) ถือเป็นการผ่าตัดที่ไม่ซับซ้อนแต่ยังคงมีข้อแตกต่างในเรื่องภาวะแทรกซ้อนอยู่บ้างโดยเฉพาะการทำวิธีนี้ มีโอกาสทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อท่อน้ำดีได้สูงกว่าการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิดหน้าท้อง (OC) โดยหลายการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งเป็น review article ซึ่งรวบรวมรายงานเกี่ยวกับ LC รวมทั้ง difficult LC โดยมีจำนวนผู้ป่วยพบมี conversion rate 0.18-30% และมีการบาดเจ็บต่อท่อน้ำดี 0-0.6% ด้วยเหตุนี้จึงได้มีการพัฒนาเทคนิคการผ่าตัดเพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อนให้น้อยลง อย่างไรก็ตามยังพบความยากในการผ่าตัด โดยประเมินจากระยะเวลาในการผ่าตัด อัตราการเปลี่ยนการผ่าตัดเป็นแบบเปิด (conversion rate) และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด[2]

โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เริ่มการผ่าตัดแบบผ่านกล้องมาตั้งแต่ปี 2542 จากข้อมูลปี 2562-2567 มีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดนิ่วถุงน้ำดีผ่านกล้อง จำนวน 92, 86, 91, 101, 94 และ 89 ราย ตามลำดับ พบว่าอัตราเปลี่ยนการผ่าตัดเป็นแบบเปิดย้อนหลัง 6 ปี เฉลี่ยร้อยละ 10.04 นอกจากนี้ยังพบการเกิดภาวะบาดเจ็บต่อท่อน้ำดี 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.36[3] ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ที่ผ่านมายังไม่เคยมีการศึกษาถึงผลการผ่าตัดดังกล่าว รวมทั้งปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องเป็นการผ่าตัดแบบเปิด ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลการผ่าตัดถุงน้ำดีที่ผ่านมา และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องเป็นการผ่าตัดแบบเปิดในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เพื่อนำมาปรับปรุงประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนผ่าตัดถุงน้ำดีแบบส่องกล้องเป็นการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

วิธีการวิจัย

รูปแบบการศึกษาวิจัย

เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ตั้งแต่เดือนเดือนตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือน กันยายน พ.ศ. 2567 จำนวนทั้งหมด 553 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ตั้งแต่เดือนเดือนตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือน กันยายน พ.ศ. 2567 คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ คือ

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้ป่วยในมีอายุ 15 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง

2. มีผลการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงหรือเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องยืนยันวินิจฉัยว่า นิ่วในถุงน้ำดีที่มีอาการ (Symptomatic gallstone) ภาวะนิ่วในถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันหลังได้รับการรักษาด้วยาปฏิชีวนะแล้วมากกว่า 4 สัปดาห์ (Subsided cholecystitis), ภาวะตับอ่อนอักเสบจากนิ่วในถุงน้ำดี (Gallstone pancreatitis)

3. มีความสมบูรณ์ของเวชระเบียน

เกณฑ์การคัดออก

1. ข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยไม่ครบถ้วน

2. มีภาวะตาเหลืองตัวเหลือง (jaundice)

3. มีนิ่วในท่อน้ำดีหลัก (Common bile duct stone)

ขนาดตัวอย่าง

กำหนดขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวญของ Robert V. Krejcie and W.Morgan[19] ได้จำนวนประชากร 226 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นแบบบันทึกข้อมูล พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว วินิจฉัยก่อนผ่าตัด ASA Classification ประวัติการผ่าตัดช่องท้อง การได้รับยาปฏิชีวนะก่อนผ่าตัด Leukocytosis, abnormal liver function test

ส่วนที่ 2 ผลการผ่าตัด ประกอบด้วย ระยะเวลาในการผ่าตัด, Gallbladder Wall thickening, Stone number, ภาวะแทรกซ้อน จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และค่ารักษาในโรงพยาบาล

การรวบรวมข้อมูล

โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน

การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลแบบแจงนับ (categorical data) จะถูกนำเสนอเป็น จำนวน และ ร้อยละ ในขณะที่ข้อมูลแบบต่อเนื่อง (Continuous data) ที่มีการกระจายตัวแบบปกติ (Normal distribution) จะนำเสนอโดยค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation; SD) แต่ถ้าการกระจายตัวของข้อมูลไม่เป็นแบบปกติ (Asymmetrical distribution) จะนำเสนอโดยค่ามัธยฐาน (median) และพิสัยระหว่างควอไทล์ (interquartile range; IQR)

การหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องใช้ค่าสถิติ binary logistic regression ค่าความเชื่อมั่น 95% Cl แสดงอัตราปัจจัยคราวละปัจจัยด้วย Odds ratio (OR) คราวละหลายปัจจัยด้วย Adjusted Odds ratio (OR_{adj})

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป ลักษณะทางคลินิก และผลการผ่าตัดของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จำนวนทั้งหมด

226 ราย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 140 ราย ร้อยละ 61.94 และเป็นเพศชาย จำนวน 86 ราย ร้อยละ 38.06 ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 54.2±12.8 ปี และมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ย 26.4±4.1 kg/m² เมื่อพิจารณาประวัติเจ็บป่วย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จำนวน 148 ราย ร้อยละ 65.49 ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติผ่าตัดช่องท้องมาก่อน จำนวน 184 ราย ร้อยละ 81.42 และได้รับการประเมินสภาพร่างกายก่อนผ่าตัด (ASA Classification) อยู่ใน Class I–II เป็นหลัก จำนวน 172 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.11

การวินิจฉัยก่อนผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็น Symptomatic gallstone มากที่สุด คิดเป็นจำนวน 128 ราย ร้อยละ 56.64 รองลงมาคือ Subsided cholecystitis (> 4 สัปดาห์) จำนวน 68 ราย ร้อยละ 30.09 และ Gallstone pancreatitis จำนวน 30 ราย ร้อยละ 13.27 ตามลำดับ ด้านผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนผ่าตัด พบภาวะเม็ดเลือดขาวสูง (Leukocytosis, WBC > 10,000 /mm³) จำนวน 52 ราย ร้อยละ 23.01 (52 ราย) และพบผลการทำงานของตับผิดปกติ (Abnormal LFT) จำนวน 41 ราย ร้อยละ 18.14 โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาปฏิชีวนะก่อนการผ่าตัด จำนวน 195 ราย คิดเป็นร้อยละ 86.28

ในส่วนของข้อมูลการผ่าตัดและผลการรักษา พบว่า ผู้ป่วยสามารถผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องได้สำเร็จ (Completed LC) จำนวน 202 ราย คิดเป็นร้อยละ 89.38 ในขณะที่มีการเปลี่ยนจากการผ่าตัดผ่านกล้องเป็นแบบเปิดหน้าท้อง (Conversion to open) จำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.62 นอกจากนี้ตรวจพบภาวะผนังถุงน้ำดีหนา (GB Wall thickening ≥ 4 mm) จำนวน 61 ราย ร้อยละ 26.99 ด้านระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด มีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 75 นาที (55–110 นาที) มีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวน 18 ราย ร้อยละ 7.96 มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาล มัธยฐาน 3 วัน (2–5 วัน) และมีค่ารักษาพยาบาล มัธยฐาน 28,500 บาท 22,000–38,000 บาท)

จากการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนจากการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบส่องกล้องเป็นการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง ในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จำนวน 226 ราย (กลุ่มที่เปลี่ยนเป็นผ่าตัดเปิด 24 ราย และกลุ่มที่ผ่าตัดส่องกล้องสำเร็จ 202 ราย) โดยใช้สถิติ Binary Logistic Regression พบว่าจากการวิเคราะห์ปัจจัยคราวละหนึ่งปัจจัย (Unadjusted Odds Ratio: OR) พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนเป็นผ่าตัดเปิดหน้าท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) จำนวน 6 ปัจจัย ได้แก่ ภาวะผนังถุงน้ำดีหนาตั้งแต่ 4 มิลลิเมตรขึ้นไป (OR = 6.98, 95% CI: 2.81–17.32, $p<0.001$), ภาวะเม็ดเลือดขาวสูง (OR = 4.05, 95% CI: 1.70–9.64, p=0.002), การประเมิน ASA Class III–IV (OR = 3.13, 95% CI: 1.32–7.42, p=0.010), อายุ 60 ปีขึ้นไป (OR = 3.28, 95% CI: 1.39–7.75, p=0.007), ประวัติเคยผ่าตัดช่องท้อง (OR = 3.07, 95% CI: 1.24–7.62, p=0.015) และเพศชาย (OR = 2.53, 95% CI: 1.08–5.91, p=0.032)

เมื่อนำปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติและปัจจัยที่มีแนวโน้มเกี่ยวข้องเข้าสู่แบบจำลองการวิเคราะห์พหุคูณ เพื่อควบคุมปัจจัยรบกวน (Adjusted Odds Ratio: ORadj) พบว่า มี 3 ปัจจัยหลักที่เป็นปัจจัยทำนายอิสระ (Independent risk factors) ที่มีผลต่อการเปลี่ยนเป็นผ่าตัดเปิดหน้าท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ได้แก่ ภาวะผนังถุงน้ำดีหนา (GB Wall thickening ≥ 4 mm) เป็นปัจจัยที่มีความเสี่ยงสูงสุด โดยผู้ป่วยที่มีผนังถุงน้ำดีหนาตั้งแต่ 4 มิลลิเมตรขึ้นไป มีโอกาสเปลี่ยนเป็นผ่าตัดเปิดหน้าท้องสูงเป็น 4.95 เท่า ของผู้ป่วยที่ผนังถุงน้ำดีไม่หนา (ORadj = 4.95, 95% CI: 1.85–13.25, p=0.001) ภาวะเม็ดเลือดขาวสูง (Leukocytosis) ผู้ป่วยที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวสูงก่อนผ่าตัด มีโอกาสเปลี่ยนเป็นผ่าตัดเปิดหน้าท้องเป็น 3.12 เท่า ของผู้ป่วยที่มีค่าเม็ดเลือดขาวปกติ (ORadj = 3.12, 95% CI: 1.18–8.24, p=0.022) ประวัติเคยผ่าตัดช่องท้อง (Previous abdominal surgery) ผู้ป่วยที่มีประวัติ

เคยผ่าตัดช่องท้องมาก่อน มีโอกาสเปลี่ยนเป็นผ่าตัดเปิดหน้าท้องเป็น 2.88 เท่า ของผู้ป่วยที่ไม่เคยผ่าตัดช่องท้อง (ORadj = 2.88, 95% CI: 1.06–7.82, p=0.038) สำหรับปัจจัยด้านเพศชาย, อายุ ≥ 60 ปี , ASA Class III–IV, ผลการทำงานของตับผิดปกติ (Abnormal LFT) และภาวะถุงน้ำดีอักเสบระยะทุเลา (Subsided Cholecystitis) ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อควบคุมปัจจัยรบกวนแล้ว (p>0.05)

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนผ่าตัดถุงน้ำดีแบบส่องกล้องเป็นการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง (Binary Logistic Regression Analysis)

ปัจจัย (Factors)	Converted (n=24)	LC (n=202)	Unadjusted OR (95% CI)	p-value	Adjusted OR (95% CI)	Adjusted p-value
เพศชาย	14 (58.3)	72 (35.6)	2.53 (1.08-5.91)	0.032	1.82 (0.71-4.67)	0.211
อายุ ≥ 60 ปี	15 (62.5)	68 (33.7)	3.28 (1.39-7.75)	0.007	2.45 (0.92-6.51)	0.072
ประวัติเคยผ่าตัดช่องท้อง	9 (37.5)	33 (16.3)	3.07 (1.24-7.62)	0.015	2.88 (1.06-7.82)	0.038*
ASA Class III - IV	11 (45.8)	43 (21.3)	3.13 (1.32-7.42)	0.010	1.64 (0.58-4.65)	0.352
Leukocytosis	12 (50.0)	40 (19.8)	4.05 (1.70-9.64)	0.002	3.12 (1.18-8.24)	0.022*
Abnormal LFT	8 (33.3)	33 (16.3)	2.56 (1.00-6.55)	0.050	1.41 (0.48-4.14)	0.531
GB Wall thickening (≥ 4 mm)	16 (66.7)	45 (22.3)	6.98 (2.81-17.32)	<0.001	4.95 (1.85- 13.25)	0.001*
Subsided Cholecystitis	11 (45.8)	57 (28.2)	2.15 (0.92-5.04)	0.078	1.35 (0.50-3.66)	0.554

** นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p < 0.05*

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง (Laparoscopic Cholecystectomy: LC) โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จำนวน 226 ราย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงวิธีการผ่าตัดจากการผ่าตัดผ่านกล้องเป็นการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง (Conversion to open cholecystectomy) ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยที่ต้องเปลี่ยนเป็นผ่าตัดเปิดหน้าท้องจำนวน 24 ราย คิดเป็นอัตราการเปลี่ยนวิธีผ่าตัด (Conversion rate) เท่ากับร้อยละ 10.62 เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยในประเทศไทย พบว่าใกล้เคียงกับรายงานของ อรรถพร ปฏิวงศ์ไพศาล[4] ในโรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา (ร้อยละ 9.8) สรวิชญ์ คูหา[5] ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเปลี่ยนจากการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องเป็นการผ่าตัดเปิดหน้าท้องในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด รวมถึงงานวิจัยของ พงศกร ประเสริฐ[6] ในโรงพยาบาลระดับศูนย์/ทั่วไป (ร้อยละ 8.5–12.0) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับรายงานในระดับต่างประเทศ ได้แก่ Wickramasinghe และคณะ[7] ในประเทศกำลังพัฒนา , Vivek และคณะ[8] และ Rosen และคณะ[9] ซึ่งระบุว่าอัตรา Conversion rate ของการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องในภาพรวมจะอยู่ในช่วงร้อยละ 5–15 ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของถุงน้ำดี ความซับซ้อนของการอักเสบและประสบการณ์ของทีมศัลยแพทย์

เมื่อนำปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติจากการวิเคราะห์ตัวแปรเดี่ยว (Univariate Logistic Regression) เข้าสู่การวิเคราะห์พหุคูณ (Multivariate Logistic Regression Analysis) เพื่อควบคุมปัจจัยรบกวน พบว่ามี 3 ปัจจัยหลักที่เป็นปัจจัยทำนายอิสระ (Independent risk factors) ที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนเป็นผ่าตัดเปิดหน้าท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) ซึ่งสามารถอภิปรายเปรียบเทียบและอธิบายเหตุผลเชิงพยาธิสรีรวิทยาจำแนกตามปัจจัยได้ดังนี้

ภาวะผนังถุงน้ำดีหนา (Gallbladder Wall Thickening ≥4 mm) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีผนังถุงน้ำดีหนาตั้งแต่ 4 มิลลิเมตรขึ้นไปจากการตรวจทางรังสีวิทยา มีโอกาสเปลี่ยนเป็นผ่าตัดเปิดหน้าท้องสูงถึง 4.95 เท่า (OR_{adj} = 4.95, 95 % CI : 1.85 - 13.25 , p = 0.001) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ผนังถุงน้ำดีไม่หนา ซึ่งถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีค่า Adjusted Odds Ratio สูงที่สุดในการศึกษานี้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องอย่างยิ่งกับงานวิจัยในประเทศของ พงศกร ประเสริฐ[6] และงานวิจัยต่างประเทศของ Tonolini และคณะ[8], Jansen และคณะ[9], Sugrue และคณะ[10], Rothman และคณะ[11]และ Hu และคณะ[12]ที่สรุปไปในทิศทางเดียวกันว่า ความหนาของผนังถุงน้ำดีเป็นดรรชนีชี้วัดความยากในการผ่าตัดผ่านกล้องที่แม่นยำที่สุด เนื่องจากการหนาตัวของผนังถุงน้ำดีมักเกิดจากการอักเสบรุนแรงในระยะเฉียบพลันหรือการอักเสบซ้ำๆ เรื้อรัง ทำให้เกิดกระบวนการสร้างพังผืดเหนียว (Fibrotic adhesions) และการบวมน้ำ (Edema) ของเนื้อเยื่อรอบถุงน้ำดี โดยเฉพาะบริเวณสามเหลี่ยมตับและท่อน้ำดี (Calot's triangle) พังผืดเหล่านี้จะยึดติดแน่นระหว่างถุงน้ำดีกับท่อน้ำดีหลัก (Common bile duct) หลอดเลือด (Cystic artery) และตับ ส่งผลให้พิกัดทางกายวิภาค (Anatomical landmarks) บิดเบี้ยวหรือไม่ชัดเจน ทำให้ศัลยแพทย์ไม่สามารถเลาะแยกโครงสร้างเพื่อเปิดให้เห็น Critical View of Safety (CVS) ได้อย่างปลอดภัย หากฝืนเลาะด้วยกล้องส่องอาจทำให้ถุงน้ำดีฉีกขาดจนน้ำดีรั่ว หรือเกิดการบาดเจ็บรุนแรงต่อท่อน้ำดีหลัก (Bile duct injury) ศัลยแพทย์จึงต้องตัดสินใจเปลี่ยนเป็นผ่าตัดเปิดเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

ภาวะเม็ดเลือดขาวสูงก่อนผ่าตัด (Preoperative Leukocytosis, WBC > 10,000 /mm³) ผู้ป่วยที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวสูงก่อนผ่าตัด มีโอกาสเปลี่ยนเป็นผ่าตัดเปิดหน้าท้องเป็น 3.12 เท่า (OR_{adj}=3.12, 95%CI: 1.18-8.24, p=0.022) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีจำนวนเม็ดเลือดขาวในระดับปกติ ผลการศึกษานี้ตรงกับการศึกษาของ สรวิชญ์ คูหา[2] Gupta และคณะ[13], Kama และคณะ[14], Sutcliffe และคณะ[15]และสอดคล้องกับเกณฑ์วินิจฉัยและประเมินความรุนแรงตามแนวทางมาตรฐานสากล Tokyo Guidelines 2018 (TG18) โดย Wakabayashi และคณะ[16]เนื่องจากภาวะ Leukocytosis เป็นการปฏิกิริยาตอบสนองทางระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อภาวะการอักเสบติดเชื้ออย่างรุนแรง (Systemic Inflammatory Response) ซึ่งมักพบในผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันที่มีภาวะติดเชื้อเป็นหนองในถุงน้ำดี (Empyema of gallbladder) หรือเนื้อเยื่อถุงน้ำดีเริ่มเน่าตาย (Gangrenous cholecystitis) การอักเสบระดับเซลล์นี้ทำให้เนื้อเยื่อเปื่อยร่วน (Friable tissue) เลือดออกได้ง่ายเมื่อถูกสัมผัสด้วยเครื่องมือผ่าตัด เลือดที่ออกชโลมสนามผ่าตัดจะบดบังมุมมองภาพจากกล้องส่องช่องท้องอย่างมาก ทำให้ศัลยแพทย์ไม่สามารถแยกชั้นเนื้อเยื่อได้อย่างแม่นยำ การเปลี่ยนวิธีผ่าตัดเป็นแบบเปิดจะช่วยให้ศัลยแพทย์ใช้นิ้วมือช่วยสัมผัส (Tactile sensation) และควบคุมการหยุดเลือดได้มีประสิทธิภาพมากกว่า

ประวัติเคยผ่าตัดช่องท้องมาก่อน (Previous Abdominal Surgery) ผู้ป่วยที่มีประวัติเคยผ่าตัดช่องท้องมาก่อน มีโอกาสเปลี่ยนเป็นผ่าตัดเปิดหน้าท้องเป็น 2.88 เท่า (OR_{adj} = 2.88,95 % CI : 1.06 - 7.82 , p = 0.038) ของผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประวัติผ่าตัดช่องท้อง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับข้อค้นพบของ อรรถพร ปฏิวงศ์ไพศาล[1] , Wickramasinghe และคณะ[7] และ Vivek และคณะ[17]เนื่องจากแผลจากการผ่าตัดช่องท้องในอดีต (โดยเฉพาะการผ่าตัดช่องท้องส่วนบน หรือ Upper abdominal surgery) จะกระตุ้นกระบวนการซ่อมแซมแผลตามธรรมชาติ ทำให้เกิดพังผืดในช่องท้อง (Postoperative peritoneal adhesions) ดึงรั้งระหว่างผนังหน้าท้อง ลำไส้ ใหญ่เยื่อบุช่องท้อง และตับ พังผืดเหล่านี้เพิ่มความเสี่ยงอย่างมากในขั้นตอนแรกของการผ่าตัด คือการแทงเข็มสร้างลมหรือการใส่กล้องและอุปกรณ์ (Trocar insertion) ซึ่งอาจเจาะโดนลำไส้หรืออวัยวะภายในได้ง่าย นอกจากนี้ พังผืดยังบดบังพื้นที่และจำกัดทิศทางการเคลื่อนไหวของเครื่องมือส่องกล้อง ทำให้

ศัลยแพทย์จำเป็นต้องเปลี่ยนวิธีผ่าตัดเพื่อตัดเลาะพังผืดภายใต้การมองเห็นโดยตรง

สำหรับการวิเคราะห์ปัจจัยด้านเพศชาย, อายุ ≥60 ปี, การประเมิน ASA Class III–IV, ผลการทำงานของตับผิดปกติ (Abnormal LFT) และภาวะถุงน้ำดีอักเสบระยะทุเลา (Subsided Cholecystitis) แม้ว่าในการวิเคราะห์ตัวแปรเดี่ยว (Univariate analysis) จะพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนวิธีผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญ แต่เมื่อนำมาเข้าแบบจำลองพหุคูณ (Multivariate analysis) ปัจจัยเหล่านี้กลับ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับข้อสังเกตของ พงศกร ประเสริฐ[6] และ Rosen และคณะ[18]ที่อธิบายว่า ปัจจัยทางประชากรศาสตร์ เช่น เพศชาย หรือผู้สูงอายุ ไม่ใช่ปัจจัยเสี่ยงทางพยาธิสรีรวิทยาโดยตรง แต่เป็นเพียง "ปัจจัยร่วม" (Confounding factors) เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มเพศชายหรือผู้สูงใหญ่มักจะมารับการรักษาล่าช้า ทำให้อาการอักเสบดำเนินไปสู่ระยะรุนแรงแล้ว (เกิดผนังถุงน้ำดีหนาและ Leukocytosis) ดังนั้น เมื่อเราทำการควบคุมปัจจัยรบกวนด้านพยาธิสภาพตรงของถุงน้ำดี (GB Wall thickening และ Leukocytosis) ในแบบจำลอง Logistic Regression แล้ว ผลของปัจจัยทางประชากรศาสตร์จึงไม่มีนัยสำคัญ

สรุป

ภาวะผนังถุงน้ำดีหนาตั้งแต่ 4 มิลลิเมตรขึ้นไป ภาวะเม็ดเลือดขาวสูงก่อนผ่าตัด และประวัติเคยผ่าตัดช่องท้อง เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนผ่าตัดถุงน้ำดีแบบส่องกล้องเป็นการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง ข้อมูลนี้สามารถนำไปใช้ในการประเมินความเสี่ยง วางแผนการผ่าตัด และสื่อสารให้ผู้ป่วยทราบล่วงหน้าเพื่อเพิ่มความปลอดภัยและประสิทธิภาพในการดูแลรักษา

ข้อเสนอแนะ

1. จากงานวิจัยนี้สามารถนำมาพัฒนาระบบประเมินความเสี่ยงก่อนผ่าตัด (Preoperative Risk Stratification Model) สำหรับผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช โดยหากผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงครบทั้ง 3 ประการ (ผนังถุงน้ำดีหนา ≥ 4 มม., Leukocytosis, และเคยผ่าตัดช่องท้อง) ศัลยแพทย์ควรให้ข้อมูลและการขอความยินยอม (Informed Consent) สื่อสารให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงความเสี่ยงและโอกาสสูงที่จะต้องเปลี่ยนเป็นผ่าตัดเปิดหน้าท้อง เพื่อลดความวิตกกังวลและป้องกันปัญหาทางฟ้องร้อง การมอบหมายให้ศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ทำการผ่าตัดหลัก และเตรียมพร้อมอุปกรณ์การผ่าตัดเปิดหน้าท้องไว้ล่วงหน้า

2. เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง อาจมีข้อจำกัดด้านความครบถ้วนของข้อมูล ดังนั้น การวิจัยในอนาคตควรออกแบบเป็น การศึกษาไปข้างหน้า (Prospective study) ควรขยายพื้นที่การศึกษารวมกับโรงพยาบาลหลายแห่ง (Multicenter Study) ในระดับภูมิภาคหรือระดับประเทศ เพื่อเพิ่มขนาดตัวอย่าง (Sample size) และเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลลัพธ์

3. ทำการประเมินคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ (Cost-effectiveness analysis) เพื่อดูต้นทุนค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการเปลี่ยนวิธีผ่าตัด ซึ่งจะช่วยในการวางแผนจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Stinton L, Shaffer E. Epidemiology of Gallbladder Disease: Cholelithiasis and Cancer. 2020.
2. Agrawal R, Sood K, Agarwal B. Evaluation of Early versus Delayed Laparoscopic Cholecystectomy in Acute Cholecystitis. Surgery Research and Practice. 2015;1-7.
3. งานสารสนเทศ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. สถิติโรคถุงน้ำดีและทางเดินน้ำดี. โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช.;2567

4. อรรถพร ปฏิวงศ์ไพศาล. ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนผ่าตัดถุงน้ำดีแบบส่องกล้องเป็นการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. 2563;42(2):163-72.
5. สรวิชญ์ คูหา. ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเปลี่ยนจากการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องเป็นการผ่าตัดเปิดหน้าท้องในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565;31(4):675-84.
6. พงศกร ประเสริฐ. การประเมินปัจจัยเสี่ยงก่อนการผ่าตัดที่สัมพันธ์กับการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องที่ยากและการเปลี่ยนเป็นผ่าตัดเปิด. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2564;40(1):89-98.
7. Wickramasinghe DP, Ediriweera DS, Samarasekera DN. Risk factors for conversion of laparoscopic to open cholecystectomy in a developing country. BMC Surg. 2020;20(1):182.
8. Tonolini M, Ravelli A, Bianco R. Imaging findings predicting conversion of laparoscopic to open cholecystectomy: A pictorial review. Insights Imaging. 2018;9(5):661-70.
9. Jansen S, Streekstra GJ, Go PM, Jaap Bonjer H. Gallbladder wall thickness as a predictor of intraoperative complications and conversion in laparoscopic cholecystectomy. Surg Endosc. 2017;31(11):4425-33.
10. Sugrue M, Sahebally SM, Ansaloni L, Zielinski MD. Grading operative findings at laparoscopic cholecystectomy-a new scoring system. World J Emerg Surg. 2015;10:14.
11. Rothman JP, Burcharth J, Pommergaard HC, Viereck S, Rosenberg J. Preoperative risk factors for conversion of laparoscopic cholecystectomy to open surgery: a systematic review and meta-analysis. Surg Endosc. 2016;30(5):1854-65.
12. Hu AS, Menon R, Gunn D, Shannon DL. Risk factors for conversion in laparoscopic cholecystectomy: a 5-year retrospective cohort study. Aust N Z J Surg. 2018;88(4):338-42.
13. Gupta N, Ranjan G, Arora MP, Goswami B. Validation of a scoring system to predict difficult laparoscopic cholecystectomy: A prospective study. Int J Surg. 2019;68:120-6.
14. Kama NA, Kologlu M, Doganay M, Reis E, Atli M, Dolapci M. Risk factors for conversion of laparoscopic cholecystectomy in patients with acute cholecystitis. Surg Endosc. 2016;30(3):961-7.
15. Sutcliffe RP, Hollyman M, Hodson J, Bonney S, Vohra RS, Griffiths EA. Preoperative risk factors for conversion from laparoscopic to open cholecystectomy in acute cholecystitis. Br J Surg. 2016;103(12):1681-8.
16. Wakabayashi G, Iwashita Y, Hibi T, Takada T, Strasberg SM, Asbun HJ, et al. Tokyo Guidelines 2018: surgical management of acute cholecystitis: safe steps in laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2018;25(1):73-86.
17. Vivek MA, Augustine AJ, Rao R. A comprehensive predictive scoring system for difficult laparoscopic cholecystectomy. Surg Endosc. 2014;28(2):558-67.
18. Rosen M, Brody F, Ponsky J. Predictive factors for conversion of laparoscopic cholecystectomy. Am J Surg. 2002;184(3):254-8.
19. Krejcie, R.V., & Morgan, D.W., (1970). Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement.

การศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาโดยการใส่ท่อถ่างขยายตับอ่อนแบบภายในกับภายนอกในการผ่าตัดรักษาภาวะเนื้องอกรูเปิดท่อน้ำดีและส่วนหัวของตับอ่อน

A comparison study of clinical outcomes of internal and external pancreatic duct stent following Whipple's operation.

(Received: August 23,2026 ; Revised: August 25,2026 ; Accepted: August 27,2026)

เกียรติภูมิ สุทธิวงศ์[1]
Kiattiphum Sutthiwong[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลการรักษาทางคลินิกระหว่างการใส่ท่อระบายน้ำตับอ่อนแบบภายใน (Internal Stent) และแบบภายนอก (External Stent) ในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด Pancreaticoduodenectomy (Whipple Procedure) การศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective Cohort Study) ในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดรักษาภาวะเนื้องอกรูเปิดท่อน้ำดีและส่วนหัวของตับอ่อน ณ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึง 30 กันยายน 2567 จำนวน 45 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ใส่ท่อระบายภายในจำนวน 22 ราย และกลุ่มที่ใส่ท่อระบายภายนอกจำนวน 23 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบ Chi-square test, Independent t-test และ Wilcoxon signed-rank test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$

ผลการวิจัย: ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีลักษณะทางคลินิกและข้อมูลพื้นฐานไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีอายุเฉลี่ยรวม 58.14±9.75 ปี (กลุ่ม Internal Stent: 60.05±10.20 ปี, กลุ่ม External Stent: 56.32±9.15 ปี, p=0.203) โรคร่วมที่พบมากที่สุดคือความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ในด้านผลการรักษาพบว่า กลุ่ม Internal Stent มีระยะเวลาการผ่าตัดเฉลี่ยสั้นกว่ากลุ่ม External Stent อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (465.00±5.16 นาที, 537.00±6.58 นาที, p=0.000) สำหรับปริมาณการสูญเสียเลือด (797.50±4.89 มล., 970.00±6.06 มล., p=0.354) และอัตราการเกิดภาวะน้ำย่อยจากตับอ่อนรั่วหลังผ่าตัด (POPF) รวม (ร้อยละ 22.73, ร้อยละ 30.44, p=0.441) ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับระยะเวลานอนโรงพยาบาลที่กลุ่ม Internal Stent มีแนวโน้มน้อยกว่าแต่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ (24.08±5.55 วัน, 33.20±7.26 วัน, p=0.071)

คำสำคัญ: การผ่าตัดตัดตับอ่อนและลำไส้เล็กส่วนต้น; ท่อระบายน้ำตับอ่อนแบบภายใน; ท่อระบายน้ำตับอ่อนแบบภายนอก; ภาวะตับอ่อนรั่วหลังการผ่าตัด

Abstract

This study aimed to compare the clinical outcomes between internal stenting and external stenting of the pancreatic duct in patients undergoing pancreaticoduodenectomy (Whipple procedure). This retrospective cohort study evaluated 45 patients who underwent pancreaticoduodenectomy for periampullary and pancreatic head tumors at Phranarai Maharaj Hospital between October 1, 2019, and September 30, 2024. Purposive sampling was used to categorize patients into two groups: internal stenting (n=22) and external stenting (n=23). Data were collected using a researcher-developed case record form. Statistical analysis was performed using descriptive statistics, the Chi-square test, the independent t-test, and the Wilcoxon signed-rank test, with statistical significance set at $p<0.05$.

Results: Baseline demographic and clinical characteristics showed no statistically significant differences between the two groups. The overall mean age was 58.14±9.75 years (60.05±10.20 years in the internal stent group vs 56.32±9.15 years in the external stent group, p=0.203). The most common comorbidities were hypertension and diabetes mellitus. Regarding surgical outcomes, the internal stent group had a significantly shorter

[1] พบ.กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

mean operative time compared to the external stent group (465.00±5.16 min vs 537.00±6.58 min, p=0.000). No statistically significant differences were observed in mean blood loss (797.50±4.89 mL vs 970.00±6.06 mL, p=0.354) or overall incidence of postoperative pancreatic fistula (POPF) (22.73% vs 30.44%, p=0.441). Length of hospital stay tended to be shorter in the internal stent group, though not statistically significant (24.08±5.55 days vs 33.20±7.26 days, p=0.071).

Keywords: Pancreaticoduodenectomy; Internal pancreatic duct stent; External pancreatic duct stent; Postoperative pancreatic fistula

บทนำ

ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดรักษาภาวะเนื้องอกรูเปิดท่อน้ำดีและส่วนหัวของตับอ่อน มักมีภาวะทั้งที่เป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรงและชนิดร้ายแรง แม้ว่าปัจจุบันอัตราการเสียชีวิตหลังผ่าตัดจะลดลงอย่างมาก เหลือต่ำกว่า 2%–3%[1-2] ในหลายสถาบันทั่วโลก แต่อาการภาวะน้ำย่อยจากตับอ่อนรั่วหลังผ่าตัด (Postoperative Pancreatic Fistula: POPF) ยังคงเป็นสาเหตุหลักของภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด POPF อาจนำไปสู่การเกิดฝีในช่องท้อง ภาวะเลือดออกจากหลอดเลือดเทียม (pseudo aneurysmal bleeding) และแม้กระทั่งการเสียชีวิตหลังผ่าตัด[3] เนื่องจากฤทธิ์ในการย่อยตัวเองของน้ำย่อยจากตับอ่อน อย่างไรก็ตามปัจจุบันยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนเกี่ยวกับวิธีที่ดีที่สุดในการป้องกัน POPF

จากการทบทวนวรรณกรรมมีการทดลองใช้วิธีการต่างๆ เพื่อลดอุบัติการณ์ของ POPF เช่น การปรับเทคนิคในการต่อเชื่อมระบบทางเดินอาหาร การใช้ยากลุ่ม somatostatin analogues การใส่ท่อค้ำยันในท่อตับอ่อน (pancreatic stenting) และการระบายน้ำจากตับอ่อน (pancreatic drainage)[4] ในหลายสถาบัน (multicenter) ใช้รูปแบบการศึกษาแบบขนาน (parallel group) เพื่อหาวิธีที่เหมาะสมที่สุดในการใส่ท่อถ่างขยายตับอ่อน (pancreatic duct stent) โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ระยะเริ่มต้นระหว่างการใส่ท่อถ่างขยายตับอ่อนภายนอกกับภายในหลังการผ่าตัด กลุ่มที่ใส่ท่อถ่างขยายตับอ่อนภายนอกพบอุบัติการณ์ของภาวะ POPF ที่มีความรุนแรงทางคลินิกสูงกว่า (24.4%) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ใส่ท่อค้ำยันภายใน (18.9%) โดยมีความแตกต่างของความเสี่ยงอยู่ที่ 5.5%[5] แม้ว่าโดยรวมระดับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจะไม่รุนแรงมาก แต่กลุ่มที่ใส่ท่อค้ำยันภายนอกมีภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับท่อ เช่น การอุดตันของท่อ การอักเสบของเยื่อบุช่องท้องแบบชั่วคราว (transient peritonitis) และภาวะตับอ่อนอักเสบ (pancreatitis)

สำหรับกลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ได้มีการผ่าตัดรักษาภาวะเนื้องอกรูเปิดท่อน้ำดีและส่วนหัวของตับอ่อน ตั้งแต่ปี 2562 จนถึงปัจจุบัน มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทุกปี และยังไม่เคยศึกษาผลลัพธ์การผ่าตัดมาก่อน ดังนั้นการศึกษานี้จึงมุ่งเน้นเปรียบเทียบผลลัพธ์ระยะเวลา 1 ปี รวมถึงการทำงานของตับอ่อน ภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว ระหว่างผู้ป่วยที่ใส่ท่อถ่างขยายตับอ่อนแบบภายในกับภายนอก โดยเป็นการต่อยอดจากการศึกษาก่อนหน้าที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ระยะสั้น (POPF)

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบผลการรักษาโดยการใส่ท่อถ่างขยายตับอ่อนแบบภายในกับภายนอกในการผ่าตัดรักษาภาวะเนื้องอกรูเปิดท่อน้ำดีและส่วนหัวของตับอ่อน

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดรักษาภาวะเนื้องอกรูเปิดท่อน้ำดีและส่วนหัวของตับอ่อน

ในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึง 30 กันยายน 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดรักษาภาวะเนื้องอกรูเปิดท่อน้ำดีและส่วนหัวของตับอ่อน ในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึง 30 กันยายน 2567 จำนวน 45 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ จำนวน 45 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

1. มีอายุระหว่าง 20–85 ปี เป็นผู้ป่วย elective

2. ไม่มีประวัติการได้รับเคมีบำบัด รังสีบำบัด หรือการผ่าตัดช่องท้องมาก่อน
การลงบันทึกในเวชระเบียน ครบถ้วน สมบูรณ์

3. ไม่มีโรคร่วมรุนแรง เช่น โรคตับแข็ง หรือโรคไตวายระยะสุดท้าย

เกณฑ์การคัดออก

การลงบันทึกในเวชระเบียนไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบบันทึกข้อมูล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว การวินิจฉัย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการรักษา ประกอบด้วย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ, ระยะเวลาการผ่าตัด, การเสียเลือดระหว่างผ่าตัด, Clavien-Dindo classification, การเกิด POPF, ภาวะแทรกซ้อน, สถานะการจำหน่าย จำนวนวันนอน และค่ารักษาพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลไร้พารามิเตอร์สองกลุ่ม ใช้ Chi-square test

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของสองกลุ่ม ในข้อมูลพารามิเตอร์มีการกระจายเป็นโค้งปกติ ใช้สถิติทดสอบ Independent t-test สำหรับข้อมูลมีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ ใช้ Wicoxon signed-rank test กำหนดให้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยใช้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ที่ 95% (P-value < 0.05)

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด Pancreaticoduodenectomy (Whipple Procedure) ทั้งหมด 45 ราย โดยแบ่งตามวิธีการใส่ท่อระบายน้ำตับอ่อนออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับการใส่ท่อระบายภายใน (Internal Stent) จำนวน 22 ราย และกลุ่มที่ได้รับการใส่ท่อระบายภายนอก (External Stent) จำนวน 23 ราย ได้ผลการศึกษาดังนี้

ข้อมูลทั่วไปและลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย ผู้ป่วยทั้งหมดมีอายุเฉลี่ย 58.14±9.75 ปี โดยกลุ่ม Internal Stent มีอายุเฉลี่ย 60.05±10.20 ปี และกลุ่ม External Stent มีอายุเฉลี่ย 56.32±9.15 ปี (p=0.203) เมื่อพิจารณาโรคร่วม (Underlying Diseases: U/D) พบว่าผู้ป่วยในกลุ่ม Internal Stent ไม่มีโรคร่วม 11 ราย (ร้อยละ 50.0) ในขณะที่กลุ่ม External Stent ไม่มีโรคร่วมจำนวน 9 ราย (ร้อยละ 39.15) (p=0.468) โดยโรคร่วมที่พบมากที่สุดในทั้งสองกลุ่มคือ โรคความดันโลหิตสูง (HT) และโรคเบาหวาน (DM) สำหรับข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด

(Diagnosis) พบว่าภาวะ CA ampulla เป็นสาเหตุหลักในกลุ่ม Internal Stent จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.09 ในขณะที่กลุ่ม External Stent พบ CA head of pancreas จำนวน 10 ราย ร้อยละ 43.48 และ CA ampulla จำนวน 9 ราย ร้อยละ 39.13 โดยชนิดของการวินิจฉัยโรคระหว่างสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.385)

ผลลัพธ์ระหว่างการผ่าตัดและหลังการผ่าตัด พบว่า ระยะเวลาการผ่าตัด (Operative time) กลุ่ม Internal Stent มีระยะเวลาผ่าตัดเฉลี่ย 465.00±5.16 นาที ซึ่งสั้นกว่ากลุ่ม External Stent ที่มีระยะเวลาผ่าตัดเฉลี่ย 537.00±6.58 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) การสูญเสียเลือด (Blood loss) กลุ่ม Internal Stent มีปริมาณการสูญเสียเลือดเฉลี่ย 797.50±4.89 มล. ขณะที่กลุ่ม External Stent มีปริมาณการสูญเสียเลือดเฉลี่ย 970.00±6.06 มล. ซึ่งไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.354) ภาวะตับอ่อนรั่วหลังการผ่าตัด (Postoperative Pancreatic Fistula: POPF) กลุ่ม Internal Stent พบภาวะ POPF Grade A จำนวน 5 ราย ร้อยละ 22.73 กลุ่ม External Stent พบภาวะ POPF จำนวน 7 ราย ร้อยละ 30.44 แบ่งเป็น Grade A จำนวน 5 ราย ร้อยละ 21.74 และ Grade C จำนวน 2 ราย ร้อยละ 8.70 เมื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะตับอ่อนรั่วในภาพรวมและระดับความรุนแรงระหว่างสองกลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.441) ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล (Length of stay) กลุ่ม Internal Stent มีระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 24.08±5.55 วัน ซึ่งน้อยกว่ากลุ่ม External Stent ที่มีระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 33.20±7.26 วัน แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.071) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลลัพธ์การผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อน และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล

ตัวแปรผลลัพธ์	**กลุ่ม Internal Stent (n = 22)**	**กลุ่ม External Stent (n = 23)**	**รวมทั้งหมด (N = 45)**	**p-value**
ระยะเวลาผ่าตัด (นาที), *เฉลี่ย ± SD*	465.00±5.16	537.00±6.58	501.80±9.40	0.000[a*]
ปริมาณการสูญเสียเลือด (มล.), *เฉลี่ย ±SD*	797.50±4.89	970.00±6.06	885.67±2.45	0.354[a]
ภาวะตับอ่อนรั่ว (POPF), *จำนวน (%)*				0.441[c]
- No POPF	17 (77.27)	16 (69.56)	33 (73.33)	
- Grade A (Clinical leak)	5 (22.73)	5 (21.74)	10 (22.22)	
- Grade B	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0%)	
- Grade C	0 (0.0)	2 (8.70)	2 (4.45)	
ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ (Other Complications), *จำนวน (%)*				0.021[b*]
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	11 (50.00)	5 (21.74)	16 (35.56%)	
- Surgical Site Infection (SSI)	0 (0.0%)	7 (30.43)	7 (15.56)	
- Intraabdominal collection	0 (0.0%)	5 (21.74)	5 (11.11)	
- Enterocutaneous fistula/ PJ disruption	0 (0.0%)	4 (17.40)	4 (8.89)	
- Chyle leakage	2 (9.09)	2 (8.69%)	4 (8.89)	
- Biliary fistula / Stenosis / Other	9 (40.91)	0 (0.0)	9 (19.99)	
ระยะเวลานอนโรงพยาบาล (วัน), *เฉลี่ย ± SD*	24.08±5.55	33.20±7.26	28.75±6.85	0.071[a]

หมายเหตุ * p<0.05 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ*[a] คำนวณด้วยสถิติ Independent t-test*

[b] คำนวณด้วยสถิติ Chi-square test*[c] คำนวณด้วยสถิติ Fisher's Exact test*

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาแบบย้อนหลังในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด Pancreaticoduodenectomy (Whipple Procedure) ทั้งหมด 45 ราย ซึ่งแบ่งตามรูปแบบการใส่ท่อระบายน้ำตับอ่อนออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับการใส่ท่อระบายภายใน (Internal Stent, n=22) และกลุ่มที่ได้รับการใส่ท่อระบายภายนอก (External Stent, n=23) พบว่าลักษณะทางคลินิกและข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ได้แก่ อายุเฉลี่ย (60.05±10.20 ปี, 56.32±9.15 ปี, p=0.203), การสัดส่วนของผู้ป่วยที่ไม่มีโรคร่วม (ร้อยละ 50.0, ร้อยละ 39.15, p=0.468) รวมถึงข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด (p=0.385) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันในตัวแปรพื้นฐาน ช่วยลดอคติจากการคัดเลือก (Selection Bias) และตัวแปรแทรกซ้อน (Confounding Factors) ในการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก

ผลลัพธ์ระยะสั้นระหว่างการผ่าตัดและหลังผ่าตัดทันที ในแง่ของระยะเวลาการผ่าตัด (Operative Time) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่ได้รับการใส่ท่อระบายภายในมีระยะเวลาการผ่าตัดเฉลี่ย (465.00±5.16 นาที) สั้นกว่ากลุ่มที่ใส่ท่อระบายภายนอก (537.00±6.58 นาที) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) ซึ่งสอดคล้องกับข้อสรุปของ Zhang และคณะ[1] ที่ระบุว่าการวาง Internal Stent ช่วยลดความซับซ้อนและเทคนิคในการผ่าตัดลงอย่างมาก เนื่องจากศัลยแพทย์ไม่จำเป็นต้องเจาะผนังลำไส้หรือผนังหน้าท้องเพื่อดึงสายระบายออกสู่ภายนอก และไม่ต้องเสียเวลาในการตรึงสายระบายเข้ากับผิวหนัง (External Fixation) ซึ่งแตกต่างจากการใส่ External Stent ที่ต้องอาศัยความประณีตและความแม่นยำสูงในการนำสายออกนอกร่างกาย เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการรั่วซึมของน้ำดีหรือน้ำตับอ่อนรอบๆ รูเจาะสาย

ในด้านอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ (Infectious Complications) การใช้ Internal Stent ช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด (Surgical Site Infection: SSI) และการติดเชื้อในช่องท้อง (Intra-abdominal Infection) ได้ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบกับการใส่ External Stent ที่ท่อระบายต้องโผล่ออกมานอกร่างกาย กลไกสำคัญเนื่องมาจาก External Stent ทำให้เกิดช่องทางเชื่อมต่อโดยตรงระหว่างสิ่งแวดล้อมภายนอกกับช่องท้อง (External Conduit) ซึ่งเสี่ยงต่อการเจริญเติบโตและการย้อนกลับของเชื้อแบคทีเรียจากผิวหนัง (Retrograde Bacterial Migration) เข้าสู่ช่องท้อง ตลอดจนความเสี่ยงต่อการรั่วซึมของน้ำดีหรือน้ำตับอ่อนรอบๆ รูเจาะสายระบาย (Peri-stomal Leakage) ที่ก่อให้เกิดการระคายเคืองและการติดเชื้อของเนื้อเยื่อผนังหน้าท้อง การใช้ Internal Stent จึงช่วยรักษาระบบปิด (Closed System) ของช่องท้องและลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อดังกล่าว

สำหรับปริมาณการสูญเสียเลือด (Blood Loss) แม้ว่ากลุ่ม Internal Stent จะมีปริมาณการสูญเสียเลือดเฉลี่ยต่ำกว่า (797.50±4.89 มล., 970.00±6.06 มล.) แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.354) เช่นเดียวกับระยะเวลานอนโรงพยาบาล (Length of Stay) ที่กลุ่ม Internal Stent มีแนวโน้มน้อยกว่า (24.08±5.55 วัน, 33.20±7.26 วัน, p=0.071) ความแตกต่างของระยะเวลานอนโรงพยาบาลที่มีแนวโน้มสั้นกว่าในกลุ่ม Internal Stent อธิบายได้จากกระบวนการดูแลหลังผ่าตัดที่ไม่ซับซ้อน ผู้ป่วยไม่ต้องรอระยะเวลาในการถอดสายระบายภายนอก ไม่ต้องเผชิญกับภาวะสูญเสียน้ำและเกลือแร่ (Electrolyte Imbalance) จากการระบายน้ำตับอ่อนออกนอกร่างกายในปริมาณมาก และสามารถฟื้นตัวเพื่อกลับบ้านได้ไวยิ่งขึ้น

ภาวะน้ำย่อยจากตับอ่อนรั่วหลังผ่าตัด (Postoperative Pancreatic Fistula: POPF) ภาวะน้ำย่อยจากตับอ่อนรั่วหลังผ่าตัด ถือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและสำคัญที่สุดหลังการผ่าตัด Pancreaticoduodenectomy จากการศึกษานี้พบว่า อัตราการเกิดภาวะ POPF ในภาพรวมระหว่างสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ (p=0.441) โดยกลุ่ม Internal Stent พบภาวะ POPF Grade A ร้อยละ 22.73 ในขณะที่กลุ่ม External Stent พบภาวะ POPF รวมร้อยละ 30.44 (Grade A ร้อยละ 21.74 และ Grade C ร้อยละ 8.70) ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิเคราะห์อภิมานและการศึกษาแบบสุ่มหลายฉบับ อาทิ Zhang และคณะ[1] (1) Xiong และคณะ[2] และ Shin และคณะ[3] ซึ่งรายงานตรงกันว่า การใส่ท่อระบายน้ำตับอ่อนทั้งสองประเภทให้ประสิทธิภาพโดยรวมในการป้องกันภาวะตับอ่อนรั่วที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ Shrikhande และคณะ[6] และผลทดลองเชิงสุ่มของ Winter และคณะ[7] ที่ยืนยันว่าไม่มีเทคนิคการเชื่อมต่อหรือการใช้ Stent รูปแบบใดที่สามารถขจัดภาวะ POPF ได้อย่างสิ้นเชิง

เพราะหน้าที่หลักของท่อระบายทั้งสองรูปแบบคือการทำหน้าที่ลดแรงดันภายในท่อน้ำตับอ่อนและประคองรอยเชื่อมต่อระหว่างตับอ่อนกับลำไส้ (Pancreaticojejunostomy: PJ) ในช่วงแรกของการสมานแผลเหมือนกัน

แม้ว่าการศึกษานี้จะพบ POPF Grade C ในกลุ่ม External Stent เพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 8.70) แต่ภาวะดังกล่าวถือเป็นวิกฤตสำคัญหลังการผ่าตัด PD จากการศึกษาของ Kinny-Koster และคณะ[8] ในผู้ป่วยมากกว่า 4,000 ราย ระบุว่าภาวะแทรกซ้อนเฉพาะทางตับอ่อนเป็นสาเหตุการเสียชีวิตหลักในโรงพยาบาล (ร้อยละ 51.9) อย่างไรก็ตาม กลุ่มนี้มักมีระยะเวลาในการเข้าช่วยเหลือ (Windows of Opportunity) นานกว่าภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดหรือหัวใจ สอดคล้องกับแนวทางของ Torres และคณะ[9]ที่เสนอว่าหากเกิด Grade C POPF ควรเน้นการรักษาแบบอนุรักษ์เนื้อตับอ่อน (Pancreas-preserving strategies) เช่น การผ่าตัดล้างระบาย (Debridement & Drainage) หรือการทำ External Wirsungostomy ก่อนพิจารณาตัดตับอ่อนออกทั้งหมด (Completion Pancreatectomy)

อย่างไรก็ดี ผลการศึกษานี้มีความขัดแย้งกับวรรณกรรมของ Zhou และคณะ[4] และ Ito และคณะ[5] และ Pessaux และคณะ[10]ซึ่งระบุว่าการใช้ External Stent มีประสิทธิภาพในการลดอัตราการเกิดภาวะน้ำย่อยจากตับอ่อนรั่วหลังผ่าตัด ได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่มีเนื้อตับอ่อนนิ่ม (Soft Pancreas) หรือท่อน้ำตับอ่อนมีขนาดเล็ก (Small Pancreatic Duct) เหตุผลที่การศึกษานี้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเช่นวรรณกรรมข้างต้น อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดทางด้านขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample Size) ในการศึกษานี้ที่มีจำนวนเพียง 45 ราย ซึ่งอาจไม่มีกำลังทางสถิติ (Statistical Power) เพียงพอในการตรวจพบความแตกต่าง นอกจากนี้ การศึกษานี้ไม่ได้ทำการวิเคราะห์แยกกลุ่มย่อย (Subgroup Analysis) ตามลักษณะความนิ่มของเนื้อตับอ่อนหรือขนาดของท่อน้ำตับอ่อน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงอิสระที่สำคัญที่สุดต่อการเกิด POPF

ข้อพิจารณาด้านภาวะแทรกซ้อนระยะยาวและข้อจำกัดของท่อระบาย แม้ว่าการใส่ Internal Stent จะมีข้อดีอย่างชัดเจนในเรื่องระยะเวลาการผ่าตัดที่สั้นกว่า ความสะดวกในการผ่าตัด และการลดความบอบช้ำของเนื้อเยื่อ แต่ข้อจำกัดที่สำคัญคือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากท่อระบายตกค้างในร่างกายระยะยาว จากการศึกษาของ Kadowaki และคณะ[11] พบว่ามีผู้ป่วยมากกว่าครึ่งหนึ่งที่ใส่ Internal Stent แล้วท่อระบายไม่ได้ถูกขับออกจากร่างกายตามธรรมชาติภายในระยะเวลา 1 ปี (อัตราการขับออกสะสมที่ 1 ปี อยู่ที่เพียงร้อยละ 41) และการที่ท่อระบายค้างอยู่เป็นเวลานานอาจนำไปสู่การเกิดภาวะตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน (Acute Pancreatitis) หรือท่อน้ำดีอักเสบ (Acute Cholangitis) ได้ นอกจากนี้ Park และคณะ[12] ยังพบอุบัติการณ์ของท่อระบายเคลื่อนผิดตำแหน่งเข้าไปในท่อน้ำดี (Bile Duct Migration) สูงถึงร้อยละ 16.8 ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนระยะยาว เช่น ท่อน้ำดีตีบ (Bile Duct Stricture) การเกิดนิ่วในท่อน้ำดี หรือฝีในตับ (Liver Abscess) ในทางกลับกัน การใช้ External Stent แม้จะช่วยระบายน้ำตับอ่อนออกนอกร่างกายอย่างสมบูรณ์ ลดการสัมผัสของน้ำย่อยตับอ่อนกับรอยเชื่อม PJ และสามารถถอดออกได้ง่ายเมื่อแผล

หายดี แต่ก็แลกมาด้วยความเสี่ยงในการสูญเสียน้ำและเกลือแร่ รวมถึงภาวะแทรกซ้อนจากการหลุดหรือรั่วของสายระบายภายนอกร่างกาย

จากการเปรียบเทียบผลการศึกษากับวรรณกรรม สรุปได้ว่าการใส่ท่อระบายน้ำตับอ่อนแบบ Internal Stent เป็นทางเลือกที่มีความปลอดภัย ให้ผลลัพธ์ในการป้องกันภาวะน้ำย่อยจากตับอ่อนรั่วหลังผ่าตัดที่ไม่แตกต่างจากการใส่ External Stent แต่มีจุดเด่นคือช่วยลดระยะเวลาการผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญ และช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มนอนโรงพยาบาลสั้นลง อย่างไรก็ตาม สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ Internal Stent ศัลยแพทย์และทีมดูแลจำเป็นต้องมีแผนการตรวจติดตามทางรังสีวิทยา (Imaging Follow-up) อย่างเป็นระบบ เพื่อเฝ้าระวังการเคลื่อนผิดตำแหน่งหรือการตกค้างของท่อระบายระยะยาว เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

1. การใส่ท่อระบายน้ำตับอ่อนแบบภายใน (Internal Stent) เป็นทางเลือกที่ดีและมีความปลอดภัยในการผ่าตัดPancreaticoduodenectomy เนื่องจากช่วยลดระยะเวลาในการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และลดความซับซ้อนในขั้นตอนการดึงสายออกนอกร่างกาย ศัลยแพทย์สามารถพิจารณาเลือกใช้ Internal Stent เป็นวิธีมาตรฐานในผู้ป่วยทั่วไปเพื่อเพิ่มความสะดวกในการผ่าตัด

2. สำหรับผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะตับอ่อนรั่ว (เช่น ผู้ป่วยที่มีเนื้อตับอ่อนนิ่มหรือท่อน้ำตับอ่อนขนาดเล็กกว่า 3 มม.) ศัลยแพทย์อาจพิจารณาเลือกใช้ท่อระบายตามความเหมาะสมและความชำนาญ เนื่องจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในภาพรวมพบว่าอัตราการเกิด POPF ของทั้งสองวิธีไม่แตกต่างกัน

3. กลุ่ม External Stent: ควรเน้นย้ำการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดและช่องท้อง (SSI) การรั่วซึมรอบๆ รูเจาะสายระบาย (Peri-stomal Leakage) รวมถึงการติดตามประเมินภาวะสูญเสียน้ำและเกลือแร่ (Electrolyte Imbalance) อย่างใกล้ชิด

4. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial: RCT) ในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น (Multi-center study) เพื่อเพิ่มกำลังทางสถิติ (Statistical Power) มีการวิเคราะห์แยกกลุ่มย่อย (Subgroup Analysis) ตามปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ ลักษณะความนิ่มของเนื้อตับอ่อน (Pancreatic Texture) และขนาดของท่อน้ำตับอ่อน (Pancreatic Duct Size) เพื่อกำหนดแนวทางเลือกชนิดท่อระบายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างเจาะจงยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Zhang GQ, Li XH, Ye XJ, Chen HB, Fu NT, Wu AT, et al. Internal versus external drainage with a pancreatic duct stent for pancreaticojejunostomy during pancreaticoduodenectomy for patients at high risk for pancreatic fistula: A comparative study. J Surg Res. 2018;232:247-256.
2. Xiong JJ, Altaf K, Mukherjee R, Huang W, Song R, Qi X, et al. Systematic review and meta-analysis of internal versus external pancreatic duct stenting in pancreaticoduodenectomy. Br J Surg. 2012;99(9):1192-201.
3. Shin SH, Jang JY, Kang JS, Lee JR, Kim JR, Kim HS, et al. Comparison of long-term clinical outcomes of external and internal pancreatic stents in pancreaticoduodenectomy: randomized controlled study. HPB (Oxford). 2019;21(3):300-308.
4. Zhou Y, Zhou Q, Li Z, Lin Q, Gong Y, Chen R. External versus internal pancreatic duct stenting in pancreaticoduodenectomy: A meta-analysis of randomized controlled trials and observational studies. Am J Surg. 2017;213(2):409-416.
5. Ito Y, Kenmochi T, Irino T, Egawa S, Saigusa N, Hayashi S, et al. Strategies to prevent pancreatic fistula after pancreaticoduodenectomy. Hepatogastroenterology. 2012;59(120):2609-2613.

6. Shrikhande SV, Sivasanker M, Vollmer CM, Friess H, Besselink MG, Fingerhut A, et al. Pancreatic anastomosis after pancreatoduodenectomy: A position statement by the International Study Group of Pancreatic Surgery (ISGPS). Surgery. 2017;161(5):1221-1234.
7. Winter JM, Cameron JL, Campbell KA, Chang DC, Riall TS, Schulick RD, et al. Does pancreatic duct stenting decrease the rate of pancreatic fistula following pancreaticoduodenectomy? Results of a prospective randomized trial. J Gastrointest Surg. 2006;10(9):1280-1290.
8. Kinny-Koster B, Halm D, Tran D, Kaiser J, Heckler M, Hank T, et al. Who Do We Fail to Rescue after Pancreatoduodenectomy? Outcomes Among >4000 Procedures Expose Windows of Opportunity. Ann Surg. 2024;279(4):670-677.
9. Torres OJM, Moraes-Junior JMA, Fernandes ESM, Hackert T. Surgical Management of Postoperative Grade C Pancreatic Fistula following Pancreatoduodenectomy. Visc Med. 2022;38(4):233-242.
10. Pessaux P, Sauvanet A, Mariette C, Paye F, Muscari F, Areggu S, et al. External pancreatic duct stent decreases pancreatic fistula rate after pancreaticoduodenectomy: prospective multicenter randomized trial. Ann Surg. 2011;253(5):879-885.
11. Kadowaki S, et al. Whereabouts of an internal short stent placed across the pancreaticojejunostomy following pancreatoduodenectomy. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2012;19(5):566-577.
12. Park SH, Kim JH, Noh SY, Byun JH, Lee SS, Kim HJ, et al. Migration of internal pancreaticojejunostomy stents into the bile ducts in patients undergoing pancreatoduodenectomy. J Gastrointest Surg. 2015;19(11):1995-2002.

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรงของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

The development of an operational model for direct disbursement of medical expense in healthcare units under the Buriram provincial public health office.

(Received: August 21,2026 ; Revised: August 22,2026 ; Accepted: August 25,2026)

ชมพูกานต์ เธียรชวานนท์[1]
Chompookarn Thianchawanon[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรงของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดวิจัยเชิงปฏิบัติการ PAOR กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ภาคีเครือข่าย 30 คน คัดเลือกแบบเจาะจง และ 2) ผู้รับผิดชอบงานประกันสุขภาพ 47 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม และแนวทางการสนทนากลุ่ม ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างตุลาคม 2568 ถึงมิถุนายน 2569 ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบด้วยสถิติ paired t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดำเนินงานเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรงของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ 5 องค์ประกอบ คือ 1) การบริหารจัดการและพัฒนาศักยภาพบุคลากร 2) การจัดบริการ ตรวจสอบสิทธิผู้รับบริการก่อนให้บริการ 3) การบันทึกและตรวจสอบข้อมูลก่อนเรียกเก็บ 4) การส่งเบิก ติดตาม และแก้ไขการเรียกเก็บ 5) การกำกับติดตาม ประเมินผล และพัฒนาระบบ หลังการพัฒนารูปแบบกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการเก็บค่ารักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรง และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001)

คำสำคัญ : ค่ารักษาพยาบาล, สิทธิจ่ายตรง, หน่วยบริการ

Abstract

This action research aimed to study the development of an operational model for direct disbursement of medical expense in healthcare units under the Buriram provincial public health office. The study applied the PAOR action research framework. The samples consisted of 2 groups: 1) 12 samples from network participants and 2) 47 samples from health insurance officers selected by purposive sampling. Quantitative data was collected by the questionnaire 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 development of an operational model for direct disbursement of medical expense in healthcare units consisted of 5 components 1) Management & Capacity Building 2) Eligibility & Service Management 3) Data Management & Pre-Claim Audit 4) Claim Management & Follow-up 5) Monitoring, Evaluation & Improvement. After implementation of the model, participants demonstrated significantly improved knowledge regarding direct billing for medical treatment expenses and significantly higher levels of success factors related to direct billing operations (p-value<0.001).

Keyword : Medical expense, Direct disbursement, Healthcare unit

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

บทนำ

ในประเทศไทยมีการกำหนดสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยรัฐธรรมนูญ ปี 2560 มาตรา 47 กำหนดว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ ผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และบุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย” ซึ่งสิทธิในสุขภาพเป็นสิทธิธรรมชาติที่ติดตัวมนุษย์มาตั้งแต่เกิด มีศักดิ์ศรีและความเสมอภาคกัน ซึ่งถือว่าเป็นสิทธิสากลขั้นพื้นฐานของความเป็นมนุษย์ที่รัฐต้องรับรองคุ้มครอง ตามปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน[1] ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของประเทศไทยปัจจุบัน ประกอบด้วย 3 กองทุนหลัก ได้แก่ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สิทธิบัตรทอง) ระบบประกันสังคม และสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ จากข้อมูลสถิติของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประชากรไทยมากกว่าร้อยละ 99.5 มีสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยสิทธิบัตรทองครอบคลุมประชากรมากที่สุดประมาณ 47 ล้านคน ในขณะที่สิทธิสวัสดิการข้าราชการและครอบครัวครอบคลุมประมาณ 4.3 ล้านคน แม้กลุ่มผู้ใช้สิทธิข้าราชการจะมีสัดส่วนเชิงประชากรน้อยกว่า แต่กลับมีอัตราค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวที่สูงกว่าสิทธิอื่นๆ[2] ในปีงบประมาณ 2566 พบว่า ค่าใช้จ่ายในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีมูลค่าการเบิกจ่ายรวมกว่า 90,000 ล้านบาทต่อปี ซึ่งปัจจัยหลักมาจากโครงสร้างประชากรที่เข้าสู่สังคมสูงวัย และการเข้าถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาสูง[3] การดำเนินงานด้านค่ารักษาพยาบาลในสิทธิจ่ายตรงเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยลดภาระทางการเงินของข้าราชการและลูกจ้างประจำในการสำรองจ่ายเงินล่วงหน้า ทั้งในระดับสถานพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป) และสถานพยาบาลลูกข่าย เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)[4]

หลักเกณฑ์การดำเนินงานเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรงในปัจจุบัน ยึดตามแนวทางปฏิบัติที่กรมบัญชีกลางกำหนด โดยมีการประกาศใช้พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555 ซึ่งกรมบัญชีกลางเป็นผู้ดำเนินการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลของผู้มีสิทธิให้กับสถานพยาบาลแทนส่วนราชการต่างๆ โดยการส่งข้อมูลผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัว ข้อมูลการรักษาพยาบาล ข้อมูลการจ่ายเงิน เป็นการดำเนินการด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ทั้งสิ้น ซึ่งสามารถแบ่งเป็น 2 ระบบด้วยกัน คือ ระบบเบิกจ่ายตรงผู้ป่วยนอก และระบบเบิกจ่ายตรงผู้ป่วยใน[4] กำหนดให้หน่วยบริการต้องดำเนินการตรวจสอบสิทธิผ่านระบบฐานข้อมูลบุคลากรภาครัฐก่อนการให้บริการทุกครั้ง กระบวนการเริ่มต้นจากการลงทะเบียนผู้ป่วย การส่งตรวจ และการบันทึกข้อมูลการรักษาด้วยรหัสมาตรฐานสากล (ICD-10 และ ICD-9-CM)[5] มีการศึกษา พบว่า ประสิทธิภาพในการเรียกเก็บเงินขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์ของเวชระเบียน และความรวดเร็วในการบันทึกข้อมูลเข้าสู่ระบบ[6] จากการดำเนินงานในหน่วยบริการที่ผ่านมาปัญหาหลักที่ทำให้การเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลล่าช้าเกิดจากบุคลากรขาดความรู้ความเข้าใจในหลักเกณฑ์ที่เปลี่ยนแปลงบ่อย ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS) ไม่รองรับการเชื่อมโยงข้อมูลอย่างสมบูรณ์ และขาดกระบวนการตรวจสอบทานข้อมูลก่อนการส่งเบิก ส่งผลกระทบโดยตรงต่อกระแสเงินสดและดัชนีชี้วัดประสิทธิภาพทางการเงินของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด[7]

การดำเนินงานในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ มี รพ.สต. 227 แห่ง มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่เปิดให้บริการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลในรูปแบบสิทธิจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง ในพื้นที่ 13 อำเภอ จำนวนรวม 47 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 20.70 ของจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในจังหวัด[8] การที่หน่วย

บริการ กลุ่มนี้ทำหน้าที่เป็นจุดรับบริการจ่ายตรง จากการดำเนินงานมีการสะท้อนข้อจำกัดในภาระงานด้านการตรวจสอบสิทธิ การบันทึกข้อมูลการรักษา และการส่งเบิกค่าใช้จ่ายมีความซับซ้อนมากกว่าการให้บริการสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ด้วยจำนวนหน่วยบริการสิทธิจ่ายตรงที่มีสัดส่วนน้อยและตั้งอยู่บนบริบทพื้นที่ที่หลากหลาย จึงให้ความสำคัญในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลให้มีความเป็นเอกภาพและมีประสิทธิภาพ เป็นกลไกสำคัญที่จะช่วยเพิ่มศักยภาพการบริหารเงินทุนหมุนเวียนของหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัด และลดความเสี่ยงจากการสูญเสียรายได้จากการเรียกเก็บที่ผิดพลาด สอดคล้องกับระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกเงินจากคลัง การรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงิน และการนำเงินส่งคลัง พ.ศ. 2562 เกิดความโปร่งใสและตรวจสอบได้ในทุกขั้นตอน อันจะส่งผลต่อความมั่นคงทางการเงินของระบบสาธารณสุขในระดับจังหวัดบุรีรัมย์อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ และสภาพปัญหาในการดำเนินงานเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรงของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรงของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

วิธีการศึกษา

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ เคมมิส, และแมกทากาด[9] มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม และข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จำนวน 115 คน ประกอบด้วย 1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขกลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ 2) ผู้รับผิดชอบงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 3) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ 4) ผู้รับผิดชอบงานประกันสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 คือ สหวิชาชีพ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขกลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ผู้รับผิดชอบงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การสนทนากลุ่ม จำนวน 30 คน

กลุ่มที่ 2 คือ ผู้รับผิดชอบงานประกันสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เพียงพอและเหมาะสมจึงเลือกศึกษาผู้รับผิดชอบงานประกันสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ ทั้งหมด จำนวน 47 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) เป็นผู้ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ 2) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย และ3) สามารถอ่านออกเขียนได้และสื่อสารตอบคำถามได้ด้วยตนเอง เข้าใจคำอธิบายการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) ไม่สามารถติดตามเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาการทำวิจัยได้ 2) มีความประสงค์ขอออกจากการวิจัยหลังจากที่เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยแล้ว และ

3) มีภาวะสับสนจนไม่สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้

เครื่องมือการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaire) มีทั้งหมด 3 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้รับผิดชอบงานประกันสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ตำแหน่ง 5) รายได้ 6) ระดับการศึกษา และ 7) การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดำเนินงานเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรงของหน่วยบริการ โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการเก็บค่ารักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรงของหน่วยบริการของผู้รับผิดชอบงานประกันสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 20 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ[10] ได้แก่ ความรู้ต่ำ (ร้อยละ 0-59) ความรู้ปานกลาง (ร้อยละ 60-79) ความรู้สูง (ร้อยละ 80-100)

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรงของหน่วยบริการของผู้รับผิดชอบงานประกันสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านนโยบายและการบริหารจัดการ 2) ด้านบุคลากร 3) ด้านระบบสารสนเทศ 4) ด้านกระบวนการดำเนินงาน 5) ด้านการควบคุมและตรวจสอบ และ 6) ด้านการประสานงานเครือข่าย โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ (3, 2, 1) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ[11] ได้แก่ มีระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จน้อย (1.00 - 1.66 คะแนน) มีระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จปานกลาง (1.67 - 2.33 คะแนน) มีระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จมาก (2.34 - 3.00 คะแนน)

ชุดที่ 2 แนวทางการสนทนากลุ่ม เป็นแนวทางในการสนทนากลุ่มเพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณในครั้งนี้ จำนวน 10 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการดำเนินงานเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรงของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ คำถามเป็นแบบปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านพบว่าทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะและบริบทพื้นที่ใกล้เคียงกัน คือ ผู้รับผิดชอบงานประกันสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 30 คน ซึ่งค่า KR-20 ด้านความรู้เกี่ยวกับการเก็บค่ารักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรงของหน่วยบริการเท่ากับ 0.84 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาชของแบบสอบถามด้านปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรงของหน่วยบริการ เท่ากับ 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยโดยนักวิจัย ซึ่งมีทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2568 ถึงเดือนมิถุนายน 2569 โดยรายละเอียดดังนี้

1) ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย

ศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดำเนินงานเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรงของหน่วย

บริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ โดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนและกระบวนการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล ความถูกต้องของข้อมูลและเอกสาร ปัญหาการตรวจสอบสิทธิ การส่งข้อมูลเบิกจ่าย การถูกปฏิเสธการเบิกจ่าย และความล่าช้าในการได้รับชำระเงิน รวมทั้งศึกษาบทบาทของผู้รับผิดชอบงานประกันสุขภาพ เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี เวชระเบียน และสารสนเทศ ตลอดจนศึกษาความต้องการ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล ทบทวนเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี ระเบียบ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรง และการบริหารจัดการข้อมูลการเบิกจ่าย พร้อมประสานความร่วมมือกับหน่วยงานและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อเตรียมความพร้อมและกำหนดแนวทางการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานให้มีความถูกต้อง รวดเร็ว ลดความผิดพลาดและการถูกปฏิเสธการเบิกจ่าย และเหมาะสมกับบริบทของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

2) การดำเนินการวิจัยและประเมินผล การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรงของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน โดยดำเนินการ 1 วงรอบ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) โดยศึกษาบริบทของหน่วยบริการ สถานการณ์และกระบวนการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรง ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความถูกต้องและประสิทธิภาพของการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล ตลอดจนศึกษาบทบาทของผู้เกี่ยวข้อง จัดประชุมและสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ร่วมกับผู้รับผิดชอบงานประกันสุขภาพ บุคลากรสาธารณสุข และผู้บริหารหน่วยบริการ เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาค้นหาสาเหตุและกำหนดแนวทางการพัฒนารูปแบบ เช่น การตรวจสอบสิทธิ การบันทึกข้อมูลผู้รับบริการ การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและเอกสาร การจัดทำและส่งข้อมูลเรียกเก็บ การติดตามผลการเบิกจ่าย การแก้ไขข้อมูลที่ถูกปฏิเสธการเบิกจ่าย และการติดตามลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล จากนั้นร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการ โดยใช้ระยะเวลา 2 เดือน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) เป็นการดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการที่กำหนด โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้รับผิดชอบงานและผู้เกี่ยวข้องในหน่วยบริการเป็นกลไกสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล ประกอบด้วยกิจกรรม เช่น การพัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงานประกันสุขภาพ การสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิจ่ายตรงและหลักเกณฑ์การเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล การตรวจสอบสิทธิและข้อมูลผู้รับบริการ การตรวจสอบความครบถ้วนและถูกต้องของข้อมูลก่อนส่งเบิก การจัดทำและส่งข้อมูลเรียกเก็บตามระยะเวลาที่กำหนด การตรวจสอบและการแก้ไขข้อมูลที่ถูกปฏิเสธการเบิกจ่าย การติดตามผลการเบิกจ่ายและลูกหนี้ค้างชำระ รวมทั้งการประสานงานระหว่างหน่วยบริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ใช้ระยะเวลา 3 เดือน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นขั้นตอนการติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการเก็บค่ารักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรงของหน่วยบริการ และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรงของหน่วยบริการ ความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล การส่งข้อมูลเรียกเก็บภายในระยะเวลาที่กำหนด จำนวนและมูลค่าของการแก้ไขข้อมูลที่ถูกปฏิเสธการเบิกจ่าย รวมทั้งติดตามผลการเบิกจ่ายและลูกหนี้ค้างชำระ สังเกตการดำเนินงานและการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน ตลอดจนการนิเทศ

ติดตาม และให้ข้อเสนอแนะอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทราบถึงปัญหา อุปสรรค และปัจจัยที่เอื้อต่อการดำเนินงาน ใช้ระยะเวลา 2 เดือน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) เป็นการวิเคราะห์และประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรง โดยเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการดำเนินงาน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการเก็บค่ารักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรงของหน่วยบริการ และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรงของหน่วยบริการ และผลการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล รวมทั้งวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค ปัจจัยความสำเร็จ และความเหมาะสมของกิจกรรมที่ดำเนินการ ร่วมกันสรุปผลและถอดบทเรียนกับผู้รับผิดชอบงานและผู้เกี่ยวข้อง พร้อมคืนข้อมูลผลการดำเนินงานแก่หน่วยบริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำผลที่ได้ไปปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรงให้มีประสิทธิภาพ ถูกต้อง รวดเร็ว ลดการถูกปฏิเสธการเบิกจ่าย และเหมาะสมกับบริบทของหน่วยบริการ สามารถนำไปใช้ได้จริงและเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป ใช้ระยะเวลา 2 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

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

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

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เมื่อวันที่ 23 กันยายน 2568 เลขที่ BRO 2025-149 รับรองระหว่าง วันที่ 23 กันยายน 2568 ถึงวันที่ 22 กันยายน 2569

ผลการศึกษา

รูปแบบการดำเนินงานเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรงของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

จากกระบวนการพัฒนารูปแบบตามแนวคิด PAOR 1 วงรอบ[9] สามารถสรุปเป็นรูปแบบการดำเนินงานเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรงของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งมี 5 องค์ประกอบ รายละเอียดดังนี้

1) การบริหารจัดการและพัฒนาศักยภาพบุคลากร กำหนดนโยบาย แนวทาง และผู้รับผิดชอบงานอย่างชัดเจน จัดทำคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติงานมาตรฐาน พัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากรเกี่ยวกับหลักเกณฑ์สิทธิจ่ายตรง การตรวจสอบสิทธิ การบันทึกข้อมูล และการเบิกจ่าย รวมถึงจัดให้มีระบบพี่เลี้ยงและที่ปรึกษาสำหรับหน่วยบริการ

2) การจัดบริการ ตรวจสอบสิทธิผู้รับบริการก่อนให้บริการ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและเงื่อนไขการใช้สิทธิ ให้บริการและบันทึกข้อมูลการรักษาให้สอดคล้องกับสิทธิ รวมทั้งจัดเก็บหลักฐานการรับบริการอย่างครบถ้วน สามารถตรวจสอบย้อนหลังได้

3) การบันทึกและตรวจสอบข้อมูลก่อนเรียกเก็บ บันทึกข้อมูลผู้รับบริการ การวินิจฉัย หัตถการและค่าใช้จ่ายให้ครบถ้วน ถูกต้อง และทันเวลา พร้อมตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลและ

เอกสารประกอบการเบิกจ่ายก่อนส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบ เพื่อลดการถูกปฏิเสธการเบิกจ่าย

4) การส่งเบิก ติดตาม และแก้ไขการเรียกเก็บ ดำเนินการส่งข้อมูลเรียกเก็บภายในระยะเวลาที่กำหนด ติดตามสถานะการเบิกจ่าย ตรวจสอบรายการที่ไม่ผ่านหรือถูกตีกลับ วิเคราะห์สาเหตุและดำเนินการแก้ไขข้อมูล พร้อมติดตามรายได้ค้างรับจนกว่าจะได้รับการชำระเงิน

5) การกำกับติดตาม ประเมินผล และพัฒนาระบบ กำหนดตัวชี้วัดและระบบรายงานผลการดำเนินงานระดับหน่วยบริการและระดับจังหวัด เช่น อัตราการเรียกเก็บสำเร็จ อัตราการถูกตีกลับ ระยะเวลาการเรียกเก็บ และมูลค่ารายได้ที่ได้รับ จัดให้มีการนิเทศติดตามและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำผลการประเมินและปัญหาอุปสรรคมาปรับปรุงกระบวนการ

รูปแบบการดำเนินงานมุ่งเน้นให้การเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลมีความถูกต้อง ครบถ้วน รวดเร็ว ลดการสูญเสียรายได้ และเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการเงินของหน่วยบริการ มีการดำเนินการทั้งการบริหารจัดการและพัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยกำหนดผู้รับผิดชอบ แนวทางปฏิบัติ และพัฒนาความรู้ความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน การตรวจสอบสิทธิและการจัดบริการ ให้มีการตรวจสอบสิทธิและข้อมูลผู้รับบริการอย่างถูกต้องก่อนและระหว่างการให้บริการ การบันทึกและตรวจสอบข้อมูลก่อนเรียกเก็บ โดยบันทึกข้อมูลการรักษาและค่าใช้จ่ายให้ครบถ้วน พร้อมตรวจสอบความถูกต้องก่อนส่งเบิก การส่งเบิก ติดตาม และแก้ไขการเรียกเก็บ ดำเนินการส่งข้อมูลตามกำหนด ติดตามรายการเบิกจ่าย วิเคราะห์และแก้ไขรายการที่ไม่ผ่านหรือถูกตีกลับ และการกำกับติดตาม ประเมินผล และพัฒนาระบบ โดยใช้ตัวชี้วัดในการติดตามผล วิเคราะห์ปัญหา และนำผลการดำเนินงานมาปรับปรุง

ความรู้เกี่ยวกับการเก็บค่ารักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรงของหน่วยบริการ พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ภาพรวมคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการพัฒนารูปแบบอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$=14.60, S.D.=2.03)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรงของหน่วยบริการ พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบมีระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) ภาพรวมระดับพฤติกรรมหลังการพัฒนารูปแบบอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=2.38, S.D.=0.09)

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการดำเนินงานเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรงของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ 5 องค์ประกอบ 1) การบริหารจัดการและพัฒนาศักยภาพบุคลากร 2) การจัดบริการ ตรวจสอบสิทธิผู้รับบริการก่อนให้บริการ 3) การบันทึกและตรวจสอบข้อมูลก่อนเรียกเก็บ 4) การส่งเบิก ติดตาม และแก้ไขการเรียกเก็บ 5) การกำกับติดตาม ประเมินผล และพัฒนาระบบ ซึ่งความสำเร็จของการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรงไม่ได้ขึ้นอยู่กับขั้นตอนการส่งเบิกเพียงอย่างเดียว แต่เป็นกระบวนการต่อเนื่องตั้งแต่การบริหารจัดการ การเตรียมความพร้อมของบุคลากร การให้บริการ การจัดการข้อมูล การตรวจสอบความถูกต้อง การติดตามผลการเบิกจ่าย จนถึงการนำผลการดำเนินงานมาปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิที่ให้บริการสิทธิจ่ายตรงมีบริบทและศักยภาพแตกต่างกัน การกำหนดแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานและการพัฒนาศักยภาพบุคลากรจึงมีความสำคัญต่อการลดความคลาดเคลื่อนและเพิ่มประสิทธิภาพการเรียกเก็บ สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาระบบการจัดเก็บรายได้ โดยใช้โปรแกรมบริหารจัดการลูกหนี้ของโรงพยาบาล พบว่า การพัฒนาระบบการจัดเก็บรายได้ ประกอบด้วย 1)

การจัดโครงสร้างระบบจัดเก็บรายได้ 2) ระบบงานจัดเก็บในการเรียกเก็บทุกกองทุน 3) จำนวนและทักษะความสามารถของบุคลากรเหมาะสม 4) การบันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษาครบถ้วน 5) การบันทึกรหัส การรักษาพยาบาล ครบถ้วน ถูกต้อง 6) ระบบเบิกจ่ายของแต่ละกองทุนค่ารักษาพยาบาล และ 7) การกำกับ ติดตาม ประเมินผล และแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง[12] สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาระบบการจัดเก็บรายได้โรงพยาบาลชุมชน พบว่า ระบบการจัดเก็บรายได้ควรพัฒนาให้ครอบคลุมทุกด้าน 1) บุคลากลากรจะต้องมีจำนวนและศักยภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน 2) งบประมาณ ต้องมีการสนับสนุนงบประมาณเพื่อเพิ่มบุคลากรและจัดหาอุปกรณ์และเครื่องมือต่างๆ ให้เพียงพอ 3) อุปกรณ์และเครื่องมือ ต้องเตรียมความพร้อมให้เพียงพอและเหมาะสมต่อการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะโปรแกรมสนับสนุนการจัดเก็บรายได้ และ 4) การบริหารจัดการ ต้องมีการจัดโครงสร้างการบริหารงานให้เหมาะสมกับลักษณะงานที่มีความเกี่ยวเนื่องกัน ตลอดจนการวางแนวทางการดำเนินงานให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และควรมีคณะกรรมการทำหน้าที่ควบคุม กำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินการจัดเก็บรายได้อย่างต่อเนื่อง[13]

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์มีความรู้เกี่ยวกับการเก็บค่ารักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรง และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรงของหน่วยบริการ หลังการพัฒนารูปแบบมีระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมให้บุคลากรเกิดการเรียนรู้และมีความพร้อมในการดำเนินงานมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องมาจากรูปแบบมีการกำหนดองค์ประกอบและขั้นตอนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การบริหารจัดการและพัฒนาศักยภาพบุคลากร การตรวจสอบสิทธิและการจัดบริการ การบันทึกและตรวจสอบข้อมูลก่อนเรียกเก็บ การส่งเบิก ติดตามและแก้ไขการเรียกเก็บ ตลอดจนการกำกับติดตามประเมินผล และพัฒนาระบบ ทำให้เจ้าหน้าที่มีความเข้าใจบทบาทหน้าที่และขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ชัดเจน สามารถเชื่อมโยงกระบวนการทำงานตั้งแต่ต้นทางจนถึงการได้รับชำระค่ารักษาพยาบาลและปัจจัยแห่งความสำเร็จสะท้อนถึงผลของการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนารูปแบบ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานร่วมวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงานร่วมกำหนดแนวทางแก้ไขส่งผลให้รูปแบบที่เกิดขึ้นมีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของหน่วยบริการ นอกจากนี้การพัฒนาความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบสิทธิ การบันทึกข้อมูล การตรวจสอบความครบถ้วนก่อนส่งเบิก และการติดตามรายการที่ไม่ผ่านการอนุมัติช่วยให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมั่นใจและลดความคลาดเคลื่อนในกระบวนการเรียกเก็บ สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบระบบการจัดเก็บรายได้โดยใช้โปรแกรมตรวจสอบข้อมูลลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล พบว่า ขั้นการนำระบบไปปฏิบัติและประเมินผลการพัฒนา เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนน พบว่า การเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพการดำเนินงาน มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากที่สุด 2.83 คะแนน รองลงมาคือ การตรวจสอบและการบันทึกบัญชีลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล 2.60 คะแนน และการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล 2.40 คะแนน ตามลำดับ จะเห็นว่าการพัฒนารูปแบบระบบการจัดเก็บรายได้มีผลทำให้ประสิทธิภาพของรูปแบบระบบการจัดเก็บรายได้ดีขึ้น[14] สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลการจัดเก็บรายได้สิทธิเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาล ในงานการเงินและบัญชี พบว่า ประสิทธิผลของการจัดเก็บรายได้สิทธิเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลของแผนกผู้ป่วยในพบว่าร้อยละความถูกต้องของการจัดเก็บรายได้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี 2557-2559 ร้อยละ 96.5, 97.0 และ 98.8 ตามลำดับ สำหรับร้อยละ

ความทันเวลาต่ำมากที่สุดในปี 2558 คือ 98.8 แต่ในปี 2557 และ 2559 ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 99.8 และ 99.2 ตามลำดับ นอกจากนี้ร้อยละความครบถ้วนของการจัดเก็บรายได้มีแนวโน้มลดลงด้วย คือ ร้อยละ 99.0, 98.2 และ 98.9 ตามลำดับ[15]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) ควรกำหนดรูปแบบการดำเนินงานเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรงเป็นแนวทางมาตรฐานของหน่วยบริการ ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อให้มีขั้นตอนการตรวจสอบสิทธิ การบันทึกข้อมูล การส่งเบิก และการติดตามผลการเรียกเก็บที่เป็นระบบและมีมาตรฐานเดียวกัน

2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรพัฒนาระบบสารสนเทศและฐานข้อมูลการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล ให้สามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเพิ่มความถูกต้อง รวดเร็ว ลดความซ้ำซ้อน และลดข้อผิดพลาดในการส่งข้อมูลเบิกจ่าย

3) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้รับผิดชอบงานประกันสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยจัดอบรมเกี่ยวกับหลักเกณฑ์ สิทธิการรักษา ขั้นตอนการเรียกเก็บ การตรวจสอบข้อมูล และแนวทางการแก้ไขปัญหาการเบิกจ่าย เพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องและทันต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ควรนำรูปแบบการดำเนินงานเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรงไปประยุกต์ใช้ในหน่วยบริการ ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ โดยปรับขั้นตอนให้เหมาะสมกับบริบทและศักยภาพของแต่ละหน่วยบริการ

2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรพัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงานประกันสุขภาพและผู้เกี่ยวข้อง โดยนำองค์ความรู้และแนวทางจากรูปแบบที่พัฒนาไปใช้ในการอบรม ถ่ายทอด และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในหน่วยบริการอย่างต่อเนื่อง

3) ควรนำแนวทางการตรวจสอบสิทธิและข้อมูลก่อนการเรียกเก็บไปใช้เป็นขั้นตอนมาตรฐาน เพื่อเพิ่มความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล ลดข้อผิดพลาด และลดการถูกปฏิเสธการเบิกจ่าย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการวิจัยในวงรอบถัดไป โดยนำปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะจากการดำเนินงานในวงรอบแรกมาปรับปรุงรูปแบบการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรงให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2) ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรง เช่น ความรู้และทักษะของผู้ปฏิบัติงาน ระบบสารสนเทศ ความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน และกระบวนการตรวจสอบข้อมูล เพื่อค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ

3) ควรขยายการศึกษาไปยังหน่วยบริการในพื้นที่อื่นหรือระดับเขตสุขภาพ เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานในบริบทที่แตกต่างกัน และพัฒนารูปแบบการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรงที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างกว้างขวางต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมองค์การระหว่างประเทศ. ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน: 60 ปี ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ศักดิ์ศรีและความยุติธรรมสำหรับเราทุกคน. กรุงเทพฯ: กระทรวงการต่างประเทศ; 2551.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปผลที่สำคัญการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม; 2566.
3. กรมบัญชีกลาง. รายงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: กระทรวงการคลัง; 2566.
4. กรมบัญชีกลาง. คู่มือสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ. กรุงเทพฯ: กรมบัญชีกลาง; 2555.

5. กรมบัญชีกลาง. คู่มือการปฏิบัติงานการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ. กรุงเทพฯ: กระทรวงการคลัง; 2563.
6. นันทวารีย์ บูรณะสมพจน์. ระสิทธิผลการจัดเก็บรายได้สิทธิเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาล ในงานการเงินและบัญชี โรงพยาบาลเพชรบูรณ์. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2560;14(2):38-45.
7. สุชาดา สีแดง. การควบคุมบัญชีลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 2560;13(2):17-27.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. ข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการสาธารณสุขและสถิติการใช้บริการ ปีงบประมาณ 2568. บุรีรัมย์: กลุ่มงานประกันสุขภาพ; 2567.
9. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planner. 3rd ed. Victoria: Deakin Uni-versity; 1988.
10. Bloom BS. Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. New York: David McKay; 1971.
11. Best JW. Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1977.
12. สุทิน สลางสิงห์. การพัฒนาระบบการจัดเก็บรายได้ โดยใช้โปรแกรมบริหารจัดการลูกหนี้ของโรงพยาบาล ในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2568;5(1):79-91.
13. เจียรณัย บัวลอย. การพัฒนาระบบการจัดเก็บรายได้โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2567;38(2):104-115.
14. สรวงสุดา บูชา. การพัฒนารูปแบบระบบการจัดเก็บรายได้โดยใช้โปรแกรมตรวจสอบข้อมูลลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล โรงพยาบาลเต่างอย จังหวัดสกลนคร. วารสารการศึกษา-สุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม. 2568;10(5):45-56.
15. นันทวารีย์ บูรณะสมพจน์. ประสิทธิผลการจัดเก็บรายได้สิทธิเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาล ในงานการเงินและบัญชี โรงพยาบาลเพชรบูรณ์. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2560;14(2):38-45.

การพัฒนารูปแบบการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์

The development a care model for enhancing quality of life dependent elderly in Khaendong District, Buriram Province.

(Received: August 21,2026 ; Revised: August 22,2026 ; Accepted: August 25,2026)

อารยา เอสาตี[1]
Araya Aesati[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ภาคีเครือข่าย 33 คน คัดเลือกแบบเจาะจง 2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 141 คน คัดเลือกแบบเจาะจง และ 3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 68 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม แบบประเมินคุณภาพชีวิต และแนวทางการสนทนากลุ่ม ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างกุมภาพันธ์ ถึงกรกฎาคม 2569 ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบด้วยสถิติ paired t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 11) การประเมินสุขภาพและคุณภาพชีวิตแบบองค์รวมรายบุคคล 2) การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลแบบมีส่วนร่วม 3) การเสริมพลังครอบครัวและพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล 4) การฟื้นฟูสมรรถภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิตแบบองค์รวม 5) ระบบเยี่ยมบ้านและติดตามดูแลเชิงรุก 6) การบูรณาการและเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายเพื่อสนับสนุนการดูแล 7) การติดตาม ประเมินผล และปรับแผนการดูแล หลังการพัฒนารูปแบบผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีระดับความรู้และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีระดับคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001)

คำสำคัญ : การดูแลคุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

Abstract

This action research aimed to study the development a care model for enhancing quality of life dependent elderly. The study applied an action research approach. The samples consisted of 3 groups: 1) 33 network participants selected by purposive sampling 2) 141 dependent elderly selected by purposive sampling and 3) 68 caregiver selected by stratified random sampling. Quantitative data was collected by the questionnaire, WHOQOL–BREF–THAI and focus group discussion guidelines. Data was collected between April to September 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 7 components : 1) Holistic Assessment, 2) Individualized Care Plan, 3) Family Empowerment, 4) Holistic Rehabilitation, 5) Proactive Home Care, 6) Community Network Collaboration and 7) Continuous Monitoring & Evaluation. After implementation of the model, the knowledge and caregiving practices for dependent elderly level of caregivers significantly increased (p-value<0.001). And dependent elderly had the level of quality-of-life scores showed a statistically significant improvement, as compared to before intervention (p-value<0.001).

Keyword : Quality of life care, Dependent elderly

[1] นักสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์

บทนำ

ในปี 2565 ประชากรโลกทั้งหมด 7,633 ล้านคน มีประชากรผู้สูงอายุ 990 ล้านคน ร้อยละ 13.00 และเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ในขณะที่สัดส่วนของอัตราการเกิด และจำนวนประชากรในวัยทำงานลดน้อยลง เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก[1] ประเทศที่มีภูมิภาคใกล้เคียงกับประเทศไทยที่มีประชากรที่มีอายุ 60 สูง เช่น สิงคโปร์มีสัดส่วนของผู้สูงอายุใกล้เคียงกับไทยและเป็นสังคมผู้สูงอายุ เกาหลีใต้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แล้ว และญี่ปุ่นมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากที่สุดในโลกและเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสูงสุด สำหรับประเทศไทยมีประชากรทั้งหมด 66,004,634 คน เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 13,237,238 คน ร้อยละ 20.36[2] การที่ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดผู้ป่วยสูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุจำนวน 9,839,805 คน พบความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) หรือเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 96.90 ของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง ส่วนการคัดกรองด้านการเคลื่อนไหวพบผู้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มร้อยละ 5.5 ทั้งนี้ พบผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังมากที่สุด การเจ็บป่วยฉุกเฉินที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน อาการที่พบ 3 กลุ่มแรก ได้แก่ 1) กลุ่มป่วย อ่อนเพลีย อัมพาตเรื้อรัง ไม่ทราบ ไม่จำเพาะ หรืออื่นๆ 2) กลุ่มหายใจลำบากหรือติดขัด และ 3) กลุ่มปวดท้อง หลัง เชิงกราน และขาหนี จากการคัดกรองความถดถอย 9 ด้าน พบว่า ความถดถอยที่มีความเสี่ยงมากที่สุด 3 อันดันดับแรก คือการมองเห็น ร้อยละ 10.88 รองลงมาคือ สุขภาพช่องปาก ร้อยละ 6.78 และการเคลื่อนไหวร่างกายร้อยละ 5.32 ส่วนภาวะซึมเศร้าและเสียงต่อการฆ่าตัวตายเป็นความถดถอยที่มีความเสี่ยงน้อยที่สุดร้อยละ 0.36[3] ในเขตสุขภาพที่ 9 มีการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพในประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)[4] นอกจากนี้ยังกลุ่มอายุอื่นๆ ที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งกลุ่มเหล่านี้ควรได้รับการดูแลเอาใจใส่ทั้งจากตนเอง ครอบครัว ชุมชน สังคมและรัฐ ในแต่ละพื้นที่มีกองทุนตำบลให้การสนับสนุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) เป็นระบบการจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน เป็นผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง มีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคม และไม่เป็นทางการดูแลโดย ครอบครัว อาสาสมัคร เพื่อนบ้าน[5]

การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทยมียุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์มีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญเพื่อพัฒนาคนในทุกมิติและในทุกช่วงวัยให้เป็นคนดี เก่ง และมีคุณภาพ การพัฒนาช่วงวัยผู้สูงอายุโดยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นพลังในการขับเคลื่อนประเทศ พร้อมกับจัดสภาพแวดล้อมให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ และหลักประกันทางสังคมที่สอดคล้องกับความจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต นอกจากนี้ในด้านสาธารณสุข มีจุดเน้นพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยสูงอายุที่สำคัญ คือ การพัฒนาระบบดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั่วประเทศ และพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager : CM) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver : CG)[6] การดูแลเป็นทั้งนอกสถาบันซึ่งเป็นการจัดบริการสนับสนุนการดูแลในครอบครัวและชุมชน และการดูแลในสถาบันซึ่งเป็นการดูแลโดยสถานบริการ และมีชุดสิทธิประโยชน์บริการด้านการแพทย์ เช่น บริการการตรวจคัดกรอง ประเมินความต้องการดูแล บริการเยี่ยมบ้าน บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการกายภาพบำบัด บริการกิจกรรมบำบัด และอุปกรณ์เครื่องช่วยทางการแพทย์ตามที่คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือ สปสช. กำหนด และบริการด้านสังคม

เช่น บริการช่วยเหลืองานบ้าน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บริการอุปกรณ์ช่วยเหลือทางสังคม กิจกรรมนอกบ้าน และอื่นๆ ส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี[7]

สถานการณ์ในจังหวัดบุรีรัมย์ ปีงบประมาณ 2568 มีจำนวนผู้สูงอายุ 246,157 คน จากการคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน พบว่า มีกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 79.47 กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ร้อยละ 20.53 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแคนดงภายใต้การบริหารงานของจังหวัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีประชากรผู้สูงอายุ 4,836 คน ร้อยละ 23.82 ของประชากรทั้งหมด มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 597 คน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 163 คน คิดเป็นร้อยละ 3.37 ของผู้สูงอายุทั้งหมด จากการตรวจคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุของอำเภอแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2567 พบว่า ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงในการด้านมองเห็น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการเคลื่อนไหว เป็นอันดับต้น[8] มีการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ 1) การคัดกรองและประเมินผู้สูงอายุ 2) การเยี่ยมบ้านและการให้บริการสุขภาพพื้นฐาน 3) การส่งต่อเฉพาะรายจำเป็น และ 4) การดูแลโดยครอบครัวเป็นหลัก ในการดำเนินงานมีลักษณะเป็นการให้บริการเฉพาะด้านสุขภาพในลักษณะตอบสนองต่อปัญหามากกว่าการดูแลแบบเชิงรุกหรือการมีแผนการดูแลรายบุคคลอย่างเป็นระบบ การดูแลยังพึ่งพาบทบาทของครอบครัวเป็นหลัก โดยลูกหลานทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก ขณะที่ทีมสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำหน้าที่สนับสนุน มีข้อจำกัดด้านการขาดแผนการดูแลแบบรายบุคคล การติดตามผลที่ไม่ต่อเนื่อง การขาดกิจกรรมส่งเสริมฟื้นฟูด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมถึงการประสานความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายที่ยังไม่เป็นระบบ[9] ทำให้การดูแลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังไม่ครอบคลุมมิติสุขภาพแบบองค์รวม จากปัญหาดังกล่าวจึงศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ และสภาพปัญหาการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีการศึกษา

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ เคมมิส, และแมกทากาด[10] มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม และข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จำนวน 326 คน ประกอบด้วย 1) ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับตำบล 2) เจ้าหน้าที่กองสวัสดิการผู้สูงอายุองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3) เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุของค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4) ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5) ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุโรงพยาบาล 6) ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 7) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) 8) กำนัน 9) ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) และ 10) ผู้สูงอายุที่มีที่มีภาวะพึ่งพิง

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 คือ ภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับตำบล เจ้าหน้าที่กองสวัสดิการผู้สูงอายุองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุของค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้รับผิดชอบงาน

ผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุโรงพยาบาล ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) กำนัน และผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การสนทนากลุ่ม จำนวน 33 คน

กลุ่มที่ 2 คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) อำเภอแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Daniel[11] ใช้สำหรับกำหนดขนาดตัวอย่าง (Sample Size) จากประชากรทั้งหมด (Population Size) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% (0.05) สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม แล้วทำการหาสัดส่วนขนาดตัวอย่างจากกลุ่มประชากรของแต่ละตำบล จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จนครบตามจำนวณขนาดตัวอย่างของแต่ละตำบล จำนวน 68 คน

กลุ่มที่ 3 คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Daniel[11] ใช้สำหรับกำหนดขนาดตัวอย่าง (Sample Size) จากประชากรทั้งหมด (Population Size) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% (0.05) สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต แล้วทำการหาสัดส่วนขนาดตัวอย่างจากกลุ่มประชากรของแต่ละตำบล จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จนครบตามจำนวณขนาดตัวอย่างของแต่ละตำบล จำนวน 141 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และได้รับการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) อยู่ในช่วง 0–11 คะแนน 2) เป็นผู้สูงอายุที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านหรืออาศัยอยู่จริงในพื้นที่อำเภอแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์ 3) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย และสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับตนเองได้หรือสามารถตอบคำถามโดยการสื่อสารด้วยวิธีที่เหมาะสมกับสภาพของผู้สูงอายุ และ 4) สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาที่กำหนด และยินยอมให้ข้อมูลตามแบบประเมินคุณภาพชีวิต ที่ใช้ในการวิจัย

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

เครื่องมือการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaire) มีทั้งหมด 3 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) อำเภอแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) อาชีพ 6) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7) ระยะเวลาการปฏิบัติในตำแหน่งปัจจุบัน และ 8) การได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบและคำถามปลายเปิดให้เติมลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) อำเภอแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 10 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ[12] ได้แก่ ความรู้ต่ำ (ร้อยละ 0-59) ความรู้ปานกลาง (ร้อยละ 60-79) ความรู้สูง (ร้อยละ 80-100)

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) อำเภอแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 20 ประกอบด้วย 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจและอารมณ์ 3) ด้านสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ (3, 2, 1) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ[13] ได้แก่ มีการแลน้อย (1.00 - 1.66 คะแนน) มีการดูแลปานกลาง (1.67 - 2.33 คะแนน) มีการดูแลมาก (2.34 - 3.00 คะแนน)

ชุดที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิต มีทั้งหมด 2 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมคำลงไปในช่องว่างตามความเป็นจริง จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) อาชีพ และ 6) ระยะเวลาที่เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 26 ข้อ โดยลักษณะแบบประเมินเป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ (ไม่เลย, เล็กน้อย , ปานกลาง, มาก, มากที่สุด) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ[13] คือ การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (26 – 60 คะแนน) การมีคุณภาพชีวิตปานกลาง (61 – 95 คะแนน) การมีคุณภาพชีวิตที่ดี (96 – 130 คะแนน)

ชุดที่ 3 แนวทางการสนทนากลุ่ม เป็นแนวทางในการสนทนากลุ่มเพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณในครั้งนี้ จำนวน 10 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์ คำถามเป็นแบบปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านพบว่าทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะและบริบทพื้นที่ใกล้เคียงกัน คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) อำเภอชำนิ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 30 คน ซึ่งค่า KR-20 ด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เท่ากับ 0.82 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาชของแบบสอบถามด้านการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เท่ากับ 0.95 และแบบประเมินคุณภาพชีวิต ใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL–BREF–THAI ฉบับภาษาไทย[14] ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาช เท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยโดยนักวิจัย ซึ่งมีทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2569 ถึงเดือนกรกฎาคม 2569 โดยรายละเอียดดังนี้

1) ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย ศึกษาสถานการณ์และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ปัญหาและความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งศึกษาระบบการดูแล การเยี่ยมบ้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการติดตามดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนบทบาทและการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุข อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ศึกษาปัญหาอุปสรรค ความต้องการ และข้อเสนอแนะของ

ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และภาคีเครือข่าย ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและคุณภาพชีวิต เพื่อนำข้อมูลมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่อำเภอแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์

2) การดำเนินการวิจัยและประเมินผล การพัฒนารูปแบบการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์ ดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) โดยดำเนินการจำนวน 1 วงรอบ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) โดยศึกษาบริบทของพื้นที่ สถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปัญหาและความต้องการด้านการดูแลคุณภาพชีวิต รวมถึงปัญหา อุปสรรค และแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนบทบาทของภาคีเครือข่ายในชุมชน จัดประชุมและสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ร่วมกับบุคลากรสาธารณสุข อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครอบครัว และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดแนวทางการพัฒนารูปแบบ เช่น การประเมินภาวะพึ่งพิง การจัดทำ Care Plan การฟื้นฟูสมรรถภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การปรับสภาพแวดล้อม การเยี่ยมบ้าน การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล และการประสานส่งต่อ จากนั้นร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการ โดยใช้ระยะเวลา 1 เดือน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) เป็นการดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการที่กำหนด โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่ายเป็นกลไกสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม ต่อเนื่อง และเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการของแต่ละบุคคล กิจกรรมประกอบด้วย การพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและปัญหาสุขภาพ การจัดทำและใช้แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) การส่งเสริมการดูแลสุขภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพ การออกกำลังกายและการเคลื่อนไหวที่เหมาะสม การป้องกันการพลัดตกหกล้มและภาวะแทรกซ้อน การส่งเสริมโภชนาการและสุขภาพช่องปาก การดูแลด้านสุขภาพจิตและการส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคม การปรับสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมและปลอดภัย การเยี่ยมบ้านและติดตามดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง การให้คำแนะนำและช่วยเหลือผู้ดูแลและครอบครัว ตลอดจนการประสานส่งต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนเข้าสู่ระบบบริการที่เหมาะสม โดยใช้ระยะเวลา 3 เดือน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นขั้นตอนการติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่พัฒนาขึ้น โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ตลอดจนข้อมูลด้านสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ดำเนินการติดตามผลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล การปฏิบัติตาม Care Plan การเยี่ยมบ้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพ การป้องกันการพลัดตกหกล้ม การดูแลด้านโภชนาการ สุขภาพช่องปาก และสุขภาพจิต รวมทั้งติดตามการเข้าถึงบริการและระบบส่งต่อ สังเกตการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ครอบครัว ผู้ดูแล อสม. และภาคีเครือข่าย ตลอดจนการนิเทศ ติดตาม และให้ข้อเสนอแนะต่อผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทราบถึงผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค ปัจจัยเอื้อ และ

ข้อจำกัดในการดำเนินงาน โดยใช้ระยะเวลา 1 เดือน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) เป็นการวิเคราะห์และประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการดำเนินงาน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค ปัจจัยความสำเร็จ และความเหมาะสมของกิจกรรม ร่วมกันสรุปผลและถอดบทเรียนกับผู้สูงอายุ ครอบครัว ผู้ดูแล ชุมชน และภาคีเครือข่าย พร้อมคืนข้อมูลแก่ชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำผลไปปรับปรุงและพัฒนารูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ สามารถนำไปใช้ได้จริงและเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

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

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

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2569 เลขที่ BRO 2026-025 รับรองระหว่าง วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2569 ถึงวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2570

ผลการศึกษา

รูปแบบการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์

จากการดำเนินในกระบวนการพัฒนารูปแบบตามแนวคิด PAOR 1 วงรอบ สามารถสรุปเป็นรูปแบบรูปแบบการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งมี 7 องค์ประกอบ รายละเอียดดังนี้

1) การประเมินสุขภาพและคุณภาพชีวิตแบบองค์รวมรายบุคคล ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) โรคประจำตัว การมองเห็น การเคลื่อนไหว ภาวะโภชนาการ สุขภาพช่องปาก สุขภาพจิต ความต้องการทางสังคม สภาพแวดล้อม และความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว เพื่อนำข้อมูลมาใช้เป็นฐานในการกำหนดแนวทางดูแลเฉพาะราย

2) การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลแบบมีส่วนร่วม นำข้อมูลจากการประเมินมาวิเคราะห์ร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว ผู้ดูแล อสม. บุคลากรสาธารณสุข และภาคีเครือข่าย เพื่อกำหนดปัญหา เป้าหมาย และกิจกรรมการดูแลที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล โดยให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เพื่อให้แผนการดูแลสามารถปฏิบัติได้จริงและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของครอบครัว

3) การเสริมพลังครอบครัวและพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล พัฒนาความรู้และทักษะของผู้ดูแลและครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันแผลกดทับ การป้องกันการหกล้ม การดูแลด้านอาหารและยา การสังเกตอาการผิดปกติ และการดูแลด้านจิตใจ เสริมพลังให้ครอบครัวมีความมั่นใจ สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง

4) การฟื้นฟูสมรรถภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิตแบบองค์รวม จัดกิจกรรมที่เหมาะสม

กับระดับความสามารถของผู้สูงอายุ โดยครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เช่น การออกกำลังกายหรือกายภาพบำบัด การฝึกทำกิจวัตรประจำวัน การส่งเสริมสุขภาพจิต กิจกรรมสร้างความสุขและความภาคภูมิใจ การมีส่วนร่วมในครอบครัวและชุมชน รวมถึงการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้ปลอดภัย

5) ระบบเยี่ยมบ้านและติดตามดูแลเชิงรุก จัดระบบการเยี่ยมบ้านตามระดับความต้องการของผู้สูงอายุ โดยกำหนดบทบาทของทีมสาธารณสุข อาสาสมัครวาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแลอย่างชัดเจน มีการติดตามตามแผนการดูแลรายบุคคล และเฝ้าระวังปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อน เช่น การหกล้ม แผลกดทับ ภาวะขาดสารอาหาร และการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ เพื่อให้สามารถค้นหาปัญหาและแก้ไขได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

6) การบูรณาการและเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายเพื่อสนับสนุนการดูแล สร้างระบบความร่วมมือระหว่าง หน่วยบริการสุขภาพ ครอบครัว ผู้นำชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดบทบาทและช่องทางการประสานงานที่ชัดเจน รวมถึงการสนับสนุนทรัพยากร อุปกรณ์ช่วยเหลือผู้สูงอายุ การปรับสภาพบ้าน และการเข้าถึงสิทธิหรือสวัสดิการ

7) การติดตาม ประเมินผล และปรับแผนการดูแล กำหนดระบบติดตามผลทั้งด้านสุขภาพ ความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจของผู้สูงอายุและครอบครัว และการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยนำผลการติดตามมาทบทวนและปรับแผนการดูแลรายบุคคล และพัฒนาระบบการดูแลในระดับชุมชน

รูปแบบที่ได้จากการพัฒนา เป็นการดูแลเชิงรุกที่มีแผนรายบุคคล มีเป้าหมายร่วมกับครอบครัว ฟื้นฟูคุณภาพชีวิตครบทุกมิติ และมีระบบติดตามต่อเนื่อง ซึ่งเหมาะกับปัญหาของพื้นที่ที่พบทั้งข้อจำกัดด้านการมองเห็น การทำกิจวัตรประจำวัน และการเคลื่อนไหว รวมถึงข้อจำกัดเดิมด้านการขาด Care Plan และการประสานภาคีเครือข่ายที่ยังไม่เป็นระบบ

ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์

ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ภาพรวมคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการพัฒนารูปแบบอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=7.91, S.D.=1.44)

การดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบมีระดับการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) ภาพรวมระดับการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลังการพัฒนารูปแบบอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=2.38, S.D.=0.16)

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบมีระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) ภาพรวมระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลังการพัฒนารูปแบบอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=84.18, S.D.=5.27)

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 7 องค์ประกอบ 1) การประเมินสุขภาพและคุณภาพชีวิตแบบองค์รวมรายบุคคล 2) การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลแบบมีส่วนร่วม 3) การเสริมพลังครอบครัวและพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล 4) การฟื้นฟูสมรรถภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิตแบบองค์รวม 5) ระบบเยี่ยมบ้านและติดตามดูแลเชิงรุก 6) การบูรณาการและเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายเพื่อสนับสนุนการดูแล 7) การติดตามประเมินผล และปรับแผนการดูแล รูปแบบที่ได้จากการพัฒนาเกิดการปรับเปลี่ยนระบบการดูแลจากการให้บริการแบบตั้งรับไปสู่ การดูแลเชิงรุกแบบ

องค์รวม มีเป้าหมายรายบุคคล และมีส่วนร่วมจากครอบครัวและชุมชนเชื่อมโยง ตั้งแต่การค้นหาและประเมินปัญหา การวางแผนรายบุคคล การเสริมศักยภาพครอบครัว การฟื้นฟูและส่งเสริมคุณภาพชีวิต การเยี่ยมบ้านเชิงรุก การระดมความร่วมมือของภาคีเครือข่าย และการติดตามปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า รูปแบบมีกระบวนการ 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การเตรียมการเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ 2) การดำเนินงานดูแลสุขภาพแบบบูรณาการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (การประเมินปัญหาความต้องการ, การประสานความร่วมมือ, การดูแลแบบครบวงจร) และ 3) การให้คำปรึกษาและติดตามประเมินผลเพื่อปรับปรุงพัฒนา[15] สอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเรียกว่า PCT Model ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ P: Process กระบวนการ, C: Care Management การจัดบริการดูแล และ T: Technology เทคโนโลยี[16]

หลังการพัฒนารูปแบบผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความรู้ในการดูแล และการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลและส่งเสริมให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากรูปแบบให้ความสำคัญกับการเสริมพลังครอบครัวและพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม และมีส่วนช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างชัดเจน สอดคล้องกับผลการศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย พบว่า ภายหลังการนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายมาใช้ ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี สูงกว่าก่อนนำรูปแบบมาใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05[17] สอดคล้องกับการศึกษาระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t=7.38)[18]

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่ารูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นสามารถนำมาใช้เป็นกลไกในการเพิ่มความรู้และศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ โดยเฉพาะการเปลี่ยนจากการดูแลที่เน้นการแก้ไขปัญหาสุขภาพเฉพาะหน้าไปสู่ การดูแลเชิงรุกแบบองค์รวม มีแผนการดูแลรายบุคคล และมีการติดตามต่อเนื่อง ยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง มี ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการมากขึ้น และนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) ควรกำหนดรูปแบบการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นแนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ โดยบูรณาการการดูแลด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต การฟื้นฟูสมรรถภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการดูแลในชีวิตประจำวันให้เป็นระบบและต่อเนื่อง

2) ควรพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ โดยเชื่อมโยงการทำงานระหว่างโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน รวมถึงกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคีให้ชัดเจน

3) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรสนับสนุนการดูแล

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะอุปกรณ์ช่วยเหลือและฟื้นฟูสมรรถภาพ การปรับสภาพแวดล้อมในบ้าน และการจัดกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิต เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปลอดภัยและเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) หน่วยบริการสาธารณสุขสามารถนำรูปแบบการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ โดยปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบท ปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละราย

2) หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่สามารถนำระบบการประเมินและจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถกำหนดกิจกรรมการดูแล การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการติดตามได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

3) สามารถนำผลการติดตามด้าน ADL และคุณภาพชีวิตมาใช้ในการปรับแผนการดูแล รวมทั้งใช้เป็นข้อมูลสำหรับการส่งต่อและประสานหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลที่เหมาะสมและทันท่วงที

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรขยายการศึกษาไปยังพื้นที่อื่นหรือหลายอำเภอ เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานในบริบทที่แตกต่างกัน และพัฒนารูปแบบการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในระดับจังหวัดหรือระดับเขตสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

2) ควรศึกษาผลของรูปแบบโดยใช้การวิจัยกึ่งทดลอง โดยเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการดำเนินงาน หรือมีกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

3) ควรมีการวิจัยในวงรอบถัดไป เพื่อพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยนำปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะจากวงรอบแรกมาปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.(2561). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2559.กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและ พัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2561.
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ.(2567). สถิติผู้สูงอายุ เมษายน 2567. [อินเตอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2552. 2567.
3. กรมกิจการผู้สูงอายุ.(2566). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุกระทรวงการพัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของมนุษย์. 2567.
4. กรมอนามัย.(2567). ตัววัดกระทรวงสาธารณสุข 2567 [อินเตอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: https://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index/?id=2101&kpi_year=2567&lv=2&z=09. 2567
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2559). คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). 2559.
6. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน.(2561). แผนยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560-2579. นนทบุรี: กระทรวง สาธารณสุข. 2561
7. Dijkstra, A., Hakverdioğlu, G., Muszalik, M., Andela, R., Korhan, E. A., & Kornatowska, K.(2015). Health related quality of life and care dependency among elderly hospital patients: an international comparison. The Tohoku Journal 0f Experimental Medicine. 2015. 235: 193-200.
8. กระทรวงสาธารณสุข.(2567). การคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน. [อินเตอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: https://hdc.moph.go.th/brm/public/standard-report-detail/aa86b13e8cb60cae 6c3216b7e3e5f151. 2567.

9. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแคนดง.(2568). ผลการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Long Term Care) อำเภอแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์. บุรีรัมย์: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแคนดง; 2568.
10. Kemmis, S., & McTaggart, R.(1988). The action research planner (3rd ed.). Geelong,Victoria: Deakin University Press. 1988.
11. Daniel, W. W.(2010). Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences (9th ed.). Wiley. 2010.
12. Bloom BS.(1971). Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. New York: David McKay; 1971
13. Best JW.(1977). Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1977.
14. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ.(2545). เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย. เชียงใหม่ : โรงพยาบาลสวนปรุง.. 2545
15. ญาณพัฒน์ ทรงเย็น.(2568). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลบักได อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์. วารสารการศึกษา-สุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม. 2568;10(6):262-70.
16. ปรีชา ถิ่นนัยธร, จุฑาทิพย์ เสนีย์, สุวิมล จิตรแก้ว และ บุบผา รักษานาม.(2568). การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง. J. Health Sci Ped. 2568;5(1):e272242.
17. ไพริน ศิริพันธ์ และปริชาติ แก้วไชย.(2568). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2568;10(2):592-603.
18. นัยนา จำเริญเจือ.(2568). การพัฒนาระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลหมูม่น อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ .วารสารการศึกษา-สุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม. 2568;10(2):325-33.

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสะแกโพรง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์

Development of Mental Health Promotion Model for the Elderly with Community Participation, Sakaeprong Sub-district Mueang Buriram District, Buriram Province.

(Received: August 21,2026 ; Revised: August 22,2026 ; Accepted: August 25,2026)

ธีระศักดิ์ จิตสัตย์[1]
Teerasak Chitsat[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสะแกโพรง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดวิจัยเชิงปฏิบัติการ PAOR กลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ภาคีเครือข่าย 30 คน คัดเลือกแบบเจาะจง 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 156 คน และ 3) ผู้สูงอายุ 338 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และแนวทางการสนทนากลุ่ม ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างมีนาคม 2569 ถึงกรกฎาคม 2569 ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบด้วยสถิติ paired t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน “SPMIND Model” 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การคัดกรองและเฝ้าระวังสุขภาพจิตผู้สูงอายุเชิงรุก 2) การมีส่วนร่วมและการสร้างภาคีเครือข่ายชุมชน 3) การส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงรุกตามบริบทของชุมชน 4) การสร้างสัมพันธภาพ ความไว้วางใจ และการสนับสนุนทางใจ 5) ระบบดูแล ส่งต่อ และติดตามโดยเครือข่าย และ 6) การพัฒนา ประเมินผล และสร้างความยั่งยืน หลังการพัฒนารูปแบบกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) และผู้สูงอายุมีระดับสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001)

คำสำคัญ : สุขภาพจิต, ผู้สูงอายุ, การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

This action research aimed to study the development of mental health promotion model for the elderly with community participation. The study applied the PAOR action research framework. The samples consisted of 3 groups: 1) 30 samples from network participants selected by purposive sampling 2) 156 samples from village health volunteers and 3) 338 samples from elderly selected by stratified random sampling. Quantitative data was collected by the questionnaire, Thai geriatric mental health assessment-15 (T-GMHA-15) and focus group discussion guidelines. Data was collected between March to July 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 “SPMIND Model” : 1) Screening & Surveillance 2) Participation & Partnership 3) Mental Health Promotion 4) Interaction & Inner Support 5) Network Care & Referral and 6) Development, Evaluation & Sustainability. After implementation of the model, the VHVs’s knowledge and participation level in caring for the mental health of elderly significantly increased (p-value<0.001). And the mental health scores of elderly showed a statistically significant improvement, as compared to before intervention (p-value<0.001).

Keyword : Mental health, Elderly, Community participation

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเกียบ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์

บทนำ

สังคมสูงอายุมีสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ในขณะที่สัดส่วนประชากรในวัยทำงานลดน้อยลง ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก วัยสูงอายุเป็นวัยแห่งความเคารพนับถือ เป็นวัยแห่งความสุขที่จะได้เห็นบุตรหลานเติบโตเป็นผู้ใหญ่ ภาระรับผิดชอบต่างๆ ลดลง ในขณะเดียวกันต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม การเปลี่ยนแปลงต่างๆ เหล่านี้อาจเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุได้ ซึ่งในปี 2567 ประชากรโลกทั้งหมดกว่า 8 พันล้านคน มีประชากรผู้สูงอายุ 990 ล้านคน ประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปจำนวนมากกว่า 800 ล้านคน[1] สำหรับประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ มีประชากรทั้งหมด 65,846,560 คน เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 13,994,045 คน ร้อยละ 21.58[2] องค์การอนามัยโลกได้รายงานว่า ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลของประชากรทั่วโลก ปัญหาสุขภาพจิตกลายเป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขทั่วโลก มีประชาชนมากถึง 4.4 ล้านคนที่ประสบปัญหาทางสุขภาพจิต พบผู้สูงอายุ ร้อยละ 5.3 ต้องอยู่กับความเหงาและโดดเดี่ยว สูญเสียคุณค่าในตนเอง ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยในปี พ.ศ. 2566 ผู้สูงอายุ ร้อยละ 84.9 มีความสุขระดับที่ดี แต่ความสุขของผู้สูงอายุจะลดลงตามวัย ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดกิจกรรมและบทบาททางสังคม มีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำกิจกรรมใดๆ เลย ร้อยละ 49.0 ผู้สูงอายุจำนวน 10.2 ต่อประชากรแสนคนที่ต้องใช้ชีวิตอยู่กับภาวะความจำเสื่อม ซึ่งร้อยละ 90 มีปัญหาสุขภาพจิตด้านอื่นร่วมด้วย[3]

สำหรับประเทศไทยพบว่าผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและความเครียด คือ ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหรือภาวะพึ่งพิง และผู้สูงอายุในชนบทที่เข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตได้จำกัด ปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุจึงเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมทั้งการส่งเสริม ป้องกัน เฝ้าระวัง และดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในสังคม ประเทศไทยให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุผ่านนโยบายและแผนงานต่างๆ มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงป้องกันในชุมชน การคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต การสร้างกิจกรรมทางสังคม การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ และการเสริมพลังครอบครัวและชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้พัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยบูรณาการการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และชมรมผู้สูงอายุ ในการให้บริการสุขภาพจิตผ่านสถานพยาบาลต่างๆ ทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และ ตติยภูมิ โดยแผนปฏิบัติราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) กำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ 5 ประเด็น คือ 1) ยกระดับการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและสารเสพติด 2) เร่งพัฒนาบริการสุขภาพจิตและสารเสพติดที่ตอบสนองความต้องการของประชาชน 3) สร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี 4) สร้างมูลค่างานสุขภาพจิตผ่านกลไกเศรษฐศาสตร์สุขภาพและกำลังคนสมรรถนะสูง และ 5) สร้างความเป็นเลิศด้านวิชาการสุขภาพจิตและสารเสพติด[4]

จังหวัดบุรีรัมย์เป็นจังหวัดที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2568 มีจำนวนผู้สูงอายุ 246,157 คน ผู้สูงอายุจำนวนมากประสบปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ภาวะพึ่งพิง การอยู่ลำพังเนื่องจากบุตรหลานย้ายถิ่นฐานไปทำงานนอกพื้นที่ ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น ความเหงา ความเครียด และภาวะซึมเศร้า พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ปี 2566-2568 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น พบอัตรา 0.25 0.38 1.28 ต่อแสนประชากร[5] มีการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุผ่านหน่วยบริการสาธารณสุขและเครือข่ายในชุมชน เช่น การคัดกรองภาวะซึมเศร้า การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ และการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีรูปแบบการเฝ้าระวังคัดกรองสุขภาพจิตในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ “BRM Model”[6] ในตำบลสะแกโพรง อำเภอเมืองบุรีรัมย์

ปี 2568 มีจำนวนผู้สูงอายุ 2,163 คน มีลักษณะเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังหรืออยู่กับคู่สมรสสูงอายุด้วยกัน มีภาวะโรคเรื้อรังและภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อสภาพจิตใจและความสามารถในการดูแลตนเอง ขณะเดียวกันครอบครัวและชุมชนยังขาดความรู้ความเข้าใจ และทักษะในการส่งเสริมสุขภาพจิตและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม จากการประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 18.50 ภาวะวิตกกังวล ร้อยละ 12.30 ภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 7.80 ความเครียดระดับปานกลางถึงสูง ร้อยละ 25.40 และปัญหาการนอนหลับ ร้อยละ 34.60[7] ซึ่งผลการประเมินดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการเฝ้าระวัง คัดกรอง และจัดบริการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องในระดับครอบครัวและชุมชน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว นอกจากนี้ยังพบว่าการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุในตำบล ยังประสบปัญหาและข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ การดำเนินงานส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นการคัดกรองและการให้บริการตามภารกิจของหน่วยบริการสาธารณสุขเป็นหลัก การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ยังไม่ชัดเจนและไม่เป็นระบบ ขาดบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้อย่างชัดเจน ทำให้การดำเนินงานขาดความต่อเนื่องและไม่เกิดพลังการทำงานร่วมกันอย่างแท้จริง อีกทั้งยังขาดรูปแบบหรือแนวทางการดำเนินงานที่สอดคล้องกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม และวิถีชีวิตของคนในพื้นที่ตำบลสะแกโพรงอย่างแท้จริง ทำให้การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุยังไม่ครอบคลุมและไม่ยั่งยืน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจให้ผู้สูงอายุ ลดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต และเป็นต้นแบบการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น สามารถขยายผลไปยังพื้นที่อื่นของจังหวัดบุรีรัมย์ได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบท และสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสะแกโพรง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสะแกโพรง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีการศึกษา

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ เคมมิส, และแมกทากาด[8] มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม และข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จำนวน 2,458 คน ประกอบด้วย 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน 3) ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 4) ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตโรงพยาบาล 5) ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 6) จิตแพทย์โรงพยาบาลบุรีรัมย์ 7) เจ้าหน้ากองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมองค์การบริหารส่วนตำบล 8) นักพัฒนาชุมชนกองสวัสดิการสังคมองค์การบริหารส่วนตำบล และ 9) ผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 คือ ภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตโรงพยาบาล ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จิตแพทย์โรงพยาบาลบุรีรัมย์ เจ้าหน้ากองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมองค์การบริหารส่วนตำบล และ นักพัฒนาชุมชนกองสวัสดิการสังคมองค์การบริหารส่วนตำบล โดย

วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การสนทนากลุ่ม จำนวน 30 คน

กลุ่มที่ 2 คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลสะแกโพรง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Daniel[9] ใช้สำหรับกำหนดขนาดตัวอย่าง (Sample Size) จากประชากรทั้งหมด (Population Size) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% (0.05) สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม แล้วทำการหาสัดส่วนขนาดตัวอย่างจากกลุ่มประชากรของแต่ละหมู่บ้าน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จนครบตามจำนวณขนาดตัวอย่างของแต่ละหมู่บ้าน จำนวน 156 คน

กลุ่มที่ 3 คือ ผู้สูงอายุ ตำบลสะแกโพรง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Daniel[9] ใช้สำหรับกำหนดขนาดตัวอย่าง (Sample Size) จากประชากรทั้งหมด (Population Size) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% (0.05) สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ แล้วทำการหาสัดส่วนขนาดตัวอย่างจากกลุ่มประชากรของแต่ละหมู่บ้าน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จนครบตามจำนวณขนาดตัวอย่างของแต่ละหมู่บ้าน จำนวน 338 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มติดสังคมตามการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป 2) อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลสะแกโพรง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ 3) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย 4) สามารถอ่านออกเขียนได้และสื่อสารตอบคำถามได้ด้วยตนเอง เข้าใจคำอธิบายการวิจัย และ 5) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในชุมชนได้

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

เครื่องมือการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaire) มีทั้งหมด 3 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลสะแกโพรง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) รายได้ 6) ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 7) การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบและคำถามปลายเปิดให้เติมลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลสะแกโพรง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 20 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ[10] ได้แก่ ความรู้ต่ำ (ร้อยละ 0-59) ความรู้ปานกลาง (ร้อยละ 60-79) ความรู้สูง (ร้อยละ 80-100)

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลสะแกโพรง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 20 ประกอบด้วย 1) การวางแผน 2) การดำเนินงาน 3) การติดตามและประเมินผล 4) การใช้ประโยชน์และการพัฒนาต่อเนื่อง โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ (3, 2, 1) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ[11] ได้แก่ มีส่วนร่วมน้อย (1.00 -

1.66 คะแนน) มีส่วนร่วมปานกลาง (1.67 - 2.33 คะแนน) มีส่วนร่วมมาก (2.34 - 3.00 คะแนน)

ชุดที่ 2 แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ มีทั้งหมด 2 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบประเมินเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ตำบลสะแกโพรง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) แหล่งรายได้หลัก โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 เป็นแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ตำบลสะแกโพรง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ (3, 2, 1) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ[12] ได้แก่ มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (42 คะแนนหรือน้อยกว่า) มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (43-49 คะแนน) มีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (50-60 คะแนน)

ชุดที่ 3 แนวทางการสนทนากลุ่ม เป็นแนวทางในการสนทนากลุ่มเพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณในครั้งนี้ จำนวน 10 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสะแกโพรง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์คำถามเป็นแบบปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน พบว่าทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะและบริบทพื้นที่ใกล้เคียงกัน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลสวายจีก อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 30 คน ซึ่งค่า KR-20 ด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.88 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาชของแบบสอบถามด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยโดยนักวิจัย ซึ่งมีทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม 2569 ถึงเดือนกรกฎาคม 2569 โดยรายละเอียดดังนี้

1) ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย

ศึกษาสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลสะแกโพรง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยรวบรวมข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสถานการณ์สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ปัญหาความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า การเข้าสังคมและการมีส่วนร่วมในชุมชน ตลอดจนปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยที่ส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งศึกษาการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่ และบทบาทของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชมรมผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ครอบครัว และภาคประชาชน ตลอดจนศึกษาความต้องการ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน ทบทวนเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของชุมชน และการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ รวมทั้งประสานความร่วมมือกับหน่วยงาน ภาคีเครือข่าย และกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อเตรียมความพร้อมและกำหนดแนวทางในการดำเนินการวิจัยให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ตำบลสะแกโพรง

2) การดำเนินการวิจัยและประเมินผล การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสะแกโพรง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน โดยดำเนินการ 1 วงรอบ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) โดยศึกษาบริบทของชุมชน สถานการณ์สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ปัญหาและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต รวมถึงปัญหา อุปสรรค และแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่ ตลอดจนศึกษาบทบาทของภาคีเครือข่ายในชุมชน จัดประชุมและสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ดูแลผู้สูงอายุ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และครอบครัว เพื่อร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ค้นหาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องสุขภาพจิต และกำหนดแนวทางการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เช่น การคัดกรองสุขภาพจิตผู้สูงอายุ การส่งเสริมความรู้และทักษะด้านสุขภาพจิต การส่งเสริมกิจกรรมทางสังคมและการมีส่วนร่วมในชุมชน การส่งเสริมการออกกำลังกายและกิจกรรมผ่อนคลาย การสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว การเฝ้าระวังและค้นหาผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต การเยี่ยมบ้านและติดตามดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง และการประสานส่งต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต จากนั้นร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการ โดยใช้ระยะเวลา 1 เดือน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) เป็นการดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการที่กำหนด โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ประกอบด้วยกิจกรรม เช่น การพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข อสม. ผู้นำชุมชน และผู้ดูแลผู้สูงอายุด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว การคัดกรองสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยใช้แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสั้น (T-GMHA-15)[12] การส่งเสริมกิจกรรมทางกายและกิจกรรมผ่อนคลาย การจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคมและการสร้างคุณค่าในตนเอง การเสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน การเยี่ยมบ้านและติดตามผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง การให้คำปรึกษาและช่วยเหลือเบื้องต้น รวมทั้งการประสานส่งต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตเข้าสู่ระบบบริการที่เหมาะสม ใช้ระยะเวลา 2 เดือน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นขั้นตอนการติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และการประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุด้วยแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสั้น (T-GMHA-15)[12] การประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิต รวมทั้งติดตามผลการคัดกรองและการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต สังเกตการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการดำเนินกิจกรรม ตลอดจนการนิเทศ ติดตาม และให้ข้อเสนอแนะต่อผู้ปฏิบัติงานและภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทราบถึงปัญหา อุปสรรค และปัจจัยที่เอื้อต่อการดำเนินงาน ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) เป็นการวิเคราะห์และประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการดำเนินงาน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และการประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุด้วยแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับ

สั้น รวมทั้งวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค ปัจจัยความสำเร็จ และความเหมาะสมของกิจกรรมที่ดำเนินการ ร่วมกันสรุปผลและถอดบทเรียนจากการดำเนินงานกับผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่าย พร้อมคืนข้อมูลผลการดำเนินงานแก่ชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำผลที่ได้ไปปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ สามารถนำไปใช้ในการดำเนินงานได้จริง และเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

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

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

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เมื่อวันที่ 5 มีนาคม 2569 เลขที่ BRO 2026-028 รับรองระหว่าง วันที่ 5 มีนาคม 2569 ถึงวันที่ 4 มีนาคม 2570

ผลการศึกษา

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากการดำเนินในกระบวนการพัฒนารูปแบบตามแนวคิด PAOR 1 วงรอบ สามารถสรุปเป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งมี 6 องค์ประกอบหลัก “SPMIND Model” รายละเอียดดังนี้

1) S - Screening & Surveillance การคัดกรองและเฝ้าระวังสุขภาพจิตผู้สูงอายุเชิงรุก เป็นเปลี่ยนการให้บริการจากการรอให้ผู้สูงอายุมารับบริการเชิงรับเป็นการค้นหาและเฝ้าระวังในชุมชน โดยใช้ประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุด้วย T-GMHA-15 คัดกรองปัญหาสุขภาพจิต และแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มสุขภาพจิตดี กลุ่มเฝ้าระวัง และกลุ่มเสี่ยง/ต้องได้รับการดูแล

2) P - Participation & Partnership การมีส่วนร่วมและการสร้างภาคีเครือข่ายชุมชน โดยการจัดตั้ง ทีมสุขภาพจิตชุมชนตำบลสะแกโพรง วิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ร่วมกัน ร่วมกำหนดเป้าหมายการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ กำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคีอย่างชัดเจน

3) M - Mental Health Promotion การส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงรุกตามบริบทของชุมชน เป็นการสร้างสุขภาพจิตที่ดี จัดกิจกรรมจาก แบบประเมิน T-GMHA-15 ครอบคลุมมิติที่เกี่ยวข้องกับความหมายและคุณค่าของชีวิต ความสุข ความสัมพันธ์ การจัดการปัญหา ความภูมิใจในตนเอง และการสนับสนุนจากครอบครัว ได้แก่ กิจกรรมสร้างคุณค่าในตนเอง สร้างความสุข สร้างความสัมพันธ์ ฝึกทักษะจัดการความเครียด และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในสังคม

4) I - Interaction & Inner Support การสร้างสัมพันธภาพ ความไว้วางใจ และการสนับสนุนทางใจโดยการสร้างความคุ้นเคยและไว้วางใจและการฟังอย่างตั้งใจ ได้แก่กิจกรรมสร้างความคุ้นเคยและสัมพันธภาพ การรับฟังอย่างตั้งใจ ไม่ตัดสิน การให้กำลังใจและสนับสนุนด้านอารมณ์ ส่งเสริมบทบาทครอบครัว ผู้สูงอายุช่วยเหลือและให้กำลังใจกัน

5) N - Network Care & Referral ระบบดูแล ส่งต่อ และติดตามโดยเครือข่าย โดยการประสานงานและการส่งต่อเป็นระบบมากขึ้น ซึ่งระบบแบ่งเป็น 3 ระดับ ระดับที่ 1 กลุ่มปกติ ระดับที่ 2 กลุ่มเฝ้าระวัง ระดับที่ 3 กลุ่มเสี่ยงหรือมีปัญหา

6) D - Development, Evaluation & Sustainability การพัฒนา ประเมินผล และสร้างความยั่งยืนทำให้เกิดระบบงานประจำของชุมชนในการจัดกิจกรรมประเมินสุขภาพจิต ประเมินการมีส่วนร่วมของภาคีครือข่าย ประเมินความพึงพอใจ จัดเวทีคืนข้อมูลให้ชุมชน และบูรณาการกิจกรรมเข้าสู่แผนสุขภาพตำบล

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่มีกิจกรรม 6 องค์ประกอบดังกล่าว มุ่งเปลี่ยนการดำเนินงานจากการคัดกรองและให้บริการตามภารกิจของหน่วยบริการ เป็นระบบการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุเชิงรุกที่ ผู้สูงอายุ ครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยบริการสาธารณสุขร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินงาน ร่วมติดตามและร่วมประเมินผล เพื่อให้เกิดระบบส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับบริบทของตำบลสะแกโพรงและมีความต่อเนื่อง

ผลการพัฒนารูปแบบรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) ภาพรวมคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการพัฒนารูปแบบอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$=16.67, S.D.=2.05)

การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบมีระดับการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) ภาพรวมระดับการมีส่วนร่วมหลังการพัฒนารูปแบบอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=2.22, S.D.=0.41)

การประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) ภาพรวมคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตหลังการพัฒนารูปแบบอยู่ในระดับสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ($\bar{X}$=45.61, S.D.=1.83)

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 6 องค์ประกอบหลัก “SPMIND Model” 1) Screening & Surveillance (การคัดกรองและเฝ้าระวังสุขภาพจิตผู้สูงอายุเชิงรุก) 2) Participation & Partnership (การมีส่วนร่วมและการสร้างภาคีเครือข่ายชุมชน) 3) Mental Health Promotion (การส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงรุกตามบริบทของชุมชน) 4) Interaction & Inner Support (การสร้างสัมพันธภาพ ความไว้วางใจและการสนับสนุนทางใจ) 5) Network Care & Referral (ระบบดูแล ส่งต่อ และติดตามโดยเครือข่าย) 6) Development, Evaluation & Sustainability (การพัฒนา ประเมินผล และสร้างความยั่งยืน) โดยรูปแบบดังกล่าวพัฒนาขึ้นจากการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา และข้อจำกัดของการดำเนินงานในพื้นที่ รวมทั้งนำแนวทางการเฝ้าระวังและคัดกรองสุขภาพจิตในชุมชนของจังหวัดบุรีรัมย์หรือ BRM Model มาต่อยอดให้มีความเหมาะสมกับบริบทของตำบลสะแกโพรง ใช้ชุมชนเป็นฐานและมีเครือข่ายเป็นกลไกขับเคลื่อน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้เชื่อมโยงระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ ผลของรูปแบบจึงเกิดจากการทำงานร่วมกันของทั้ง 6 องค์ประกอบ ซึ่งช่วยยกระดับการดำเนินงานจากการคัดกรองเพื่อค้นหาปัญหาไปสู่การส่งเสริม ป้องกัน ดูแล และติดตามสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่องโดยชุมชนมีส่วนร่วม เป็น

แนวทางที่เหมาะสมกับบริบทของตำบลสะแกโพรง สอดคล้องกับรูปแบบการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน พบว่า รูปแบบการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ประกอบด้วย 1) พัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุและการดูแลสุขภาพจิตผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และเสริมทักษะผ่านแอปพลิเคชันในสมาร์ตโฟนด้วยแชทบอท 2) จัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน 3) การคัดกรองสุขภาพจิตผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกการดูแลและเฝ้าระวังเป็น 3 ระดับตามความเสี่ยง 4) จัดทำระบบข้อมูลสารสนเทศ เพื่อการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง[13]

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หลังการพัฒนารูปแบบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) เนื่องจากรูปแบบ SPMIND ให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ตั้งแต่การสังเกตและค้นหาผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง การคัดกรองสุขภาพจิต การรับฟังและสร้างสัมพันธภาพ การให้คำแนะนำเบื้องต้น ตลอดจนการประสานส่งต่อผู้ที่มีปัญหาหรือมีความเสี่ยงเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ นอกจากนี้การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วม ทำให้ได้เรียนรู้จากสถานการณ์จริงและสามารถเชื่อมโยงความรู้กับการปฏิบัติงานในชุมชน ส่งผลให้เกิดความเข้าใจและความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น สอดคล้องกับผลการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน พบว่า ภายหลังการดำเนินงานตามรูปแบบส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิตทั้งภาพรวมและรายด้านเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001)[13]

การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หลังการพัฒนารูปแบบมีระดับการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) เนื่องมาจาก SPMIND Model ได้ออกแบบกระบวนการดำเนินงานให้ อสม. มีส่วนร่วมตั้งแต่การค้นหาและวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน การดำเนินกิจกรรม การติดตาม และการประเมินผล โดยเฉพาะองค์ประกอบ P: Participation & Partnership ซึ่งมุ่งสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้สูงอายุ ครอบครัว ชมรมผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การกำหนดบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้ชัดเจน และการติดตามผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแล ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถมองเห็นบทบาทของตนเองในระบบการดูแลสุขภาพจิตได้อย่างเป็นรูปธรรม ขณะเดียวกัน การทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายช่วยลดข้อจำกัดของการทำงานเพียงลำพัง และทำให้เกิดการแบ่งปันทรัพยากร ความรู้ และความรับผิดชอบร่วมกัน สอดคล้องกับผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการสร้างสุข 5 มิติ แบบมีส่วนร่วม พบว่า หลังรับบริการในรูปแบบใหม่มีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า การรับรู้ความรุนแรงของโรค การเห็นคุณค่าในตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05[14] และสอดคล้องกับผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุในชุมชน เมื่อนำรูปแบบไปทดลองใช้ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) 2)[15]

การประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ หลังการพัฒนารูปแบบมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) รูปแบบไม่ได้มุ่งเน้นเฉพาะการค้นหาหรือคัดกรองผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต แต่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงรุกและการป้องกันปัญหา ในผู้สูงอายุทุกกลุ่ม ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความสุข ความภาคภูมิใจในตนเอง การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และการมีบทบาทในชุมชน รวมถึงการสร้างสัมพันธภาพ การรับฟัง การให้กำลังใจ และการสนับสนุนทางอารมณ์ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและเพิ่มการรับรู้ว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน นอกจากนี้ทำให้ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงได้รับการดูแลและติดตามอย่างต่อเนื่อง ขณะที่ผู้สูงอายุทั่วไปได้รับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้การดำเนินงานครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน คัดกรอง ดูแล และติดตาม จึงอาจส่งผลให้คะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุหลังการพัฒนารูปแบบสูงขึ้นจนอยู่ในระดับเท่ากับคนทั่วไป สอดคล้องกับผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า ระดับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดกาญจนบุรีส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในระดับดีกว่าคนทั่วไป ผลการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า ระดับความพึงพอใจ มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.46, S.D.= 0.54)[16] และสอดคล้องกับผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตเทศบาลเมือง พบว่า 1) ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังโดยรวมอยู่ในเกณฑ์เท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 48.06 สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 31.64 และสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 20.30 และมีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตโดยรวมของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง หลังการเข้าร่วมการใช้รูปแบบส่งเสริมสุขภาพจิต (M = 44.60, SD = 3.66) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิต (M = 38.60, SD = 5.03) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[17]

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน “SPMIND Model” สามารถนำมาใช้ในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในตำบลสะแกโพรงได้อย่างเหมาะสม โดยช่วยพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีความรู้ มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีระดับสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบดังกล่าวสามารถเชื่อมโยงการทำงานของหน่วยบริการสุขภาพ และภาคีเครือข่ายในชุมชนให้มีส่วนร่วมในการค้นหา เฝ้าระวัง ส่งเสริม ดูแล ส่งต่อ และติดตามผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ ยกระดับการดูแลสุขภาพจิตจากการดำเนินงานเชิงรับและเน้นการคัดกรองไปสู่ระบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเชิงรุกที่มีชุมชนเป็นฐาน มีความต่อเนื่อง และมีศักยภาพในการพัฒนาให้เกิดความยั่งยืนในพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) ควรกำหนดนโยบายให้การส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุเป็นประเด็นสำคัญของระบบสุขภาพระดับพื้นที่ โดยบูรณาการงานสุขภาพจิตผู้สูงอายุเข้ากับแผนงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

2) ควรพัฒนาระบบการคัดกรองและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุเชิงรุกในชุมชน โดยกำหนดให้มีการคัดกรองสุขภาพจิตผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต หรือขาดการมีส่วนร่วมทางสังคม และจัดให้มีระบบติดตามและส่งต่อผู้ที่มีความเสี่ยงเข้าสู่บริการสุขภาพจิตที่เหมาะสม

3) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรสำหรับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องบรรจุโครงการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุไว้ในแผนพัฒนาท้องถิ่น พร้อมสนับสนุนกิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน เช่น กิจกรรมกลุ่มผู้สูงอายุ การออกกำลังกาย กิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม และกิจกรรมเสริมคุณค่าและความภาคภูมิใจในตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีและสามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) หน่วยบริการสาธารณสุขสามารถนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ โดยปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบท ปัญหา ความต้องการ และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในแต่ละชุมชน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ครอบครัว อสม. ผู้นำชุมชน และภาคีเครือข่าย

2) หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่สามารถนำกระบวนการคัดกรองสุขภาพจิตผู้สูงอายุไปใช้เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสั้น (T-GMHA-15) อย่างสม่ำเสมอ เพื่อค้นหาผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงหรือมีปัญหาสุขภาพจิตตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และจัดให้มีระบบติดตามดูแลและส่งต่ออย่างเหมาะสม

3) สามารถนำผลการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุแบบต่อเนื่อง โดยเชื่อมโยงการทำงานระหว่าง รพ.สต. อสม. ครอบครัว ชมรมผู้สูงอายุ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยบริการสุขภาพ เพื่อให้มีการคัดกรอง ดูแล ติดตาม และส่งต่อผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ และสามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาวิจัยในวงรอบถัดไป โดยนำผลจากการวิจัยครั้งนี้มาปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของชุมชนมากยิ่งขึ้น

2) ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเชิงลึก เช่น ปัจจัยด้านครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการออกแบบกิจกรรมที่ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ

3) ควรขยายการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างและพื้นที่ที่มีความหลากหลาย โดยใช้การวิจัยแบบกึ่งทดลองในชุมชนอื่น เพื่อทดสอบความเหมาะสม ประสิทธิผล และความสามารถในการนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ในบริบทที่แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

1. Population Reference Bureau. Highlights from the 2024 world population data sheet. Retrieved from https://www.prb.org/articles/highlights-from-the-2024-world-population-data-sheet/. 2024.
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุ 2568. [อินเตอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2578. 2568.
3. กรมสุขภาพจิต. การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2566. กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข. 2566.
4. กรมสุขภาพจิต. แผนปฏิบัติราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ของกรมสุขภาพจิต ระยะครึ่งแผนฯ พ.ศ.2569-2570. กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข. 2567.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิต อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ. [อินเตอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: https://hdc.moph.go.th/brm/public/standard-report-detail/f98aa818686df571817c33e0168966a2. 2568.

6. ศิลา จิรวิกรานต์กุล. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองสุขภาพจิตในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ .2567. 9(2):1–9.
7. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเกียบ. รายงานผลการประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ. บุรีรัมย์, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเกียบ. 2568.
8. Kemmis, S., & McTaggart, R. The action research planner (3rd ed.). Geelong,Victoria: Deakin University Press. 1988.
9. Daniel, W. W. Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences (9th ed.). Wiley. 2010.
10. Bloom BS. Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. New York: David McKay; 1971
11. Best JW. Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1977.
12. ศูนย์สุขภาพจิตที่ 4 กรมสุขภาพจิต. แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสั้น: Thai Geriatric Mental Health Assessment Tool (T-GMHA-15) [อินเทอร์เน็ต]. 2567. เข้าถึงได้จาก: https://mhc4.dmh.go.th/wp-content/uploads/2024/09/แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ-ฉบับสั้น-ส.pdf
13. เจนวิทย์ เวชกามา. ผลการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนในเขตตำบลสวาท อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร. 2568; 27(1):2712841.
14. คมกฤษ วิเศษ. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการสร้างสุข 5 มิติ แบบมีส่วนร่วมคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง. 2568;10(1):531-43.
15. พีรสันต์ ปั้นก้อง. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์. 2567;9(2):551-6
16. อุกฤษฎ์ บุษบงค์, สัณณ์ภณ ตะพังพินิจการ และกาญจนา นิ่มสุนทร. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอเมืองกาญจนบุรี จังหวัดกาญจนบุรี. 2568;10(1):269-80.
17. จารุวรรณ ก้านศรี, นภัสสร ยอดทองดี และประกาศิต พูลวงษ์. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดชัยนาท. 2567;40(3):132-46.

ประสิทธิผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และ ความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

The Effectiveness of a Self-Management Support Program on Knowledge, Self-Management Behaviors, and Satisfaction of HIV-Infected Individuals at Kud Chap Hospital, Udon Thani Province.

(Received: August 26,2026 ; Revised: August 28,2026 ; Accepted: August 30,2026)

รักษ์หทัย ไชยบัน[1] อรวรรณ รัตนจันทร์[1]
Rakhathai Chaibun[1] Orawan Rathanachan[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และ ความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาล กุดจับ จังหวัดอุดรธานี ตามทฤษฎีแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ กาลิก-บายส์ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ รักษาและรับยาต้านไวรัส เพศชายและเพศหญิง อายุ 18-60 ปี ที่มารับบริการคลินิกนภา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกุดจับ ตำบลเมืองเพีย อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยจำนวน 45 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือน มีนาคม พ.ศ. 2569 – เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2569 โปรแกรมสนับสนุน การจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย การให้ความรู้และการฝึกทักษะการจัดการตนเองรายบุคคลโดยใช้สื่อการสอนและมอบคู่มือการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี แบบบันทึกการจัดการตนเองที่บ้าน แผ่นพับความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ให้ผู้ป่วยนำกลับไปใช้ ที่บ้าน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพ แบบสอบถามความรู้ แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Dependent Paired t-test และ Wilcoxon Signed Ranks Test

ผลการวิจัยพบว่า หลังสิ้นสุดโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัว พฤติกรรมการจัดการตนเอง และความพึงพอใจ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

คำสำคัญ: โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง ความพึงพอใจ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

Abstract

This quasi-experimental study aimed to evaluate the effectiveness of a self-management support program on knowledge, self-management behavior, and satisfaction among people living with HIV (PLHIV) at Kut Chap Hospital, Udon Thani Province, grounded in Kanfer and Gaelick-Buys' theoretical framework of self-management. The study sample comprised HIV-infected individuals and AIDS patients receiving antiretroviral therapy, of both sexes, aged between 18 and 60 years, who were receiving services at the Napha Clinic, Outpatient Department, Kut Chap Hospital, Mueang Phia Subdistrict, Kut Chap District, Udon Thani Province. Participants were purposively recruited in accordance with predetermined eligibility criteria and voluntarily consented to participate, yielding a final sample of 45 individuals. Data collection was conducted between March and August 2026. The self-management support program encompassed individualized health education and self-management skills training, delivered through instructional media, and was supplemented by a self-management handbook for PLHIV, a home-based self-management log, and educational pamphlets addressing disease-related knowledge and appropriate self-care practices, all

[1] คลินิกนภา งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลกุดจับ ตำบลเมืองเพีย อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

of which participants retained for continued use at home. Data were gathered using a personal and health information record form, a knowledge assessment questionnaire, a self-management behavior questionnaire, and a satisfaction questionnaire. Statistical analysis was performed using descriptive statistics, the Dependent Paired t-test, and the Wilcoxon Signed Ranks Test.

Findings revealed that, following completion of the self-management support program, participants demonstrated statistically significant improvements in mean scores for disease-related knowledge and self-care practices, self-management behavior, and satisfaction relative to baseline measurements obtained prior to program participation ($p < 0.001$).

Keywords: self-management support program, knowledge, self-management behavior, satisfaction, people living with HIV

บทนำ

โรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ แม้มาตรการทางการแพทย์โดยเฉพาะการให้ยาต้านไวรัสแบบ HAART จะช่วยลดอัตราการป่วยรุนแรงและ การเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ แต่ยังพบปัญหาการจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสมในผู้ติดเชื้อหลายราย[1] ส่งผลให้การควบคุมโรคยังไม่เต็มประสิทธิภาพ ข้อมูลจาก UNAIDS รายงานว่าในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกประมาณ 38.4 ล้านคน โดยมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ประมาณ 1.3 ล้านคนและมีผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ประมาณ 650,000 รายทั่วโลก ซึ่งแสดงให้เห็นว่าทั้งจำนวนผู้ติดเชื้อและการเสียชีวิตยังคงสูง นอกจากนี้ WHO พบว่า การไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเชื่อมโยงกับการเพิ่มขึ้นของปริมาณไวรัสในเลือด (viral load) และการลดลงของเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและการเสียชีวิต ในบริบทของประเทศไทย โดยข้อมูลปี พ.ศ. 2565-2567 พบผู้ป่วยสะสม 444,974, 436,169 และ 440,944 ราย และผู้ป่วยรายใหม่ 25,245, 17,931 และ 8,869 ราย ตามลำดับ[2] ประเทศไทยนับเป็นหนึ่งในประเทศที่มีความก้าวหน้าในการควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในระดับหนึ่ง โดยเฉพาะการขยายการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยและการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างครอบคลุมภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตจากโรคเอดส์ลดลงอย่างต่อเนื่อง และผู้ติดเชื้อสามารถดำรงชีวิตร่วมกับโรคได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตาม แม้ความสำเร็จดังกล่าวจะสะท้อนถึงศักยภาพของระบบบริการสุขภาพของประเทศ แต่อุบัติการณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ยังคงเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอในแต่ละปี โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (men who have sex with men: MSM) กลุ่มเยาวชน และผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด ซึ่งบ่งชี้ถึงข้อจำกัดของมาตรการป้องกันที่ยังไม่สามารถตอบสนองต่อบริบทและพฤติกรรมเฉพาะของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิผล[3] ผลการประมาณ การสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีของประเทศไทยโดยใช้แบบจำลองการระบาด ณ พ.ศ. 2564 พบว่า มีจำนวนผู้ที่มีชีวิตอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีประมาณ 494,233 คน มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ประมาณ 5,584 คนต่อปี และมีผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 11,179 คนต่อปี ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า แม้การเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่อุบัติการณ์ของการติดเชื้อรายใหม่ยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อภาระด้านสุขภาพของประเทศ ในระยะยาว และจำเป็นต้องได้รับการจัดการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง[4]

โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี มีบริการคลินิกนภาสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในช่วงสัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 ของทุกเดือน จากสถิติผู้มา

รับบริการ ระหว่างปี พ.ศ. 2565–2568 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วย ที่เข้ารับบริการจำนวน 233, 245, 254 และ 255 คนตามลำดับ เมื่อพิจารณาปัญหาการขาดนัด พบว่า มีผู้ป่วยขาดนัดจำนวน 8, 7, 9 และ 10 คน คิดเป็นร้อยละ 3.43, 2.86, 3.54 และ 3.92 ของผู้มารับบริการทั้งหมดในแต่ละปีตามลำดับ สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาการมาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง ยังคงพบได้ในทุกปี ในด้านภาวะภูมิคุ้มกัน พบผู้ป่วย ที่มีระดับ CD4 ต่ำกว่า 200 เซลล์/ลบ.มม. จำนวน 11, 23, 13 และ 13 คน คิดเป็นร้อยละ 4.72, 9.39, 5.12 และ 5.10 ตามลำดับ โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2566 พบสัดส่วนผู้ป่วยที่มีระดับภูมิคุ้มกันต่ำสูงกว่าปีอื่นอย่างชัดเจน ซึ่งบ่งชี้ถึงความเสี่ยงต่อ การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพนอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมปริมาณไวรัสได้ดี โดยมีค่า viral load มากกว่า 1,000 copies/mL จำนวน 9, 10, 4 และ 5 คน คิดเป็นร้อยละ 3.86, 4.08, 1.57 และ 1.96 ตามลำดับ แม้สัดส่วนดังกล่าว จะมีแนวโน้มลดลงในช่วงปี พ.ศ. 2567–2568 แต่ยังสะท้อนถึงข้อจำกัดในการจัดการตนเองของผู้ป่วยบางส่วน[5]

จากการดำเนินงานของคลินิกนภาในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลกุดจับ พบว่ายังคงประสบปัญหาหลายประการที่ส่งผลต่อความต่อเนื่องของการรักษาและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยสาเหตุสำคัญ ได้แก่ การขาดนัดของผู้ป่วย การรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ เช่น ลืมรับประทานยา รับประทานยาไม่ตรงเวลา รวมถึงการหยุดยาเอง เมื่ออาการทั่วไปดีขึ้น ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมปริมาณไวรัสได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ผู้ป่วยรายใหม่บางส่วนยังขาดความรู้และมีความกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา ขณะที่ผู้ป่วยบางคน มีข้อจำกัดด้านบริบทการดำรงชีวิต เช่น การทำงานต่างจังหวัดหรือต่างประเทศ การไม่สามารถเข้ารับการตรวจติดตามผลเลือดได้ตามกำหนด และข้อจำกัดด้านสิทธิการรักษาพยาบาล ส่งผลให้การดูแลรักษาไม่เป็นไปอย่างต่อเนื่อง ปัญหาดังกล่าวยังเกี่ยวข้องกับประเด็นด้านจิตสังคม โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่ต้องการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อ ทำให้หลีกเลี่ยงการมารับบริการในช่วงเวลาปกติ หรือไม่รอรับบริการครบกระบวนการ เช่น ไม่พบแพทย์หรือไม่รอรับยา ส่งผลให้การประเมินภาวะสุขภาพและการให้คำแนะนำไม่ครบถ้วน ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น วัณโรค ปอดอักเสบ และการติดเชื้อโรคระบาดตามฤดูกาล อันเนื่องมาจากภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ตลอดจนส่งผลกระทบต่อความสามารถในการประกอบอาชีพ รายได้ของครอบครัว และปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมในวงกว้าง แม้โรงพยาบาลกุดจับจะมีการจัดบริการคลินิกให้คำปรึกษาและดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีในรูปแบบ One Stop Service โดยมีทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ และนักวิชาการสาธารณสุขร่วมกันให้บริการด้านการรักษา การให้คำปรึกษา และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าผู้ติดเชื้อบางรายมีระดับภูมิคุ้มกันต่ำ การควบคุมปริมาณไวรัสไม่เป็นไปตามเกณฑ์ และมีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ยังไม่เหมาะสม รวมถึงการขาดความรู้ที่ทันสมัยเกี่ยวกับโรคเอชไอวี/เอดส์ ดังนั้นสถานการณ์ดังกล่าว จึงสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางหรือโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นระบบ เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ และสามารถเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และแรงจูงใจในการดูแลตนเอง เพื่อส่งเสริมความต่อเนื่องของการรักษาและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน[5]

แนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) ของ Kanfer และ Gaelick-Buys[6] เป็นกรอบแนวคิดทางพฤติกรรมศาสตร์ที่อธิบายกระบวนการเรียนรู้และการควบคุมตนเองของบุคคลในการปรับเปลี่ยนและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยเน้นบทบาทเชิงรุกของ

บุคคลในการกำกับพฤติกรรมของตนเองผ่านกระบวนการสำคัญ 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสังเกตตนเอง (Self-monitoring) ความสามารถของบุคคลในการตระหนักรู้และติดตามพฤติกรรมสุขภาพ อาการ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติของตนเองในบริบทของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี การสังเกตตนเองครอบคลุมถึงการรับรู้พฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ การสังเกตอาการไม่พึงประสงค์จากยา การเฝ้าระวังอาการเจ็บป่วยฉวยโอกาส และ การปฏิบัติตนเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อ การให้ความรู้ตามแนวคิดนี้จึงมุ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอชไอวี ระยะของการติดเชื้อ แนวทางการรักษา และผลของการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสังเกตและติดตามพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง 2) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) เป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยนำข้อมูลจากการสังเกตตนเองมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์หรือเป้าหมายด้านสุขภาพที่กำหนดไว้ เช่น การรับประทานยาต้านไวรัสตรงเวลาและครบถ้วน การมีพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย และ การดูแลสุขภาพทั่วไปอย่างเหมาะสม ความรู้ที่ถูกต้องและเพียงพอเกี่ยวกับโรคเอชไอวีและการรักษาเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถประเมินพฤติกรรมของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ การให้ความรู้ตามแนวคิดของ Kanfer และ Gaelick-Buys[6] จึงมีบทบาทในการเสริมสร้างความเข้าใจและทักษะในการตัดสินใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถประเมินความเหมาะสมของพฤติกรรมการจัดการตนเองของตนได้อย่างสอดคล้องกับเป้าหมายการรักษา 3) การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) เป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยให้รางวัลหรือเสริมแรงแก่ตนเองเมื่อสามารถปฏิบัติพฤติกรรมตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ เช่น ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ความมั่นใจในการดูแลสุขภาพ และความพึงพอใจต่อผลลัพธ์ของการรักษา ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี การเสริมแรงตนเอง ยังสามารถได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพผ่านการให้คำปรึกษา การให้กำลังใจ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจภายในและส่งเสริมการคงอยู่ของพฤติกรรมการจัดการตนเองในระยะยาว โดยสรุป แนวคิด การจัดการตนเองของ Kanfer และ Gaelick-Buys[6] เป็นกรอบแนวคิดที่เหมาะสมสำหรับ การพัฒนาการให้ความรู้และการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ที่ถูกต้อง เกิดการตระหนักรู้ในบทบาทของตนเอง สามารถประเมินและควบคุมพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม และมีแรงจูงใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลต่อการควบคุมโรคและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผู้มีบทบาทโดยตรงในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี จึงเห็นความจำเป็น ในการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ อันจะนำไปสู่การควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อน และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

สมมุติฐานการวิจัย

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

3. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ย ความพึงพอใจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

วิธีการวิจัย

สถานที่ทำการวิจัยและระยะเวลาการวิจัย

สถานที่การทำวิจัย อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี เก็บข้อมูลที่คลินิกนภา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกุดจับ ตำบลเมืองเพีย อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

ระยะเวลาการวิจัย ศึกษาระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2569 – เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2569

รูปแบบการวิจัย การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลง (One- group pretest - posttest design) ประสิทธิผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และความพึงพอใจ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี โดยมีการดำเนินกิจกรรมระหว่างเดือน มีนาคม พ.ศ. 2569 – เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2569

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ รักษาและรับยาต้านไวรัส ที่มารับบริการคลินิกภา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกุดจับ ตำบลเมืองเพีย อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 255 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ รักษา และรับยาต้านไวรัส ที่มารับบริการ คลินิกนภา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกุดจับ ตำบลเมืองเพีย อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 45 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G* power 3.1 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) เลือกสถิติ t-test เลือก Means difference between two dependents means กำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.5 (ปานกลาง)[7] ค่าความเชื่อมั่น (α) เท่ากับ 0.05 และ ค่า Power of test (1-β) เท่ากับ 0.90 ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 36 คน ผู้วิจัยปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มในกรณี มีผู้สูญหายจากการติดตาม (Drop out) เช่น ขอยุติการเข้าร่วมศึกษาวิจัย เป็นต้น โดยคาดว่ามีผู้สูญหายจากการติดตามร้อยละ 10[8] จากการประมาณกลุ่มตัวอย่างที่ได้ กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 45 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยนำชื่อกลุ่มผู้ป่วยผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ รักษาและรับยาต้านไวรัส ที่คลินิกนภา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกุดจับ ตำบลเมืองเพีย อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี ที่มีประวัติขาดการรักษารับประทานยาไม่สม่ำเสมอ มีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ไม่ถูกต้อง ที่มารับการรักษาที่คลินิกนภา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกุดจับ ตำบลเมืองเพีย อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี มา Random โดย computer จนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ที่คำนวณได้ตามคุณสมบัติที่กำหนด และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1. อายุ 18 – 60 ปี

2. เพศชายและเพศหญิง

3. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ รักษาและรับยา ต้านไวรัสที่คลินิกนภา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกุดจับที่มีประวัติขาดการรักษา รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ย้อนหลัง 3 เดือน /ขาดนัด 1 ครั้งขึ้นไป

4. มีสติสัมปชัญญะปกติ อ่าน เขียน และฟังภาษาไทยได้

5. ไม่มีความผิดปกติด้านการมองเห็น การได้ยินหรือประสาทสัมผัสอื่นๆ

6. ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม

7. สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ หรือผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ได้

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1. มีความประสงค์ออกจากงานวิจัย

2. มีโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่รุนแรงอันเป็นสาเหตุให้ไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้ เช่น ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนมีอาการหอบเหนื่อยหรือการติดเชื้อจนต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

3. ไม่สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ หรือผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ได้

4. ผู้ป่วยอยู่ระหว่างการตั้งครรภ์

5. ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตประสาท ความผิดปกติทางพฤติกรรมและการสื่อสาร

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบไปด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัวอื่น ๆ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคเอชไอวี รายได้เฉลี่ยรวมของครอบครัว สิทธิการรักษา ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุรา ประวัติการออกกำลังกาย เป็นแบบสอบถาม แบบเลือกตอบ (check list) หรือแบบเติมคำลงในช่องว่าง จำนวน 12 ข้อ โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเอง ส่วนอีก 1 ข้อ ได้แก่ จำนวนยาต้านไวรัสเอชไอวีที่รับประทาน บันทึกโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

2. แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 15 ข้อ ประกอบไปด้วยความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวีและการปฏิบัติตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีลักษณะเป็นเช็คลิสต์เลือกตอบ มี 2 ตัวเลือก ใช่ ไม่ใช่ จำนวน 15 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ในข้อบวกตอบใช่ ให้ 1 คะแนน ไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน คือข้อ ข้อที่เป็นเชิงบวก 1, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 12 และข้อที่ 15 ในข้อลบตอบ ใช่ ให้ 0 คะแนน ไม่ใช่ ให้ 1 คะแนน คือ ข้อที่เป็นเชิงลบ 2, 5, 8, 11, 13 และข้อที่ 14 การแบ่งระดับความรู้ใช้วิธีจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom[9] แบ่งเป็น 3 ระดับ 0 -15 คะแนนเต็ม 15 คะแนน ร้อยละ 100 ความรู้ระดับสูง ได้แก่ คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ความรู้ระดับปานกลาง ได้แก่ คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 - 79.99 ความรู้ระดับต่ำ ได้แก่ คะแนนร้อยละ 0 - 59.99

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาจากงานวิจัยของกานต์ธีรา ธนูสา (2567) และจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้แนวคิดของแคนเฟอร์และกาลิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick Buys,1991) ซึ่งครอบคลุมพฤติกรรมการจัดการตนเองทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 11 ข้อ ด้านการรับประทานยาจำนวน 9 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ และด้านการจัดการความเครียดจำนวน 7 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งหมด 32 ข้อ ข้อที่เป็นเชิงบวกมีจำนวน 21 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27 และข้อที่ 28 ข้อ เป็นเชิงลบมีจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 3, 7, 10, 11, 17, 18, 19, 29, 30, 31 และข้อที่ 32 ลักษณะข้อ

คำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ โดยแต่ละข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 4 คะแนน การแปลผล แปลความหมายแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้ง 4 ด้านโดยรวม และ แปลความหมายคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง ออกมาเป็น 3 ระดับ ซึ่งคะแนนต่ำสุดและสูงสุด อยู่ในช่วง 32 – 128 คะแนน สามารถแปลผลคำนวณหาอันตรภาคชั้นโดยนำคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนระดับชั้นที่แบ่ง[10] โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย 32 - 64 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 65 - 97 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลางและคะแนนเฉลี่ย 98 – 128 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง

4. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมี 12 ข้อ โดยเลือกตอบเป็นมาตราส่วนแบบตัวเลข (Numerical Rating Scale) 5 ระดับ การแปลผลจากคะแนนเฉลี่ยรวมเกณฑ์ของลิเคิร์ทแบ่งเป็น 5 ระดับ[10] คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง พึงพอใจมาก คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง พึงพอใจน้อย และคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ

1. โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามกรอบแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และกาลิก-บายส์[6] กิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง ระยะเวลา 12 สัปดาห์ รายละเอียดดังนี้

- กิจกรรมครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 เป็นการติดตามตนเอง และเตรียมความพร้อม ให้ความรู้โดยผ่านสื่อวิดีโอ แผ่นพับ และชี้แจงการบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองที่บ้าน

- กิจกรรมครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยการติดตามให้กำลังใจให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันไลน์และประเมินผลกิจกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง เป็นรายบุคคล ศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง จากแบบบันทึกการจัดการตนเองที่บ้านลงในแบบบันทึก ติดตามการปฏิบัติตามเป้าหมาย อภิปรายและกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์

- กิจกรรมครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 8 การติดตามให้กำลังใจให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์หรือ แอปพลิเคชันไลน์ เพื่อติดตามผลและกระตุ้นกลุ่มตัวอย่าง ส่งเสริมการจัดการตนเอง รับฟังปัญหาและอุปสรรคเพื่อร่วมแก้ไขปัญหา

- **กิจกรรมครั้งที่ 4:** ในสัปดาห์ที่ 12 วันนัดมาตรวจ พบแพทย์ตามนัด เป็นกิจกรรมครั้งสุดท้าย เพื่อประเมินผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเองและความพึงพอใจ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (Post-test) ทบทวนทักษะการจัดการตนเองทั้ง 4 ด้าน ตามสภาพปัญหาที่แท้จริงของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปภาพรวมเกี่ยวกับการเข้าร่วมโปรแกรม แจ้งผลลัพธ์ที่ได้ให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ และเน้นให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง เสริมสร้างแรงให้กับผู้ป่วย ชื่นชมการจัดการตนเองตลอดระยะเวลาเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดกำลังใจในการพัฒนาตนเองต่อไป ผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างได้ทราบว่าสิ้นสุดการวิจัยและกล่าวขอบคุณ

2. แบบบันทึกการจัดการตนเองที่บ้าน มีเนื้อหาครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และการรับประทานยา

3. แผ่นพับความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี

4. คลิปวิดีโอจากยูทูป จำนวน 3 เรื่อง รวมเวลา 26 นาที

- **เรื่องที่ 1 ความรู้เรื่อง HIV** ประกอบไปด้วยความหมายของโรค การติดเชื้อของโรค อาการ วิธีป้องกัน วิธีการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับเชื้อเอชไอวี และ การดูแลผู้ป่วย ใช้เวลา 6 นาที

- **เรื่องที่ 2 การรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีชนิดรวมเม็ด สูตร TLD** ใช้เวลา 5 นาที

- **เรื่องที่ 3 โภชนาการอาหารผู้ป่วยติดเชื้อ HIV** ใช้เวลา 17 นาที

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ดังนี้ 1) แพทย์ผู้ให้การรักษา ผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลกุดจับ 1 ท่าน 2) หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลกุดจับ 1 ท่าน 3) เภสัชกร ประจำคลินิกนภา โรงพยาบาลกุดจับ มีความรู้ความชำนาญเรื่องยาต้านไวรัส 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม ความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วจึงนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองและแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี หลังจากปรับปรุงเนื้อหาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านแล้ว ได้นำไปทดลองใช้กับผู้ติดเชื้อเชไอวี ที่มารับบริการ คลินิกนภาที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอุดรธานี ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย (try out) [12] แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามดังนี้

2.1 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี คำนวณหาค่า ความเชื่อมั่นโดยใช้ KR – 20 ได้ค่า ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ก่อนการวิเคราะห์จะตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและทดสอบสมมติฐานพื้นฐานสำหรับการเลือกใช้สถิติที่เหมาะสม ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อใช้พรรณนาข้อมูลทั่วไป

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ใช้สถิติ Dependent Paired t-test และ Wilcoxon Signed Ranks test) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรผลลัพธ์ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การศึกษาวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการ UDREC 4369 ลงวันที่ 20 มีนาคม พ.ศ. 2569

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 45 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศ

ชาย คิดเป็นร้อยละ 64.44 และเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 35.56 โดยมีอายุเฉลี่ย 38.51 ปี (S.D.=7.90) อายุอยู่ระหว่าง 22–55 ปี เมื่อจำแนกตามช่วงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 30–39 ปี คิดเป็น ร้อยละ 40.00 รองลงมา คือ อายุ 40–49 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.78 ตามลำดับ ด้านอาชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 35.56 รองลงมา ได้แก่ รับจ้าง/ลูกจ้าง ร้อยละ 31.11 ข้าราชการ ร้อยละ 15.56 ด้านสถานภาพสมรส พบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 66.67 รองลงมา คือ โสด ร้อยละ 24.44 ด้านระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.34 รองลงมามัธยมปลาย/ปวช. ร้อยละ 20.00 ด้านโรคประจำตัวอื่นๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวอื่น คิดเป็นร้อยละ 62.22 และมีโรคประจำตัวอื่น คิดเป็นร้อยละ 37.78 โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 17.78 รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 8.89 ด้านระยะเวลาที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ติดเชื้อ ไม่เกิน 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 75.56 รองลงมา คือ 6–10 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.22 โดยมีระยะเวลาที่ติดเชื้อเฉลี่ย 4.47 ปี (S.D.=2.41) ระยะเวลาต่ำสุด 1 ปี และสูงสุด 14 ปี ด้านรายได้เฉลี่ยรวมของครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยรวม ของครอบครัวไม่เกิน 15,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 84.45 รองลงมา คือ 15,001–30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 11.11 โดยมีรายได้เฉลี่ยรวมของครอบครัว 11,488.89 บาท (S.D.=16,268.87) รายได้ต่ำสุด 1,500 บาท และสูงสุด 100,000 บาท ด้านสิทธิการรักษาพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพ (30 บาท)/ผู้สูงอายุ/ผู้พิการ คิดเป็นร้อยละ 71.12 รองลงมาได้แก่ สิทธิข้าราชการ/จ่ายตรง/รัฐวิสาหกิจ และสิทธิประกันสังคม คิดเป็นร้อยละ 13.33 และ 13.33 ตามลำดับ ด้านประวัติการสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 82.23 ด้านประวัติการดื่มสุรา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่ดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 46.67 รองลงมา คือ เคยดื่มสุราแต่เลิกแล้ว คิดเป็นร้อยละ 35.56 ด้านประวัติการออกกำลังกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ ออกกำลังกาย 1–2 ครั้งต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 46.67 รองลงมา คือ ไม่ได้ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 44.44 ด้านจำนวนยาต้านไวรัสเอชไอวีที่รับประทาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 45 คน ได้รับยาจำนวน 3 รายการ คิดเป็นร้อยละ 100.00

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

2.1 ระดับความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ระดับสูงเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 11.11 เป็นร้อยละ 97.78 ขณะที่ผู้ที่มีความรู้ระดับปานกลางลดลง จาก ร้อยละ 75.56 เป็นร้อยละ 2.22 และผู้ที่มีความรู้ระดับต่ำลดลงจาก ร้อยละ 13.33 เป็นร้อยละ 0.00 นอกจากนี้ คะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 10.07 คะแนน เป็น 14.36 คะแนน หรือเพิ่มขึ้น 4.29 คะแนน แสดงให้เห็นว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับเอชไอวีอยู่ในระดับสูงมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

2.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง พบว่า คะแนนความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -5.80$, $p < 0.001$)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

3.1 ระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยกลุ่มที่มีพฤติกรรมการจัดการตนเองระดับสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 35.56 เป็นร้อยละ 95.56 ขณะที่กลุ่มระดับปานกลางลดลงจาก ร้อยละ 64.44 เป็นร้อยละ 4.44 และไม่พบผู้ที่มีพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับต่ำทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

3.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี หลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < 0.001$ ($t = 15.07$)

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

4.1 ระดับความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุน การจัดการตนเอง พบว่า คะแนนความพึงพอใจก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 3.89 ± 0.64 เป็น 4.46 ± 0.51 อยู่ในระดับมาก

4.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง พบว่า พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -13.291$, $p < 0.001$) ดังนั้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความพึงพอใจหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และ ความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี สามารถอธิบายตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ผลการวิจัยดังกล่าวสามารถอธิบายได้ตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer และ Gaelick-Buys[6] ซึ่งให้ความสำคัญกับกระบวนการที่บุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในการกำกับพฤติกรรมของตนเอง โดยประกอบด้วยการติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง กระบวนการดังกล่าวช่วยให้บุคคลรับรู้พฤติกรรมของตนเอง เปรียบเทียบการปฏิบัติกับเป้าหมาย และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม ดังนั้นโปรแกรมของการศึกษาครั้งนี้จึงไม่ได้มุ่งเน้นเฉพาะการให้ความรู้ แต่จัดกระบวนการให้กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ความรู้ นำความรู้ไปปฏิบัติ ติดตามตนเอง ประเมินผล ได้รับคำแนะนำและแรงเสริมอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ จึงมีส่วนสนับสนุนให้ความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะ กิจกรรมครั้งที่ 1 ถึงกิจกรรมครั้งที่ 4 ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมและให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวผ่านแผ่นพับและสื่อวิดีโอ ความรู้เรื่องเอชไอวี การรับประทานยาต้านไวรัสสูตร TLD และโภชนาการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี พร้อมทั้งชี้แจง การใช้แบบบันทึกการจัดการตนเองที่บ้าน การจัดกิจกรรมในลักษณะดังกล่าวช่วยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ที่เป็นระบบและมีเนื้อหาที่เชื่อมโยงกับการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน ขณะเดียวกัน การใช้สื่อวิดีโอและแผ่นพับช่วยให้สามารถทบทวนความรู้ได้ด้วยตนเอง ซึ่งเหมาะสม

กับกระบวนการจัดการตนเองที่เน้นให้บุคคลมีส่วนร่วมและรับผิดชอบต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง มีการติดตามและให้กำลังใจผ่านโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันไลน์ ร่วมกับการประเมินผลการจัดการตนเองจากแบบบันทึกที่บ้าน การติดตามการปฏิบัติตามเป้าหมาย และการเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างอภิปรายและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และมีการประเมินผลหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Millard et al.[13] ซึ่งทบทวนประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเอง ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และพบหลักฐานจากการศึกษาแบบทดลองว่า โปรแกรมดังกล่าวสามารถส่งผลให้เกิดการพัฒนาระยะสั้น ทั้งด้านความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรม และผลลัพธ์ทางกายและ จิตสังคม โดยโปรแกรมที่มีองค์ประกอบของการให้ความรู้ร่วมกับการฝึกทักษะหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีแนวโน้มให้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการทบทวนอย่างเป็นระบบของ Areri et al.[14] ซึ่งพบว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส โดยเฉพาะโปรแกรมที่ผสมผสานการฝึกทักษะ การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ การให้คำแนะนำ และการใช้เทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเอง มีแนวโน้มช่วยพัฒนาผลลัพธ์ด้านการจัดการตนเองได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของภัทรกันย์ วงค์ตาหล้า[15] ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในรักษ์สุขภาพโรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสหลังการเข้าร่วมวิจัยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของสมถวิล จินดา[16] ที่ศึกษา ผลของโปรแกรมกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ต่อความรู้ในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี คลินิกคำปรึกษา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ผลการศึกษาพบว่า ความรู้หลังการทำกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ ครั้งที่ 2 เปรียบเทียบกับความรู้ก่อนทำกิจกรรม เพิ่มขึ้น 4.82 คะแนน ความรู้หลังการทำกิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 3 เปรียบเทียบกับความรู้ก่อนทำกิจกรรม เพิ่มขึ้น 6.41 คะแนน คะแนนความรู้ที่เพิ่มขึ้นนี้ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง มีส่วนช่วยส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถจัดการกับภาวะสุขภาพและการดำเนินชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีได้ดีขึ้น ผลการวิจัยดังกล่าวสามารถอธิบายได้ตามแนวคิดการจัดการตนเอง ของ Kanfer and Gaelick-Buys[6] ซึ่งมองว่าการจัดการตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคล ใช้ควบคุมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด โดยบุคคลมีบทบาทสำคัญในการกำกับพฤติกรรมของตนเอง กระบวนการสำคัญประกอบด้วย การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง การติดตามตนเองช่วยให้บุคคลตระหนักถึงพฤติกรรมและผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมของตน การประเมินตนเองช่วยให้บุคคลนำข้อมูลที่ติดตามได้มาเปรียบเทียบกับเป้าหมายหรือมาตรฐานที่กำหนด และการเสริมแรงตนเองช่วยให้บุคคลมีแรงจูงใจที่จะคงไว้หรือพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป ดังนั้น เมื่อโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ กำหนดเป้าหมาย ติดตามพฤติกรรม ประเมินผล และปรับเปลี่ยนการปฏิบัติด้วยตนเอง จึงมีแนวโน้มทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างเป็นรูปธรรม

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของภาณุพงศ์ จันทโรจน์ และคณะ[17] ซึ่งศึกษา ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดและระดับ ซีดีโฟร์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมี

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ นอกจากนี้ยังพบว่าระดับซีดีโฟร์หลังการทดลองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาดังกล่าวมีความสอดคล้องกับการวิจัยครั้งนี้อย่างชัดเจน เนื่องจากทั้งสองการศึกษาพบว่าการได้รับโปรแกรมที่มุ่งส่งเสริมกระบวนการจัดการตนเองสามารถทำให้พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับการศึกษาของ นุสรา วงษ์พานิชม, ศศิธร ชิดนายี และ ศุทธินี วัฒนกูล[18] ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยเฉพาะพฤติกรรมด้านการรับประทานยา การออกกำลังกาย และการจัดการความทุกข์ทางจิตใจ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Shim et al.[19] ศึกษาเรื่อง การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชันสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี: การศึกษาเชิงนำร่องแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมในช่วงการระบาดใหญ่ของโควิด-19 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม Health Manager มีการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเอง และ พฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยความแตกต่างระหว่างกลุ่มตามช่วงเวลามีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังเข้าร่วมโปรแกรม แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองสามารถนำไปใช้เพื่อส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยทั้งหมดร่วมกับแนวคิดของ Kanfer and Gaelick-Buys[6] สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในการวิจัยครั้งนี้น่าจะทำหน้าที่ เป็นกระบวนการสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผ่านกลไกของการติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง โดยการติดตามตนเองทำให้ผู้ติดเชื้อรับรู้พฤติกรรมสุขภาพของตนเอง การประเมินตนเองช่วยให้สามารถเปรียบเทียบพฤติกรรมกับเป้าหมายที่กำหนด และการเสริมแรงตนเองช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม ดังนั้น เมื่อผู้ติดเชื้อได้รับการสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในกระบวนการดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง จึงเกิดการเรียนรู้จากผลของการปฏิบัติและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้

3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสามารถส่งเสริม ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดความพึงพอใจต่อการได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นภายหลังได้รับโปรแกรม สามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น โดยไม่ได้ เป็นเพียงผู้รับข้อมูลหรือคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพเท่านั้น แต่มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย การติดตามพฤติกรรม การประเมินปัญหา การค้นหาแนวทางแก้ไข และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง กระบวนการดังกล่าวทำให้ผู้ติดเชื้อรับรู้ว่าตนเองสามารถควบคุมและจัดการปัญหาสุขภาพได้ จึงเกิดความรู้สึกมั่นใจ มีส่วนร่วม และเห็นประโยชน์ที่ได้รับจากโปรแกรม ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในระดับที่สูงขึ้นภายหลังได้รับโปรแกรม ผลการวิจัยดังกล่าวสามารถอธิบายเชื่อมโยงกับ แนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer and Gaelick-Buys[6] ซึ่งให้ความสำคัญกับการที่บุคคลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการควบคุมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของ

ตนเองโดยมีกระบวนการสำคัญ ได้แก่ การติดตามตนเอง (self-monitoring) การประเมินตนเอง (self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับโปรแกรมที่ช่วยให้สามารถติดตามพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ประเมินผลการปฏิบัติเมื่อเทียบกับเป้าหมาย และ เห็นความก้าวหน้าของตนเอง ย่อมทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองและความรู้สึกว่าตนเองสามารถจัดการกับภาวะสุขภาพได้ กระบวนการดังกล่าวอาจนำไปสู่ความรู้สึกพึงพอใจต่อโปรแกรม ที่ได้รับ นอกจากนี้การจัดโปรแกรมที่เปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีส่วนร่วมและสามารถนำความรู้หรือทักษะไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน อาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ความพึงพอใจเพิ่มขึ้น เนื่องจากความพึงพอใจไม่ได้เกิดจากการได้รับข้อมูลเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากการรับรู้ว่าโปรแกรมสามารถตอบสนองความต้องการของตนเอง มีประโยชน์ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง และช่วยให้สามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพได้ดีขึ้น

ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของภัทรกันย์ วงค์ตาหล้า[15] ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในรักษ์สุขภาพโรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในคลินิกรักษ์สุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Shim et al.[19] ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชันสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี: การศึกษา เชิงนำร่องแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมในช่วงการระบาดใหญ่ของโควิด-19 สำหรับความพึงพอใจต่อโปรแกรมพบว่า ผู้เข้าร่วมมีความพึงพอใจในระดับค่อนข้างสูง โดยด้านที่ได้รับคะแนนความพึงพอใจ สูงที่สุด คือ การได้รับทักษะด้านพฤติกรรมการจัดการตนเอง รองลงมาคือ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ การจัดการตนเอง สามารถอธิบายตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer and Gaelick-Buys ได้ว่า การที่โปรแกรมเปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถติดตามพฤติกรรมของตนเอง ประเมินผลการปฏิบัติ และรับรู้ความก้าวหน้าของตนเอง จะช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และรับรู้ความสามารถ ในการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง เมื่อผู้ติดเชื้อสามารถนำความรู้และทักษะจากโปรแกรมไปใช้จริงและเห็นประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ก็จะเกิดความรู้สึกประสบความสำเร็จและได้รับการเสริมแรงทางบวก นำไปสู่การประเมินโปรแกรมในทางที่ดีและเกิดความพึงพอใจเพิ่มขึ้น

โดยสรุป โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสามารถส่งเสริมทั้ง ความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเองและความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยผลลัพธ์หลังเข้าร่วมโปรแกรมดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer and Gaelick-Buys ที่เน้นกระบวนการติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ซึ่งช่วยให้บุคคลสามารถรับรู้ปัญหา ประเมินพฤติกรรมของตนเอง กำหนดแนวทางแก้ไข และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับเป้าหมายด้านสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ด้านการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี

หน่วยงานที่ให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี เช่น โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และคลินิกที่ให้บริการยาต้านไวรัส ควรนำโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้เป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ติดเชื้อ ที่มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง เพื่อส่งเสริมให้สามารถพัฒนาพฤติกรรมไปสู่ระดับสูงได้

1.2 ด้านบทบาทของบุคลากรสุขภาพ

พยาบาลและบุคลากรสุขภาพควรทำหน้าที่ เป็น

ผู้สนับสนุนและผู้เอื้อให้เกิดการจัดการตนเองมากกว่าการเป็นผู้ให้ข้อมูลเพียงฝ่ายเดียว โดยควรส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย วิเคราะห์ปัญหา เลือกแนวทางแก้ไข ติดตามผล และประเมินความก้าวหน้าของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Kanfer and Gaelick-Buys

1.3 ด้านการติดตามอย่างต่อเนื่อง แม้ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเองและความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนหลังได้รับโปรแกรม แต่ควรมีการติดตามหลังสิ้นสุดโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง เช่น 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อประเมินว่าพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงสามารถ คงอยู่ในระยะยาวหรือไม่ และเพื่อให้บุคลากรสุขภาพสามารถให้การสนับสนุนเพิ่มเติมเมื่อพบว่าพฤติกรรมลดลง

1.4 ด้านการเสริมแรง ควรจัดให้มีระบบการเสริมแรงและการให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) อย่างต่อเนื่อง เช่น การติดตามเป้าหมาย การสะท้อนผลการปฏิบัติ การให้กำลังใจและการชื่นชมความสำเร็จ เนื่องจากการเสริมแรงเป็นส่วนสำคัญของกระบวนการจัดการตนเอง และสามารถช่วยให้ ผู้ติดเชื้อมีแรงจูงใจในการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

1.5 ด้านการพัฒนาโปรแกรม ควรพัฒนาโปรแกรมให้มีความยืดหยุ่นและเหมาะสมกับบริบทของผู้ติดเชื้อแต่ละราย โดยคำนึงถึงอายุ ลักษณะการดำเนินชีวิต ปัญหาสุขภาพ ความสามารถ ในการเข้าถึงเทคโนโลยี และความต้องการของผู้รับบริการ รวมทั้งควรรักษาความเป็นส่วนตัวและการรักษาความลับของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างเคร่งครัด

1.6 ด้านเทคโนโลยี ควรพิจารณาประยุกต์ใช้เทคโนโลยี เช่น LINE, แอปพลิเคชัน หรือระบบติดตามออนไลน์ เพื่อสนับสนุนการติดตามพฤติกรรม การแจ้งเตือนการรับประทานยา การให้ข้อมูลสุขภาพ และการติดต่อกับบุคลากรสุขภาพ ทั้งนี้ควรเลือกใช้เทคโนโลยีที่ผู้ติดเชื้อสามารถเข้าถึงและ ใช้งานได้ง่าย

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรเพิ่มระยะเวลาติดตามผล การวิจัยครั้งนี้เปรียบเทียบผลก่อนและหลังได้รับโปรแกรม จึงควรมีการวิจัยครั้งต่อไปที่เพิ่มระยะติดตามผล เช่น 3, 6 หรือ 12 เดือน เพื่อศึกษาความคงอยู่ของพฤติกรรมการจัดการตนเองและความพึงพอใจในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์ฐาปนัท สิงห์ไพบูลย์พร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุดจับ นางพิศมัย วรรณขาม หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี ที่ให้คำแนะนำ สนับสนุน และอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดียิ่ง ขอขอบพระคุณอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือ ให้ข้อเสนอแนะ และคำแนะนำทางวิชาการอันเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงงานวิจัยให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้งขอขอบคุณเจ้าหน้าที่คลินิกนภา โรงพยาบาลกุดจับ ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบพระคุณ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและญาติทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาในการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จของการศึกษาครั้งนี้ ท้ายที่สุด ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ทั้งที่ได้กล่าวนามและมิได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้ สำหรับความช่วยเหลือและการสนับสนุนจนทำให้งานวิจัยสำเร็จตามวัตถุประสงค์ และหวังว่าผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2021). Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care. Geneva: World Health Organization.
2. ศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวีของประเทศไทย. (2567). คาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวี [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 22 ตุลาคม 2568]; แหล่งข้อมูล:
https://hivhub.ddc.moph.go.th/officer/epidemic.php
3. กรมควบคุมโรค. (2566). สถานการณ์เอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย ปี 2566. กรุงเทพฯ: กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข.
4. กรมควบคุมโรค. (2565). รายงานการประมาณการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข.
5. คลินิกนภา โรงพยาบาลกุดจับ. (2568). รายงานบริการคลินิกนภาสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี. โรงพยาบาลกุดจับ.
6. Kanfer, F.H. & Gaelick-bays, L. (1991). Self-management Method. In Kanfer, F. H. Goldstein A, editors. Helping people change : A text book at methods. New York: Pergumon press.
7. Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. (2nd ed.)
8. อรุณ จิรวัฒน์กุล. (2558). สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์.
9. Bloom, B. S., Hasting, T. J. Madaus, G. F. (1971). Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: Mc Graw-Hill Book Company.
10. Best, J. W. (1977). Research in Education. (3 rd ed). New Jersey: Prentice hall Inc.
11. บุญชม ศรีสะอาด. (2553). การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
12. บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์(พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
13. Millard, T., Elliott, J., & Girdler, S. (2013). Self-management education programs for people living with HIV/AIDS: A systematic review. AIDS Patient Care and STDs, 27(2), 103–113. doi:10.1089/apc.2012.0294
14. Areri, H. A., Marshall, A., & Harvey, G. (2020). Interventions to improve self-management of adults living with HIV on antiretroviral therapy: A systematic review. PLoS ONE, 15(5), e0232709. doi:10.1371/journal.pone.0232709
15. ภัทรกันย์ วงค์ตาหล้า. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในรักษ์สุขภาพ โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม. วารสารอนามัย สิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 6(3), 91-103.
https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/903/493
16. สมถวิล จินดา. (2568). ผลของโปรแกรมกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ต่อความรู้ในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี คลินิกคำปรึกษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุตรดิตถ์. วารสารวิชาการด้านสาธารณสุข ของไทย, 3(1), 65-77. https://thaidj.org/index.php/jpph/article/view/16353/13091
17. ภาณุพงศ์ จันทโรจน์, นงนุช โอบะ, รัฐภูมิ ชามพูนท, และอัมราภรณ์ ภู่ระย้า. (2567). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด และระดับซีดีโฟร์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วารสารโรคเอดส์, 36(2), 68-81.
https://he02.tcithaijo.org/index.php/ThaiAIDSJournal/article/view/268779/184518
18. นุสรา วงษ์พานิชม, ศศิธร ชิดนายี, และ ศุทธินี วัฒนกูล. (2569). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วารสารสาธารณสุขล้านนา, 22(1), 30-42.
https://he02.tci-thaijo.org/index.php/LPHJ/article/view/280284/191323
19. Shim, M. S., Kim, S., Choi, M., Choi, J. Y., Park, C. G., & Kim, G. S. (2022). Developing an app-based self-management program for people living with HIV: A randomized controlled pilot study during the COVID-19 pandemic. *Scientific Reports, 12*, 19401. https://doi.org/10.1038/s41598-022-19238-w

ผลของการส่งเสริมความรู้โดยใช้สื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตต่อความรู้และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มเสี่ยงพระภิกษุและสามเณร

EFFECTS OF A LIFESTYLE MEDICINE–BASED HEALTH EDUCATION PROGRAM DELIVERED VIA THE LINE APPLICATION ON KNOWLEDGE AND HEALTH BEHAVIORS FOR THE PREVENTION OF NON-COMMUNICABLE DISEASES AMONG AT-RISK BUDDHIST NOVICES AND MONKS.

(Received: August 26,2026 ; Revised: August 28,2026 ; Accepted: August 30,2026)

ธนากร สำเภาทอง[1] ธารทิพย์ วงษ์สินธุ์[1], ถาวร สีดาเหลือง[1]
Tanakorn Sampaothong[1], Tantip Wongsin[1], Thaworn Seedaluang[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมความรู้โดยใช้สื่อสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อความรู้และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และศึกษาความพึงพอใจต่อการใช้สื่อ กลุ่มตัวอย่างเป็นพระภิกษุและสามเณรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวน 40 รูป คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบทดสอบความรู้ จำนวน 24 ข้อ แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต และแบบประเมินความพึงพอใจต่อสื่อ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แบบทดสอบความรู้มีค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ 0.90 และแบบประเมินความพึงพอใจมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.88 ดำเนินการทดลองเป็นเวลา 6 สัปดาห์ โดยเผยแพร่โปสเตอร์อิเล็กทรอนิกส์และ Motion Graphic ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ตามเนื้อหา 6 เสาหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Shapiro–Wilk และ Wilcoxon Signed Rank Test

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรู้หลังได้รับสื่อเพิ่มจาก 18.73 ± 5.32 คะแนน เป็น 20.33 ± 4.08 คะแนน แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = −4.43, p < .001) และมีขนาดอิทธิพลระดับสูง (r = 0.70) คะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มจาก 32.93 ± 7.30 คะแนน เป็น 36.25 ± 5.26 คะแนน แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = −4.38, p < .001) และมีขนาดอิทธิพลระดับสูง (r = 0.69) ความพึงพอใจต่อสื่อโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.04)

คำสำคัญ: เวชศาสตร์วิถีชีวิต, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, พระภิกษุ, สามเณร, แอปพลิเคชันไลน์, พฤติกรรมสุขภาพ

Abstract

This quasi-experimental one-group pretest-posttest study aimed to examine the effects of a Lifestyle Medicine–based health education program delivered through the LINE application on knowledge and health behaviors for the prevention of non-communicable diseases (NCDs), and to assess participants' satisfaction with the educational media. The sample consisted of 40 at-risk Buddhist novices and monks recruited by convenience sampling. Research instruments included a 24-item knowledge test, a Lifestyle Medicine health behavior assessment, and a satisfaction questionnaire. Content validity was reviewed by three experts. The knowledge test demonstrated a KR-20 reliability coefficient of 0.90, while the satisfaction questionnaire demonstrated a Cronbach's alpha coefficient of 0.88. The intervention lasted six weeks and used electronic posters and motion graphics delivered through LINE OpenChat/LINE Official Account, covering the six pillars of Lifestyle Medicine. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, the Shapiro–Wilk test, and the Wilcoxon Signed Rank Test.

[1] กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่น

Knowledge scores increased from 18.73 ± 5.32 to 20.33 ± 4.08, with a statistically significant difference (Z = −4.43, p < .001; r = 0.70). Health behavior scores increased from 32.93 ± 7.30 to 36.25 ± 5.26 (Z = −4.38, p < .001; r = 0.69). Overall satisfaction was high (Mean = 4.04).

Keywords: Lifestyle Medicine, non-communicable diseases, Buddhist monks, Buddhist novices, LINE application, health behavior

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคเบาหวาน เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลกและประเทศไทย โดยมีปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมและเมตาบอลิกเป็นองค์ประกอบสำคัญ เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะน้ำหนักเกิน ความดันโลหิตสูง และระดับน้ำตาลในเลือดสูง[1] การป้องกัน NCDs จึงควรดำเนินการตั้งแต่ระยะที่ยังไม่เกิดโรคผ่านการลดปัจจัยเสี่ยงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

พระภิกษุและสามเณรเป็นประชากรเฉพาะที่มีบริบทการดำเนินชีวิตแตกต่างจากประชาชนทั่วไป โดยเฉพาะข้อจำกัดด้านการฉันอาหาร กิจกรรมทางกาย การนอนหลับ และกิจวัตรทางศาสนา ข้อมูลการคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์จังหวัดขอนแก่น ปี 2568 พบว่ามีพระภิกษุและสามเณรที่มีความเสี่ยงจากความดันโลหิตสูงและค่าดัชนีมวลกายสูง และในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองวัดหนองแวง พระอารามหลวง พบกลุ่มเสี่ยง 65 รูป จากทั้งหมด 138 รูป คิดเป็นร้อยละ 47.10[2,3,4] เวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) เป็นแนวทางการดูแลสุขภาพเชิงหลักฐานที่มุ่งจัดการสาเหตุรากของโรคเรื้อรังผ่านการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต โดยกรอบ 6 เสาหลักประกอบด้วย โภชนาการ กิจกรรมทางกาย การนอนหลับ การจัดการความเครียด ความสัมพันธ์ทางสังคม และการหลีกเลี่ยงสารเสพติดหรือพฤติกรรมเสี่ยง[5,6] กรอบดังกล่าวสามารถประยุกต์ใช้กับพระภิกษุและสามเณรได้ เช่น การเลือกฉันอาหารที่เหมาะสมภายใต้ข้อจำกัดของอาหารถวาย การเดินจงกรมหรือกิจกรรมทางกายที่สอดคล้องกับวิถีสงฆ์ การจัดกิจวัตรก่อนนอน และการใช้การเจริญภาวนาเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการความเครียด ปัจจุบันเทคโนโลยีดิจิทัลมีบทบาทสำคัญต่อการสื่อสารสุขภาพ โดยเฉพาะแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งสามารถเผยแพร่ข้อความ ภาพ อินโฟกราฟิก และวิดีโอสั้น ทำให้ผู้รับสารสามารถเข้าถึงและทบทวนข้อมูลได้ตามความสะดวก งานวิจัยในประเทศไทยพบว่าการใช้แอปพลิเคชันไลน์ เป็นช่องทางสุขศึกษาสามารถสนับสนุนความรู้ การจัดการตนเอง และผลลัพธ์สุขภาพในกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ[7,8,9,10]

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาสื่อสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตผ่านแอปพลิเคชันไลน์ โดยปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับบริบทของพระภิกษุและสามเณรกลุ่มเสี่ยง เพื่อประเมินผลต่อความรู้ พฤติกรรมสุขภาพและความพึงพอใจต่อสื่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก่อนและหลังได้รับสื่อสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตผ่านแอปพลิเคชันไลน์
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังได้รับสื่อสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตผ่านแอปพลิเคชันไลน์
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพระภิกษุและสามเณรกลุ่มเสี่ยงต่อการใช้สื่อสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตผ่านแอปพลิเคชันไลน์

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือพระภิกษุและสามเณรในเขตพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองวัดหนองแวงพระอารามหลวง จำนวน 138 รูป โดยมีกลุ่มเสี่ยง 65 รูป คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ กำหนดระดับนัยสำคัญ 0.05 อำนาจการทดสอบ 0.80 และขนาดอิทธิพล 0.50 ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 32 รูป และกำหนดกลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 38 รูปเพื่อป้องกันการสูญหาย ข้อมูลที่สมบูรณ์และนำมาวิเคราะห์มีจำนวน 40 รูป

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ อายุ 18 ปีขึ้นไป มีปัจจัยเสี่ยงต่อ NCDs ตามเกณฑ์การศึกษาสามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ มีโทรศัพท์มือถือและสามารถเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตได้ ส่วนเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้มีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วมที่แพทย์ไม่อนุญาตให้เข้าร่วม และผู้ที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน NCDs จำนวน 24 ข้อ เป็นข้อสอบปรนัย 4 ตัวเลือก ให้คะแนนตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงจำนวน 20 รูป มีค่าความเชื่อมั่น KR-20 = 0.90

2) แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต จากหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน (เวชศาสตร์วิถีชีวิต) สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย ปี 2565[11] จำนวน 16 ข้อ ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนอน บุหรี่และแอลกอฮอล์ จิตใจ และความสัมพันธ์ คะแนนเต็ม 50 คะแนน

3) แบบประเมินความพึงพอใจต่อสื่อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ครอบคลุมด้านเนื้อหา การออกแบบ และการนำไปใช้ มีค่า IOC โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน 0.67–1.00 และ Cronbach's alpha = 0.88

4) การพัฒนาสื่อ สื่อสุขภาพพัฒนาตาม ADDIE Model ได้แก่ Analysis, Design, Development, Implementation และ Evaluation[12] ประกอบด้วยโปสเตอร์อิเล็กทรอนิกส์และ Motion Graphic เนื้อหา 6 เสาหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิต โดยปรับภาษา ตัวอย่าง และรูปแบบการนำเสนอให้สอดคล้องกับวิถีสงฆ์และข้อจำกัดของกิจวัตร

การดำเนินการทดลอง

ดำเนินการเป็นเวลา 6 สัปดาห์ สัปดาห์แรกชี้แจงโครงการและเก็บข้อมูลก่อนทดลอง สัปดาห์ที่ 2–5 ส่งสื่อผ่านแอปพลิเคชันไลน์ สัปดาห์ละ 1 เรื่อง และสัปดาห์ที่ 6 เก็บข้อมูลหลังทดลอง เนื้อหาประกอบด้วยความรู้พื้นฐาน NCDs การสร้างแรงจูงใจ โภชนาการสำหรับพระสงฆ์ กิจกรรมทางกายในวิถีสงฆ์ การนอนและจิตภาวนา ความสัมพันธ์ทางสังคม และการหลีกเลี่ยงสารเสพติด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตรวจสอบการแจกแจงของคะแนนผลต่างก่อนและหลังด้วย Shapiro–Wilk หากคะแนนผลต่างไม่เป็นปกติใช้ Wilcoxon Signed Rank Test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และรายงานขนาดอิทธิพล r เพื่อประกอบการตีความ

จริยธรรมการวิจัย

โครงการได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาล

ขอนแก่น เลขที่ KEF69015 รับรองวันที่ 2 มิถุนายน 2569 ถึง 1 มิถุนายน 2570 ผู้เข้าร่วมได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ ความเสี่ยง และสิทธิในการถอนตัวโดยสมัครใจ

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 รูป ส่วนใหญ่เป็นพระสงฆ์ 36 รูป คิดเป็นร้อยละ 90.00 และสามเณร 4 รูป คิดเป็นร้อยละ 10.00 อายุเฉลี่ย 42.28 ± 16.03 ปี พรรษาเฉลี่ย 15.90 ± 13.19 ปี และ BMI เฉลี่ย 27.36 ± 5.83 kg/m² โดย 36 รูป คิดเป็นร้อยละ 90.00 มี BMI ตั้งแต่ 23 kg/m² ขึ้นไป และ 28 รูป คิดเป็นร้อยละ 70.00 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า

ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ตรวจสอบการแจกแจงของคะแนนผลต่างด้วย Shapiro–Wilk พบว่าไม่เป็นปกติ (W = 0.758, p < .001) จึงใช้ Wilcoxon Signed Rank Test ก่อนการได้รับสื่อกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 18.73 คะแนน (SD = 5.32) และค่ามัธยฐาน 21.00 คะแนน (IQR = 7.00) หลังได้รับสื่อคะแนนเฉลี่ยเพิ่มเป็น 20.33 คะแนน (SD = 4.08) และค่ามัธยฐาน 22.00 คะแนน (IQR = 4.00) ผลการทดสอบพบว่าคะแนนหลังได้รับสื่อสูงกว่าก่อนการได้รับสื่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (W = 0.00, Z = −4.43, p < .001) และมีขนาดอิทธิพล r = 0.70 อยู่ในระดับสูง โดย 25 รูป (62.50%) มีคะแนนเพิ่มขึ้น 15 รูป (37.50%) มีคะแนนเท่าเดิม และไม่พบผู้ที่มีคะแนนลดลง

ตารางที่ 1 คะแนนความรู้ก่อนและหลังการได้รับสื่อให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 40)

คะแนนความรู้	Mean ± SD	Median	Q1–Q3	IQR	W	Z	p-value	Effect size (r)
ก่อนการได้รับสื่อ	18.73 ± 5.32	21.00	16.00–23.00	7.00	0.00	−4.43	< .001	0.70
หลังการได้รับสื่อ	20.33 ± 4.08	22.00	19.00–23.00	4.00				

หมายเหตุ r = $|Z|/\sqrt{N}$ โดย N = 40; ค่า r ≥ .50 แสดงขนาดอิทธิพลระดับสูง

ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ตรวจสอบการแจกแจงของคะแนนผลต่างด้วย Shapiro–Wilk พบว่าไม่เป็นปกติ (W = 0.806, p < .001) จึงใช้ Wilcoxon Signed Rank Test ก่อนการได้รับสื่อมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ย 32.93 คะแนน (SD = 7.30) และค่ามัธยฐาน 35.00 คะแนน (IQR = 12.00) หลังได้รับสื่อคะแนนเฉลี่ยเพิ่มเป็น 36.25 คะแนน (SD = 5.26) และค่ามัธยฐาน 38.00 คะแนน (IQR = 6.50) ผลการทดสอบพบว่าคะแนนหลังได้รับสื่อสูงกว่าก่อนการได้รับสื่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (W = 3.50, Z = −4.38, p < .001) และมีขนาดอิทธิพล r = 0.69 อยู่ในระดับสูง โดย 25 รูป (62.50%) มีคะแนนเพิ่มขึ้น 14 รูป (35.00%) มีคะแนนเท่าเดิม และ 1 รูป (2.50%) มีคะแนนลดลง

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการได้รับสื่อให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (n = 40)

คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ	Mean ± SD	Median	Q1–Q3	IQR	W	Z	p-value	Effect size (r)
ก่อนการได้รับสื่อ	32.93 ± 7.30	35.00	27.00–39.00	12.00	3.50	−4.38	< .001	0.69
หลังการได้รับสื่อ	36.25 ± 5.26	38.00	33.50–40.00	6.50				

หมายเหตุ r = $|Z|/\sqrt{N}$ โดย N = 40; ค่า r ≥ .50 แสดงขนาดอิทธิพลระดับสูง

ความพึงพอใจต่อการใช้สื่อ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 รูปมีความพึงพอใจต่อสื่อโดยรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.04 คะแนน เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านเนื้อหามีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด 4.07 คะแนน รองลงมาคือด้านการออกแบบ 4.05 คะแนน และด้านการนำไปใช้ 3.98 คะแนน รายข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูง ได้แก่ เนื้อหามีความครบถ้วนเพียงพอในการนำไปใช้ดูแลสุขภาพ (4.13 ± 0.78) ความยาวของเนื้อหาแต่ละตอนมีความเหมาะสม (4.13 ± 0.56) และเนื้อหาเหมาะสมกับบริบทของพระสงฆ์ (4.09 ± 0.61)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่าคะแนนความรู้หลังได้รับสื่อเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีขนาดอิทธิพลระดับสูง สอดคล้องกับแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิตซึ่งให้ความสำคัญกับการให้ความรู้ การสร้างแรงจูงใจ และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ[5,6] การจัดเนื้อหาเป็นชุดตาม 6 เสาหลักร่วมกับการใช้โปสเตอร์อิเล็กทรอนิกส์และ Motion Graphic อาจช่วยให้ผู้เข้าร่วมได้รับสารอย่างเป็นระบบและสามารถย้อนกลับมาทบทวนได้

ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งรายงานผลเชิงบวกต่อผลลัพธ์สุขภาพ[7] แม้ประชากรและตัวชี้วัดแตกต่างกัน แต่สะท้อนศักยภาพของแอปพลิเคชันไลน์ ในฐานะช่องทางสนับสนุนสุขศึกษาและการจัดการสุขภาพตนเอง

ด้านพฤติกรรมสุขภาพพบว่าคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญและมีขนาดอิทธิพลระดับสูง อาจเกิดจากการส่งสื่ออย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 6 สัปดาห์ และการปรับเนื้อหาให้เหมาะกับวิถีสงฆ์ เช่น การเลือกอาหารที่ทำได้จริง การเดินหรือกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม และการใช้การเจริญภาวนาเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการความเครียด ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต จังหวัดหนองคาย ที่พบว่าพฤติกรรมสุขภาพบางด้านของพระสงฆ์ดีขึ้นหลังดำเนินการ[12]

ความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยด้านเนื้อหามีค่าเฉลี่ยสูงสุด สะท้อนว่าการปรับเนื้อหาให้สอดคล้องกับบริบทของพระสงฆ์เป็นจุดแข็งของโปรแกรม ทั้งนี้ การออกแบบสื่อให้กระชับ ใช้ภาพประกอบ ตัวอักษรอ่านง่าย และกำหนดช่วงเวลาการส่งสื่อให้เหมาะสมกับกิจวัตร เป็นองค์ประกอบที่ช่วยให้ผู้รับสารเข้าถึงและใช้สื่อได้ง่าย[12,14]

อย่างไรก็ตามเนื่องจากการวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกลุ่มเดียว ไม่มีการสุ่มและไม่มีกลุ่มควบคุม จึงไม่สามารถยืนยันได้ว่าการเปลี่ยนแปลงทั้งหมดเกิดจากสื่อเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมาจากพื้นที่เดียวและมีจำนวน 40 รูป จึงจำกัดการอ้างอิงไปยังพระภิกษุและสามเณรในบริบทอื่น ๆ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำสื่อไปใช้ร่วมกับระบบคัดกรองและติดตาม NCDs ของหน่วยบริการสุขภาพ โดยมีผู้ประสานงานสุขภาพระดับวัดร่วมสนับสนุน
2. ควรออกแบบเนื้อหาให้สั้น กระชับ ใช้ภาพและตัวอย่างที่ปฏิบัติได้จริง และสอดคล้องกับพระธรรมวินัยและกิจวัตรของวัด
3. การศึกษาครั้งต่อไปควรใช้กลุ่มควบคุมหรือ randomized controlled trial และติดตามผลระยะยาว 3, 6 และ 12 เดือน
4. ควรเพิ่มผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น น้ำหนัก BMI รอบเอว ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด หรือ HbA_1C เพื่อประเมินผลต่อสุขภาพที่เป็นรูปธรรม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณพระภิกษุและสามเณรที่เข้าร่วมการวิจัย ตลอดจนบุคลากรกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่น และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้คำแนะนำและสนับสนุนการดำเนินงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [cited 2026 Aug 26]. Available from: https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases
2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานวัดส่งเสริมสุขภาพและพระคิลานุปัฏฐาก. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์ ประจำปี 2567. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. สถิติผลการคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์ ปี 2568. ขอนแก่น: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น; 2568.
5. American College of Lifestyle Medicine. What is lifestyle medicine? [Internet]. Chesterfield (MO): American College of Lifestyle Medicine; 2023 [cited 2026 Aug 26]. Available from: https://lifestylemedicine.org/overview/
6. Egger G, Binns A, Rossner S. Lifestyle medicine: managing diseases of lifestyle in the 21st century. 2nd ed. London: Academic Press; 2017.
7. ปรีชญา ตักโพธิ์, ปชาณัฏฐ์ นันไทยทวีกุล, ศิรินภา จิตติมณี. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือดในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2568;52(2):192-204.
8. บัวระพา สิริอร, สุขสมบูรณ์วงศ์ สมเพิ่ม, ตันศรีประภาศิริ คณาพร, อินทรสุวรรณ พงษ์พันธ์, เนตรโนนไทย เอกสิทธิ. การพัฒนาสื่อให้ความรู้ผ่าน LINE Official Account เรื่องแผลกดทับสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง. วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข. 2568;5(3):e273899.
9. จิตรกร อภินภัศ. การพัฒนารูปแบบสื่อข้อมูลเชิงภาพตามหลักการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมความตระหนักเรื่องสุขภาพในผู้สูงอายุผ่านทางไลน์แอปพลิเคชัน. วารสารศิลปการจัดการ. 2564;5(3):856-872.
10. Kittipimpanon K, et al. Use of and satisfaction with mobile health education during COVID-19 in Thailand: the RamaCovid system. JMIR. 2023.
11. เตชาติวัฒน์ ภูดิท. เวชศาสตร์วิถีชีวิต: หลักการ แนวคิด และบทบาทของทีมสหวิชาชีพ [เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ]. ใน: การประชุมเชิงปฏิบัติการระยะสั้นด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตสำหรับสหสาขาวิชาชีพ (Pre-conference: Workshop on Lifestyle Medicine for Multi-disciplinary Team); 2566 ก.ย. 18-22; กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย.
12. Aldoobie N. ADDIE model. Am Int J Contemp Res. 2019;9(2):68-72.
13. ธวัชชัย และคณะ. ผลการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต จังหวัดหนองคาย. J Environ Educ Med Health. 2025;10(3):307-319.
14. Clark RC, Mayer RE. E-learning and the science of instruction: proven guidelines for consumers and designers of multimedia learning. 5th ed. Hoboken (NJ): Wiley; 2023.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมพลังและให้คุณค่าต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี

Effectiveness of an Empowerment and Self-Worth Enhancement Program on Self-Care Behaviors among Older Adults in the Catchment Area of Bung Malaeng Tambon Health Promoting Hospital, Sawang Wirawong District, Ubon Ratchathani Province.

(Received: August 27,2026 ; Revised: August 28,2026 ; Accepted: August 30,2026)

ประดิษฐ์ ศิลวันต์[1]
Pradit Silawan[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมพลังและให้คุณค่าต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 27 คน รวม 54 คน กลุ่มทดลอง คือ ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบ คือ คือ ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี ได้รับโปรแกรมปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2569 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซนต์ไทล์ที่ 25 และ 75 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ paired t-test และระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการเสริมพลัง การให้คุณค่าต่อตนเอง ความรู้เรื่องการดูแลตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการไม่ดูแลตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของการไม่ดูแลตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการไม่ดูแลตนเอง การรับรู้อุปสรรคของการไม่ดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: ประสิทธิผล โปรแกรม การเสริมพลัง การให้คุณค่า ผู้สูงอายุ

Abstract

This quasi-experimental study aimed to evaluate the effectiveness of an empowerment and self-esteem enhancement program on self-care behaviors among older adults in the catchment area of Bung Malaeng Subdistrict Health Promoting Hospital, Sawang Wirawong District, Ubon Ratchathani Province, Thailand. The sample consisted of 54 older adults divided into an experimental group and a comparison group, with 27 participants in each group. The experimental group comprised older adults residing in the catchment area of Bung Malaeng Subdistrict Health Promoting Hospital and received the 12-week intervention program, whereas the comparison group comprised older adults in the catchment area of Tha Chang Subdistrict Health Promoting Hospital, Sawang Wirawong District, Ubon Ratchathani Province, and received routine care. Data were collected using questionnaires before and after the intervention from April 1 to June 30, 2026. Descriptive statistics, including percentage, mean, standard deviation, median, and the 25th and 75th percentiles, were used to summarize the data. Differences in mean scores within the experimental and comparison groups were analyzed using paired t-tests, while differences between groups were analyzed using independent t-tests.

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี

The results showed that, after the intervention, the experimental group had significantly greater mean score differences in empowerment, self- esteem, self- care knowledge, perceived susceptibility to adverse consequences of inadequate self-care, perceived severity of inadequate self-care, perceived benefits of self-care, perceived barriers to self-care, social support for self-care, and self-care behaviors among older adults compared with both their pre-intervention scores and the comparison group ($p < 0.05$).

Keywords: Effectiveness, Program, Empowerment, Self-Esteem, Older Adults

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วอันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร การลดลงของอัตราการเกิด และการเพิ่มขึ้นของอายุคาดเฉลี่ยของประชากร โดยข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติระบุว่าประเทศไทยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่า 12 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าประเทศไทยได้เข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์” และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในอนาคต[1] การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าวส่งผลกระทบต่อหลายมิติทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุมีแนวโน้มเผชิญกับปัญหาสุขภาพจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันและนำไปสู่ภาวะพึ่งพิงในระยะยาว[2] นอกจากนี้กระบวนการเสื่อมถอยของร่างกายตามวัยยังส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะเปราะบาง (Frailty) มากขึ้น ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการหกล้ม ภาวะซึมเศร้า ความพิการ และการลดลงของคุณภาพชีวิต[3] ปัญหาดังกล่าวไม่เพียงส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อครอบครัว ชุมชน และระบบเศรษฐกิจของประเทศ เนื่องจากครอบครัวต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลและการดูแลระยะยาวเพิ่มขึ้น ขณะที่ภาครัฐต้องใช้งบประมาณจำนวนมากในการจัดสวัสดิการสังคมและพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ[4] ในขณะเดียวกันผู้สูงอายุจำนวนมากยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ไม่สามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและนำไปสู่การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือการเจ็บป่วยซ้ำซ้อน[5] ดังนั้นการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองจึงเป็นกลไกสำคัญในการป้องกันปัญหาสุขภาพ ลดภาระโรค และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยแนวคิดการเสริมพลัง (Empowerment) และการให้คุณค่าในตนเอง (Self-worth) เป็นแนวทางสำคัญที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง มีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมในบริบทของชุมชน[6] ดังนั้นการพัฒนาโปรแกรมการเสริมพลังและการให้คุณค่าต่อผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการส่งเสริมสุขภาพ การลดภาวะพึ่งพิง และการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมไทย โดยเฉพาะในระดับชุมชนซึ่งเป็นฐานสำคัญของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โปรแกรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ใช้ในงานวิจัยส่วนใหญ่มีลักษณะร่วมกันคือเป็นโปรแกรมที่มุ่งพัฒนาความรู้ทักษะ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพอย่างเป็นระบบ โดยเน้นให้ผู้สูงอายุเรียนรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของตน เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคข้อเข่าเสื่อม ภาวะเสี่ยงโรคเรื้อรัง และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทั้งนี้กิจกรรมที่พบซ้ำกันอย่างเด่นชัด ได้แก่ การให้ความรู้รายบุคคลและรายกลุ่ม การฝึกทักษะการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การใช้ยาอย่างถูกต้อง การประเมินอาการตนเอง และการวางแผนดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน โดยหลายงานวิจัยยังออกแบบให้

ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายสุขภาพและติดตามพฤติกรรมของตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสะท้อนว่าโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพไม่ได้เน้นเพียงการให้ข้อมูล แต่เน้นการเสริมพลังให้ผู้สูงอายุสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติได้จริงในบริบทชีวิตประจำวัน[8,9,10] นอกจากนี้ โปรแกรมการดูแลตนเองที่ได้ผลดีมักมีองค์ประกอบของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและระบบสนับสนุนต่อเนื่องร่วมด้วย เช่น การใช้คู่มือหรือสมุดบันทึกสุขภาพ การใช้สื่อวีดิทัศน์หรือสื่อดิจิทัล การสาธิตและฝึกปฏิบัติจริง การใช้รูปแบบจานอาหารหรืออาหารแลกเปลี่ยน การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของครอบครัว อสม. หรือเครือข่ายชุมชน ตลอดจนการติดตามเยี่ยมบ้านหรือการติดตามทางโทรศัพท์เพื่อเสริมแรงและประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง[11,12,13] ผลลัพธ์จากงานวิจัยโดยรวมสอดคล้องกันว่าหลังได้รับโปรแกรมผู้สูงอายุมักมีคะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้น และหลายการศึกษาพบผลทางคลินิกที่ดีขึ้นร่วมด้วย เช่น ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ความดันโลหิตลดลง สมรรถภาพทางกายดีขึ้น ระดับความปวดหรือความรุนแรงของโรคลดลง และคุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยเฉพาะโปรแกรมที่มีการติดตามต่อเนื่องและปรับกิจกรรมให้เหมาะกับบริบทของผู้สูงอายุจะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างชัดเจน ดังนั้นจากการสังเคราะห์วรรณกรรมจึงสรุปได้ว่า โปรแกรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพควรประกอบด้วยการให้ความรู้ที่เหมาะสม การฝึกทักษะที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง การเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง การมีส่วนร่วมของครอบครัวหรือชุมชน และระบบการติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างยั่งยืนและลดความเสี่ยงของโรคเรื้อรังในระยะยาว[14,15,16]

ในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานีมีแนวโน้มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างชัดเจน โดยข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีระบุว่าประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มโครงสร้างประชากรของประเทศที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องเผชิญกับภาระในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น[17] ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี มีประชากรทั้งหมด 4,121 คน โดยเป็นผู้สูงอายุจำนวน 1,162 คน คิดเป็นร้อยละ 28.20 ของประชากรทั้งหมด[18] พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคข้อเสื่อม ซึ่งเป็นโรคที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหากผู้สูงอายุไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม[2] นอกจากนี้ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งยังมีข้อจำกัดด้านความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง รวมทั้งขาดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง การขาดการออกกำลังกาย และการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง ซึ่งนำไปสู่การเจ็บป่วยซ้ำซ้อน การเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย และการเพิ่มขึ้นของภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ (กรมอนามัย, 2564) นอกจากผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุแล้ว ปัญหาดังกล่าวยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชน เนื่องจากครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ทั้งด้านค่าใช้จ่าย เวลา และภาระทางจิตใจ ขณะที่ระบบบริการสุขภาพต้องใช้งบประมาณและทรัพยากรเพิ่มขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อน[4] ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมจึงเป็นแนวทางสำคัญในการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างมีศักดิ์ศรี แนวคิดการเสริมพลัง (Empowerment) และการให้คุณค่าในตนเอง

(Self-worth) เป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง มีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม[6] ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมพลังและให้คุณค่าต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชนให้มีประสิทธิภาพ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการเสริมพลัง การให้คุณค่าต่อตนเอง ความรู้เรื่องการดูแลตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการไม่ดูแลตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของการไม่ดูแลตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการไม่ดูแลตนเอง การรับรู้อุปสรรคของการไม่ดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2) เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการเสริมพลัง การให้คุณค่าต่อตนเอง ความรู้เรื่องการดูแลตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการไม่ดูแลตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของการไม่ดูแลตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการไม่ดูแลตนเอง การรับรู้อุปสรรคของการไม่ดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi– Experimental Research) โดยแบ่งประชากรที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม เป็นการศึกษาแบบ Two Group Pretest–Posttest Design โดยกำหนดกลุ่มทดลองเป็นผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการคำนวณ และได้รับโปรแกรมการเสริมพลังและให้คุณค่าต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำนวน 27 คน กลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสว่าง อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการคำนวณ และได้รับโปรแกรมปกติ จำนวน 27 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร (Populations) ได้แก่ ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี

2) กลุ่มตัวอย่าง (Samples) ประกอบด้วยกลุ่มทดลอง ได้แก่ ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 27 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสว่าง อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 27 คน ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน[19] แทนค่าจากงานวิจัยของประสิทธิ์ ชมชื่น[20]

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดกิจกรรมอย่างเป็นระบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด ความเชื่อ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง โดยประยุกต์แนวคิดการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) และการให้คุณค่าในตนเอง (Self-esteem) ร่วมกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง

ผ่านกิจกรรมการให้ความรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสะท้อนประสบการณ์ การเสริมแรงเชิงบวก และการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ซึ่งมุ่งพัฒนาองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การเสริมพลัง การให้คุณค่าต่อตนเอง ความรู้เรื่องการดูแลตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการไม่ดูแลตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของการไม่ดูแลตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถตัดสินใจและปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม ต่อเนื่อง และสอดคล้องกับบริบทของชุมชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งออกเป็น 7 ส่วน ประกอบด้วย 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ 2) การได้รับการเสริมพลังในการดูแลตนเอง จำนวน 10 ข้อ 3) การให้คุณค่าต่อตนเอง จำนวน 10 ข้อ 4) ความรู้เรื่องการดูแลตนเอง จำนวน 10 ข้อ 5) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ 6) แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเอง จำนวน 10 ข้อ และ 7) พฤติกรรมการดูแลตนเอง จำนวน 15 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามต่อไปและหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา ด้วยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และความเชื่อมั่น (Reliability) หาโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด ที่ตำบลท่าช้าง อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี และหาค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เรื่องการดูแลตนเองโดยใช้ KR-20 การได้รับการเสริมพลังในการดูแลตนเอง การให้คุณค่าต่อตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการไม่ดูแลตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของการไม่ดูแลตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเอง โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เรื่องการดูแลตนเอง เท่ากับ 0.808 การได้รับการเสริมพลังในการดูแลตนเอง เท่ากับ 0.778 การให้คุณค่าต่อตนเอง เท่ากับ 0.764 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการไม่ดูแลตนเอง เท่ากับ 0.826 การรับรู้ความรุนแรงของการไม่ดูแลตนเอง เท่ากับ 0.846 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง เท่ากับ 0.867 การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง เท่ากับ 0.824 และแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเอง เท่ากับ 0.788 ตามลำดับ

วิธีดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยทำหนังสือถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อขอเข้าดำเนินการวิจัยในพื้นที่ของสถานบริการในสังกัด

2) ชี้แจงขั้นตอนการทำวิจัยต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเจ้าของพื้นที่ที่จะดำเนินการวิจัย

3) การทำความเข้าใจในกระบวนการทดลองแก่กลุ่มเป้าหมายทั้ง 2 พื้นที่

4) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง

5) ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยใช้แผนการทดลองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินการทั้งหมด 12 สัปดาห์ ตามกิจกรรมที่วางไว้

6) จัดเก็บข้อมูลหลังการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

1) วิเคราะห์ข้อมูลด้านลักษณะประชากร โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75

2) การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Paired t-test ในเรื่องความรู้เรื่องการดูแลตนเอง การได้รับการเสริมพลังในการดูแลตนเอง การให้คุณค่าต่อตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการไม่ดูแลตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของการไม่ดูแลตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเอง

3) การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent t-test ในเรื่อง ความรู้เรื่องการดูแลตนเอง การได้รับการเสริมพลังในการดูแลตนเอง การให้คุณค่าต่อตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการไม่ดูแลตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของการไม่ดูแลตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเอง

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB 2569-03.022 ลงวันที่ 30 มีนาคม 2569

ผลการศึกษา

1) กลุ่มทดลอง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.0 มีอายุเฉลี่ย 66.72 ปี (S.D.=6.67 ปี) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 77.8 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 74.1 ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกร ร้อยละ 66.7 มีมัธยฐานของรายได้ 3,000 บาท (P_{25}=1,500: P_{75}=10,000) มีโรคประจำตัว ร้อยละ 55.6 ตามลำดับ

2) กลุ่มเปรียบเทียบ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 มีอายุเฉลี่ย 65.57 ปี (S.D.=7.23 ปี) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 81.5 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.4 ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกร ร้อยละ 63.0 มีมัธยฐานของรายได้ 4,000 บาท (P_{25}=1,000: P_{75}=12,000) มีโรคประจำตัว ร้อยละ 59.3 ตามลำดับ

3) การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องการดูแลตนเอง การได้รับการเสริมพลังในการดูแลตนเอง การให้คุณค่าต่อตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการไม่ดูแลตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของการไม่ดูแลตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องการดูแลตนเอง การได้รับการเสริมพลังในการดูแลตนเอง การให้คุณค่าต่อตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการไม่ดูแลตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของการไม่ดูแลตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ปัจจัย	การทดลอง	กลุ่ม	$\overline{X}$	SD	$\overline{d}$	95%CI	t	p-value
ความรู้เรื่องการดูแลตนเอง	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	7.03	1.45	0.74	-0.06-1.55	1.833	0.072
		กลุ่มเปรียบเทียบ	6.29	1.51				
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	9.44	0.97	2.07	1.35-2.79	5.761	<0.001**
		กลุ่มเปรียบเทียบ	7.37	1.59				
	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	16.00	0.83	0.37	-0.11-0.85	1.545	0.128

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ปัจจัย	การทดลอง	กลุ่ม	$\overline{X}$	SD	$\overline{d}$	95%CI	t	p-value
การได้รับการเสริมพลังในการดูแลตนเอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	15.63	0.92				
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	19.00	1.10	2.67	2.09-3.23	9.441	<0.001**
		กลุ่มเปรียบเทียบ	16.33	0.96				
การให้คุณค่าต่อตนเอง	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	18.40	1.71	0.74	-0.22-1.70	1.539	0.129
		กลุ่มเปรียบเทียบ	17.66	1.81				
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	21.11	1.71	2.37	1.43-3.30	5.063	<0.001**
		กลุ่มเปรียบเทียบ	18.74	1.72				
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการไม่ดูแลตนเอง	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	5.59	1.11	0.37	-0.25-0.99	1.197	0.236
		กลุ่มเปรียบเทียบ	5.22	1.15				
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	8.44	1.50	2.52	1.77-3.26	6.792	<0.001**
		กลุ่มเปรียบเทียบ	5.92	1.20				
การรับรู้ความรุนแรงของการไม่ดูแลตนเอง	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	8.03	0.85	0.44	-0.04-0.93	1.828	0.073
		กลุ่มเปรียบเทียบ	7.59	0.93				
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	11.14	1.32	2.81	2.19-3.43	9.083	<0.001**
		กลุ่มเปรียบเทียบ	8.33	0.91				
การรับรู้ประโยชน์ของการดู แลตนเอง	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	7.48	1.08	0.41	-0.18-0.99	1.386	0.171
		กลุ่มเปรียบเทียบ	7.07	1.07				
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	10.51	1.45	2.74	2.06-3.41	8.149	<0.001**
		กลุ่มเปรียบเทียบ	7.77	0.97				
การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	4.88	1.36	0.33	-0.39-1.05	0.924	0.359
		กลุ่มเปรียบเทียบ	4.55	1.28				
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	8.48	1.39	3.15	2.41-3.57	8.661	<0.001**
		กลุ่มเปรียบเทียบ	5.33	1.27				
แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเอง	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	20.07	1.46	0.33	-0.47-1.13	0.830	0.409
		กลุ่มเปรียบเทียบ	19.74	1.48				
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	23.14	1.93	2.70	1.77-3.63	5.847	<0.001**
		กลุ่มเปรียบเทียบ	20.44	1.42				
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	38.00	1.49	0.26	-0.55-1.07	0.640	0.525
		กลุ่มเปรียบเทียบ	37.74	1.48				
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	41.22	2.04	2.55	1.61-3.49	5.480	<0.001**
		กลุ่มเปรียบเทียบ	38.67	1.30				

**p-value<0.01

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมพลังและให้คุณค่าต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องการดูแลตนเอง การได้รับการเสริมพลังในการดูแลตนเอง การให้คุณค่าต่อตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการไม่ดูแลตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของการไม่ดูแลตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง การรับรู้อุปสรรคของการดูแล

ตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 p-value < 0.001 เป็นไปตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีกระบวนการดำเนินกิจกรรมอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยบูรณาการการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง การเสริมพลังอำนาจ การส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง การสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของผลกระทบจากการไม่ดูแลตนเอง การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมองเห็นประโยชน์และสามารถจัดการกับอุปสรรคของการดูแลตนเอง ตลอดจนการสร้างแรงสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข กระบวนการดังกล่าวเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ กำหนดเป้าหมาย ตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลตนเอง ฝึกทักษะ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และได้รับการติดตามเสริมแรงอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจ ความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง เห็นคุณค่าในตนเอง ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพ และมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เมื่อผู้สูงอายุรับรู้ว่าตนเองสามารถจัดการสุขภาพได้ เห็นประโยชน์ของการดูแลตนเอง สามารถลดหรือจัดการอุปสรรคในการปฏิบัติ และได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง จึงนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมและต่อเนื่อง ผลดังกล่าวสะท้อนว่าโปรแกรมสามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความรู้ การรับรู้ ปัจจัยทางจิตสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้อย่างเป็นระบบ สามารถอภิปรายผลตามตัวแปรสำคัญได้ดังนี้

ด้านความรู้เรื่องการดูแลตนเอง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจอธิบายได้ว่าโปรแกรมเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพอย่างเป็นระบบ และเกิดการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมที่เชื่อมโยงกับการดำเนินชีวิตจริง การให้ความรู้ร่วมกับการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการฝึกปฏิบัติช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจและจดจำแนวทางการดูแลตนเองได้ดีขึ้น เมื่อมีความรู้ที่ถูกต้อง ผู้สูงอายุย่อมสามารถนำข้อมูลไปใช้ประกอบการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ มณฑิชา รักศิลป์ และคณะ[8] ซึ่งใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วยการให้ความรู้ การดูแลตนเองตามหลัก 3อ 2ส การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการเยี่ยมบ้าน พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้สูงอายุมีความรู้และพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) นอกจากนี้ งานวิจัยที่รวบรวมไว้ยังพบว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสามารถทำให้ความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน

ด้านการได้รับการเสริมพลังในการดูแลตนเอง ผลการศึกษาที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญสามารถอธิบายได้ว่า การเสริมพลังช่วยเปลี่ยนบทบาทของผู้สูงอายุจากผู้รับบริการมาเป็นผู้มีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของตนเอง โดยการเปิดโอกาสให้วิเคราะห์ปัญหา ระบุความต้องการ กำหนดเป้าหมาย ตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลสุขภาพ และประเมินความสำเร็จของตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมและจัดการสุขภาพของตนได้ การได้รับกำลังใจและการสะท้อนความสำเร็จยังช่วยเพิ่มความมั่นใจและแรงจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับ เอกภพ จันทร์สุคนธ์ และอนงค์นาฏ คงประชา[21] ที่พบว่าหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสนับสนุนว่า

การเสริมพลังเป็นกลไกสำคัญในการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีบทบาทในการดูแลตนเองมากขึ้น

ด้านการให้คุณค่าต่อตนเอง การที่คะแนนของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอาจเป็นผลจากกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ทบทวนศักยภาพ ประสบการณ์ ความสำเร็จ และบทบาทที่ตนเองมีต่อครอบครัวและชุมชน รวมถึงการได้รับการยอมรับ การชื่นชม และกำลังใจจากบุคคลรอบข้าง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าตนเองยังมีความสามารถ มีประโยชน์ และมีคุณค่า การให้คุณค่าต่อตนเองจึงมีความเชื่อมโยงกับการเสริมพลัง เพราะเมื่อผู้สูงอายุเห็นคุณค่าและเชื่อมั่นในศักยภาพของตน จะเกิดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพและรักษาความสามารถในการดำเนินชีวิตด้วยตนเองมากขึ้น ผลดังกล่าวจึงอาจเป็นกลไกทางจิตสังคมที่ช่วยเชื่อมโยงกิจกรรมของโปรแกรมไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองในท้ายที่สุด

ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของการไม่ดูแลตนเอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แสดงว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้สูงอายุสามารถประเมินได้ดีขึ้นว่าหากละเลยการดูแลสุขภาพ อาจเพิ่มโอกาสเกิดโรคภาวะแทรกซ้อน การเสื่อมถอยของสมรรถภาพและภาวะพึ่งพิง รวมทั้งตระหนักถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อการดำเนินชีวิตและครอบครัว การรับรู้ดังกล่าวเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเห็นความจำเป็นของการป้องกันและดูแลตนเองมากขึ้น สอดคล้องกับหลักฐานในเอกสารที่พบว่าแรงสนับสนุนจากครอบครัว ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรง เป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และเมื่อมีการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ด้านการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง ผลการวิจัยสะท้อนว่าผู้สูงอายุภายหลังได้รับโปรแกรมมีความเข้าใจถึงผลดีที่จะได้รับจากการดูแลสุขภาพ และสามารถจัดการกับข้อจำกัดในการปฏิบัติตนได้ดีขึ้น การเรียนรู้ผ่านตัวอย่าง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการร่วมกันแก้ไขปัญหา ทำให้ผู้สูงอายุมองเห็นว่าการรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การใช้ยาถูกต้อง การตรวจสุขภาพ การจัดการความเครียด และการป้องกันปัจจัยเสี่ยงสามารถช่วยรักษาสุขภาพและลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ขณะเดียวกัน การร่วมกันวิเคราะห์อุปสรรคและหาแนวทางแก้ไขที่สอดคล้องกับชีวิตประจำวันช่วยให้ข้อจำกัดด้านเวลา สุขภาพ การเดินทาง หรือการขาดผู้ช่วยเหลือลดความสำคัญลง ดังนั้น เมื่อผู้สูงอายุรับรู้ว่าประโยชน์ของการปฏิบัติมีมากกว่าอุปสรรค จึงมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น

ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเอง การที่คะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของครอบครัว ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และบุคลากรสุขภาพในการสนับสนุนผู้สูงอายุ ทั้งด้านข้อมูลข่าวสาร กำลังใจ การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรม และการติดตามอย่างต่อเนื่อง แรงสนับสนุนเหล่านี้ช่วยลดความรู้สึกว่าต้องจัดการปัญหาสุขภาพเพียงลำพัง และทำให้ผู้สูงอายุมีแรงจูงใจในการดูแลตนเองมากขึ้น สอดคล้องกับงานที่ใช้โปรแกรมเสริมพลังซึ่งประกอบด้วยการให้ความรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสร้างความมั่นใจ และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน พบว่าหลังได้รับโปรแกรมผู้สูงอายุมีความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้น นอกจากนี้โปรแกรมที่ผสมผสานความรอบรู้ด้านสุขภาพกับแรงสนับสนุนทางสังคมและการติดตามให้กำลังใจยังทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$)

ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผลลัพธ์สำคัญของการวิจัย พบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลอง

และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สามารถอธิบายได้ว่า พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้เกิดจากองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่ง แต่เป็นผลจากการทำงานร่วมกันของหลายปัจจัย กล่าวคือ เมื่อผู้สูงอายุมีความรู้เพิ่มขึ้น ได้รับการเสริมพลัง เห็นคุณค่าในตนเอง ตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรง มองเห็นประโยชน์ สามารถจัดการอุปสรรค และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จึงนำไปสู่ความพร้อมและแรงจูงใจในการลงมือปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง สอดคล้องกับงานของ พริมรตา ศรีสุข และนฤมล บุญมี[11] ซึ่งพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 Smart มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงงานของ กรรณิการ์ แสนโท และคณะ[22] ที่ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยโปรแกรมประกอบด้วยการให้ความรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสร้างความมั่นใจ และแรงสนับสนุนทางสังคม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิควรนำโปรแกรมการเสริมพลังและให้คุณค่าไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม

1.2 ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และชุมชนในการให้กำลังใจ สนับสนุนข้อมูล และติดตามการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อเสริมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมและช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถคงพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

1.3 ควรบูรณาการกิจกรรมการให้ความรู้ การเสริมพลัง การสร้างคุณค่าในตนเอง และการปรับการรับรู้ด้านสุขภาพเข้าสู่ระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน พร้อมทั้งติดตามและประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นระยะ เพื่อให้สามารถวางแผนดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรมในระยะ 3 เดือน 6 เดือน หรือ 12 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของการเสริมพลัง การให้คุณค่าต่อตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

2.2 ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมในผู้สูงอายุที่มีลักษณะและบริบทแตกต่างกัน เช่น ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ผู้มีภาวะพึ่งพิง หรือพื้นที่อื่น เพื่อประเมินความเหมาะสมและการนำโปรแกรมไปใช้ในวงกว้าง

2.3 ควรเพิ่มการประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพเชิงวัตถุ เช่น ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด สมรรถภาพทางกาย ภาวะโภชนาการ และคุณภาพชีวิต เพื่อให้สามารถประเมินผลของโปรแกรมได้ครอบคลุมมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2566). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.
2. กรมควบคุมโรค. (2565). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
3. กรมอนามัย. (2564). สถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
4. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2565). สถานการณ์สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
5. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2561). หลักเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
6. Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman.

7. Zimmerman, M. A. (2000). Empowerment theory: Psychological, organizational and community levels of analysis. In J. Rappaport & E. Seidman (Eds.), Handbook of community psychology (pp. 43–63). New York: Springer.
8. มณฑิชา รักศิลป์, สมรัก ครองยุทธ, ทศา ชัยวรรณวรรต, และสรวิชญ์ เหล่าดรุณ. (2567). ผลของการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุต่อความรู้และพฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา, 4(3), e266332.
9. สายฝน แสนคำ. (2567). ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 10(2), 85–96.
10. วัลยา อินทรวิเศษ. (2567). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. Journal of Dhamma for Life, 30(2), 181–192.
11. พริมรตา ศรีสุข, และ นฤมล บุญมี. (2566). ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 Smart เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, 20(1), 172–180.
12. ประเสริฐ เล็กสรรเสริญ. (2564). การพัฒนารูปแบบการสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว. วารสารสหศาสตร์, 22(2), 10–22.
13. มาโนช อานทอง, และ พรสุข หุ่นนิรันดร์. (2565). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ, 7(4), 476–490.
14. วัชระ แสนโหน่ง, นภาเพ็ญ จันทรคัมมา, และ พรเลิศ ชุมชี. (2566). ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรอบรู้โรคข้อเข่าเสื่อม พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความรุนแรงของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย, 10(2), 38–54.
15. เพ็ญนภา มะหะหมัด. (2563). ผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการหกล้ม ในตำบลสุไหงโก-ลก จังหวัดนราธิวาส. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 5(3), 17–22.
16. อารี วรไวย์. (2566). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 8(2), 488–497.
17. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. (2566). รายงานสถานการณ์สุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2566. อุบลราชธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี.
18. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบุ่งมะแลง. (2568). รายงานสถานการณ์สุขภาพและข้อมูลประชากรในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2568. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบุ่งมะแลง.
19. Lemeshow, S. (1990). Adequacy of Sample Size in Health Studies. Chichester: John Wiley & Sons.
20. ประสิทธิ์ ชมชื่น. (2566). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ, 2(3), 38–51.
21. เอกภพ จันทร์สุคนธ์, และ อนงค์นาฏ คงประชา. (2560). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน. PSRU Journal of Science and Technology, 2(1), 24–34.
22. กรรณิการ์ แสนโท, และคณะ. (2564). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล, 37(3), 112–124.

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลโพธิ์ไทร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

Effects of a Health Literacy Promotion Program on Behavioral Modification for Hypertension Prevention among At-Risk Populations in Pho Sai Subdistrict, Phibun Mangsahan District, Ubon Ratchathani Province.

(Received: August 28,2026 ; Revised: August 29,2026 ; Accepted: August 30,2026)

เสถียร พรหมรัตน์[1]
Sathean Pomarat[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลโพธิ์ไทร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 24 คน รวม 48 คน กลุ่มทดลอง คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลโพธิ์ไทร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลกุดชมภู อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ได้รับโปรแกรมปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2568 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2569 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซนต์ไทล์ที่ 25 และ 75 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ paired t-test และระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ การสื่อสาร การจัดการตนเอง การตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุของประชาชนกลุ่มเสี่ยงของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: โปรแกรม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โรคความดันโลหิตสูง ประชาชนกลุ่มเสี่ยง

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effects of a health literacy enhancement program on modifying hypertension preventive behaviors among individuals at risk of hypertension in Pho Sai Subdistrict, Phibun Mangsahan District, Ubon Ratchathani Province. The sample consisted of 48 participants divided into two groups of 24 participants each. The experimental group comprised individuals at risk of hypertension residing in Pho Sai Subdistrict, Phibun Mangsahan District, Ubon Ratchathani Province, who participated in a 12-week health literacy enhancement program. The comparison group consisted of individuals at risk of hypertension residing in Kut Chomphu Subdistrict, Phibun Mangsahan District, Ubon Ratchathani Province, who received usual care. Data were collected using questionnaires administered twice, before and after the intervention, from November 1, 2025, to February 28, 2026. Data were analyzed using descriptive statistics, including percentage, mean, standard deviation, median, and the 25th and 75th percentiles. Differences in mean scores within the experimental and comparison groups were analyzed using paired t-tests, while differences between the groups were analyzed using independent t-tests.

The results showed that, after the intervention, the experimental group had significantly greater mean score differences in access to health information, knowledge and understanding, communication, self-

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง ตำบลโพธิ์ไทร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

management, decision- making, media literacy, and hypertension preventive behaviors than before the intervention and compared with the comparison group at the 0.05 significance level.

Keywords: Program, Health Literacy, Hypertension, At-Risk Population

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงถือเป็นปัญหาสุขภาพระดับโลก โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา เนื่องจากมีแนวโน้มการเกิดโรคและอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประชากรจำนวนมากยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันโรค ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้รับการควบคุมความดันโลหิตอย่างเหมาะสม ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือด เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคไตเรื้อรัง ซึ่งล้วนเพิ่มภาระด้านสุขภาพและเศรษฐกิจของประเทศอย่างมีนัยสำคัญ[1] โรคความดันโลหิตสูงไม่เพียงส่งผลกระทบต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดเท่านั้น แต่ยังเกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น โรคไตเรื้อรัง โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดสมอง[2] ในประเทศไทย สถิติจากกรมควบคุมโรคระบุว่าความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุสำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือด ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตประชาชนและสร้างภาระทางเศรษฐกิจ[3] ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพแห่งชาติพบว่าประชากรผู้ใหญ่มีอัตราการเป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณร้อยละ 24.7 โดยเฉพาะผู้สูงอายุมีอัตราสูงถึงร้อยละ 45[4] การควบคุมโรคยังเป็นความท้าทาย เนื่องจากหลายคนไม่ทราบว่าตนเองมีความดันโลหิตสูง หรือเข้าถึงการรักษาไม่เพียงพอ การส่งเสริมการตรวจสุขภาพประจำปี การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการปรับวิถีชีวิต เช่น การออกกำลังกาย ลดการบริโภคเกลือ และควบคุมน้ำหนัก เป็นมาตรการสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรค[5] นโยบายสาธารณสุขจึงควรเน้นการสร้างความตระหนักรู้ในชุมชนและเสริมสร้างระบบสุขภาพที่เข้มแข็ง เพื่อลดอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูง[6] ผู้ป่วยที่ควบคุมความดันไม่ได้มีความเสี่ยงสูงต่อโรคแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจ โรคไตเรื้อรัง และโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งอาจนำไปสู่การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและคุณภาพชีวิตต่ำลง นอกจากนี้ การควบคุมความดันโลหิตไม่ดีส่งผลกระทบทั้งต่อสุขภาพกายและจิตใจ รวมถึงเพิ่มภาระต่อระบบสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน หรือผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงช่วยให้กลุ่มเสี่ยงสามารถรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ของโรคความดันโลหิตสูง เช่น การบริโภคเกลือและอาหารแปรรูปสูง การขาดการออกกำลังกาย ความเครียด และการสูบบุหรี่ รวมถึงสามารถประเมินความเสี่ยงส่วนบุคคลและปรับพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม[7,8] นอกจากนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพยังส่งผลต่อการติดตามและปฏิบัติตามแนวทางการดูแลสุขภาพ เช่น การตรวจวัดความดันโลหิตเป็นประจำ การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ กลุ่มประชากรที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงมักมีแนวโน้มที่จะเข้าใจคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ สามารถตัดสินใจในการเลือกใช้บริการสุขภาพอย่างเหมาะสม และปรับใช้ข้อมูลด้านสุขภาพในชีวิตประจำวันได้ดี ส่งผลให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง[9] ในประเทศไทย การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเชิงป้องกัน โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรเสี่ยงในชุมชนชนบทที่มีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การจัดโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เช่น การให้

ความรู้เรื่องการเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการติดตามสุขภาพประจำปี จะช่วยให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสามารถปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างยั่งยืน[10,11]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบแนวทางและวิธีการที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงหลายวิธี โดยเฉพาะการสร้างความรอบรู้ด้านการดูแลตนเองให้กับกลุ่มเสี่ยง งานวิจัยหลายฉบับแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ[12] สอดคล้องกับการศึกษาของรสสุคนธ์ ภักดิ์ไพบูลย์สกุล[13] ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงสูงเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผลการวิจัย พบว่า หลังสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($\bar{X}$ =176.63) และพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ($\bar{X}$ =68.75) สูงกว่าทั้งก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<.001 ณัฐธิดา บุญทอง และ ประจวบ แหลมหลัก[14] ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่ตำบลชะอำ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี ผลการวิจัย พบว่า หลังสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองมี ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) และศิรินภา วรรณประเสริฐ[15] ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกิน กลุ่มตัวอย่างคือกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกิน ผลการวิจัย พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ พฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ นอกจากนี้ ดัชนีมวลกาย (BMI) และ ความดันเลือดแดงเฉลี่ย ของกลุ่มทดลองก็ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบด้วย

ตำบลโพธิ์ไทร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี มีประชากรทั้งสิ้นประมาณ 8,375 คน พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 1,395 คน คิดเป็นร้อยละ 16.66 ของประชากรทั้งหมด พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้จำนวน 601 คน คิดเป็นร้อยละ 7.18 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง, 2568) ตำบลโพธิ์ไทร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี เป็นพื้นที่ชนบทที่ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและพาณิชยกรรมรายย่อย มีวิถีชีวิตที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง แต่พฤติกรรมด้านสุขภาพยังเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากประชาชนหลายรายขาดความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง การป้องกันโรค และการจัดการความเครียด รวมถึงมีพฤติกรรมการบริโภคเกลือและอาหารแปรรูปสูง ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ ดื่มสุราและสูบบุหรี่ ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือด[16] จากการสำรวจพบว่ากลุ่มเสี่ยงหลายคนยังไม่เข้ารับการตรวจวัดความดันโลหิตเป็นประจำ และขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรทางสาธารณสุข ทำให้ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม[16] ปัญหาดังกล่าวสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเสริมทักษะในการเข้าถึง วิเคราะห์ และปรับใช้ข้อมูลสุขภาพ ส่งผลให้ประชาชนสามารถป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและลดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งพัฒนาคุณภาพชีวิตและความเข้มแข็งของชุมชนได้อย่างยั่งยืน[17,18]

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ การสื่อสาร การจัดการตนเอง การตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2) เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ การสื่อสาร การจัดการตนเอง การตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

วิธีการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi– Experimental Research) โดยแบ่งประชากรที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม เป็นการศึกษาแบบ Two Group Pretest–Posttest Design โดยกำหนดกลุ่มทดลองเป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลโพธิ์ไทร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการคำนวณ และได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลโพธิ์ไทร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 24 คน กลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลกุดชมภู อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการคำนวณ และได้รับโปรแกรมปกติ จำนวน 24 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร (Populations) ได้แก่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลโพธิ์ไทร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

2) กลุ่มตัวอย่าง (Samples) ประกอบด้วยกลุ่มทดลอง ได้แก่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลโพธิ์ไทร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 24 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลกุดชมภู อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 24 คน ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน[19] แทนค่าจากงานวิจัยของณัฐธิดา บุญทอง และ ประจวบ แหลมหลัก[14]

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการทดลอง คือ ชุดกิจกรรมการเรียนรู้ที่ออกแบบอย่างเป็นระบบเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพใน 4 มิติ ได้แก่ การเข้าถึง การเข้าใจ การประเมิน และการปรับใช้ โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสามารถเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง ประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลได้ และนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน 6 ด้าน คือ การเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ การสื่อสาร การจัดการตนเอง การตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งออกเป็น 8 ส่วน ประกอบด้วย 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ 2) การเข้าถึงข้อมูล จำนวน 10 ข้อ 3) ความรู้ความเข้าใจ จำนวน 10 ข้อ 4) การสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ 5) การจัดการตนเอง จำนวน 10 ข้อ 6) การตัดสินใจด้านสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ 7) การรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 10 ข้อ และ 8) พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 15 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดสอบหา

ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามต่อไปและหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา ด้วยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และความเชื่อมั่น (Reliability) หาโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด ที่ตำบลดอนจิก อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี และหาค่าความเชื่อมั่นด้านการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ การสื่อสาร การจัดการตนเอง การตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านการเข้าถึงข้อมูล เท่ากับ 0.844 ความรู้ความเข้าใจ เท่ากับ 0.878 การสื่อสาร เท่ากับ 0.867 การจัดการตนเอง เท่ากับ 0.889 การตัดสินใจ เท่ากับ 0.824 การรู้เท่าทันสื่อ เท่ากับ 0.829 ตามลำดับ

วิธีดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยทำหนังสือถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อขอเข้าดำเนินการวิจัยในพื้นที่ของสถานบริการในสังกัด

2) ชี้แจงขั้นตอนการทำวิจัยต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเจ้าของพื้นที่ที่จะดำเนินการวิจัย

3) การทำความเข้าใจในกระบวนการทดลองแก่กลุ่มเป้าหมายทั้ง 2 พื้นที่

4) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง

5) ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยใช้แผนการทดลองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินการทั้งหมด 12 สัปดาห์ ตามกิจกรรมที่วางไว้

6) จัดเก็บข้อมูลหลังการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

1) วิเคราะห์ข้อมูลด้านลักษณะประชากร โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75

2) การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Paired t-test ในเรื่อง การเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ การสื่อสาร การจัดการตนเอง การตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

3) การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent t-test ในเรื่อง การเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ การสื่อสาร การจัดการตนเอง การตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB 2568-10.012 ลงวันที่ 31 ตุลาคม 2568

ผลการศึกษา

1) กลุ่มทดลอง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 อายุเฉลี่ย 48.85 ปี (S.D.=5.57 ปี) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 83.3 ประกอบอาชีพ ร้อยละ 58.3 มีมัธยฐานของรายได้ 5,000 บาท (P_{25}=3,000: P_{75}=15,000) มีประวัติการป่วยด้วยความดันโลหิตสูงของครอบครัว ร้อยละ 54.2 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 29.2 ตามลำดับ

2) กลุ่มเปรียบเทียบ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.2 อายุเฉลี่ย 47.58 ปี (S.D.=5.36 ปี) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 79.2 ประกอบอาชีพ ร้อยละ 62.5 มีมัธยฐานของรายได้ 5,000 บาท (P_{25}=3,000: P_{75}=20,000) มีประวัติการป่วยด้วยความดันโลหิตสูงของครอบครัว ร้อยละ 58.8 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 33.3 ตามลำดับ

3) การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ การสื่อสาร การจัดการตนเอง การตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ภายใน

และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ การสื่อสาร การจัดการตนเอง การตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ปัจจัย	การทดลอง	กลุ่ม	$\bar{X}$	SD	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
การเข้าถึงข้อมูล	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	14.66	1.80	0.37	-0.65-1.40	0.733	0.467
		กลุ่มเปรียบเทียบ	14.29	1.73				
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	17.95	2.03	3.00	1.88-4.11	5.407	<0.001**
		กลุ่มเปรียบเทียบ	14.95	1.80				
ความรู้ความเข้าใจ	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	19.75	1.91	0.54	-0.52-1.61	1.017	0.314
		กลุ่มเปรียบเทียบ	19.21	1.76				
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	22.50	1.86	2.58	1.50-3.65	4.831	<0.001**
		กลุ่มเปรียบเทียบ	19.92	1.83				
การสื่อสาร	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	20.04	1.62	0.50	-0.43-1.43	1.077	0.287
		กลุ่มเปรียบเทียบ	19.54	1.58				
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	23.62	1.78	3.37	2.37-4.37	6.796	<0.001**
		กลุ่มเปรียบเทียบ	20.25	1.64				
การจัดการตนเอง	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	20.08	2.43	-0.42	-1.82-0.99	-0.593	0.555
		กลุ่มเปรียบเทียบ	20.50	2.43				
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	24.20	2.94	2.79	1.25-4.32	3.667	0.006**
		กลุ่มเปรียบเทียบ	21.41	2.28				
การตัดสินใจ	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	19.08	2.82	0.58	-1.03-2.19	0.726	0.471
		กลุ่มเปรียบเทียบ	18.50	2.73				
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	21.41	2.50	1.91	0.46-3.36	2.663	0.010**
		กลุ่มเปรียบเทียบ	19.50	2.48				
การรู้เท่าทันสื่อ	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	15.95	0.80	0.58	0.07-1.08	2.330	0.024
		กลุ่มเปรียบเทียบ	15.37	0.92				
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	19.79	1.10	3.67	3.05-4.27	12.112	<0.001**
		กลุ่มเปรียบเทียบ	16.12	0.99				
พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	29.25	1.29	0.50	-0.25-1.25	1.338	0.187
		กลุ่มเปรียบเทียบ	28.75	1.29				
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	32.29	1.16	2.62	1.94-3.30	7.814	<0.001**
		กลุ่มเปรียบเทียบ	29.67	1.17				

**p-value<0.01

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลโพธิ์ไทร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ภายหลังการทดลอง

กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ การสื่อสาร การจัดการตนเอง การตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 p-value < 0.001 เป็นไปตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถพัฒนาความสามารถของกลุ่มทดลองในการแสวงหา ทำความเข้าใจ แลกเปลี่ยน และประเมินข้อมูลสุขภาพ ตลอดจนสามารถนำข้อมูลที่ได้รับมาใช้ในการตัดสินใจและจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม จนนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากองค์ประกอบของโปรแกรมมุ่งพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างครอบคลุมทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ การสื่อสาร การจัดการตนเอง การตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อ ซึ่งเป็นทักษะสำคัญที่เชื่อมโยงตั้งแต่การได้รับข้อมูลสุขภาพไปจนถึงการนำข้อมูลดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ระบุว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถของบุคคลในการแสวงหาหรือเข้าถึงข้อมูล ทำความเข้าใจข้อมูล และนำข้อมูลด้านสุขภาพไปใช้ประโยชน์เพื่อประกอบการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพอย่างเหมาะสม โดยมีทักษะสำคัญ 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ การสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจ และการจัดการตนเอง ดังนั้น เมื่อบุคคลได้รับการพัฒนาทักษะเหล่านี้อย่างเป็นระบบ ย่อมช่วยให้สามารถเลือกใช้ข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ รสสุคนธ์ ภักดิ์ไพบูลย์สกุล[13] ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 64 คน พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001) แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐธิดา บุญทอง และประจวบ แหลมหลัก[14] ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบว่า หลังสิ้นสุดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) ทนงศักดิ์ หลักเขต[20] ซึ่งศึกษาการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลปทุม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มเสี่ยงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001) เช่นเดียวกับ สมนึก นิยมหาญ[21] ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบ สามารถอธิบายได้ว่าการพัฒนาด้านการเข้าถึงข้อมูลช่วยให้กลุ่มทดลองสามารถค้นหาและเลือกแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่เหมาะสม ขณะที่การพัฒนาความรู้ความเข้าใจทำให้สามารถตีความและนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลตนเองได้ การพัฒนาทักษะการสื่อสารช่วยให้สามารถสอบถาม แลกเปลี่ยน และถ่ายทอดข้อมูลสุขภาพกับบุคลากรทางสุขภาพและบุคคลรอบข้าง ส่วนการจัดการตนเองทำให้สามารถวางแผนและกำกับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้

อย่างต่อเนื่อง ด้านการตัดสินใจช่วยให้สามารถพิจารณาทางเลือกและเลือกแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับสุขภาพ ขณะที่การรู้เท่าทันสื่อช่วยให้สามารถพิจารณาความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพก่อนนำไปปฏิบัติ เมื่อทักษะทั้ง 6 ด้านได้รับการพัฒนาไปพร้อมกัน จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความสามารถในการนำความรู้และข้อมูลสุขภาพไปใช้ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้น นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับ กลมลี แสนบุดดา[22] ซึ่งพบว่า หลังการดำเนินการตามรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยเฉพาะด้านการรับรู้ข้อมูลสุขภาพและการตัดสินใจ และสอดคล้องกับ นธรรศ น้อยทัน[23] ที่พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ดังนั้น ผลการวิจัยครั้งนี้จึงสะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบและครอบคลุมทั้งด้านการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ การสื่อสาร การจัดการตนเอง การตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อ มีส่วนสำคัญในการเพิ่มศักยภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงให้สามารถนำข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพมาใช้ในการกำกับและจัดการสุขภาพของตนเอง ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในทิศทางที่เหมาะสม จึงอาจกล่าวได้ว่าโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นแนวทางที่มีประสิทธิผลในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.1 หน่วยงานสาธารณสุขควรนำโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการพัฒนาทักษะทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ การสื่อสาร การจัดการตนเอง การตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อ เนื่องจากผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมสามารถพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิผล

1.2 บุคลากรสาธารณสุขควรจัดกิจกรรมส่งเสริมการนำความรอบรู้ด้านสุขภาพไปใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะการเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพที่น่าเชื่อถือ การประเมินข้อมูลจากสื่อ การตัดสินใจเลือกพฤติกรรมสุขภาพ และการวางแผนจัดการตนเอง เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสามารถป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

1.3 ควรพัฒนาระบบติดตามและสนับสนุนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม โดยประสานความร่วมมือระหว่างบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และครอบครัว เพื่อกระตุ้น ติดตาม และเสริมแรงให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสามารถคงไว้ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระยะยาว ทั้งนี้ผลการศึกษาที่ใช้เป็นฐานพบว่าโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถเพิ่มความรอบรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินความคงอยู่ของผลลัพธ์ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม

2.2 ควรประยุกต์ใช้โปรแกรมในกลุ่มประชากรหรือพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อประเมินความสามารถในการนำไปใช้และขยายผล

2.3 ควรศึกษาปัจจัยหรือกลไกที่ส่งผลต่อความสำเร็จของโปรแกรม เพื่ออธิบายว่าปัจจัยใดมีบทบาทสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2021). Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults. World Health Organization.
2. James, P. A., Oparil, S., Carter, B. L., Cushman, W. C., Dennison-Himmelfarb, C., Handler, J., Lackland, D. T., LeFevre, M. L., MacKenzie, T. D., Ogedegbe, O., Smith, S. C., Jr., Svetkey, L. P., Taler, S. J., Townsend, R. R., Wright, J. T., Jr., Narva, A. S., & Ortiz, E. (2014). 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: Report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA, 311(5), 507–520.
3. กรมควบคุมโรค. (2563). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง. กระทรวงสาธารณสุข.
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2562). การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562. กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.
5. Arnett, D. K., Blumenthal, R. S., Albert, M. A., Buroker, A. B., Goldberger, Z. D., Hahn, E. J., Himmelfarb, C. D., Khera, A., Lloyd-Jones, D., McEvoy, J. W., Michos, E. D., Miedema, M. D., Muñoz, D., Smith, S. C., Jr., Virani, S. S., Williams, K. A., Sr., Yeboah, J., & Ziaeian, B. (2019). 2019 ACC/AHA guideline on the primary prevention of cardiovascular disease: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Circulation, 140(11), e596–e646.
6. World Health Organization. (2013). A global brief on hypertension: Silent killer, global public health crisis: World Health Day 2013. World Health Organization.
7. Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International, 15(3), 259–267.
8. Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health, 12(1), 80.
9. Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. Annals of Internal Medicine, 155(2), 97–107.
10. World Health Organization. (2016). Health literacy: The solid facts. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
11. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. (2567). รายงานสถานการณ์สุขภาพประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี. อุบลราชธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี.
12. Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. W. H. Freeman and Company.
13. รสสุคนธ์ ภักดิ์ไพบูลย์สกุล. (2568). ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ ในกลุ่มเสี่ยงสูงเบาหวานและความดันโลหิตสูง. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา, 5(2), 275-531.
14. ณัฐธิดา บุญทอง และ ประจวบ แหลมหลัก. (2568). ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลชะอำ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 11(3), 50-68.
15. ศิรินภา วรรณประเสริฐ. (2560). ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกิน (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
16. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง. (2568). รายงานข้อมูลประชากรและสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง ประจำปี 2568. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง.
17. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. (2567). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดอุบลราชธานี ประจำปี 2567. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี.

18. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสร้างแก้ว. (2568). รายงานข้อมูลสุขภาพและสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประจำปี 2568. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสร้างแก้ว.
19. Lemeshow, S. (1990). Adequacy of Sample Size in Health Studies. Chichester: John Wiley & Sons.
20. ทนงศักดิ์ หลักเขต. (2565). การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลปทุม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬาและนวัตกรรมสุขภาพ กลุ่มมหาวิทยาลัยราชภัฏแห่งประเทศไทย, 1(3), 61-68.
21. สมนึก นิยมหาญ. (2568). ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลสะเดาใหญ่ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน, 10(4), 435–447.
22. กลมลี แสนบุดดา. (2568). รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 9(6).
23. นธรรศ น้อยทัน. (2568). ประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น, 6(1), 99

ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ

Factors Affecting Burnout among Personnel at Mueang Chan Hospital, Sisaket Province.

(Received: August 28,2026 ; Revised: August 30,2026 ; Accepted: August 31,2026)

อริยาพร เกษกุล[1]
Ariyaporn Katekoon[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 139 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2569 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2569 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เชิงพรรณนานำเสนอด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ เปอร์เซ็นไทล์ที่ 75 วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้การวิเคราะห์ Multiple linear regression แบบ Stepwise กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ คือ การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงาน และความสัมพันธ์ในที่ทำงาน โดยตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงานเป็นปัจจัยหลักในการทำนายภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ สามารถอธิบายความผันแปรได้ร้อยละ 55.4 (R^2=0.554, B=0.593, β=0.601) และความสัมพันธ์ในที่ทำงาน เป็นปัจจัยรองในการทำนายภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลเมืองจันทร์ จังหวัด ศรีสะเกษ สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ ได้ร้อยละ 60.8 (R^2=0.273, B=0.302, β=0.273) โดยสรุปผลว่าตัวแปรพยากรณ์ที่ดีในการทำนายภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ มีทั้งหมด 2 ตัวแปร คือ การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงาน และความสัมพันธ์ในที่ทำงาน โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ ได้ร้อยละ 60.8 (R^2=0.608, R^2adj=0.602, SEest=2.008, F= 105.322, p<0.001) ตามลำดับ

คำสำคัญ : ปัจจัยที่ ภาวะหมดไฟ บุคลากร

Abstract

This survey research by cross-sectional study aimed to investigate the factors influencing occupational burnout among personnel at Mueang Chan Hospital, Sisaket Province, Thailand. The sample consisted of 139 personnel. Data were collected using a researcher-developed questionnaire from August 1 to August 31, 2026. Descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, median, 25th percentile, and 75th percentile, were used to summarize the data. Factors influencing occupational burnout were analyzed using stepwise multiple linear regression analysis, with the statistical significance level set at 0.05.

The results revealed that two factors significantly influenced occupational burnout among personnel at Mueang Chan Hospital: self-efficacy in preventing occupational burnout and workplace relationships. Self-efficacy in preventing occupational burnout was the primary predictor and independently explained 55.4% of the variance in occupational burnout (R^2=0.554, B=0.593, β=0.601). Workplace relationships were the second predictor, and the two variables jointly explained 60.8% of the variance in occupational burnout. Overall, self-efficacy in preventing occupational burnout and workplace relationships were significant

[1] โรงพยาบาลเมืองจันทร์ อำเภอเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ

predictors of occupational burnout, jointly accounting for 60.8% of the variance (R^2=0.608, adjusted R^2=0.602, SE_{est}=2.008, F=105.322, p<0.001). Based on these findings, Mueang Chan Hospital should establish strategies for preventing occupational burnout by strengthening personnel's self-efficacy in managing work-related stress and problems, while simultaneously promoting positive workplace relationships, teamwork, constructive communication, and peer-support systems. Regular assessment and surveillance of occupational burnout should also be implemented to promote personnel well-being and enhance work performance.

Keywords: Factors, Burnout, Personnel

บทนำ

ภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burnout) เป็นปัญหาสำคัญของระบบสุขภาพที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ โดยองค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายว่าเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความเครียดเรื้อรังจากการทำงานที่ไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม[1] ซึ่งในบริบทของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขพบว่ามีความเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มอาชีพอื่น เนื่องจากต้องเผชิญกับภาระงานที่หนัก ความซับซ้อนของผู้ป่วย และความกดดันจากการทำงานภายใต้สถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจอย่างรวดเร็วและแม่นยำ[2] นอกจากนี้ การขยายตัวของความต้องการบริการสุขภาพจากประชาชน รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากร เช่น สังคมผู้สูงอายุ ส่งผลให้บุคลากรต้องทำงานล่วงเวลาและเผชิญกับความเครียดสะสมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ภาวะหมดไฟในการทำงาน[3] ภาวะดังกล่าวก่อให้เกิดผลกระทบในหลายมิติ ทั้งด้านร่างกาย เช่น อ่อนเพลียเรื้อรัง นอนไม่หลับ และปวดศีรษะ ด้านจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ซึมเศร้า และหมดแรงจูงใจในการทำงาน รวมถึงด้านพฤติกรรม เช่น ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง การตัดสินใจผิดพลาด และการมีทัศนคติทางลบต่อผู้รับบริการและเพื่อนร่วมงาน[4] อีกทั้งยังส่งผลกระทบในระดับองค์กร เช่น อัตราการลาออกที่เพิ่มขึ้น การขาดแคลนบุคลากร และคุณภาพการให้บริการที่ลดลง ซึ่งอาจส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและความเชื่อมั่นของประชาชนต่อระบบสุขภาพ[5] ดังนั้น ภาวะหมดไฟในการทำงานจึงเป็นปัญหาเชิงระบบที่ส่งผลกระทบทั้งต่อบุคลากร องค์กร และคุณภาพของระบบบริการสุขภาพโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลเกิดจากปัจจัยหลายด้านที่มีความสัมพันธ์กันอย่างซับซ้อน โดยสามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านงาน และปัจจัยด้านองค์กร สำหรับปัจจัยด้านงาน พบว่าภาระงานที่มาก ชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน และความกดดันจากการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือซับซ้อน เป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหมดไฟ[6] นอกจากนี้ ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตในการทำงาน เช่น ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน ความก้าวหน้าในอาชีพ และความมั่นคงในงาน มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะหมดไฟ กล่าวคือ หากบุคลากรมีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดี จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหมดไฟ[7] ขณะที่ปัจจัยด้านองค์กร เช่น การบริหารงานที่ไม่เหมาะสม การขาดการสนับสนุนจากผู้บริหาร ระบบค่าตอบแทนที่ไม่เป็นธรรม และโอกาสก้าวหน้าในอาชีพที่จำกัด เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียดสะสมและนำไปสู่ภาวะหมดไฟในการทำงาน[8] นอกจากนี้ ปัจจัยด้านจิตสังคม เช่น การรับรู้ความสามารถของตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม มีบทบาทสำคัญในการลดหรือเพิ่มระดับภาวะหมดไฟ โดยผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำหรือขาดความเชื่อมั่นในตนเอง จะมีแนวโน้มเกิดภาวะหมดไฟสูงขึ้น[9] รวมถึงปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมการทำงาน เช่น

ความปลอดภัยในการทำงาน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และบรรยากาศองค์กร ก็มีอิทธิพลต่อระดับความเครียดและภาวะหมดไฟเช่นกัน[10] โดยภาพรวมแล้ว ปัจจัยทั้งหมดนี้มีความเชื่อมโยงกันในลักษณะเชิงระบบ ซึ่งสะท้อนว่าการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานไม่สามารถอธิบายได้ด้วยปัจจัยเพียงด้านเดียว แต่ต้องพิจารณาในมิติแบบองค์รวมทั้งด้านบุคคล งาน และองค์กร

ในบริบทของโรงพยาบาลเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีบทบาทสำคัญในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ พบว่าบุคลากรต้องรับผิดชอบงานที่หลากหลาย ทั้งงานบริการรักษาพยาบาล งานส่งเสริมสุขภาพ และงานด้านบริหารจัดการ ส่งผลให้เกิดภาระงานสูงและความเครียดสะสมอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในบริบทชนบทที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคลและงบประมาณ ทำให้บุคลากรต้องทำงานเกินกำลังและขาดการสนับสนุนที่เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าภาระงานสูงและสภาพแวดล้อมการทำงานที่ไม่เหมาะสมเป็นปัจจัยสำคัญของภาวะหมดไฟ[8] นอกจากนี้ ภาวะหมดไฟยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพการให้บริการ เช่น การเกิดข้อผิดพลาดในการปฏิบัติงาน ความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการ และความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาจนำไปสู่ผลกระทบในระดับระบบสุขภาพในระยะยาว อีกทั้งยังส่งผลต่อบุคลากรเอง เช่น การลาออก การขาดงาน และปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งสร้างภาระต่อองค์กรและชุมชน[5] อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังมีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในระดับโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษค่อนข้างจำกัด ทำให้ขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ในการวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาอย่างตรงจุด ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกสำหรับใช้ในการพัฒนานโยบายและมาตรการลดภาวะหมดไฟ อันจะนำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากร และยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาระดับภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ

สมมติฐานการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปด้านคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ อายุ ประสบการณ์ทำงาน สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัว ปัจจัยด้านงาน ได้แก่ ภาระงาน ชั่วโมงการทำงาน ความซับซ้อนของงาน บทบาทหน้าที่ไม่ชัดเจน ปัจจัยด้านองค์กร ได้แก่ การสนับสนุนจากผู้บริหาร ค่าตอบแทนและความก้าวหน้า ความยุติธรรมในองค์กร สภาพแวดล้อมการทำงาน แรงสนับสนุนทางสังคม ความสัมพันธ์ในที่ทำงาน ความเครียด และการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Survey research by Cross-sectional

Study) เพื่อการศึกษาหาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียของผู้กรีดยางพารา อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรโรงพยาบาลเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรโรงพยาบาลเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ ทั้งหมด จำนวน 139 คน

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง ใช้วิธีการคำนวณประมาณความแม่นยำในการประมาณค่าพารามิเตอร์ (Accuracy Parameter Estimated: AIPE)[11] โดยมีสูตรในการคำนวณดังนี้

$$N_M = \left(\frac{Z_{(1-\alpha)/2}}{w}\right)\left(\frac{1-R^2}{1-R^2_{XXj}}\right)\left(\frac{\chi^2_{(1-\gamma;N-1)}}{N-p-1}\right)+p+1$$

โดยที่: N_M = จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

N = 50% ของโอกาสที่จะได้ 95%CI ของ R^2 น้อยกว่า 0.1

P = จำนวนของตัวแปรทำนายใน full model (กำหนดให้ 3 predictors)

α = ระดับจุดตัดสินใจสำหรับทดสอบช่วงเชื่อมั่น (0.05)

w = ครึ่งหนึ่งของช่วงเชื่อมั่นของตัวแปรทำนายหลัก

R^2 = ยกกำลังสองของสัมประสิทธิ์การวิเคราะห์ถดถอยสำหรับ full model ซึ่งได้จากการศึกษาของโชติพงษ์ วิมะลิน และ กฤษดา ผ่องพิทยา[10] ศึกษาการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟของครู สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 2 (R^2=0.750)

$R^2_{x\text{-}xj}$ = ยกกำลังสองของสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรต้นหลัก กับตัวแปรต้นอื่น ๆ[10] (R^2=0.680)]

$X^2_{(1-\gamma;N-1)}$ = ควอไทล์ ของการกระจายแบบ ไค-สแคว (0.08)

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการคำนวณในฟังก์ชั่น AIPE ของโปรแกรม STATA version 8.2 ได้ขนาดตัวอย่างสำหรับปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียของผู้กรีดยางพารา อำเภอ ภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 155 คน ผู้วิจัยเก็บตัวอย่างจากบุคลากรทั้งหมด 139 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 8 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ อายุ ประสบการณ์ทำงาน สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัว ตำแหน่ง ซึ่งลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบสำรวจรายการ (Checklist) จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านงาน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปรนัย จำนวน 10 ข้อ ประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านองค์กร ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปรนัย จำนวน 10 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบปรนัยประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย

ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงาน การได้รับสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน รวมถึงการได้รับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ จำนวน 10 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบปรนัยประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ในที่ทำงาน จำนวน 10 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบปรนัยประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย

ส่วนที่ 6 แบบประเมินความเครียด จำนวน 20 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบปรนัยประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ ไม่รู้สึกเครียด รู้สึก

เครียดเล็กน้อย รู้สึกเครียดปานกลาง รู้สึกเครียดมาก รู้สึกเครียดมากที่สุด

ส่วนที่ 7 การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงาน จำนวน 10 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบปรนัยประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย

ส่วนที่ 8 ภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากร จำนวน 15 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบปรนัยประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย

การตรวจสอบเครื่องมือ

เครื่องมือที่สร้างขึ้นผ่านการตรวจสอบเครื่องมือโดยการหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา พิจารณาครอบคลุม ความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่น โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และนำเครื่องมือที่ผ่านการหาค่าความตรงไปทดลองใช้ ที่โรงพยาบาลโพธิ์ศรีสุวรรณ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 ชุด ได้ค่าความเชื่อมั่นแล้วได้ค่าความเชื่อมั่นด้านปัจจัยด้านงาน เท่ากับ 0.884 ปัจจัยด้านองค์กร เท่ากับ 0.826 แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะหมดไฟ เท่ากับ 0.802 ความสัมพันธ์ในที่ทำงาน เท่ากับ 0.789 ความเครียด เท่ากับ 0.768 การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันภาวะหมดไฟ เท่ากับ 0.849 ภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากร เท่ากับ 0.868 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Statistics) นำเสนอข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 เปอร์เซ็นไทล์ที่ 75 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยนำปัจจัยด้านงาน ปัจจัยด้านองค์กร แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะหมดไฟ ความสัมพันธ์ในที่ทำงาน ความเครียด การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันภาวะหมดไฟ เท่ากับ ภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรที่ที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ แยกรายตัวแปรโดยทดสอบด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และวิเคราะห์หาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple linear regression analysis) แบบ Stepwise กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยจะให้ความสำคัญและพิทักษ์สิทธิของบุคคลที่ร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยยึดหลัก 3 ประการ คือ 1) หลักความเคารพในบุคคล (Respect For Person) 2) หลักคุณประโยชน์และไม่ก่อ อันตราย (Beneficence) และ 3) หลักยุติธรรม (Justice) โดยให้ข้อมูลและชี้แจงอาสาสมัคร ให้ความเป็นอิสระในการตัดสินใจ เก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับและจะเผยแพร่ข้อมูลในลักษณะภาพรวมไม่ระบุถึงตัวบุคคลหรือสถานที่ทำงาน

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 139 คน ผลการศึกษาพบว่าเป็นกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 38.55 ปี (S.D.= 8.55 ปี) มีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 12.81 ปี (S.D.=8.98 ปี) มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 48.2 รองลงมา คือ โสด ร้อยละ 47.5 มีมัธยฐานของรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 30,000 บาท (P_{25} = 18,000 บาท: P_{75} = 40,000 บาท) ตามลำดับ

การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ วิเคราะห์ทีละตัวแปร (univariate analysis)

การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยการนำตัวแปรทั้งหมด 11 ตัวแปร พบตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 5 ตัวแปร คือ ปัจจัยด้านองค์กร (r=0.324, p-value<0.001) แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงาน (r=0.443, p-value<0.001) ความสัมพันธ์ในที่ทำงาน (r=0.589, p-value<0.001) ความเครียด (r=0.231, p-value=0.006) และการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงาน(r=0.744, p-value<0.001) ตามลำดับ

การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุตัวแปรปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ

การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยนำตัวแปรที่ได้จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรกับภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากร ที่วิเคราะห์ทีละตัวแปร (univariate analysis) นำค่าความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญตั้งแต่ 0.25 ลงมา เข้าสู่โปรแกรม พบปัจจัยทำนายภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ มี 2 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงาน และความสัมพันธ์ในที่ทำงาน โดยร่วมกันทำนายปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ ได้ร้อยละ 60.8 ตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงานเป็นปัจจัยหลักในการทำนายภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยสามารถอธิบายความผันแปรได้ร้อยละ 55.4 (R^2=0.554, B=0.593, β=0.601) เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์อีก 1 ตัว คือ ความสัมพันธ์ในที่ทำงาน พบค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ ได้ร้อยละ 60.8 (R^2=0.273, B=0.302, β=0.273) โดยสรุปผลว่าตัวแปรพยากรณ์ที่ดีในการทำนายภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ มีทั้งหมด 2 ตัวแปร คือ การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงาน และความสัมพันธ์ในที่ทำงาน โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ ได้ร้อยละ 60.8 (R^2=0.608, R^2_{adj}=0.602, SE_{est}=2.008, F= 105.322, p<0.001) ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยวิเคราะห์อำนาจปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ (n=139)

โมเดลวิเคราะห์	ตัวแปร	สัมประสิทธิ์ถดถอย (Coefficient)		R^2	R^2_{adj}	Sr^2	R^2 change
		B	β				
โมเดลที่ดีที่สุด	การรับรู้ความสามารถของตน	0.593	0.601	0.554	0.551	2.133	0.554
	ความสัมพันธ์ในที่ทำงาน	0.302	0.273	0.608	0.602	2.008	0.054
Constant = 18.256, R^2=0.608, R^2_{adj}=0.602, SE_{est}=2.008, F= 105.322, p<0.001							

สรุปและอภิปรายผล

ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ มีตัวแปรที่สามารถร่วมอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 2 ตัวแปร คือ 2 ตัวแปร คือ การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงาน และความสัมพันธ์ในที่ทำงาน ตามลำดับ สามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงานเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยมีอิทธิพลในทิศทางลบ (β = –0.601) กล่าวคือ เมื่อบุคลากรมีการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงานเพิ่มขึ้น จะมีแนวโน้มเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานลดลง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการรับรู้ความสามารถของตนเป็นความเชื่อมั่นของบุคคลว่าตนสามารถจัดการกับสถานการณ์ ปัญหา และความกดดันที่เกิดขึ้นจากการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคลากรที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนจะสามารถประเมินสถานการณ์ วางแผนแก้ไขปัญหา ควบคุมอารมณ์ จัดการความเครียด และเลือกใช้วิธีเผชิญปัญหาที่เหมาะสม รวมทั้งมีความพยายามและความอดทนต่ออุปสรรคในการปฏิบัติงานมากกว่าบุคลากรที่มีการรับรู้ความสามารถของตนต่ำ จึงช่วยลดการสะสมของความเครียดจากการทำงานและลดโอกาสเกิดความอ่อนล้าทางอารมณ์ ความรู้สึกห่างเหินจากงาน และความรู้สึกว่าตนเองไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของภาวะหมดไฟในการทำงาน ผลการศึกษาครั้งนี้มีความสอดคล้องกับบริบทการศึกษาของบุคลากรสาธารณสุขในประเทศไทย โดย สุจิตรา คำเงา กิตติ เหลาสุภาพ[12] ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 189 คน พบว่า ปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและการบริหารงานในหน่วยงานสามารถร่วมกันทำนายภาวะหมดไฟในการทำงานได้ร้อยละ 20.70 สะท้อนว่าทรัพยากรทั้งในระดับบุคคลและสภาพแวดล้อมการทำงานมีความสำคัญต่อการป้องกันภาวะหมดไฟของบุคลากรสาธารณสุข นอกจากนี้ สุภาพร บุญเทพ และคณะ[13] ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุขชุมชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น จำนวน 183 คน พบว่าผู้ที่มีโอกาสในการพัฒนาความสามารถของบุคคลในระดับต่ำและปานกลางมีโอกาสเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานสูงกว่ากลุ่มที่มีระดับสูงถึง 7.07 เท่า (AOR = 7.07, 95% CI: 2.99–16.72) ซึ่งสนับสนุนว่าการส่งเสริมและพัฒนาความสามารถของบุคลากรเป็นองค์ประกอบสำคัญในการลดโอกาสเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน

2. ความสัมพันธ์ในที่ทำงานเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยมีอิทธิพลในทิศทางลบ (β = –0.273) กล่าวคือ เมื่อบุคลากรมีความสัมพันธ์ในที่ทำงานดีขึ้น จะมีแนวโน้มเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานลดลง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความสัมพันธ์ในที่ทำงานเป็นทรัพยากรทางสังคมที่สำคัญในการช่วยให้บุคลากรสามารถเผชิญกับความเครียดและความกดดันจากการปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะบุคลากรในโรงพยาบาลที่ต้องปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีมสหวิชาชีพ มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานและต้องเผชิญกับภาระงาน ความเร่งด่วน และความรับผิดชอบต่อชีวิตและความปลอดภัยของผู้ป่วย หากบุคลากรมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน มีการสื่อสารที่เปิดกว้าง ยอมรับและให้เกียรติซึ่งกันและกัน สามารถปรึกษาหารือช่วยเหลือ และแบ่งเบาภาระงานระหว่างกันได้ จะทำให้บุคลากรรู้สึกว่าตนเองไม่ได้เผชิญปัญหาในการทำงานเพียงลำพัง เกิดความไว้วางใจ ความรู้สึกเป็น

ส่วนหนึ่งของทีม และได้รับแรงสนับสนุนทางอารมณ์และการปฏิบัติงาน ซึ่งช่วยลดความตึงเครียดและความเหนื่อยล้าสะสมจากการทำงาน ในทางตรงกันข้าม หากบุคลากรมีความขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงาน ขาดการช่วยเหลือ ขาดการสื่อสารที่ดี หรือไม่ได้รับการยอมรับจากผู้ร่วมงานและผู้บังคับบัญชา ย่อมเป็นปัจจัยเพิ่มความเครียดเรื้อรังและนำไปสู่ภาวะหมดไฟในการทำงานได้ ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องโดยตรงกับการศึกษาของสุจิตรา คำเงา กิตติ เหลาสุภาพ[12] ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 189 คน พบว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน และเมื่อพิจารณาร่วมกับการบริหารงานในหน่วยงานสามารถร่วมกันทำนายภาวะหมดไฟในการทำงานได้ร้อยละ 20.70 (R^2 = 0.207) โดยสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐานเท่ากับ –0.278 แสดงให้เห็นว่ายิ่งบุคลากรมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ดี ภาวะหมดไฟในการทำงานยิ่งลดลง ผลดังกล่าวมีความใกล้เคียงอย่างมากกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าความสัมพันธ์ในที่ทำงานมีอิทธิพลในทิศทางลบต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน (β = –0.273) โดยเฉพาะอย่างยิ่งทั้งสองการศึกษาอยู่ในบริบทของบุคลากรด้านสุขภาพในจังหวัดศรีสะเกษ จึงยิ่งสนับสนุนว่าความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรในองค์กรเป็นปัจจัยสำคัญต่อภาวะหมดไฟในการทำงานในบริบทพื้นที่ดังกล่าว นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ภาสวุฒิ ภักดิบดี และคณะ[3] ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชลบุรี จำนวน 117 คน พบว่า บุคลากรมีภาวะหมดไฟในการทำงานร้อยละ 28.21 และพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในที่ทำงานระดับต่ำเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.016) ร่วมกับความเครียด ภาระงาน และลักษณะงานสายวิชาชีพ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรไม่ได้เป็นเพียงองค์ประกอบของบรรยากาศองค์กรเท่านั้น แต่ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขโดยตรง

ผลการศึกษาครั้งนี้ยังสามารถอธิบายได้ในเชิงลักษณะของภาวะหมดไฟในการทำงาน เนื่องจากภาวะหมดไฟเกิดจากความเครียดเรื้อรังจากการทำงานและอาจแสดงออกในลักษณะความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ การมีทัศนคติทางลบหรือรู้สึกเหินห่างจากผู้ร่วมงาน และการมองความสามารถหรือความสำเร็จของตนเองในทางลบ ดังนั้น ความสัมพันธ์ที่ดีในที่ทำงานจึงอาจทำหน้าที่เสมือนทรัพยากรที่ช่วยลดผลกระทบจากความต้องการและความกดดันในการทำงาน ผ่านการได้รับความช่วยเหลือ การให้กำลังใจ การแลกเปลี่ยนข้อมูล การปรึกษาปัญหา และการทำงานเป็นทีม ส่งผลให้บุคลากรสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ดีขึ้น ดังนั้น ผลการศึกษาครั้งนี้จึงชี้ให้เห็นว่า การส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในที่ทำงานเป็นแนวทางสำคัญในการป้องกันและลดภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลเมืองจันทร์ โดยหน่วยงานควรส่งเสริมการทำงานเป็นทีม การสื่อสารเชิงบวก การช่วยเหลือเกื้อกูลระหว่างเพื่อนร่วมงาน การสร้างความไว้วางใจระหว่างบุคลากรกับผู้บังคับบัญชา การเปิดโอกาสให้บุคลากรมีพื้นที่ในการปรึกษาและสะท้อนปัญหาจากการทำงาน ตลอดจนจัดกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างสัมพันธภาพและความผูกพันในองค์กร ซึ่งจะช่วยสร้างบรรยากาศการทำงานที่เอื้อต่อสุขภาวะทางจิตใจ ลดความเครียดสะสม และนำไปสู่การลดภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. โรงพยาบาลเมืองจันทร์ควรจัดกิจกรรมหรือโปรแกรม เสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของ

ตนในการป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยพัฒนาทักษะการจัดการความเครียด การแก้ไขปัญหา การบริหารเวลาและภาระงาน การปรับตัวต่อสถานการณ์กดดัน และการสร้างความเชื่อมั่นในการจัดการปัญหาจากการทำงาน เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานมากที่สุด

2. ควรส่งเสริม ความสัมพันธ์ที่ดีในที่ทำงานผ่านการสร้างบรรยากาศการทำงานที่เอื้อต่อการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การทำงานเป็นทีม การสื่อสารเชิงบวก การรับฟังความคิดเห็น การลดความขัดแย้ง และการสร้างระบบเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Support) เพื่อให้บุคลากรได้รับการสนับสนุนเมื่อเผชิญกับความเครียดหรือปัญหาจากการปฏิบัติงาน

3. ผู้บริหารควรนำปัจจัยที่ค้นพบจากการวิจัยมาใช้ในการ กำหนดมาตรการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างเป็นระบบ โดยประเมินภาวะหมดไฟของบุคลากรเป็นระยะ คัดกรองกลุ่มเสี่ยง จัดระบบให้คำปรึกษาและช่วยเหลือ รวมทั้งบูรณาการการเสริมสร้างความสามารถในการจัดการตนเองและสัมพันธภาพในที่ทำงานเข้ากับนโยบายด้านการบริหารทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะหมดไฟและส่งเสริมสุขภาวะในการทำงานอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานเพิ่มเติม เช่น ภาระงาน ความเครียดจากการทำงาน ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา บรรยากาศองค์กร และความผูกพันต่อองค์กร เพื่อเพิ่มความสามารถในการอธิบายและพยากรณ์ภาวะหมดไฟในการทำงานได้ครอบคลุมยิ่งขึ้น

2. ควรพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงาน ที่มุ่งเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนและความสัมพันธ์ที่ดีในที่ทำงาน โดยใช้การวิจัยแบบกึ่งทดลองหรือการทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม เพื่อประเมินผลของโปรแกรมต่อการลดภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างชัดเจน

3. ควรขยายการศึกษาไปยังบุคลากรในโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่อื่น และใช้การวิจัยแบบติดตามระยะยาว (Longitudinal Study) เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของภาวะหมดไฟและปัจจัยที่เกี่ยวข้องตามช่วงเวลาตลอดจนเพิ่มความสามารถในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้กับบุคลากรสาธารณสุขในบริบทที่หลากหลาย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2019). Burn-out an “occupational phenomenon”: International classification of diseases. https://www.who.int/news-room/ questions-and-answers/item/burn-out-an-occupational-phenomenon
2. ธมลวรรณ กุลเลิศจริยา. (2567). ภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในยุคสังคมผู้สูงอายุ. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 33(1), 15–28.
3. ภาสวุฒิ ภักดิบดี, สุริวิภา มั่งคั่ง, ปภัสสร โสมะเค็ง, กัมปนาท ฉายชูวงษ์, วีรพงศ์ มิตรสันเทียะ, และ ธารินี ลีละทีป. (2569). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชลบุรี. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 19(1), 100–111.
4. ภาณุมาศ เกษรสุริวงค์, สมฤดี แสงทอง, & วีรพล จันทร์ศรี. (2566). ผลกระทบของภาวะหมดไฟในการทำงานต่อสุขภาพจิตและประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข. วารสารสุขภาพและการพยาบาล, 29(3), 66–80.
5. เกสรา ทองประไพ, และ หรรษา เศรษฐบุปผา. (2568). การจัดการและการป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงานในพยาบาลวิชาชีพ. วารสารพยาบาล, 74(3), 59–68.
6. กชามาส วิชัยดิษฐ. (2564). ปัจจัยด้านภาระงานที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 15(2), 45–58.

7. สมหมาย ชื่นด้วง, & ณัฐพล พันธุ์ภักดี. (2568). คุณภาพชีวิตในการทำงานกับภาวะหมดไฟของบุคลากรโรงพยาบาล. วารสารการจัดการสุขภาพ, 18(2), 92–107.
8. ประเด็จ ธีรพงษ์พัฒนา, และ พรรณเพชร ลิขิตเกียรติขจร. (2567). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 20(3), 62–72.
9. ธิติยา จุลรักษ์, & ผกาวรรณ นันทะเสน. (2567). แรงสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงาน. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 31(2), 54–68.
10. โชติพงษ์ วิมะลิน, และ กฤษดา ผ่องพิทยา. (2566). การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟของครู สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 2. วารสารการบริหารจัดการและนวัตกรรมท้องถิ่น, 5(8), 644–656.
11. Kelley K. and Maxwell S.E. Sample Size for Multiple Regression: Obtaining Regression Coefficients That Are Accurate, Not Simply Significant. Psychological Methods. 8(3): 305–321; December, 2003.
12. สุจิตรา คำเงา กิตติ เหลาสุภาพ.ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดศรีสะเกษ.วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์. 2023; 7(3): 62-74.
13. สุภาพร บุญเทพ, นครินทร์ ประสิทธิ์, คณิต ทิพย์ฤาตรี, ณัฐพล โยธา, พีรยุทธ แสงตรีสุ, วรัญญู พอดี, และเพ็ญวิภา นิลเนตร. (2568). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุขชุมชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ, 12(2), e279040.

การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

Development of a Stroke Prevention Model for At-Risk Populations in Nong Son Subdistrict, Chiang Yuen District, Maha Sarakham Province.

(Received: August 30,2026 ; Revised: August 30,2026 ; Accepted: August 31,2026)

สุชาดา ดาทุมมา[1]
Suchada Dathumma[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบ จำนวน 30 คน ประกอบด้วย 1) ผู้สูงอายุ 6 คน 2) ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 6 คน 3) ประชาชนกลุ่มเสี่ยง 6 คน 4) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 3 คน 5) ผู้แทนผู้นำชุมชน 3 คน 6) ผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2 คน 7) นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน และ 8) พยาบาลวิชาชีพ 2 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 30 คน โดยการประยุกต์ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ประกอบด้วยการวางแผน (Planning: P) การปฏิบัติการ (Action: A) การสังเกตการณ์ (Observation: O) และการสะท้อนกลับ (Reflection: R) จำนวน 2 วงรอบ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 16 สัปดาห์ ระหว่างเดือนตุลาคม 2569 ถึงเดือนเมษายน 2569 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการรวบรวม จัดหมวดหมู่ วิเคราะห์เนื้อหา และเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยใช้สถิติ paired t-test

ผลการวิจัยการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม คือ NONGSON STROKE Model ประกอบด้วย 1) ค้นหาและประเมินความเสี่ยงเชิงรุก 2) พัฒนาความรอบรู้และรู้ทันสัญญาณเตือน 3) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการจัดการตนเอง 4) เสริมพลังครอบครัว อสม. และชุมชน 5) ติดตามต่อเนื่องและส่งต่อรวดเร็ว และ 6) สร้างเครือข่ายและระบบสนับสนุนอย่างยั่งยืน และหลังการทดลองใช้โปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรนำรูปแบบนี้ไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยเน้นการคัดกรองเชิงรุก การสร้างความรอบรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน การติดตามต่อเนื่อง และการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพ เพื่อให้เกิดการป้องกันโรคอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ โรคหลอดเลือดสมอง ประชาชนกลุ่มเสี่ยง

Abstract

This action research aimed to develop a stroke prevention model for at-risk populations in Nong Son Subdistrict, Chiang Yuen District, Maha Sarakham Province, Thailand. The model development group consisted of 30 participants: 1) six older adults, 2) six patients with chronic diseases, 3) six individuals at risk of stroke, 4) three village health volunteers, 5) three community leader representatives, 6) two representatives from the local administrative organization, 7) two public health technical officers, and 8) two registered nurses. The data collection group consisted of 30 individuals at risk of stroke residing in Nong Son Subdistrict, Chiang Yuen District, Maha Sarakham Province. The study applied the action research framework of Kemmis and McTaggart, comprising four stages: Planning (P), Action (A), Observation (O), and

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองซอน ตำบลหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

Reflection (R), implemented over two cycles. Data were collected over a 16-week period using a questionnaire developed by the researcher, from October 2026 to April 2026. Qualitative data were compiled, categorized, and analyzed using content analysis. Differences in mean scores before and after implementation of the developed model were analyzed using a paired t-test.

The findings revealed that the developed stroke prevention model for at-risk populations in Nong Son Subdistrict, Chiang Yuen District, Maha Sarakham Province, designated the NONGSON STROKE Model, consisted of six components: 1) proactive risk identification and assessment, 2) enhancement of health literacy and recognition of stroke warning signs, 3) behavioral modification and self-management, 4) empowerment of families, village health volunteers, and communities, 5) continuous follow-up and rapid referral, and 6) development of sustainable networks and support systems. Following implementation of the model, participants demonstrated significantly higher mean scores for stroke knowledge, health beliefs regarding stroke, social support for stroke prevention, and stroke preventive behaviors compared with their pre-intervention scores ($p < 0.05$). Public health agencies and local administrative organizations should therefore consider adopting and adapting the NONGSON STROKE Model for stroke prevention among at-risk populations, with an emphasis on proactive screening, health literacy enhancement, behavioral modification, family and community support, continuous follow-up, and health network development to promote effective and sustainable stroke prevention.

Keyword: Model Development, Stroke, At-Risk Population

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทย เนื่องจากเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ความพิการ และการสูญเสียปีสุขภาวะในระดับสูง โดยข้อมูลระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center: HDC) ปี 2567 รายงานผู้ป่วยสะสมโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยจำนวน 363,688 คน และสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2566 พบผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดในสมองจำนวน 37,947 คน สะท้อนถึงขนาดและความรุนแรงของปัญหาที่จำเป็นต้องให้ความสำคัญทั้งด้านการป้องกัน การค้นหากลุ่มเสี่ยง และการเข้าถึงการรักษาอย่างรวดเร็ว (กรมควบคุมโรค, 2568) โดยเฉพาะประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่มีโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ภาวะอ้วน ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ตลอดจนผู้ที่สูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย หรือมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง[1] ทั้งนี้ โรคหลอดเลือดสมองสามารถป้องกันได้เป็นส่วนใหญ่หากประชาชนสามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ควบคุมระดับความดันโลหิต น้ำตาลและไขมันในเลือด ควบคุมน้ำหนัก ลดอาหารหวาน มัน เค็ม ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ งดสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และตรวจติดตามสุขภาพอย่างต่อเนื่อง[2] หากประชาชนกลุ่มเสี่ยงยังขาดความรู้ ไม่ตระหนักถึงความเสี่ยง หรือไม่สามารถจัดการปัจจัยเสี่ยงของตนเองได้อย่างเหมาะสม ย่อมมีโอกาสพัฒนาไปสู่การเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เมื่อเกิดโรคแล้วผู้ป่วยอาจมีอัมพฤกษ์ อัมพาต การเคลื่อนไหวและการสื่อสารบกพร่อง สูญเสียความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและการทำงาน ต้องพึ่งพาผู้อื่น หรือเสียชีวิต โดยกรมการแพทย์ระบุว่าผู้ป่วยจำนวนมากมีความพิการหลงเหลือภายหลังเกิดโรค ซึ่งส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจโดยรวม ในระดับครอบครัว สมาชิกอาจต้องปรับบทบาทมาเป็นผู้ดูแล ทำให้เกิดภาระด้านเวลา การดูแลระยะยาว ค่าเดินทาง ค่ารักษาพยาบาล และการสูญเสีย

รายได้จากการลดเวลาทำงานหรือหยุดประกอบอาชีพเพื่อดูแลผู้ป่วย ขณะที่ในระดับ ชุมชนและสังคม การมีผู้ป่วยพิการหรือพึ่งพิงเพิ่มขึ้นย่อมเพิ่มความต้องการบริการฟื้นฟู การเยี่ยมบ้าน การดูแลระยะยาว และการประสานงานระหว่างครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ ส่วนในด้านเศรษฐกิจ โรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดทั้งต้นทุนทางตรงจากการรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดูแลต่อเนื่อง และต้นทุนทางอ้อมจากการสูญเสียผลิตภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยเฉพาะกรณีเสียชีวิตก่อนวัยอันควรหรือเกิดความพิการระยะยาว ดังนั้น การแก้ไขปัญหาโรคหลอดเลือดสมองจึงไม่ควรมุ่งเฉพาะการรักษาผู้ป่วยภายหลังเกิดโรค แต่ควรให้ความสำคัญกับ การป้องกันระดับปฐมภูมิในประชาชนกลุ่มเสี่ยง ผ่านการคัดกรองและประเมินความเสี่ยง การสร้างความรู้และความตระหนัก การพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ตลอดจนการติดตามอย่างต่อเนื่องในระบบบริการปฐมภูมิ อันเป็นเหตุผลสำคัญในการศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม เพื่อให้ได้รูปแบบที่สอดคล้องกับปัญหาและบริบทของพื้นที่ และสามารถนำไปใช้ลดปัจจัยเสี่ยงและโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเป็นระบบและยั่งยืน[3]

จากการทบทวนงานวิจัยที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูลวารสารวิชาการของประเทศไทย พบงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการพัฒนารูปแบบและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนกลุ่มเสี่ยง หลายการศึกษา ได้แก่ ญนัท วอลเตอร์, โรชินี อุปรา และประกายแก้ว ธนสุวรรณ[4] ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมองสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงในชุมชนท้องถิ่นภาคเหนือ ด้วยการวิจัยและพัฒนาในประชาชนกลุ่มเสี่ยงจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 76 คน โดยพัฒนาสื่อวิดีทัศน์ภาษาถิ่น โปสเตอร์ และแผ่นแม่เหล็กแสดงสัญญาณเตือน ผลพบว่าหลังได้รับรูปแบบการให้ความรู้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง สะท้อนความสำคัญของการออกแบบสื่อให้สอดคล้องกับบริบทชุมชน ทิพาพร ราชาไกร และกรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์[5] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เน้นการพัฒนาศักยภาพพยาบาลและระบบบริการเพื่อให้สามารถประเมินความเสี่ยง ให้คำแนะนำ และเชื่อมโยงผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการได้อย่างเหมาะสม แสดงให้เห็นว่าศักยภาพของบุคลากรระดับปฐมภูมิเป็นองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เอกชัย สุริยะ[6] ศึกษาเรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลท่าคันโท อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมุ่งพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงในระดับบริการและชุมชน ผลการศึกษาสนับสนุนความสำคัญของการจัดระบบดูแล การประเมินความเสี่ยง การให้ความรู้ และการเชื่อมโยงการดูแลกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง เพราพนิต สอนสิทธิ์, จตุพร เหลืองอุบล และสุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์[7] ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีกลุ่มเป้าหมาย 48 คน และได้รูปแบบสำคัญ 4 กิจกรรม ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยหลังดำเนินการกลุ่มเสี่ยงมีคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อารีย์รัตน์ เปสูงเนิน, สุนิสา ค้าขึ้น และนฤมล เปรมาสวัสดิ์[8] ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพต่อ

พฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าการประยุกต์แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพสามารถนำมาใช้ส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงได้ ธวัชชัย เหลืองศิริ และสุจิตรา บุษปฤกษ์[9] ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง บริบทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัดหนองคาย ด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยให้บุคลากร ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน และ อสม. มีส่วนร่วมในการพัฒนาและประเมินรูปแบบ แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการจัดการปัจจัยเสี่ยงร่วมกับระบบสนับสนุนในระดับปฐมภูมิ และ ณัจฉรียา แช่มพุทรา และกิตติภูมิ ภิญโย[10] ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงหรือไขมันในเลือดสูงร่วมด้วย จำนวน 40 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมผ่านแอปพลิเคชันไลน์เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ผลพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสรุป งานวิจัยในประเทศไทยมีแนวโน้มสอดคล้องกันว่า รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่มีประสิทธิผลไม่ควรจำกัดเพียงการให้ความรู้ แต่ควรประกอบด้วย การคัดกรองและประเมินความเสี่ยง การสร้างความรู้และการรับรู้ความเสี่ยง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเสริมความสามารถในการจัดการตนเอง การมีส่วนร่วมของครอบครัว อสม. ชุมชนและบุคลากรสาธารณสุข ตลอดจนการติดตามเยี่ยมบ้านและการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสามารถนำมาเป็นฐานในการพัฒนาองค์ประกอบของรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคามได้อย่างเหมาะสม

ในบริบทของตำบลหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองซอน ครอบคลุมพื้นที่ 16 หมู่บ้าน มีประชากรตามทะเบียนราษฎรของกรมการปกครอง ณ เดือนเมษายน พ.ศ. 2569 จำนวน 6,342 คน ขณะที่ข้อมูลประชากรที่อาศัยอยู่จริงตามระบบ 3 หมอมีจำนวน 4,850 คน สะท้อนให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างประชากรตามทะเบียนกับประชากรที่อาศัยอยู่จริง ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญต่อการวางแผนคัดกรอง ติดตาม และจัดบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน[11] โดยเฉพาะประชากรสูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังและโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น จากข้อมูลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในระบบ 3 หมอของพื้นที่ พบว่า ปี พ.ศ. 2567 มีผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง 1,054 คน เป็นผลปกติ 827 คน และมีความเสี่ยง 227 คน ต่อมาในปี พ.ศ. 2568 มีผู้ได้รับการคัดกรอง 1,021 คน เป็นผลปกติ 754 คน และมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเป็น 267 คน และข้อมูลปี พ.ศ. 2569 พบผู้ได้รับการคัดกรองจำนวน 1,069 คน เป็นผู้ที่มีผลคัดกรองปกติ 796 คน และมีความเสี่ยงอย่างน้อย 1 ด้าน จำนวน 273 คน คิดเป็นร้อยละ 25.54 ของผู้ที่ได้รับการคัดกรอง แสดงให้เห็นว่าประมาณหนึ่งในสี่ของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองมีปัญหาหรือภาวะเสี่ยงที่จำเป็นต้องได้รับการประเมิน ดูแล และติดตามอย่างต่อเนื่อง[12,13,14] นอกจากนี้ จากทะเบียนและบัญชีติดตามผู้ป่วยของหน่วยบริการยังพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่หลายราย ทั้งกลุ่ม acute stroke, ischemic stroke และ recurrent stroke รวมถึงผู้ป่วยบางรายที่มีโรคร่วม เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดผิดปกติ และโรคไตเรื้อรัง สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาโรคหลอดเลือดสมองมิได้เป็นเพียงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต แต่เป็นปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่แล้ว[11] ผลกระทบของ

ปัญหาดังกล่าวมีความเชื่อมโยงตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน จนถึงระบบบริการสุขภาพ กล่าวคือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ไม่ได้รับการค้นหาและจัดการปัจจัยเสี่ยงอย่างเหมาะสมอาจพัฒนาไปสู่โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งอาจทำให้เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต ความบกพร่องด้านการสื่อสารและการเคลื่อนไหว สูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและการประกอบอาชีพ รวมถึงการเสียชีวิต ขณะที่ผู้รอดชีวิตบางรายต้องได้รับการฟื้นฟูและพึ่งพาผู้อื่นในระยะยาว ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแล มีภาระด้านเวลา ค่าใช้จ่าย การเดินทาง และอาจสูญเสียรายได้จากการประกอบอาชีพ สำหรับชุมชนและหน่วยบริการปฐมภูมิจะมีภาระเพิ่มขึ้นในการเยี่ยมบ้าน ฟื้นฟูสมรรถภาพ จัดการโรคเรื้อรัง ประสานการส่งต่อ และดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ แม้พื้นที่จะมีการคัดกรองผู้สูงอายุโดย อสม. และมีระบบ 3 หมอเป็นกลไกสนับสนุนอยู่แล้ว แต่ข้อมูลที่พบว่าผู้สูงอายุจำนวนมากยังมีภาวะเสี่ยงประกอบกับการมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นจริงในชุมชน ชี้ให้เห็นถึงช่องว่างระหว่างการค้นพบความเสี่ยงกับการจัดการความเสี่ยงให้เกิดผลอย่างเป็นระบบ จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่เชื่อมโยงการคัดกรอง การจำแนกระดับความเสี่ยง การให้ความรู้และสร้างความตระหนัก การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดการโรคประจำตัว การเสริมพลังในการดูแลตนเอง การมีส่วนร่วมของครอบครัว อสม. และภาคีเครือข่าย ตลอดจนการติดตามและส่งต่ออย่างต่อเนื่องให้เหมาะสมกับบริบทของตำบลหนองซอน เพื่อป้องกันหรือลดการเกิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ ลดความพิการและภาวะพึ่งพิง ลดภาระของครอบครัวและระบบบริการสุขภาพ และนำไปสู่ระบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาบริบทการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

2.2 เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

2.3 เพื่อประเมินผลรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart[15] 4 ประกอบด้วยการวางแผน (Planning: P) การปฏิบัติการ (Action: A) การสังเกตการณ์ (Observation: O) และการสะท้อนกลับ (Reflection: R) ดำเนินการวิจัยในประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ระยะเวลาดำเนินการจำนวน 16 สัปดาห์ ระหว่างเดือนตุลาคม 2569 ถึงเดือนมีนาคม 2569 แบ่งเป็น 3 ระยะ 1) การศึกษาบริบทและวิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม และ 3) การนำรูปแบบที่พัฒนาไปทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

1. ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบล

หนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ด้านข้อมูลทั่วไป แนวทางการดำเนินงานที่ผ่านมา ปัญหา อุปสรรค รวมถึงนโยบายด้านการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม (2 ตุลาคม 2568 ถึง 30 พฤศจิกายน 2568)

2. ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม โดยนำข้อมูลบริบท และนโยบายการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม เพื่อวางแผนการดำเนินงานให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป โดยขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม (1 ธันวาคม 2568 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2569) ดังนี้

2.1 การศึกษาบริบทและการประเมินสถานการณ์

2.1.1 ข้อมูลพื้นฐานด้านการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

2.1.2 ประเมินสถานการณ์ (Situation analysis) การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้การศึกษาข้อมูลพื้นฐานที่มี การแบบสัมภาษณ์ การสำรวจข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลจากการสำรวจและข้อมูล Secondary Data จากหน่วยบริการสาธารณสุข ข้อมูลการปฏิบัติงานกระทรวงสาธารณสุข และนำข้อมูลมาวิเคราะห์และสะท้อนปัญหาคืนสู่ชุมชนผ่านการประชาคม

2.2 การสนทนากลุ่ม และการประชุมกลุ่มย่อย (Multiple Focus Group Discussion) เพื่อทราบถึงบริบท สถานการณ์ การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ข้อมูลทั่วไป แนวทางการดำเนินงานที่ผ่านมา ปัญหา อุปสรรค รวมถึงนโยบายด้านการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยง แนวทางสนับสนุนการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยง จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรสาธารณสุข องค์กรเอกชน นำผลการศึกษาและผลการประชุมกลุ่มย่อยมาสังเคราะห์ข้อมูลนำเข้าเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 2 วงรอบ (ครั้งที่ 1 วันที่ 8 ธันวาคม 2568 ครั้งที่ 2 วันที่ 10 มกราคม 2569)

3. ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เป็นการนำรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม โดยทดลองใช้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 30 คน ในด้านความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (1 มีนาคม 2569 ถึง 30 เมษายน 2569)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. พื้นที่ทำการศึกษา คือ ตำบลหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

2. กลุ่มเป้าหมาย การศึกษาในครั้งนี้ได้มีการมีการศึกษาโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาคุณภาพงานตามวงล้อ PAOR โดยเลือกกลุ่มเป้าหมายเป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

2.1 กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุ 6 คน 2) ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 6 คน 3) ประชาชนกลุ่มเสี่ยง 6

คน 4) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 3 คน 5) ผู้แทนผู้นำชุมชน 3 คน 6) ผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2 คน 7) นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน และ 8) พยาบาลวิชาชีพ 2 คน รวม 30 คน

2.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 30 คน

2.3 ขอบเขตด้านระยะเวลา ระหว่างเดือนตุลาคม 2569 ถึงเดือนเมษายน 2569

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการ

1.1 แนวทางการสนทนากลุ่มในระยะสังเกตการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แนวคำถามในการสนทนากลุ่มเพื่อการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม มีประเด็นหลักดังนี้ 1) รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยง 2) ปัญหาอุปสรรคการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยง 3) แนวทาง หรือ รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยง 3) ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยง 4) หัวใจของการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยง 5) การวางแผนการดำเนินงาน ประสานงาน และประเมินการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคามเป็นอย่างไร

ส่วนที่ 2 แนวคำถามในการสนทนากลุ่มในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยง การประสานความร่วมมือกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ภาคีเครือข่ายในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยง

1.2 แนวทางการสังเกต ติดตาม และบันทึกการเปลี่ยนแปลง ใช้ในการประเมินตลอดช่วงของการดำเนินกิจกรรมทุกระยะ สังเกตสิ่งต่าง ๆ รวมทั้งพฤติกรรมของผู้ร่วมวิจัย และมีการบันทึกการสังเกตการดำเนินงานทุกขั้นตอนของการวิจัย โดยมีแนวทางการสังเกต ประกอบด้วย การสังเกตการมีส่วนร่วม ได้แก่ การสังเกตการแสดงความคิดเห็น ความสนใจขณะเข้าร่วมกลุ่ม สังเกตการเปลี่ยนแปลงและกระบวนการปฏิสัมพันธ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เช่น การรวมกลุ่ม การแสดงความคิดเห็น และการสังเกตผลลัพธ์การดำเนินการ ตามวัตถุประสงค์ รวมทั้งปัญหาและอุปสรรค อุปกรณ์ที่ใช้ในการช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เทปบันทึกเสียง ช่วยให้มีข้อมูลที่ถูกต้องและครอบคลุมทุกประเด็น

1.3 สื่อที่ใช้ในการฝึกอบรม ประกอบด้วย วีดีทัศน์โรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ชุดสไลด์สำหรับสอนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยง เรื่องสั้นโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยง Role Model และ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และโรคประจำตัว จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 20 ข้อ ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 15 ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับอนุญาตจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่างก่อนลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เก็บข้อมูลบริบทและสถานการณ์จากเอกสารทะเบียนสุขภาพ การสังเกต การสนทนากลุ่ม และการประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จากนั้นเก็บข้อมูลประชาชนกลุ่มเสี่ยงก่อนดำเนินการ โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ PAOR จำนวน 2 วงรอบ พร้อมบันทึกผลการปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล เมื่อสิ้นสุดการทดลองใช้รูปแบบ เก็บข้อมูลหลังดำเนินการด้วยแบบสอบถามชุดเดิม ตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย ข้อมูลจากการแบบสอบถาม การสัมภาษณ์ และการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยง จะทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา และนำเสนอเป็นค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) กรณีข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกตินำเสนอด้วยมัธยฐาน (Mean) เปอร์เซนต์ไทล์ที่ 25 และ 75

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย ข้อมูลได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มแนวการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประชาชนกลุ่มเสี่ยง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้แทนผู้นำชุมชน ผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นักวิชาการสาธารณสุข และ พยาบาลวิชาชีพ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยง จากแนวทางการสังเกตติดตาม และบันทึกการเปลี่ยนแปลง จะทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ของข้อมูลอย่างเป็นระบบ รวบรวม ตรวจสอบและจัดกลุ่มของข้อมูล จัดหมวดหมู่ โดยทำการตรวจสอบตั้งแต่การเก็บรวบรวมข้อมูล ความครบถ้วนตรงตามที่ผู้ให้ข้อมูลให้มา และทำการตรวจสอบข้อมูล

3. เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ย ประกอบด้วย เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบโดยใช้สถิติทดสอบ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลเชียงยืน เลขที่ CY 29/2568 ลงวันที่ 1 ตุลาคม 2568

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. บริบทและสถานการณ์การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

ตำบลหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองซอน ครอบคลุมพื้นที่จำนวน 16 หมู่บ้าน มีประชากรตามทะเบียนราษฎร ณ เดือนเมษายน พ.ศ. 2569 จำนวน 6,342 คน และมีประชากรที่อาศัยอยู่จริงตามระบบ 3 หมอ จำนวน 4,850 คน ความแตกต่างระหว่างจำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎรและประชากรที่อาศัยอยู่จริงเป็นประเด็นสำคัญสำหรับ

การวางแผนค้นหา คัดกรอง ติดตาม และจัดบริการสุขภาพเชิงรุกให้ครอบคลุมประชาชนกลุ่มเป้าหมาย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองซอน, 2569)

สถานการณ์ด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่พบว่า มีกลุ่มประชาชนที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และโรคไตเรื้อรัง ซึ่งปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การขาดกิจกรรมทางกาย ภาวะอ้วน และพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมยังเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรค (กรมการแพทย์, 2567) ดังนั้น การป้องกันโรคจึงควรให้ความสำคัญกับการควบคุมความดันโลหิต ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด การควบคุมน้ำหนัก การลดการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม การมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ การงดสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดจนการตรวจติดตามสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (กรมควบคุมโรค, 2567)

จากข้อมูลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า ปี พ.ศ. 2567 มีผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน จำนวน 1,054 คน ผลการคัดกรองอยู่ในเกณฑ์ปกติ 827 คน และพบความเสี่ยง จำนวน 227 คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองซอน, 2567) ต่อมาในปี พ.ศ. 2568 มีผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองจำนวน 1,021 คน ผลปกติ 754 คน และพบกลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้นเป็น 267 คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองซอน, 2568) ขณะที่ในปี พ.ศ. 2569 พบผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงจำนวน 273 คน คิดเป็นร้อยละ 25.54 ของผู้ได้รับการคัดกรอง สะท้อนให้เห็นว่าพื้นที่ยังมีประชากรกลุ่มเสี่ยงจำนวนมากที่จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและจัดการปัจจัยเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองซอน, 2569) โดยเอกสารต้นฉบับระบุรายงานการคัดกรองของพื้นที่แยกรายปี พ.ศ. 2567–2569 ไว้เป็นแหล่งข้อมูลภายในของหน่วยบริการ

ด้านระบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พื้นที่มีต้นทุนสำคัญ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และกลไก 3 หมอ ซึ่งสนับสนุนการคัดกรองและค้นหาประชาชนกลุ่มเสี่ยงในชุมชน อย่างไรก็ตาม ยังพบช่องว่างระหว่างการค้นพบประชาชนที่มีความเสี่ยงกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง จึงควรพัฒนาการดำเนินงานให้ครอบคลุมตั้งแต่การคัดกรองและจำแนกระดับความเสี่ยง การสร้างความรู้และความตระหนัก การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการจัดการตนเอง การมีส่วนร่วมของครอบครัว อสม. และภาคีเครือข่าย ตลอดจนการติดตามและส่งต่ออย่างต่อเนื่อง (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองซอน, 2569)

ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองซอนจึงควรอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชน ครอบครัว อสม. ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และบุคลากรสาธารณสุข โดยเชื่อมโยงการค้นหาและประเมินความเสี่ยง การสร้างความรอบรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดการตนเอง และการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยลดปัจจัยเสี่ยง ป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ และพัฒนาระบบการป้องกันโรคในชุมชนให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนารูปแบบที่กำหนดไว้ในโครงการวิจัย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองซอน, 2569)

2. ผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ผู้วิจัยประยุกต์ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ เคมมิส และแมกแทกการ์ดร่วมกับการนำทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจมาออกแบบกิจกรรมผ่าน

กระบวนการพัฒนาคุณภาพตามหลักการ (PAOR) จำนวน 2 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ได้รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม คือ NONGSON STROKE Model ประกอบด้วย

1) ค้นหาและประเมินความเสี่ยงเชิงรุก (Proactive Risk Identification and Assessment) หมายถึง การดำเนินงานค้นหาประชาชนที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนอย่างเป็นระบบ โดยใช้ข้อมูลทะเบียนสุขภาพ การคัดกรองของ อสม. และการประเมินภาวะสุขภาพรายบุคคล เช่น ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะอ้วน การสูบบุหรี่ และพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อจำแนกระดับความเสี่ยงและกำหนดแนวทางติดตาม ดูแล และส่งต่อที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล โดยเชื่อมโยงการดำเนินงานระหว่างบุคลากรสาธารณสุข อสม. ครอบครัว และชุมชนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ที่มีระบบคัดกรองและกลไก 3 หมอ เป็นฐานในการค้นหากลุ่มเสี่ยง

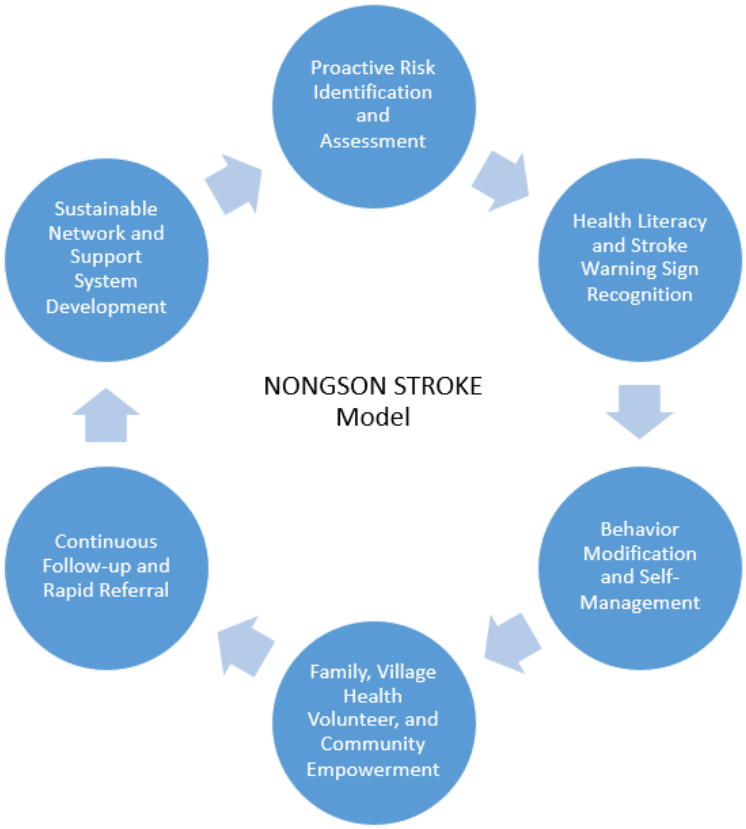
2) พัฒนาความรอบรู้และรู้ทันสัญญาณเตือน (Health Literacy and Stroke Warning Sign Recognition) หมายถึง การพัฒนาความรู้และทักษะของประชาชนกลุ่มเสี่ยงให้สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองไปใช้ในการดูแลตนเอง ตลอดจนสามารถระบุปัจจัยเสี่ยงและสังเกตสัญญาณเตือนสำคัญ เช่น หน้าเบี้ยว แขนขาอ่อนแรง และพูดไม่ชัด เพื่อให้ตัดสินใจขอความช่วยเหลือและเข้ารับบริการทางการแพทย์ได้อย่างรวดเร็ว

3) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการจัดการตนเอง (Behavior Modification and Self-Management) หมายถึง การส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสามารถกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ได้แก่ การลดอาหารหวาน มัน เค็ม การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก การงดสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานยาตามแผนการรักษา และการติดตามภาวะสุขภาพของตนเองอย่างสม่ำเสมอ

4) เสริมพลังครอบครัว อสม. และชุมชน (Family, Village Health Volunteer, and Community Empowerment) หมายถึง การส่งเสริมศักยภาพและการมีส่วนร่วมของครอบครัว อสม. ผู้นำชุมชน และประชาชนในการสนับสนุนการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยร่วมให้ข้อมูล คำแนะนำ กำลังใจ กระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ติดตามภาวะสุขภาพ และร่วมจัดกิจกรรมที่เอื้อต่อการลดปัจจัยเสี่ยงของประชาชนในชุมชน

5) ติดตามต่อเนื่องและส่งต่อรวดเร็ว (Continuous Follow-up and Rapid Referral) หมายถึง การจัดระบบติดตามประชาชนกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่องผ่านการเยี่ยมบ้าน การติดตามโดย อสม. และบุคลากรสาธารณสุข รวมถึงการประเมินปัจจัยเสี่ยงเป็นระยะ และจัดระบบประสานส่งต่อเมื่อพบความผิดปกติหรือสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ได้รับการประเมินและรักษาอย่างรวดเร็ว ลดความรุนแรง ความพิการ และการเสียชีวิต

6) สร้างเครือข่ายและระบบสนับสนุนอย่างยั่งยืน (Sustainable Network and Support System Development) หมายถึง การพัฒนาความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. ครอบครัว ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดบทบาท การประสานงาน การใช้ข้อมูลร่วมกัน และการสนับสนุนทรัพยากร เพื่อให้การคัดกรอง เฝ้าระวัง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ติดตาม และป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน



ภาพที่ 1 รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยง

3. ผลลัพธ์ของรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยพบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลอง 2.63 คะแนน (95%CI=2.45-2.81) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลอง 3.43 คะแนน (95%CI=3.03-3.83) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลอง 2.40 คะแนน (95%CI=2.21-2.58) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลอง 3.13 คะแนน (95%CI=2.87-3.38) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลอง 2.73 คะแนน (95%CI=2.56-2.90) แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลอง 2.96 คะแนน (95%CI=2.68-3.25) และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลอง 3.83 คะแนน (95%CI=3.50-4.15) ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคามก่อนและหลังการทดลอง

การดูแลระยะยาวฯ	ก่อน (n=30) $\bar{x}$ (SD)	หลัง (n=30) $\bar{x}$ (SD)	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดฯ	5.77(1.00)	8.40(1.22)	2.63	2.45-2.81	29.427	<0.001**
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	7.97(0.80)	11.40(1.71)	3.43	3.03-3.83	17.531	<0.001**
การรับรู้ความรุนแรง	10.53(1.73)	12.93(1.79)	2.40	2.21-2.58	26.381	<0.001**
การรับรู้ประโยชน์	9.03(1.40)	12.16(1.87)	3.13	2.87-3.38	25.184	<0.001**
การรับรู้อุปสรรค	11.03(0.85)	13.76(0.97)	2.73	2.56-2.90	33.285	<0.001**
แรงสนับสนุนทางสังคม	20.10(1.51)	23.06(1.91)	2.96	2.68-3.25	21.243	<0.001**
พฤติกรรมการป้องกันโรคฯ	37.00(0.83)	40.83(1.53)	3.83	3.50-4.15	24.015	<0.001**

**p-value<0.001

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้พบว่า การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม โดยประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart[15] ร่วมกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผ่านกระบวนการ PAOR จำนวน 2 วงรอบ ทำให้ได้ NONGSON STROKE Model ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การค้นหาและประเมินความเสี่ยงเชิงรุก 2) การพัฒนาความรอบรู้และรู้ทันสัญญาณเตือน 3) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการจัดการตนเอง 4) การเสริมพลังครอบครัว อสม. และชุมชน 5) การติดตามต่อเนื่องและส่งต่อรวดเร็ว และ 6) การสร้างเครือข่ายและระบบสนับสนุนอย่างยั่งยืน รูปแบบดังกล่าวสะท้อนการแก้ปัญหาที่เชื่อมโยงตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ โดยให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ดำเนินกิจกรรม สังเกตผล และสะท้อนผลเพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงการดำเนินงานในวงรอบต่อไป จึงทำให้รูปแบบมีความสอดคล้องกับปัญหาและบริบทของตำบลหนองซอน โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีผู้สูงอายุและประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่จำเป็นต้องได้รับการคัดกรองและติดตามอย่างต่อเนื่อง ผลการพัฒนารูปแบบดังกล่าวสามารถอธิบายได้จากลักษณะสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ไม่ได้กำหนดกิจกรรมจากผู้วิจัยเพียงฝ่ายเดียว แต่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประชาชนกลุ่มเสี่ยง อสม. ผู้นำชุมชน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และบุคลากรสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา การดำเนินงานในลักษณะนี้ทำให้ผู้เกี่ยวข้องได้ร่วมกันกำหนดปัญหาและแนวทางแก้ไขจากสภาพจริงของพื้นที่ ตลอดจนสามารถนำผลการปฏิบัติในวงรอบแรกมาสะท้อนและปรับปรุงในวงรอบที่สอง ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้รูปแบบมีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ได้จริง นอกจากนี้ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นไม่ได้มุ่งเฉพาะการให้ความรู้ แต่ครอบคลุมการประเมินความเสี่ยง การจัดการตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน และการติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนงานวิจัยในประเทศไทยที่พบว่า การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่มีประสิทธิผลควรดำเนินการหลายองค์ประกอบร่วมกัน ทั้งการคัดกรอง การสร้างการรับรู้ความเสี่ยง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การจัดการตนเอง การมีส่วนร่วมของครอบครัว อสม. และบุคลากรสาธารณสุข รวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง

ภายหลังการทดลองใช้ NONGSON STROKE Model พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ย 5.93 คะแนน (95% CI = 5.76–6.10) ผลดังกล่าวอาจเกิดจากองค์ประกอบด้านการพัฒนาความรอบรู้และรู้ทันสัญญาณเตือน ซึ่งไม่ได้เน้นเพียงการถ่ายทอดเนื้อหาเกี่ยวกับโรค แต่ส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงเข้าใจปัจจัยเสี่ยง สามารถประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง และจดจำสัญญาณเตือนสำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้ประชาชนมีความสามารถในการนำข้อมูลไปใช้ประกอบการตัดสินใจด้านสุขภาพมากขึ้น ทั้งนี้ การสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนและการเข้ารับการรักษาอย่างรวดเร็วเป็นแนวทางสำคัญในการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกรมควบคุมโรคเช่นกัน[3] ด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่า กิจกรรมในรูปแบบทำให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับรู้สถานะความเสี่ยงของตนเองจากการคัดกรองและประเมินสุขภาพเชิงรุก เมื่อบุคคลทราบว่าตนเองมีปัจจัยเสี่ยง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ภาวะอ้วน หรือพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ย่อมทำให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมากขึ้น ขณะเดียวกัน การให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบของโรค เช่น ความพิการ ภาวะพึ่งพิง และการเสียชีวิต ช่วยส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรง ส่วนการฝึกทักษะด้านอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก การรับประทานยา และการติดตามสุขภาพทำให้กลุ่มตัวอย่างมองเห็นประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ระบุว่าการควบคุมความดันโลหิต น้ำตาล ไขมันในเลือด น้ำหนัก การลดอาหารหวาน มัน เค็ม การออกกำลังกาย และการงดสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นแนวทางสำคัญในการลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง[2] สำหรับการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ควรพิจารณาทิศทางคะแนนอย่างระมัดระวัง หากแบบสอบถามกำหนดให้ คะแนนสูงหมายถึงมีอุปสรรคมาก ผลที่คะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองจะไม่สอดคล้องกับผลที่คาดหวังของโปรแกรม และควรตรวจสอบการลงรหัสหรือการแปลผลอีกครั้ง แต่หากแบบสอบถามกำหนดให้คะแนนสูงหมายถึงสามารถจัดการหรือมีการรับรู้อุปสรรคน้อยลง จึงสามารถอภิปรายได้ว่า กิจกรรมการเสริมพลัง การฝึกแก้ไขปัญหา และการสนับสนุนจากครอบครัวและ อสม. ช่วยให้ประชาชนสามารถจัดการข้อจำกัดในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคได้ดีขึ้น ประเด็นนี้ควรตรวจสอบกับเกณฑ์การให้คะแนนของเครื่องมือก่อนจัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์ ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า คะแนนภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวน่าจะสัมพันธ์กับองค์ประกอบการเสริมพลังครอบครัว อสม. และชุมชน ซึ่งกำหนดให้บุคคลรอบตัวประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้ามามีบทบาทในการให้ข้อมูล คำแนะนำ กำลังใจ การกระตุ้นเตือน และการติดตามพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งเชื่อมโยงกับบุคลากรสาธารณสุขเมื่อพบปัญหา การได้รับแรงสนับสนุนจากหลายแหล่งอย่างต่อเนื่องจึงช่วยสร้างแรงจูงใจและความมั่นใจในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของครอบครัว อสม. ชุมชน และบุคลากรสุขภาพยังเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่งานวิจัยในประเทศไทยสนับสนุนว่าเหมาะสมสำหรับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนกลุ่มเสี่ยง ด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่า NONGSON STROKE Model สามารถเชื่อมโยงการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้และการรับรู้ไปสู่การปฏิบัติได้ ทั้งนี้อาจเป็นผลจากการดำเนินกิจกรรมหลายองค์ประกอบร่วมกัน โดยประชาชนไม่ได้รับเพียงความรู้ แต่ได้ประเมินความเสี่ยงของตนเอง กำหนดเป้าหมายสุขภาพ ฝึกทักษะการจัดการตนเอง ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและ อสม. รวมทั้งได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง จึงช่วยกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น การเลือกรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย การควบคุมน้ำหนัก การรับประทานยาตามแผนการรักษา การลดหรือหลีกเลี่ยงบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการติดตามภาวะสุขภาพของตนเองอย่างสม่ำเสมอ

โดยสรุป ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า NONGSON STROKE Model มีจุดเด่นจากการบูรณาการการจัดการความเสี่ยงระดับบุคคลเข้ากับการเสริมพลังครอบครัวและชุมชน ตลอดจนระบบบริการสุขภาพ โดยใช้กระบวนการ PAOR เป็นกลไกในการพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบจากสถานการณ์จริงของพื้นที่ ส่งผลให้ภายหลังการทดลองประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีความรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้น จึงมีศักยภาพที่จะนำไปใช้เป็นแนวทางสำหรับการค้นหา เฝ้าระวัง และลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในระดับชุมชน รวมทั้งสามารถนำไปปรับใช้ในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้ ซึ่งสอดคล้องกับประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการพัฒนารูปแบบในโครงการวิจัย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.1 ด้านการคัดกรองและจัดการความเสี่ยง ควรนำ NONGSON STROKE Model มาใช้เป็นแนวทางในการค้นหา คัดกรอง และจำแนกระดับความเสี่ยงของประชาชนอย่างเป็นระบบ พร้อมจัดทำแผนดูแลรายบุคคลให้เหมาะสมกับระดับความเสี่ยง

1.2 ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการจัดการตนเอง ควรจัดกิจกรรมพัฒนาความรอบรู้เกี่ยวกับโรคและสัญญาณเตือน ควบคู่กับการฝึกทักษะด้านอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

1.3 ด้านระบบสนับสนุนและความยั่งยืน ควรสร้างกลไกความร่วมมือระหว่างครอบครัว อสม. ผู้นำชุมชน บุคลากรสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการติดตาม เยี่ยมบ้าน สนับสนุนทรัพยากร และเชื่อมโยงระบบส่งต่อ เพื่อให้การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดำเนินงานได้อย่างยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาประสิทธิผลของ NONGSON STROKE Model โดยใช้การวิจัยกึ่งทดลองที่มีกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

2.2 ควรเพิ่มระยะเวลาติดตามผลหลังสิ้นสุดการดำเนินงาน เช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 12 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมการป้องกันโรคและความต่อเนื่องของการจัดการปัจจัยเสี่ยง

2.3 ควรขยายการศึกษาไปยังพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน และประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพร่วมด้วย เช่น ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ภาวะไขมันในเลือด และระดับความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเพิ่มหลักฐานสำหรับการนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ในวงกว้าง

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์. (2567). แนวทางการป้องกันและดูแลโรคหลอดเลือดสมอง. กระทรวงสาธารณสุข.
2. กรมควบคุมโรค. (2567). กรมควบคุมโรครณรงค์วันหลอดเลือดสมองโลก ปี 2567 มุ่งเน้นให้ประชาชนมีกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง. กระทรวงสาธารณสุข.
3. กรมควบคุมโรค. (2568). กรมควบคุมโรครณรงค์วันหลอดเลือดสมองโลก 2568 ร่วมสร้างความตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการสังเกตสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองและเข้ารับการรักษาอย่างรวดเร็ว. กระทรวงสาธารณสุข.
4. ญนัท วอลเตอร์, โรชินี อุปรา, และประกายแก้ว ธนสุวรรณ. (2559). การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมองสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงในชุมชนท้องถิ่นภาคเหนือ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 3(2), 100–116.
5. ทิพาพร ราชาไกร, และกรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์. (2566). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์.
6. เอกชัย สุริยะ. (2566). การพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลท่าคันโท อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 16, 141–155.
7. เพราพนิต สอนสิทธิ์, จตุพร เหลืองอุบล, และสุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์. (2567). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 9(2), 137–149.
8. อารีย์รัตน์ เปสูงเนิน, สุนิสา ค้าขึ้น, และนฤมล เปรมาสวัสดิ์. (2568). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 19(2).
9. ธวัชชัย เหลืองศิริ, และสุจิตรา บุษปฤกษ์. (2568). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง บริบทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัดหนองคาย.
10. ณัจฉรียา แช่มพุทรา, และกิตติภูมิ ภิญโย. (2568). ผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ.
11. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองซอน. (2569). ทะเบียนและบัญชีติดตามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองซอน [เอกสารภายใน]. อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม.
12. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองซอน. (2567). รายงานผลการคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชน 9 ด้าน ปี พ.ศ. 2567. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม.
13. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองซอน. (2568). รายงานผลการคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชนจากโปรแกรม 3 หมอ ปี พ.ศ. 2568. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม.
14. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองซอน. (2569). รายงานผลการคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชนจากโปรแกรม 3 หมอ ปี พ.ศ. 2569. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม.
15. Kemmis, S., & McTaggart, R. (Eds.). (1988). The action research planner (3rd ed.). Deakin University Press.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วม เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอตาลสุม จังหวัดอุบลราชธานี

Development of a Participatory Palliative Care Model within the Health Service Network of Tan Sum District, Ubon Ratchathani Province.

(Received: August 11,2026 ; Revised: August 15,2026 ; Accepted: August 19,2026)

กัลยาณี คำศรี[1]
Kallayanee Kumsri[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วม เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอตาลสุม จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนากระบวนการประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพเครือข่ายสุขภาพอำเภอตาลสุม บุคลากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายอำเภอตาลสุม ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ดูแล (CG) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน และ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) รวม 60 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมินผล คือ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ขึ้นทะเบียนในเครือข่ายสุขภาพอำเภอตาลสุม จำนวน 30 คน โดยการประยุกต์ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart จำนวน 2 วงรอบ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 12 สัปดาห์ ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2566 ถึงเดือน ตุลาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการรวบรวม จัดหมวดหมู่ วิเคราะห์เนื้อหา และเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยใช้สถิติ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วม เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอตาลสุม จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย 1) เชื่อมระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแบบไร้รอยต่อ 2) สร้างและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยการจัดอบรมจิตอาสา อสม.และผู้ดูแลผู้ป่วย 3) เสริมสร้างองค์ความรู้ในการดูแลที่ทันสมัย โดยให้ความรู้แก่บุคลากร ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย และเครือข่ายชุมชนในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้ายอย่างครอบคลุมและทันสมัย 4) ใช้หลัก “บวร” (บ้าน วัด ราชการ) บูรณาการการทำงานร่วมกับชุมชนอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง 5) จัดตั้งศูนย์อุปกรณ์ในชุมชน และหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการดูแลของญาติ ความพึงพอใจ การปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง และการดูแลตามกรอบ 7 Aspects of Care สูงกว่าการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : รูปแบบ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง การมีส่วนร่วม เครือข่ายบริการสุขภาพ

Abstract

This action research aimed to develop a participatory palliative care model within the Tan Sum District Health Network, Ubon Ratchathani Province, Thailand. The process-development sample consisted of 60 participants, including multidisciplinary health team members from the Tan Sum District Health Network, personnel from subdistrict health-promoting hospitals, terminally ill patients, caregivers (CGs), village health volunteers (VHVs), community leaders, and local administrative organization representatives. The evaluation sample comprised 30 terminally ill patients registered in the district health network. The study applied the action research framework of Kemmis and McTaggart, consisting of two cycles. Data were collected over 12 weeks from July to October 2023 using researcher-developed questionnaires. Data analysis included data compilation, categorization, content analysis, and comparison of mean differences between pre- and post-intervention scores using paired t-test statistics.

The findings indicated that the participatory palliative care model comprised five key components: (1) seamless integration of palliative care services across the network; (2) strengthening and capacity building of the

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำหว้า สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตาลสุม จังหวัดอุบลราชธานี

palliative care network through volunteer training for VHVs and caregivers; (3) enhancement of up-to-date knowledge for health personnel, patients, caregivers, and community networks regarding comprehensive end-of-life care; (4) integration of the "Bowon" principle (Home–Temple–Government) to foster sustained community collaboration; and (5) establishment of a community-based medical equipment center. After implementation, the sample demonstrated significantly higher mean scores in family caregiving performance, satisfaction, adherence to the palliative care model, and care delivery based on the 7 Aspects of Care framework at the 0.05 level of statistical significance.

Keyword : Models, palliative care, participation, healthcare network

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขได้มีการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560 - 2579 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานของหน่วยงานด้านสาธารณสุขในการพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อให้สอดรับกับการเปลี่ยนแปลงของกระทรวงสาธารณสุข จากยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศทั้ง 4 ด้าน นั้น ยุทธศาสตร์ที่ 2 บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) แผนงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน พัฒนาศักยภาพ ส่งเสริมระบบส่งต่อ เพื่อลดความแออัดและจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม ภายใต้หลักการ "เครือ ข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ"ที่เชื่อมโยงบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิตติยภูมิ และศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูงเข้าด้วยกัน โดยพัฒนาศักยภาพของสถานบริการในแต่ละระดับให้เป็นไปตามขีดความสามารถที่กำหนด เพื่อรองรับและแก้ไขปัญหาที่สำคัญของประเทศซึ่ง สาขาการดูแลแบบประคับประคองเป็นสาขาหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบสุขภาพ โดยการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนต่างๆโดยผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง[1]

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในประเทศไทยเริ่มมีการพัฒนาและขับเคลื่อนมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2523 โดยวิสัญญีแพทย์ เน้นการบรรเทาอาการปวด ในช่วงแรกจะให้ความสำคัญกับผู้ป่วยโรคเอดส์ ระยะสุดท้าย เช่น ที่วัดพระบาทน้ำพุ ต่อมาในปี พ.ศ.2539 ได้มีการจัดทำหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขึ้นที่ศูนย์มะเร็งแห่งชาติในกรุงเทพมหานครและพัฒนาต่อเนื่องมาเรื่อยอีกในหลายแห่งในประเทศไทย และต่อมาได้มีการร่างตัวชี้วัดในการประเมินคุณภาพของโรงพยาบาลในการให้การดูแลระยะสุดท้าย และการประกาศสิทธิ์ของผู้ป่วยในสิทธิ์ที่ผู้ป่วยสามารถปฏิเสธการรักษาและสิทธิ์ในการตายโดยปราศจากการช่วยฟื้นคืนชีพ (The Thailand Nati-nal Hospital Accreditation Authority uses the provision of palliative and end of life care as a quality indicator) หลังจากนั้นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในประเทศไทย เน้นไปทางด้านของศาสนา ความเชื่อ การมองเป็นเรื่องของความเป็นไปตามหลักธรรมชาติ ในขณะเดียวกันนโยบายสุขภาพในประเทศไทยเน้นการรักษาดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคเฉียบพลัน และผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นหลักทำให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายถูกละเลย อย่างไรก็ตามความต้องการการดูแลสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีเพิ่มสูงขึ้น แต่ปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีระบบการดูแลระยะสุดท้ายที่ชัดเจนโดยเฉพาะระบบที่เหมาะสมต่อบริบท และสังคมไทยทั้งในการให้บริการสุขภาพระยะสุดท้าย ในปี พ.ศ.2558 กระทรวงสาธารณสุขโดยรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศนโยบายขยายระบบการดูแลผู้ป่วยที่รักษาไม่หาย เช่น โรคมะเร็ง โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น และอยู่ระยะสุดท้ายของชีวิตให้อยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีเท่าที่จะเป็นไปได้[2]

ผู้ป่วยระยะประคับประคองหรือระยะท้ายเป็นผู้ป่วยที่มีอาการและอาการแสดงทางคลินิกเปลี่ยนแปลงในทางที่เลวลงและความสามารถในการ

ทำหน้าที่ลดลง จนกระทั่งร่างกายไม่สามารถกลับเข้าสู่สภาพปกติได้และเสียชีวิตในที่สุด[3] ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อาการที่พบบ่อยและสร้างความทุกข์ทรมานที่สุด คือความเจ็บปวดและทรมาน จนผู้ป่วยมีความบีบคั้นทางด้านจิตวิญญาณจากความไม่แน่นอนของโรค เกิดปัญหาที่ซับซ้อนทั้งจากผู้ป่วยเองและครอบครัว[4] การดูแลผู้ป่วยวาระท้ายมีความซับซ้อนมีความละเอียดอ่อนในการดูแล ควรมีการวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง การเตรียมเจ้าหน้าที่ให้มีความเข้าใจมีทักษะเป็นสิ่งสำคัญ ควรนำหลักวิชาการที่เหมาะสมมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทและทรัพยากรที่มีอยู่ มีการประเมินผลที่เฉพาะต่อการดูแลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย สังคมและจิตวิญญาณจะเกิดผลลัพธ์ที่ดี[5]

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนต่างๆ โดยผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ในผู้ป่วยระยะท้ายของ WHO[6] ซึ่งประกอบด้วย 1) การยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง 2) การดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการบรรเทาทุกข์ทรมานในทุกด้าน 3) ความต่อเนื่องในการดูแล 4) การดูแลแบบเป็นทีม 5) การส่งเสริมระบบสนับสนุนการดูแล 6) เป้าหมายการดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว หากสถานบริการสาธารณสุขใดมีการดำเนินงานได้ครอบคลุมทุกด้านจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาพจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต หากสถานบริการสาธารณสุขใดมีการดำเนินงานได้ครอบคลุมทุกด้านจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาพจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต จากการศึกษาของ วรรษมน บูรณรัช[7] เรื่อง ทัศนะการปรับตัวและรูปแบบการใช้ชีวิตของผู้ป่วยโรคร้ายแรงระยะสุดท้าย ภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคองพบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องจากทีมสุขภาพและครอบครัวสามารถลดความวิตกกังวลและความหวาดกลัวต่อความตายให้แก่ผู้ป่วยได้

ในเขตรับผิดชอบของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอตาลสุม[8] พบว่า สถานการณ์ความเจ็บป่วยในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายมีความซับซ้อนเพิ่มสูงขึ้นมาก ทั้งกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและไม่ใช่มะเร็งซึ่งมาจากตัวโรค เช่น มะเร็งที่ลุกลามแพร่กระจายไปยังอวัยวะต่างๆ รวมถึงอาการแทรกซ้อนอันเกิดขึ้นจากสภาพร่างกายที่อ่อนแอโดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระยะท้ายที่มีภาวะล้มเหลวของระบบต่างๆ เช่น ไตวายเรื้อรัง เบาหวาน ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ฯลฯ ซึ่งมักมีการดำเนินโรคที่จัดการหรือควบคุมอาการไม่สุขสบายได้ยาก นอกจากนี้ผู้ป่วยจำนวนมากยังเผชิญกับภาวะทางสังคมเศรษฐกิจที่พึ่งตนเองไม่ได้ คนในครอบครัวไม่พร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยในช่วงระยะท้าย ผู้ป่วยเหล่านี้หากต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้านจึงเป็นเรื่องที่ยุ่งยากและมักจะเสียชีวิตด้วยความทุกข์ทรมานอย่างแสนสาหัส เนื่องจากครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่ดูแลได้อย่างเต็มที่ นอกจากนี้ ในชุมชนยังขาดระบบรองรับการดูแลที่ช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตที่บ้านอย่างสงบตามความปรารถนา เช่น ระบบเยี่ยมบ้านโดยจิตอาสาในชุมชนร่วมเครือข่ายในชุมชน ระบบยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยเข้าถึงได้ง่าย ระบบประสานงานส่งต่อกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระบบสนับสนุนด้านอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลให้เพียงพอ ระบบสนับสนุนทางสังคมเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถทำงานและไม่มีรายได้ และระบบอื่นๆ ซึ่งเป็นเรื่องของการดูแลทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณให้กับสมาชิกของชุมชน การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) จะช่วยให้ผู้ป่วยครอบครัวและญาติสามารถปรับตัวให้พร้อมรับต่อการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น พร้อมทั้งมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดูแลตนเองเท่าที่จะสามารถทำได้ และจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Dignified Death) มากที่สุด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วมเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอตาลสุม จังหวัดอุบลราชธานี

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เครือข่ายสุขภาพอำเภอตาลสุม จังหวัดอุบลราชธานี

2.2เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วม เครือข่ายสุขภาพอำเภอตาลสุม จังหวัดอุบลราชธานี

2.3เพื่อประเมินผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วม เครือข่ายสุขภาพอำเภอตาลสุม จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีกานวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วมเครือข่ายสุขภาพอำเภอตาลสุม จังหวัดอุบลราชธานี ครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart[9] ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) โดยดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกรกฎาคม 2566 ถึงเดือนตุลาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้มีประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ร่วมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 60 ราย ประกอบด้วย: ทีมสหวิชาชีพเครือข่ายสุขภาพอำเภอตาลสุม บุคลากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายอำเภอตาลสุมผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ดูแล (CG) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ 1) เป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการ 2) มีเวลาเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ 3) อาศัยอยู่ในพื้นที่จริงตลอดการศึกษา เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ

กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ประชากร: ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ขึ้นทะเบียนในเครือข่ายสุขภาพอำเภอตาลสุม ระหว่างเดือนกันยายน-ตุลาคม 2566 จำนวน 74 คน

กลุ่มตัวอย่าง: จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์: 1) เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งและผู้ป่วยไม่ใช่โรคมะเร็งที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2) เข้าสู่ระบบการรักษาแบบประคับประครองในโรงพยาบาลตาลสุมเป็นครั้งแรก 3) สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

กลุ่มผู้ดูแลหลัก

ประชากร: ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 74 คน

กลุ่มตัวอย่าง: จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเจาะจง ตามเกณฑ์: 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) เป็นผู้รับหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะท้ายมากที่สุด 3) มีระยะเวลาดูแลมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ 4) ผู้ดูแลหลัก 1 คนต่อผู้ป่วย 1 คน

ขั้นตอนการวิจัย: การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะได้แก่

ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์ (Situation Analysis) (เดือน กรกฎาคม 2566 – สิงหาคม 2566)

1) รวบรวมข้อมูลการดูแลผู้ป่วยจากข้อมูลการดูแลของทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลตาลสุมและการดูแลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายสุขภาพตาลสุม โดยทบทวนการดูแลผู้ป่วยจากการ สัมภาษณ์ การทบทวนเวชระเบียน แฟ้มครอบครัวและรายงานการเยี่ยมบ้าน พร้อมทั้งสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ดูแลเพื่อทราบความต้องการการดูแลและปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อวางแผนพัฒนาการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการ

2) สนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน ได้แก่ แนวทางการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพตามแนวคิดการประกอบด้วย แนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ในผู้ป่วยระยะท้ายของ WHO และแนวคิดการจัดการรายกรณี[10] โดยการประชุมระดมสมองร่วมกับทีมสหวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายภาคีเครือข่ายชุมชน ได้แก่ อสม. ตัวแทนองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้นำชุมชน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart[9] ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) โดยดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน กันยายน 2566 ถึงเดือน ตุลาคม 2566 ในวงรอบที่ 1 (กันยายน 2566) และวงรอบที่ 2 เดือน (เดือนกันยายน –ตุลาคม 2566)

ระยะที่ 3 การนำรูปแบบไปทดลองใช้และประเมินผล ระยะรวบรวมข้อมูลและประเมินผล (Evaluation Phase) ประเมินผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย รวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ ได้แก่ 1) ผลลัพธ์เชิงกระบวนการ ได้แก่ อัตราการได้รับการประชุมครอบครัว อัตราการได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า อัตราการได้รับคำปรึกษา อัตราการได้รับการเยี่ยมที่บ้าน และประเมินผลลัพธ์การดูแล 2) ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง สำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย ความพึงพอใจของครอบครัวที่มีความพึงพอใจต่อการดูแลที่ได้รับ และการเสียชีวิตอย่างสงบและสง่างามหรือการตายดี 3) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระดับอำเภอ ระดับตำบลและชุมชน 4) การค้นหาผู้ป่วยระยะท้ายที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัย ในชุมชนนำเข้าสู่การวินิจฉัยของแพทย์ และเข้าสู่ระบบการดูแลระยะสุดท้าย 5) ปัญหาและอุปสรรคนำสู่การแก้ไขปัญหา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก (Palliative Performance Scale for Adult Suandok Version 2) แบบประเมินอาการรบกวน (Edmontoin Symptom Assessment System: ESAS) และแบบประเมินผลลัพธ์การดูแล

2) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผล ประกอบด้วย แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการ แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง FAMCARE-2 และแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง สำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย (Palliative Outcome Scale - P-S)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเชิงปริมาณ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) นำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 1 ท่าน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามต่อไปและหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.67-1.00

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) หาโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา

ของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแต่ละเครื่องมือดังนี้: ด้านความพึงพอใจของผู้ให้บริการ เท่ากับ 0.88 ด้านความพึงพอใจของผู้ดูแล FAMCARE-2 เท่ากับ 0.86 และด้านการประเมินผลลัพธ์การดูแล P-S เท่ากับ 0.84 ตามลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเชิงคุณภาพ 1) ความน่าเชื่อถือ (Credibility) ใช้เทคนิคการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ตรวจสอบข้อมูลจากแหล่งต่างๆ (Data triangulation) ใช้วิธีการเก็บข้อมูลหลายวิธี (Methodological triangulation) มีผู้ร่วมวิจัยหลายคน (Investigator triangulation) 2) การยืนยันความถูกต้องของข้อมูล ให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง (Member checking) ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ (Expert validation) บันทึกอย่างละเอียด (Audit trail) 3) การถ่ายโอนข้อมูล (Transferability) บรรยายบริบทและรายละเอียดอย่างชัดเจน (Thick description) เก็บข้อมูลจนอิ่มตัว (Data saturation) 4) ความเชื่อถือได้ (Dependability) ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูล มีการบันทึกการตัดสินใจในทุกขั้นตอน 5) การยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) เก็บหลักฐานข้อมูลดิบ บันทึกวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล ตรวจสอบอคติของผู้วิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล และความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย การแจกแจงความถี่ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

แบบสอบถาม PoS วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูปนำเสนอเป็นค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐานเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของคะแนนผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบด้วยสถิติ Wilcoxon matched pairs signed rank test เปรียบเทียบคะแนน PoS รวมเฉลี่ยด้วย Paired-Samples T test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์ตีความจากข้อมูลทั้งจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยโครงการวิจัยจะส่งขอการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ผลการวิจัย

1. สรุปสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เครือข่ายสุขภาพอำเภอตาลสุม จังหวัดอุบลราชธานี จากการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองก่อนการพัฒนา พบว่าระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังมีข้อจำกัดในหลายด้าน ทั้งด้านระบบบริการ บุคลากร และทรัพยากร โดยด้านระบบบริการพบปัญหาการประสานงานที่ไม่มีประสิทธิภาพ ไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน และขาดการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ด้านบุคลากรพบว่าผู้ให้บริการขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ขาดทักษะเฉพาะด้าน และยังขาดการทำงานเป็นทีมอย่างเป็นระบบ ส่วนด้านทรัพยากรพบการขาดแคลนอุปกรณ์ทางการแพทย์ ยาระงับปวด และงบประมาณสนับสนุนในการให้บริการ ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยไม่ครอบคลุมและไม่ต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบข้อจำกัดจากบริบทชุมชนที่มีความเชื่อเกี่ยวกับการเสียชีวิตที่บ้าน รวมถึงข้อจำกัดด้านความรู้และประสบการณ์ของบุคลากรในการดูแลประคับประคองที่บ้าน ตลอดจนการขาดการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายบางรายไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและทันเวลา ข้อเสนอแนะจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสะท้อนความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลแบบบูรณาการ โดยเน้นการเชื่อมโยงระบบบริการ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่าย อสม. การจัดทำสื่อและคู่มือความรู้ การใช้กลไกชุมชนตามหลัก “บวร” การจัดตั้งศูนย์ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ การใช้เทคโนโลยีสื่อสารเพื่อให้คำปรึกษาทางไกล และการสร้างเครือข่ายผู้ดูแลเพื่อ

แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทั้งนี้เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้มีประสิทธิภาพต่อเนื่อง และยั่งยืนมากยิ่งขึ้นในระดับชุมชน

2. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วม เครือข่ายสุขภาพอำเภอตาลสุม จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ เคมมิส และแมกแทกการ์ดร่วมกับการนำทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจมาออกแบบกิจกรรมผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามหลักการ (PAOR) จำนวน 2 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วม เครือข่ายสุขภาพอำเภอตาลสุม จังหวัดอุบลราชธานี พบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบสำคัญที่เชื่อมโยงและสนับสนุนกันอย่างเป็นระบบ ได้แก่ 1) การเชื่อมระบบการดูแลแบบไร้รอยต่อ โดยมีการจัดทำแนวทางปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) ร่วมกันทั้งเครือข่าย พัฒนาระบบส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านโปรแกรม Thai C-C และ LINE group พร้อมกำหนดบทบาทของทีมสหวิชาชีพและจัดทำแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 2) การสร้างและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการดูแลโดยจัดอบรมจิตอาสา อสม. และผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย รวมทั้งจัดตั้งทีมจิตอาสาและแกนนำชุมชนในการติดตามดูแล 3) การเสริมสร้างองค์ความรู้ที่ทันสมัย โดยพัฒนาความรู้แก่บุคลากรสาธารณสุข ผู้ป่วย ผู้ดูแล และเครือข่ายชุมชน ผ่านการอบรม การจัดทำคู่มือและสื่อความรู้ที่เข้าใจง่าย รวมทั้งการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน 4) การใช้หลัก “บวร” (บ้าน วัด ราชการ) ในการบูรณาการความร่วมมือของครอบครัว ชุมชน พระสงฆ์ และหน่วยงานภาครัฐ เพื่อสนับสนุนการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณของผู้ป่วย และ 5) การจัดตั้งศูนย์อุปกรณ์ทางการแพทย์ในชุมชน เพื่อสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วย เช่น เตียงผู้ป่วย ที่นอนลม รถเข็น และถังออกซิเจน พร้อมทั้งมีระบบยืม–คืน การดูแลบำรุงรักษา และการระดมทรัพยากรจากภาคีเครือข่าย รูปแบบการดูแลทั้ง 5 องค์ประกอบนี้ทำงานเชื่อมโยงกันอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตลอดจนสามารถดำรงคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตในบริบทของชุมชน ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วม เครือข่ายสุขภาพ

3. ผลลัพธ์ผลการประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วมเครือข่ายสุขภาพอำเภอตาลสุม จังหวัดอุบลราชธานี รายละเอียดตามตารางที่ 1 ดังนี้

1) ก่อนการนำรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองฯ ไปใช้ ความพึงพอใจของญาติต่อรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก (=3.85, S.D.=.38) หลังการนำรูปแบบฯ ความพึงพอใจของญาติต่อรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก (=4.37, S.D.=.35) หลังการนำรูปแบบฯ ไปใช้ ญาติผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการบริการตามรูปแบบการดูแลฯ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = 422, P <. 001)

2) หลังการนำรูปแบบไปใช้ ทีมผู้ให้บริการมีความคิดเห็นต่อการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองฯ โดยรวมอยู่ในระดับสามารถปฏิบัติทุกครั้ง เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = 6.59, P <.001)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงการมีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และคุณภาพชีวิตผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการทดลอง

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	ก่อน (n=30) $\bar{x}$ (SD)	หลัง (n=30) $\bar{x}$ (SD)	Sum of Ranks	Wilcoxon Value (Z)	p-value
ความพึงพอใจของของญาติผู้ป่วย	3.85 (0.38)	4.37 (0.35)	422	4.43	<0.001**
ความคิดเห็นของทีมผู้ให้บริการต่อการปฏิบัติตามรูปแบบ	3.39 (0.74)	4.47 (0.28)	1,705	6.59	<0.001**

**p-value<0.001

3) ผลการประเมินการดูแลตามกรอบ 7 Aspects of Care พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบการดูแล ผู้ป่วยได้รับการดูแลในทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการดูแลทางกาย (4.52±0.48) รองลงมาคือด้านการดูแลทางจิตใจ (4.48±0.52) และด้านวัฒนธรรม (4.45±0.51) ตามลำดับ คะแนนรวมเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.07±0.72 เป็น 4.43±0.52 รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินการดูแลตามกรอบ 7 Aspects of Care ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ (n=74)

ด้านการดูแล	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	t	p-value
1. ด้านการดูแลทางกาย	3.25±0.68	4.52±0.48	12.45	<.001
2. ด้านการดูแลทางจิตใจ	3.12±0.72	4.48±0.52	11.89	<.001
3. ด้านการดูแลทางสังคม	2.98±0.75	4.35±0.55	13.24	<.001
4. ด้านการดูแลทางจิตวิญญาณ	2.85±0.82	4.42±0.50	14.56	<.001
5. ด้านการให้ความรู้	3.05±0.70	4.38±0.54	12.78	<.001
6. ด้านวัฒนธรรม	3.15±0.65	4.45±0.51	11.95	<.001
7. ด้านสิ่งแวดล้อม	3.08±0.71	4.40±0.53	12.34	<.001
คะแนนรวมเฉลี่ย	3.07±0.72	4.43±0.52	12.60	<.001

สรุปและอภิปรายผล

1. ด้านสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ผลการวิจัยพบว่า มีปัญหาสำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านระบบบริการ ด้านบุคลากร และด้านทรัพยากร อธิบายได้ว่า การขาดการประสานงานที่มีประสิทธิภาพและการขาดความมั่นใจของบุคลากร

เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนาระบบการดูแล สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการดูแลที่ครอบคลุมและไร้รอยต่อ (Seamless Care Theory) ที่ว่าการดูแลที่มีประสิทธิภาพต้องมีการประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและการแบ่งปันข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลการวิจัยของนฤมล บุญนิวารวัฒน์ และคณะ[11] ศึกษาเรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องในชุมชน พบว่า การขาดแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานและการประสานงานเป็นอุปสรรคสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแล

2. ด้านรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบสำคัญ อธิบายได้ว่า การบูรณาการระบบการดูแลแบบไร้รอยต่อ การพัฒนาศักยภาพเครือข่าย และการใช้หลัก "บวร" เป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแล สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก[6] ที่ว่าการดูแลต้องครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Watson[12] ศึกษาเรื่อง Holistic Care พบว่า การดูแลที่ผสมผสานมิติทางจิตวิญญาณช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

3. ด้านรูปแบบการดูแลตามกรอบ 7 Aspects of Nursing Care ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบฯ เป็นการดูแลผู้ป่วยครบถ้วนทั้ง 7 ด้าน อธิบายได้ว่า การดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทุกมิติช่วยยกระดับคุณภาพการดูแล สอดคล้องกับแนวคิด 7 Aspects of Nursing Care ที่ว่าการดูแลที่มีคุณภาพต้องครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ การศึกษา วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม[12]

4. ด้านประสิทธิผลของรูปแบบ ผลการวิจัยพบว่า ผลลัพธ์การดูแลและความพึงพอใจดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า การพัฒนาระบบการดูแลแบบมีส่วนร่วมช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล สอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วม (Participation) ของ Cohen & Uphoff[13] ที่ว่าการมีส่วนร่วมต้องครอบคลุมทั้งการตัดสินใจ การดำเนินงาน การรับผลประโยชน์ และการประเมินผล สอดคล้องกับผลการวิจัยของกัญญารัตน์ กันยะกาญจน์ และคณะ[14] ศึกษาเรื่องรูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการ พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล

5. ด้านปัจจัยแห่งความสำเร็จ "TANSUM" ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยสำคัญประกอบด้วย Team & Network, Assessment & Care Plan, Nurturing System, Skill Development, Unity และ Management & Monitoring อธิบายได้ว่า การบูรณาการองค์ประกอบต่างๆ อย่างเป็นระบบช่วยสร้างความยั่งยืนของระบบการดูแล สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Green & Tones[15] พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการออกแบบและดำเนินการโครงการที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1.1ด้านนโยบาย ควรกำหนดนโยบายสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระดับพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม พร้อมทั้งจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลที่บ้าน และกำหนดแนวทางการสนับสนุนค่าตอบแทนหรือสวัสดิการสำหรับอาสาสมัครที่ร่วมดูแลผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชนสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

1.2ด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ควรจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งพัฒนาหลักสูตรการอบรมเฉพาะทางสำหรับพยาบาลผู้จัดการรายกรณี และสนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่ายผู้ให้บริการ เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะของบุคลากรให้สามารถดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3ด้านระบบบริการ ควรพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการประสานงานระหว่างหน่วยบริการ พร้อมทั้งจัดตั้งศูนย์ประสานงานการดูแลแบบ

ประคับประคองระดับอำเภอ และพัฒนาระบบการส่งต่อและการติดตามผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมีความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

1.4ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน ควรส่งเสริมการจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยในชุมชน พร้อมทั้งพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนและอาสาสมัครในการดูแลผู้ป่วย และสร้างเครือข่ายการดูแลระดับตำบลโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชนมีความเข้มแข็งและยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มโรค เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งศึกษาประสบการณ์การดูแลของครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้าย และกระบวนการตัดสินใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เพื่อให้การดูแลมีความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยและครอบครัวมากยิ่งขึ้น

2.2ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงประเมินผล เพื่อประเมินต้นทุน–ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง รวมทั้งการประเมินผลลัพธ์ระยะยาวของการดูแล และความยั่งยืนของระบบการดูแลในระดับชุมชน

2.3ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงนโยบายและการเปรียบเทียบรูปแบบการดูแลในบริบทที่แตกต่างกัน เช่น การเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลระหว่างพื้นที่เมืองและชนบท รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายและรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่ต่าง ๆ เพื่อพัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560–2579. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
2. วณิชา พึ่งชมพู. (2557). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในประเทศไทย. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 32(4), 6–14.
3. กิตติธร นิลมานัต. (2555). การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: แนวคิดและการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
4. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
5. จุฬารัตน์ สุริยาทัย, และคณะ. (2566). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 32(1), 120–131.
6. World Health Organization. (2002). National cancer control programmes: Policies and managerial guidelines. Geneva: World Health Organization.
7. วรรษมน บูรณรัช. (2557). ทัศนะการปรับตัวและรูปแบบการใช้ชีวิตของผู้ป่วยโรคร้ายแรงระยะสุดท้ายภายใต้การดูแลแบบประคับประคอง. วารสารสังคมศาสตร์การแพทย์, 9(2), 101–115.
8. เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอตาลสุม (2565) สถานการณ์ความเจ็บป่วยในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายมีความซับซ้อน. โรงพยาบาลตาลสุม
9. Kemmis, S., & McTaggart, R. (1992). The action research planner (3rd ed.). Victoria: Deakin University Press.
10. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2557). การจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
11. นฤมล บุญนิวารวัฒน์, และคณะ. (2566). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องในชุมชน. วารสารพยาบาลศาสตร์, 41(3), 85–98.

12. Watson, J. (2008). Nursing: The philosophy and science of caring (Revised ed.). Boulder, CO: University Press of Colorado.
13. Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1981). Rural development participation: Concepts and measures for project design, implementation and evaluation. Ithaca, NY: Cornell University Press.
14. กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์, และคณะ. (2562). รูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารการพยาบาลสาธารณสุข, 33(2), 45–58.
15. Green, J., & Tones, K. (2010). Health promotion: Planning and strategies (2nd ed.). London: Sage Publications.