

วารสาร  
โรงพยาบาลมหาสารคาม

เจ้าของ

โรงพยาบาลมหาสารคาม 168 ถนนผดุงวิทย์ ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม 44000

ที่ปรึกษา

นพ.ภาคภูมิ มโนสิทธิศักดิ์

นพ.เฉลิมพล บุญพรหมธีรกุล

นพ.สถาพร ณ ราชสีมา

พว.วไลพร ปักกระกา

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม

รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์

รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการ

และสนับสนุนบริการสุขภาพ

หัวหน้าพยาบาล

บรรณาธิการ

นพ.สถาพร ณ ราชสีมา

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นพ.ธนนัน ฐิติพรรณกุล

พญ.ณัฏฐ์วรรตต์เอนกวิทย์

กองบรรณาธิการ

นพ.ธนนัน ฐิติพรรณกุล

พญ.ณัฏฐ์วรรตต์เอนกวิทย์

นพ.มณฑลสิริ จินาเพ็ญ

พญ.พัชรพร เดชบุรีรัมย์

พว.จุลินทร ศรีโพนทัน

พว.สาวสมทรง บุตรตะ

พว.เบญจพร เองวานิช

นพ.อิทธิพล วงษ์พรหม

นพ.อภิชาติ เรณูวัฒนานนท์

โรงพยาบาลมหาสารคาม

โรงพยาบาลมหาสารคาม

โรงพยาบาลมหาสารคาม

โรงพยาบาลมหาสารคาม

โรงพยาบาลมหาสารคาม

โรงพยาบาลมหาสารคาม

โรงพยาบาลมหาสารคาม

โรงพยาบาลรามาริบัติ

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด

แห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.)

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สถาบันพระบรมราชชนก

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

**ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความภายใน**

นพ.ธนิน ฐิติพรรณกุล  
พญ.เบญจมาศ ดวงคำน้อย  
พญ.เพ็ญใจ ลวกุล  
นพ.สมคริต ศรีพลแท่น  
นพ.ภาณุวัฒน์ ชันธสะอาด  
นพ.เอื้อพงศ์ ลิ้มปนาสิทธิ  
นพ.ฉัตรชัย ยมศรีเคน  
พญ.วิภาวดี แสนโคตร  
นพ.ธวัชชัย กุลนันทนนท์  
นพ.อาคม ทิวทอง  
พญ.อัจฉริยา แสนมี  
พญ.ญาณพันธุ์ ถายา  
นพ.อนันต์เดช วงศรียา  
พญ.สาวอังกุมาลิน สุขทองสา  
นพ.ปรกรณ์ เศรษฐ์ทวีวัฒน์  
พญ.กนกพร โชคคตวิวัฒน์  
พญ.ลิตา สิ้นศิริสกุล  
ทพญ.ทิพย์สุตา ผแดนนอก  
ภญ.กาญจนาภรณ์ ตาราทไ  
ภญ.ชุติมาภรณ์ ไชยสงค์  
พว.สมทรง บุตรตะ  
พว.วัฒนา สว่างศรี  
พว.วิศรดา ตีเมืองซ้าย  
พว.เพิ่มพูน ศิริกิจ  
พว.เบญจพร เองวานิช  
พว.สาวพูนทรัพย์ สมกล้า  
พว.กชณาภาณุ ดวงมาตย์พล  
พว.สายวลุน จันทะคาม  
พว.นิตยา ฤทธิ์ศรี  
พว.กิจมงคล ทาดทา  
นางศุภรินทร์ ยิ้มศิริ  
นางสาวประณมพร มาตย์วิเศษ

พญ.ณัฏฐ์วรัตน์ เอนกวิทย์  
พญ.นลินี ยมศรีเคน  
พญ.กิตติยา ตียาภักดี  
นพ.เก่งกาจ อุ่นฤทธิ์  
นพ.มารุต ตำหนักโพธิ  
พญ.จันทร์จิรา วรรณติกุล  
นพ.ศิโรตม์ จันทรักษา  
พญ.อินทรา อนันต์พินิจวัฒนา  
นพ.เฉลิมพล บุญพรหมธีรกุล  
พญ.นฤมล เฮงสนั่นกุล  
พญ.แพรวพรรณ พรหมยศ  
นพ.สัจจชน ช่างถม  
พญ.วิลาสินี ส่งเสริม  
พญ.กนกพร บุตรमारศรี  
พญ.พัชรพร เดชบุรีรัมย์  
นพ.มณฑลสิริ จินาเพ็ญ  
ทพญ.กรองกาญจน์ ศรีวัฒนา  
ทพ.ปัญญา เข้ม้นการ  
ภก.อดิศักดิ์ ถมอดุทา  
ภญ.ศิริมา ไชยมูล  
พว.พุททกัญญา นารดศิลป์  
พว.จุลินทร ศรีโพนทัน  
พว.ดวงแก้ว พรรณพราว  
พว.บุญมี ชุมพล  
พว.สิทธิพงศ์ ปาปะกัง  
พว.ปาริชาติ ศรีหนู  
พว.รัศมี เกตุธานี  
พว.ดรุณี สมบูรณ์กิจ  
พว.ปุณณิสา ศรีสาร  
นายณัฏฐ์ กาญจนอนันต์ชัย  
นางอรรพรรณ ชุบสุวรรณ

**ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความภายนอก**

ดร.นพ.ธรรมสรณ์ จีระอำพรวัฒน์  
พญ.ศิริณา ศรีธธาพิสิฐ  
พญ.วัลภา อุดชาชน

โรงพยาบาลขอนแก่น  
โรงพยาบาลขอนแก่น  
โรงพยาบาลขอนแก่น

|                               |                                 |
|-------------------------------|---------------------------------|
| นพ.พรอนันต์ โดมทอง            | โรงพยาบาลขอนแก่น                |
| นางเบญจรงค์ ศรีสุระ           | โรงพยาบาลขอนแก่น                |
| นพ.พงศ์ศิลป์ ทองเหลา          | โรงพยาบาลขอนแก่น                |
| พญ.อภิัญญา โชติพันธุ์         | โรงพยาบาลขอนแก่น                |
| นพ.นิทกร สอนชา                | โรงพยาบาลขอนแก่น                |
| นพ.เอกรัฐ โพธิ์รุกข์          | โรงพยาบาลขอนแก่น                |
| รศ.นพ.เพิ่มศักดิ์ พหลภาคย์    | โรงพยาบาลศรีนครินทร์            |
| พญ.อนงค์พร วงศ์พุทธะ          | โรงพยาบาลศรีนครินทร์            |
| พญ.อมรรัตน์ เพ็ญภัทรกุล       | โรงพยาบาลศิริราช                |
| นพ.อิทธิพล วงษ์พรหม           | โรงพยาบาลรามธิบดี               |
| พญ.อลิสา เจนคุ้มวงศ์          | โรงพยาบาลราชวิถี                |
| พ.ท.หญิงชลลดา เหล่าเรืองโรจน์ | โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า          |
| พญ.วนิดา ผาตาล                | โรงพยาบาลอุดรธานี               |
| นพ.กฤตพงศ์ สมบูรณ์            | โรงพยาบาลกาฬสินธุ์              |
| นพ.พิทยา ปิยพัฒนกร            | โรงพยาบาลกาฬสินธุ์              |
| ดร.เยาวเรศ ก้านมะลิ           | โรงพยาบาลกาฬสินธุ์              |
| นพ.นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ        | โรงพยาบาลร้อยเอ็ด               |
| พญ.วิราภรณ์ ณรงค์ราช          | โรงพยาบาลร้อยเอ็ด               |
| นพ.กฤต โกวิททางกูร            | โรงพยาบาลร้อยเอ็ด               |
| นางอิงใจ กำหมอม               | โรงพยาบาลร้อยเอ็ด               |
| พญ.ศรีสกุล เจียมจิต           | โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา       |
| พญ.รัชดาพร รุ่งแก้ว           | โรงพยาบาลศรีสะเกษ               |
| นพ.วิชัย กุลตังวัฒนา          | โรงพยาบาลหนองบัวลำภู            |
| พญ.เมธาสิณี โพธิ์สุวรรณ       | โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์       |
| พญ.สมฤทัย โพธิ์งาม            | โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์       |
| นพ.ชาญชัย ธงพานิช             | โรงพยาบาลอภัยภูธรขอนแก่น        |
| นางสาวเอกลักษณ์ ชาญนชา        | โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| นพ.วัศพล ทองสมบูรณ์           | โรงพยาบาลวาปีปทุม               |
| พญ.สาธิตา เรืองสิริภคกุล      | โรงพยาบาลกุดรัง                 |
| นพ.ทศพร อัครแสง               | โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย         |
| นพ.เอกราษฎร์ ช่างถม           | โรงพยาบาลบรบือ                  |
| นางสาวศิลปลักษณ์ พงษ์ทองเจริญ | โรงพยาบาลโกสุมพิสัย             |
| นพ.ทิว อุดชาชน                | โรงพยาบาลโคกโพธิ์ไชย            |
| นพ.กฤษณะ ระดาพัฒน์            | โรงพยาบาลยางตลาด                |
| นพ.ชาญวิทย์ โพธิ์สุวรรณ       | โรงพยาบาลบุญทริก                |
| นพ.ปวิทย์ ยวงเงิน             | โรงพยาบาลกำแพงแสน               |
| พญ.อนุช จิ่งสมาน              | โรงพยาบาลราชเวชอุบลราชธานี      |
| นพ.ชนาธิป ไชยเหล็ก            | โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา          |

|                                  |                              |
|----------------------------------|------------------------------|
| นพ.ฟารุคพิริยศาสน์               | โรงพยาบาลสุโขทัย             |
| พญ.นิสาชล ชูวรเชษฐ์              | โรงพยาบาลอุดรธานี            |
| พญ.ทิพย์วดี วุฒิพันธ์            | โรงพยาบาลอุดรธานี            |
| รศ.นพ.พงศธร พหลภาคย์             | มหาวิทยาลัยขอนแก่น           |
| รศ.พญ.แพรว โคตรรุฉิน             | มหาวิทยาลัยขอนแก่น           |
| ผศ.นพ.อธิบดี มีสิงห์             | มหาวิทยาลัยขอนแก่น           |
| ผศ.นพ.คมสันต์ อารังค์อนันตสกุล   | มหาวิทยาลัยขอนแก่น           |
| ผศ.พญ.สุภัชชา ประเสริฐเจริญสุข   | มหาวิทยาลัยขอนแก่น           |
| ผศ.พญ.อมรรัตน์ เต็มธนะกิจไพศาล   | มหาวิทยาลัยขอนแก่น           |
| ผศ.นพ.ไชยสิทธิ์ วงศ์วิภาพร       | มหาวิทยาลัยขอนแก่น           |
| ผศ.ดร.จิตภินันท์ ศรีจักรโคตร     | มหาวิทยาลัยขอนแก่น           |
| พญ.ธัญชนก กุญจนวน                | มหาวิทยาลัยขอนแก่น           |
| พญ.จตุพร ดวงคำ                   | มหาวิทยาลัยขอนแก่น           |
| รศ.ดร.ภก.สุรศักดิ์ ไชยสงค์       | มหาวิทยาลัยมหาสารคาม         |
| รศ.ดร.นิรันดร์ อินทร์ตัน         | มหาวิทยาลัยมหาสารคาม         |
| รศ.ดร.ศิราณีย์ อินทรหนองไผ่      | มหาวิทยาลัยมหาสารคาม         |
| ผศ.ดร.จิตาภา ผูกพันธ์            | มหาวิทยาลัยมหาสารคาม         |
| ผศ.ดร.กชพร สิงห์หล้า             | มหาวิทยาลัยมหาสารคาม         |
| ผศ.ดร.ศิริรัตน์ ศรีโปลา          | มหาวิทยาลัยมหาสารคาม         |
| ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์        | มหาวิทยาลัยมหาสารคาม         |
| ผศ.พท.ป.ณรงค์ศักดิ์ จันทะวัง     | มหาวิทยาลัยมหาสารคาม         |
| ผศ.ดร.ภญ.ภัทรินทร์ กิตติบุญญาคุณ | มหาวิทยาลัยมหาสารคาม         |
| ผศ.ดร.ภญ.วันวิสาข์คุณะวัฒนกุล    | มหาวิทยาลัยมหาสารคาม         |
| ผศ.ดร.ภญ.สุรัชดา ชนโสภณ          | มหาวิทยาลัยมหาสารคาม         |
| ผศ.ดร.อาภรณ์ คำก้อน              | มหาวิทยาลัยมหาสารคาม         |
| นพ.ภาคพล สุวรรณชาติ              | มหาวิทยาลัยมหาสารคาม         |
| พญ.ฐานิตา วัฒนา                  | มหาวิทยาลัยมหาสารคาม         |
| พญ.สุกัญญา ชูคันทอม              | มหาวิทยาลัยมหาสารคาม         |
| ผศ.ดร.ทิพย์สุดา สำเนียงเสนาะ     | มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์        |
| รศ.นพ.โอฬาร พรหมมาลิขิต          | มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์       |
| ผศ.รณณ แสงแก้ว                   | มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์       |
| ผศ.ภญ.จิรัฐดา คำสีเขียว          | มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี       |
| รศ.ดร.ปัญญา ยิ่งงาม              | มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี       |
| อาจารย์ยมนา ชนะนิล               | มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี       |
| อาจารย์พรณงาม วรรณพฤษ            | มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี |
| อาจารย์ลลิตา ปักเขมาลัย          | มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี |
| นพ.ฐิติกร จันทรรวงทอง            | มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี  |
| อาจารย์ศตวรรษ อุดรศาสตร์         | มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด    |

อาจารย์ปดมา โสบุตร  
ผศ.ดร.ณิรณช วรโธสง  
พญ.เกศลัมย์ สายแวว  
ดร.นฤมล เอนกวิทย์  
ผศ.ดร.ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์  
ดร.จารุณีอินทฤทธิ์  
ดร.สุปิยา วิริไฟ  
ดร.กำพร ดานา  
ผศ.จุฬาลักษณ์ นิลอาธิ  
ดร.ชนิสรา แสนยบุตร  
ผศ.ดร.ศิราณี อิ่มน้ำขาว  
ดร.อนุชา ไทยวงษ์  
ดร.ณัฐวุฒิ สุริยะ  
ผศ.ดร.อุ๋นใจ เครือสถิตย์

อาจารย์วุฒิพงษ์ เชื้อมนอก

นางสาวอัญชลี ประคำทอง

#### กองบรรณาธิการและผู้จัดการ

นางสาวนิกันต์ดา ทองน้อย  
นายวีระยุทธ บุญหลัง

มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด  
มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร  
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช  
สถาบันพระบรมราชชนก  
วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม  
วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม  
วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม  
วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม  
วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม  
วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม  
วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม  
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร  
จังหวัดขอนแก่น  
วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ  
ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์  
สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

#### สำนักงาน

ห้องสมุด (วารสารวิชาการ) โรงพยาบาลมหาสารคาม 168 ถนนผดุงวิทย์ตำบลตลาด อำเภอเมือง  
จังหวัดมหาสารคาม 44000  
อีเมล : mskh.journal@gmail.com โทรศัพท์ 0-4371-1750-4 ต่อ 9420 กด 1017

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ งานวิจัย บทความพิเศษ บทความวิชาการ รายงานผู้ป่วยรวมทั้ง  
ปกิณกะสาระความรู้ด้านสาธารณสุขให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้ที่ต้องการศึกษาค้นคว้า
2. เป็นศูนย์กลางในการเผยแพร่ข่าวสารทางวิชาการ
3. เป็นสื่อสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขร่วมกับสหวิชาชีพทั่วประเทศ

#### กำหนดเผยแพร่

ราย4เดือน ปีละ3ฉบับ (มกราคม - เมษายน, พฤษภาคม - สิงหาคม, กันยายน - ธันวาคม)  
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ>

**ความรับผิดชอบ**

บทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ถือเป็นผลงานวิชาการ งานวิจัยวิเคราะห์ตลอดจนเป็น  
ความเห็นส่วนตัวของผู้ประพันธ์กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไปและผู้ประพันธ์จะต้องรับผิดชอบต่อ  
บทความของตนเอง

## บทบรรณาธิการ

สวัสดีครับ วารสารฉบับนี้ เป็นวารสารปีที่ 22 ฉบับที่ 2 ของปี พ.ศ. 2568 จากเหตุการณ์ความไม่สงบบริเวณชายแดนไทยกัมพูชาในช่วงต้นเดือนสิงหาคม 2568 ที่ผ่านมา ทำให้มีโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้รับผลกระทบ ต้องปิดบริการหลายแห่ง เป็นอีกครั้งที่ชาวสาธารณสุข ได้ร่วมแรงร่วมใจกันฝ่าฟันปัญหาและอุปสรรค ในการร่วมกันดูแลทั้งผู้บาดเจ็บ และผู้ที่ได้รับผลกระทบด้านสุขภาพจิตจำนวนมาก โดยเฉพาะในศูนย์อพยพ มีการตั้งทีมปฏิบัติการทางการแพทย์และทีมดูแลสุขภาพจิต มีการตั้งทีมเฝ้าระวังและประเมินสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง เพื่อพร้อมรับมือกับผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น จนสามารถดูแลพี่น้องประชาชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วารสารฉบับนี้ ประกอบไปด้วยเนื้อหาทางวิชาการทางการแพทย์ หลากหลายสาขา ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาโรค การพัฒนาระบบบริการหรือรูปแบบบริการ เภสัชกรรม ทันตกรรม รวมทั้งสิ้น 17 เรื่อง ซึ่งเป็นองค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์ สามารถต่อยอดนำไปใช้ประยุกต์ใช้ได้ แม้ว่าเราชาวสาธารณสุขจะมีภาระงานหนัก แต่ก็ไม่หยุดพัฒนาด้านวิชาการ มีงานวิจัยที่เป็นประโยชน์อย่างต่อเนื่อง สุดท้ายนี้ ทีมงานวารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ร่วมเป็นแรงใจให้กับทุกท่าน สุขภาพดี และมีความสุขในการทำงาน

นายแพทย์สถาพร ณ ราชสีมา

บรรณาธิการ

### คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับบทความ

คำแนะนำสำหรับผู้เขียนบทความ ผู้ประสงค์จะส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ในวารสารควรเตรียมต้นฉบับตามคำแนะนำนี้เพื่อความสะดวก และรวดเร็วในการลงพิมพ์

#### ข้อแนะนำในการเตรียมต้นฉบับสำหรับผู้นิพนธ์

วารสารโรงพยาบาลมหาสารคามเป็นวารสารด้านวิชาการ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะเผยแพร่ผลงานวิชาการทางการแพทย์ พยาบาล การสาธารณสุขและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง และผู้ประสงค์จะส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ในวารสารควรเตรียมต้นฉบับตามคำแนะนำ ทั้งนี้เพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการลงพิมพ์

ประเภทบทความที่สามารถลงตีพิมพ์ได้แก่

นิพนธ์ต้นฉบับ (original article) ได้แก่ บทความที่เสนอผลงานใหม่ที่ได้จากการศึกษาวิจัยที่ยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสาร หรือหนังสืออื่น ๆ

รายงานผู้ป่วย (case report) เป็นรายงานผู้ป่วยที่น่าสนใจ เช่น การบาดเจ็บ, ความผิดปกติหรือโรคที่พบได้ยาก และที่น่าสนใจ ใช้วิธีการนวัตกรรม หรือเครื่องมือใหม่ ในการรักษาผู้ป่วย ควรเขียนตามลำดับ ได้แก่ ชื่อเรื่อง บทคัดย่อ บทนำ (เหตุผลที่ทำการศึกษานี้รวมทั้งวัตถุประสงค์) รายงานผู้ป่วย (รวมถึงวัสดุและวิธีการศึกษา) วิจารณ์สรุปอภิปรายผล และเอกสาร อ้างอิง

บทความพิเศษ (special article) เป็นบทความทางวิชาการที่เกี่ยวข้องทางด้านการแพทย์ทันตแพทย์เภสัชกรรม พยาบาลการสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์การแพทย์อาจมีลักษณะเป็นบทวิเคราะห์วิจารณ์หรือบทความทางด้านการบริหารที่เกี่ยวข้องและเห็นว่าเป็นประโยชน์

บทความวิชาการ (review article) ได้แก่ บทความที่ได้จากการรวบรวมนำเอาความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งซึ่งตีพิมพ์ ในวารสารหรือหนังสือต่าง ๆ หรือจากผลงานและประสบการณ์ของผู้นิพนธ์นำมาเรียบเรียงและวิเคราะห์วิจารณ์หรือ เปรียบเทียบกันเพื่อให้เกิดความลึกซึ้งหรือเกิดความกระจ่างในเรื่องนั้นมากยิ่งขึ้น

ปกิณกะ (miscellany) เป็นบทความหรือสาระความรู้ได้แก่ บทความอื่น ๆ หรือรายงานที่เกี่ยวข้องกับด้านการแพทย์ สาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมที่เป็นประโยชน์นวัตกรรม สิ่งประดิษฐ์ หรือบทความที่ส่งเสริมความเข้าใจอันดีต่อผู้ปฏิบัติงานทางด้านสาธารณสุข และผู้เกี่ยวข้อง

#### การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับควรพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Word for Windows โดยใช้กระดาษพิมพ์ขนาด A 4 พิมพ์หน้าเดียวด้วยอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 เว้นบรรทัดใช้ระยะ single space ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเว้นระยะห่างจากขอบกระดาษด้านบน 2.54 ซม. ด้านล่าง 2.54 ซม. ขอบซ้าย 2.54 ซม. และขอบขวา 2.54 ซม. และพิมพ์เลขหน้ากำกับทุกแผ่น จำเนื้อหาควรกระชับชัดเจน ครอบคลุมเนื้อหาสำคัญ และไม่เกิน 12

2. พิมพ์ชื่อผู้เขียน คุณวุฒิตำแหน่ง และสถานที่ทำงานทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ทั้งนี้เพื่อให้กองบรรณาธิการทบทวนบทความโดยไม่ทราบผู้เขียน (Blindly review) ชื่อเรื่องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษพิมพ์ไว้ตรงกลาง ของหน้าแรกด้วยอักษรขนาด 16

3. บทความวิชาการให้เขียนบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ก่อนนำเสนอเนื้อหาของ บทความ และมีการกำหนดคำสำคัญ ไม่เกิน 5 คำทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ การเรียงหัวข้อของเนื้อเรื่องให้พิจารณาตามความเหมาะสม

4. การใช้ภาษาไทยโดยยึดหลักของราชบัณฑิตสถาน หลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษในข้อความภาษาไทย ยกเว้นกรณีจำเป็นและไม่ใช้คำย่อ นอกจากเป็นคำที่ยอมรับกันโดยทั่วไป การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษให้ยึดหลักของราชบัณฑิตสถาน การใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษ ในเนื้อเรื่องภาษาไทย ให้ใช้อักษรตัวพิมพ์เล็ก ยกเว้นชื่อเฉพาะให้ขึ้นต้นด้วยอักษรตัวพิมพ์ใหญ่

#### รูปแบบการเขียนบทความในผลงานวิจัยลงวารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม

1. **ชื่อเรื่อง (Title)** ควรกระชับ ชัดเจน ครอบคลุมเนื้อหาสำคัญ ชื่อเรื่องภาษาไทย ใช้อักษรขนาด 16 ตัวหนา และภาษาอังกฤษ ใช้อักษรขนาด 16 ตัวหนา พิมพ์กึ่งกลางหน้ากระดาษ

2. **บทคัดย่อ (Abstract)** ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยให้นำบทคัดย่อภาษาไทยขึ้นก่อนภาษาอังกฤษ ซึ่งต้องมีเนื้อหาตรงกัน เนื้อหาในบทคัดย่อควรระบุ **วัตถุประสงค์ รูปแบบและวิธีวิจัย ผลการศึกษา สรุปผลการศึกษา** หัวข้อบทคัดย่อใช้ตัวอักษร ขนาด 16 ตัวหนา ส่วนเนื้อหาใช้ตัวธรรมดา พิมพ์ชิดขอบทั้งสองด้านและมีความยาวไม่เกิน 300 คำ

3. **คำสำคัญ (Keywords)** ให้พิมพ์ “คำสำคัญ:” เป็นตัวภาษาไทย และ “Keywords:” ภาษาอังกฤษ ใต้บทคัดย่อ (Abstract) ใช้ตัวอักษรขนาด 16 ตัวหนา ส่วนเนื้อหาใช้ตัวธรรมดา

#### 4. เนื้อหา (Text) บทความวิจัยประกอบด้วย...

➤ **บทนำ (Introduction)** บอกความสำคัญ หรือที่มาของปัญหาที่นำไปสู่การศึกษาวัตถุประสงค์ และอาจรวมการทบทวนวรรณกรรม (Literature Review)

➤ **ความเป็นมาหรือปัญหา**

➤ **วัตถุประสงค์** เพิ่มรายละเอียดจากบทคัดย่อ

➤ **รูปแบบและวิธีวิจัย** เนื้อหาเพิ่มเติมรายละเอียดขึ้นจากจากบทคัดย่อ ผลการศึกษา: (เพิ่มรายละเอียดจากบทคัดย่อ เช่นแสดงตารางหรือสรุปผลฯ)

➤ **อภิปรายผล** อาจเขียนรวมกับผลการทดลองได้เป็นการประเมินการตีความ และวิเคราะห์ในแง่มุม ต่าง ๆ ควรมีการอ้างหลักการหรือทฤษฎีมาสนับสนุนหรือหักล้างอย่างเป็นเหตุผลเป็นผล

**หมายเหตุ :** เนื้อรวมแล้วไม่เกิน 15 หน้ากระดาษ

5. **เอกสารอ้างอิง (References)** เขียนในรูปแบบ (Vancouver) คือเรียงลำดับตามเนื้อหา โดยใส่หมายเลขกำกับเป็นตัวยกในเนื้อหา

#### 6. ตาราง รูป และสมการ

➤ **ตาราง** ต้องมีหมายเลขกำกับโดยใช้คำว่า “ตารางที่.....” และมีคำอธิบายเหนือตาราง

➤ **รูป** ต้องมีหมายเลขกำกับโดยใช้คำว่า “รูปที่ .....” และมีคำอธิบายใส่ไว้ใต้รูป โดยทุกตารางและรูปที่ใส่ไว้ในบทความจะต้องมีการกล่าวอ้างในเนื้อหาบทความ

➤ **สมการ** ต้องพิมพ์กึ่งกลางคอลัมน์และต้องมีหมายเลขกำกับอยู่ภายในวงเล็บ หมายเลขสมการอยู่ชิดขอบขวาของคอลัมน์

**หมายเหตุ :** รูปภาพและตารางรวมกันไม่เกิน 5 ชิ้น

7. **การส่งต้นฉบับ** ส่งต้นฉบับที่ระบุชื่อผู้เขียน จำนวน 1 ชุด แล้วส่งมาที่... <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/index> หรือ กองบรรณาธิการวารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม เบอร์โทรศัพท์ 043711750-4 ต่อ 9420 กด 1017

## การเขียนเอกสารอ้างอิง โดยใช้รูปแบบแวนคูเวอร์ โดยใช้หลักการดังนี้

1. การอ้างอิงในส่วนเนื้อหา ไม่ว่าจะเป็นตัวเนื้อหาเอง, ตาราง, และรูปภาพต่างๆ ให้ใส่ตัวเลขอารบิกเป็นตัวยกในเครื่องหมายวงเล็บ ( ) ทำย่ข้อความที่อ้างอิงและให้ตัวเลขอยู่ในระดับบรรทัดเดียวกับเนื้อหาโดยเรียง ลำดับก่อนหลังตามการอ้างอิง
2. ไม่ควรใช้บทคัดย่อ (Abstracts) เป็นเอกสารอ้างอิง
3. หลีกเลี่ยงการอ้างอิงเอกสารติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคล (personal communication) เว้นแต่จะเป็นข้อมูลที่สำคัญที่หาไม่ได้จากสิ่งตีพิมพ์สาธารณะต่าง ๆ ซึ่งกรณีนี้ควรอ้างอิงชื่อบุคคล และวันที่ที่ติดต่อสื่อสารภายในวงเล็บด้วย

## ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

### 1. การอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals)

รูปแบบพื้นฐาน ➤ ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีพิมพ์ (Year); เล่มที่ของวารสาร (Volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page).

### 2. การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา

รูปแบบพื้นฐาน ➤ ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of Publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปี (Year)

### 3. การอ้างอิงบทหนึ่งของหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และมีบรรณาธิการของหนังสือ

รูปแบบพื้นฐาน ➤ ชื่อผู้เขียน (Author). ชื่อบท (Title of a chapter). ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor(s). ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of publication) : สำนักพิมพ์ (Publisher); ปีที่พิมพ์ (Year). หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย

### 4. การเขียนเอกสารอ้างอิงที่เป็นรายงานทางวิชาการ หรือรายงานทางวิทยาศาสตร์

รูปแบบพื้นฐาน ➤ ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. เมืองที่พิมพ์ : หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน; ปีที่พิมพ์. เลขที่รายงาน .

### 5. การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Material)

รูปแบบพื้นฐาน ➤ ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article) [ประเภทของสื่อ/วัสดุ]. ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]. เข้าถึงได้จาก/ Available from: <http://.....>

### 6. การอ้างอิงบทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

รูปแบบพื้นฐาน ➤ ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) [ประเภทของสื่อ]. ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]: ปีที่ [หน้า/about screen]. เข้าถึงได้จาก/ Available from: <http://.....>

### 7. การอ้างอิงวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation)

รูปแบบพื้นฐาน ➤ ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง [ประเภทหรือระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: ชื่อมหาวิทยาลัย; ปีพิมพ์.

## สารบัญ

## หน้า

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ความเครียดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เตรียมบำบัดทดแทนทางไต:<br>บทบาทที่ทำหายของพยาบาลในการประเมินและช่วยเหลือ<br>เยาวนาถ คำแก้ว, อนุชา ไทยวงษ์, วิไลลักษณ์ เผือกพันธ์, พฤตศักดิ์ จันทราทิพย์                                                                                                            | 13 |
| การรักษากระดูกต้นแขนส่วนกลางหักด้วยการผ่าตัดใส่เหล็กตามกระดูกบริเวณส่วนหน้าด้านใน<br>ผ่านแผลผ่าตัดบริเวณส่วนหน้าด้านนอก<br>สุรศักดิ์ จิตบรรจง                                                                                                                                                         | 24 |
| การศึกษาปัจจัยทำนายและทักษะด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย ในเขตสุขภาพที่ 7<br>ธนิตรา นามบุญเรือง, ลัดดา ตีอังกอง                                                                                                                                                                                   | 33 |
| ผลของการฝึกความต้านทานของกล้ามเนื้อต่อการเพิ่มความแข็งแรงของการบีบมือในผู้มีภาวะมวล<br>กล้ามเนื้อน้อย: การศึกษาแบบไปข้างหน้า<br>ณัฐปภัสร บุญสวัสดิ์, เทียนฉาย ขจรวงศ์สถิต, ณัฐศาสตร์ อุณาศรี                                                                                                          | 47 |
| ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงอันตรายจากการเกิดโรคโควิด19<br>กับ ความตั้งใจฉีดวัคซีนโควิด19 เข็มกระตุ้นของกลุ่มเสี่ยง 608<br>เกตุณรินทร์ บุญคล้าย, วรณชาติ ตาเลศ, กนกวรรณ เวทศิลป์, อนุสร การเกษ<br>กรรณิกา เพ็ชรภักษ์, ปันตดา โพธิ์พุ่ม, ชวนชม พิษพันธ์ไพศาล, สุกิจ ทองพิลา, ปิยะพร พรหมแก้ว | 58 |
| ประสิทธิภาพของการใช้บริการทางการแพทย์ทางไกลในกลุ่มการดูแลแบบประคับประคอง<br>โรงพยาบาลวารินชำราบ: การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม<br>กฤติกา วานิชกุล                                                                                                                                                   | 70 |
| ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่<br>โรงพยาบาลประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์<br>ปฐวี บุญไพศาลบันดาล, ปิยะนุช บังเอิญ                                                                                                                                       | 87 |
| การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า โดยการมีส่วนร่วม<br>ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสามัคคี ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม<br>ปารณีย์ แข็งแรง                                                                                                                        | 98 |

สารบัญ

หน้า

|                                                                                                                                                                                                      |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ผลการบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวานที่นอนโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูง<br>น้ำตาลในเลือดต่ำ ณ หอผู้ป่วยอายุกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม<br>อรอนงค์ แสงดี, เพชรรัตน์ดา ราชดา                           | 114 |
| ผลของการใช้โปรแกรมบริหารสมองร่วมกับนวัตกรรมลำเตี้ยต่อความพึงพอใจ<br>และการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ<br>ทองมี ผลาผล, อติญา โพธิ์ศรี, กิตติพงษ์ พลทิพย์                                        | 127 |
| ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง กรณีศึกษาอำเภอกุดจับ<br>จังหวัดอุดรธานี<br>เจนจิรา ศรีกังพาน                                                                                     | 138 |
| สมรรถนะด้านปฏิบัติการพยาบาลเด็กวิกฤตของนักศึกษาพยาบาล:<br>บทบาทที่ทำทนายของอาจารย์พยาบาล<br>นุชนาถ บุญมาศ                                                                                            | 151 |
| ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด<br>สุรียา ยอดทอง, รุ่งฤดี อุสาหะ                                                                                                                    | 165 |
| การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง<br>ด้วยการระดมพลังทางสังคมร่วมกับการจัดการรายกรณี อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม<br>นันทพญาน์ พิมพ์บุตร, นิตยา ฤทธิ์ศรี | 177 |
| ผลลัพธ์การให้บริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพรินขณะนอนโรงพยาบาลมหาสารคาม<br>เพชรรัตน์ดา ราชดา, ลือรัตน์ อนุรักษ์พานิช                                                                          | 193 |
| ผลการพัฒนาระบบการบริหารคลังเวชภัณฑ์ยาโดยใช้ข้อมูลการสั่งใช้ยาของแพทย์<br>งานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม<br>วรรณดา ฉายแก้วมณี                                                           | 209 |
| ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลการคลอดปกติของพยาบาล<br>ห้องคลอด<br>วิลาสินี บุตรศรี, เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย, จันทิมา นวมะวัฒณ์                                                  | 223 |

ความเครียดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เตรียมบำบัดทดแทนทางไต:

บทบาทที่ทำหายของพยาบาลในการประเมินและช่วยเหลือ

Stress in Chronic Kidney Disease Patients Preparing for Renal Replacement Therapy:  
The Challenging Role of Nurses in Assessment and Support

เยาวนาถ คำแก้ว<sup>1</sup>, อนุชา ไทวงศ์<sup>2</sup>, วิไลลักษณ์ เผือกพันธ์<sup>3</sup>, พุทธิศักดิ์ จันทราทิพย์<sup>4\*</sup>

Yaowanat Khamkaew<sup>1</sup>, Anucha Taiwong<sup>2</sup>, Wilailak Phuakphan<sup>3</sup>, Phuetthisak Chantratip<sup>4\*</sup>

<sup>1,2,3</sup>อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

จังหวัดมหาสารคาม 44000

<sup>4\*</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

จังหวัดมหาสารคาม 44000

<sup>1,2,3</sup>Instructor nurse, Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Mahasarakham province, 44000

<sup>4\*</sup>Registered Nurse, Professional Level, Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Mahasarakham province, 44000

Corresponding author: phuetthisak@smnc.ac.th

Received: 5 June 2025 Revised: 22 July 2025 Accepted: 28 July 2025

#### บทคัดย่อ

ความเครียดเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่กำลังเตรียมตัวเข้ารับการบำบัดทดแทนไต โดยปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียด ได้แก่ ความกลัว ความไม่แน่นอนเกี่ยวกับอนาคต ความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ และการเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิต การประเมินและการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญ บทความวิชาการได้เขียนขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์เชิงวิชาชีพ เพื่อนำเสนอความหมาย อุบัติการณ์ ระดับความเครียด ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียด ระดับของความเครียด รวมถึงเสนอแนะบทบาทของพยาบาลในการประเมินและการช่วยเหลือภายใต้กลยุทธ์ 2As ได้แก่ การประเมินความเครียด (Assessment) และการให้ความช่วยเหลือ (Assistance) อันจะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลวิชาชีพ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญความเครียด ปรับตัวกับปัจจัยกระตุ้นที่เผชิญได้อย่างมีประสิทธิภาพ และจะเป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

**คำสำคัญ :** ความเครียด, ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง, บำบัดทดแทนทางไต, บทบาทพยาบาล, การประเมินและช่วยเหลือ

---

## ABSTRACT

Stress is an important and common issue among persons with chronic kidney disease (CKD) preparing for renal replacement therapy. Key factors contributing to stress include fear, uncertainty about the future, health concerns, and lifestyle changes. Therefore, assessing and providing support is essential to help them to manage their stress effectively. This academic article was written base on literature review and presented the definition, incidence, level of stress, stress-related factors, and stress levels. It suggests nurses' role in assessment and support based on the 2As strategy: Assessment and assistance. These strategies will benefit professional nurses, enabling them to help patients cope with stress and adapt to it effectively, promoting an improved quality of life.

**Keywords :** Stress, Chronic Kidney Disease Patients, Renal Replacement Therapy, Role of Nurses, Assessment and Support

## ความหมาย และอุบัติการณ์

ความเครียด (Stress) เป็นการแสดงปฏิกิริยาตอบสนองร่างกายต่อสิ่งที่คุกคามทั้งภายในและภายนอกที่พบได้บ่อยเนื่องจากความทุกข์ทรมานกับการดำเนินของโรค ความกลัว ความไม่แน่นอนเกี่ยวกับอนาคต ความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ และการเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิต<sup>(1-2)</sup> อีกทั้งต้องมีข้อจำกัดในการใช้ชีวิต การจำกัดอาหารโดยเฉพาะโปรตีน น้ำ และอาหารที่มีโซเดียมสูง ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานและยากลำบากในการชีวิต<sup>(3)</sup> มีภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น การมารักษาติดตามอาการตามนัด และภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปล้วนส่งผลต่อบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วย<sup>(4)</sup> ทำให้เกิดความเจ็บป่วยทางด้านสุขภาพจิตหากไม่สามารถยอมรับและปรับตัวได้ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความเครียดร้อยละ 79.6 โดยส่วนใหญ่เป็นความเครียดระดับปานกลางร้อยละ 31.7-42.7<sup>(5-6)</sup> เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าการดำเนินของโรคแย่งถึงระยะของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องบำบัดทดแทนไต อาจเกิดความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแล การเปลี่ยนแปลงของบทบาทหน้าที่ในครอบครัว รู้สึกไม่แน่นอนกับการดำเนินของโรคและการรักษาที่ต่อเนื่องตลอดชีวิต จนก่อให้เกิดการสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง มีความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังส่งผลให้เกิดความมีคุณค่าและความภูมิใจในตัวเองลดลง<sup>(7)</sup> อีกทั้งยังทำให้เกิดความวิตกกังวลและอารมณ์ซึมเศร้าตามมาส่งผลกระทบต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนทางไต<sup>(8)</sup> การพยาบาลด้านจิตใจเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลจำเป็นต้องมีความตระหนักในการประเมินผู้ป่วย โดยเฉพาะความเครียดกับการเผชิญของโรค และการเข้าสู่ระยะไตวายเรื้อรังนี้จะนำไปสู่การบำบัดทดแทนทางไต เพราะผู้ป่วยอาจปฏิเสธการรักษาและทำให้อัตราการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาของวรรณา เสริมกลิ่น และ ชื่นฤทัย ยี่เขียน<sup>(9)</sup> พบว่าผู้ป่วยไม่ยอมรับการบำบัดทดแทนทางไต ร้อยละ 50 จากความรู้สึกลัวการล้างไต และขาดการตระหนักถึงความเจ็บป่วยของตนเอง การประเมินและจัดการความเครียดในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจึงมีความสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับและปรับตัวต่อการเผชิญโรคกับการดำเนินของโรคที่เปลี่ยนแปลงไปได้อย่างเหมาะสมและลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคไตเรื้อรังได้

## ความหมาย และอุบัติการณ์

ความเครียด (stress) คือ การแสดงปฏิกิริยาตอบสนองร่างกายต่อสิ่งที่คุกคามทั้งภายในและภายนอกที่มากระทำต่อบุคคลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและสารสื่อประสาท โดยปฏิกิริยาตอบสนองจะแสดงออกทางร่างกายด้านสรีระทำให้เกิดอาการต่าง ๆ เช่น ปวดศีรษะ ปวดหลัง ความดันโลหิตสูง เป็นต้น<sup>(10)</sup> เช่นเดียวกับลาซารัส และฟอล์คแมน<sup>(11)</sup> ที่กล่าวว่าความเครียดคือปฏิกิริยาที่รู้สึกถูกคุกคาม โดยมีผลมาจากสิ่งแวดล้อมที่ตนเองประเมินได้จนเกินความต้านทาน จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพบว่ามีความเครียดร้อยละ 79.6 โดยส่วนใหญ่เป็นความเครียดระดับปานกลางร้อยละ 31.7<sup>(6)</sup>

## ระดับของความเครียด

เป็นระดับที่แสดงปฏิกิริยาตอบสนองร่างกายต่อสิ่งที่คุกคามที่เกิดขึ้น แบ่งออกเป็น 4 ระดับดังนี้

1. ความเครียดระดับน้อย ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพบมีความเครียดระดับน้อยร้อยละ 28.7<sup>(6)</sup> ซึ่งเป็นความเครียดที่เกิดขึ้นโดยทั่วไป ไม่คุกคามการใช้ชีวิตและหายไปเองได้จากการปรับตัวของแต่ละบุคคล
2. ความเครียดระดับปานกลาง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพบมีความเครียดระดับปานกลางร้อยละ 31.7<sup>(6)</sup> ซึ่งเป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันโดยทั่วไป หรือเมื่อเกิดเหตุการณ์สำคัญ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวลและกลัว แต่ไม่เกิดอันตรายต่อด้านร่างกายสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ
3. ความเครียดระดับมาก ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพบมีความเครียดระดับมากร้อยละ 11<sup>(6)</sup> เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นจากสิ่งคุกคามหรือเหตุการณ์สำคัญ แต่ไม่สามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์นั้นได้ในเวลาสั้น ๆ จนนำไปสู่ความเครียดเรื้อรัง

4. ความเครียดระดับรุนแรง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพบว่ามีความเครียดระดับรุนแรงร้อยละ 8.2 เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นจากสิ่งคุกคามจนไม่สามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์นั้น ทำให้เกิดการปรับตัวล้มเหลว รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ และควบคุมตัวเองไม่ได้<sup>(6)</sup>

### ปัจจัยของความเครียด

จากการศึกษาปัจจัยของความเครียดผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสอดคล้องตามแบบจำลองชีวิตจิตสังคม ของ Suls & Rothman<sup>(12)</sup> ที่กล่าวว่าปัจจัยทางชีวภาพ ด้านจิตใจ ด้านสังคม และสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวเนื่องกัน ทั้งยังเป็นปัจจัยส่งผลให้เกิดความเครียดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เนื่องจากการบำบัดทดแทนทางไต เป็นการรักษาระยะยาวส่งผลให้เกิดความเครียดและการปรับตัวไม่เหมาะสมได้ จึงสามารถแบ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตามแบบจำลองชีวิตจิตสังคม ของ Suls & Rothman ได้ดังนี้

1. ปัจจัยทางชีวภาพ โดยปัจจัยด้านชีวภาพนั้นเกิดจากลักษณะที่แสดงออกทางด้านร่างกาย และอาการของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกัน ประกอบไปด้วย อายุ เพศ โรคประจำตัว โรคร่วม ความรุนแรงของโรค ผลข้างเคียงของยา ดัชนีมวลกาย และระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย จากการศึกษาพบว่าโรคไตเรื้อรังส่งผลให้เกิดความอ่อนล้า อ่อนเพลีย อาการคัน คลื่นไส้อาเจียน ตะคริวที่กล้ามเนื้อ รวมทั้งความต้องการทางเพศลดลง<sup>(7)</sup> โดยพบว่าอาการอ่อนล้าเป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุด ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง<sup>(13)</sup> ส่งผลให้เกิดความเครียดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

2. ปัจจัยด้านจิตใจ โดยปัจจัยด้านจิตใจ รวมทั้งสภาวะพื้นฐานทางด้านอารมณ์ และบุคลิกภาพ ซึ่งประกอบไปด้วย การเห็นคุณค่าในตัวเอง บุคลิกภาพของบุคคล การรับรู้ความเจ็บป่วย อารมณ์ ความเชื่อ นิสัย รวมทั้งพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ถูกจำกัดปริมาณน้ำเกลือแร่ โพแทสเซียม การถูกจำกัดกิจกรรมทางสังคม<sup>(7)</sup> เป็นปัจจัยที่นำไปสู่ความกดดันทางจิตใจ ส่งผลให้เกิดความมั่นใจในตนเองและระดับคุณภาพชีวิตลดลง<sup>(13)</sup> รวมทั้งความกลัว ความกังวล ในเรื่องความไม่แน่นอนของการรักษาและต้องใช้ระยะเวลานาน การรับรู้ต่อความเจ็บป่วยของตนเอง การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเป็นสิ่งที่พยากรณ์ความทุกข์ทางใจและการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม ส่งผลต่อสภาวะทางจิตใจและเกิดความเครียดเพิ่มมากขึ้นในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง<sup>(1-2)</sup> เช่นเดียวกับการศึกษาของ Hudson และคณะ<sup>(14)</sup> ในกลไกการเกิดความทุกข์ซึ่งมีปัจจัยที่เกิดจากความเครียดจากการรับรู้ผลการวินิจฉัยจากแพทย์ ความกลัวเกี่ยวกับความไม่แน่นอนจากโรคและการใช้ชีวิตเป็นกลไกนำไปสู่การเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด ความรู้สึก การแสดงออก และร่างกายที่มีความสัมพันธ์และส่งผลต่อกัน สอดคล้องกับการศึกษาของอังฉริยา น้อยทรง<sup>(15)</sup> ที่ได้สอบถามความรู้สึกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพบว่ารู้สึกกังวล ไม่มั่นคงและปลอดภัย ร้อยละ 87.9 กลัวว่าสิ่งร้ายจะเกิดขึ้น ร้อยละ 60.6 และกลัวความไม่แน่นอนของโรค บางรายกล่าวว่า “โรคนี้เป็นแล้วจะตายก็ไม่ตาย จะหายก็ไม่หาย ไม่รู้จะไปเมื่อไหร่” ทำให้เพิ่มความวิตกกังวลและอารมณ์ซึมเศร้าที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนทางไต<sup>(8)</sup>

3. ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ประกอบไปด้วย ความสามารถในการประกอบอาชีพ รายได้ การสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนจากครอบครัว ความเอาใจใส่จากครอบครัว การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และการเดินทางไปรักษา รวมทั้งความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงนำไปสู่การพึ่งพาผู้อื่นเพิ่มมากขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัวและข้อจำกัดมากขึ้นในการทำงานทำให้รายรับไม่เพียงพออีกทั้งรายจ่ายเพิ่มมากขึ้นจากการรักษา<sup>(7)</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของอังฉริยา น้อยทรง<sup>(15)</sup> ที่ได้สอบถามความรู้สึกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพบว่ารู้สึกเป็นภาระต่อบุตรที่ต้องมาดูแล พาไปพบแพทย์ ซึ่งหากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลจะส่งผลกระทบต่อการทำงานของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น

## บทบาทพยาบาลในการประเมินและช่วยเหลือ

ความเครียดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีหลากหลายปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในผู้ป่วย บทบาทของพยาบาลในการประเมินและการจัดการความเครียดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เตรียมบำบัดทดแทนทางไต ซึ่งประกอบด้วย 2 ประเด็น ได้แก่ การประเมินความเครียด (Assessment) และการให้ความช่วยเหลือ (Assistance) ดังต่อไปนี้

1) การประเมินความเครียด (Assessment) เป็นการรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลที่จะต้องประเมินความเครียด พยาบาลจึงจำเป็นต้องประเมินเพื่อรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต การซักประวัติ การสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย และการใช้แบบประเมิน โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านชีววิทยา ด้านจิตใจ และด้านสังคม<sup>(16)</sup>

1.1 การประเมินด้านชีววิทยา (Biological domain assessment) พยาบาลจะต้องทราบประวัติการเจ็บป่วยในอดีตจนถึงปัจจุบันรวมทั้งการประเมินอาการทางจิต รวมไปถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและควรประเมินอาการที่เกิดขึ้นในขณะที่มีความเครียด เช่น คุณภาพการนอนหลับ การรับประทานอาหารที่เปลี่ยนแปลง น้ำหนักตัวที่มีการเปลี่ยนแปลง ความรู้สึกในการทำกิจกรรมทางเพศ รวมทั้งการใช้ยาอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยใช้ร่วมด้วย นอกจากนี้พยาบาลสามารถประเมินโดยผ่านการเปลี่ยนแปลงที่แสดงของทางร่างกายเนื่องจากสมองส่วนอะมิกดาลา (amygdala) จะสั่งการในการตอบสนองโดยทำหน้าที่เป็นตัวรับรู้ ประเมินระดับความเครียดโดยทำงานร่วมกับสมองส่วนหน้า (prefrontal cortex) หากมีการประเมินผลในส่วนของความเครียด ระบบการทำงานของสมองส่วนอะมิกดาลาจะทำงานโดยการส่งสัญญาณไปสมองส่วนไฮโปทาลามัส (hypothalamus) โดยจะส่งสัญญาณต่อไปยังต่อมใต้สมอง (pituitary gland) และต่อมหมวกไต (adrenal gland) ส่งผลให้ร่างกายเกิดการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล (cortisol) และสารอะดรีนาลิน (adrenaline) เข้าสู่กระแสเลือด ทำให้ร่างกายเกิดการตอบสนองต่อความเครียด เช่น การหายใจที่เร็วขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจที่เพิ่มขึ้น การหดตัวของกล้ามเนื้อ และการทำงานของต่อมเหงื่อ เป็นต้น จากการศึกษาพบว่า มีการใช้เครื่องมือในการประเมินทางสรีรวิทยา ได้แก่ เครื่องมือวัดกลไกทางชีวภาพที่ย้อนกลับ (biofeedback) เครื่องมือการวัดผ่อนคลายความเครียดของกล้ามเนื้อ (electromyogram (EMG) biofeedback training program) การควบคุมการทำงานของต่อมเหงื่อ (skin-conductance (SC) biofeedback training program) และการควบคุมการทำงานของก้านสมอง (electroencephalogram (EEG) biofeedback training program) เป็นต้น<sup>(17)</sup>

1.2 ด้านจิตใจ (Psychological domain assessment) เป็นการตอบสนองทางอารมณ์ในแต่ละบุคคล รวมทั้งความรุนแรงที่เกิดขึ้น การรับรู้ของบุคคลต่อสถานการณ์ และการจัดการกับความเครียดในแต่ละบุคคลผู้ป่วยจำนวนมากไม่เปิดเผยความรู้สึกและอารมณ์เนื่องจากไม่มีช่วงเวลาที่จะเล่าหรืออธิบายความรู้สึก การประเมินจะช่วยประเมินและตรวจสอบให้เกิดความเข้าใจและตระหนักรู้ในตัวเองของผู้ป่วย เช่น ความทุกข์หรือความไม่สบายใจที่เกิดขึ้น การตอบสนองต่อการรักษา การจัดการกับปัญหาและการปรับตัวของผู้ป่วย ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับทีมรักษาผลจากการรักษาส่งผลต่อผู้ป่วยอย่างไร ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและทบทวนความรู้สึกของตัวเอง ช่วยสร้างความเข้าใจระหว่างผู้ป่วยและทีมผู้รักษา อีกทั้งยังช่วยลดความกังวลที่เกิดขึ้นอีกด้วย<sup>(18)</sup>

นอกจากนี้ยังสามารถประเมินพฤติกรรมที่แสดงออกที่สังเกตได้ (behavioral measure of stress) คือ การสังเกตจากการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด คำพูด การรับรู้ ความจำ และการตัดสินใจ<sup>(17)</sup> รวมทั้งการประเมินด้วยแบบสอบถาม หรือการรับรู้ต่อความเครียด (perceptive measure of stress) คือ การประเมินความเครียดที่เกิดขึ้นจากระดับความรู้สึกของตนเอง โดยนำมารวบรวมเป็นคะแนน ที่มีหลายระดับ

เช่น แบบประเมินความเครียด (ST5) พัฒนาโดย อรพรรณ ศิลปะกิจ ที่ประเมิน 5 ข้อคำถามเกี่ยวกับอาการหรือความรู้สึกที่เกิดในระยะ 2-4 สัปดาห์ ได้แก่ มีปัญหาการนอนหลับ สมาธิลดลง หงุดหงิด เบื่อ และไม่ยอมพบผู้คน โดยประเมินได้ด้วยตนเอง ให้คะแนน 0-3 ที่ตรงกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นในแต่ละข้อ คือ 0 คะแนน หมายถึง แทบไม่มี 1 คะแนน หมายถึง เป็นบางครั้ง 2 คะแนน หมายถึง บ่อยครั้ง และ 3 คะแนน หมายถึง เป็นประจำ โดยนำคะแนนทั้งหมดมารวมกันแปลผลได้ดังนี้ 0-4 คะแนน เครียดน้อย 5-7 คะแนน เครียดปานกลาง 8-9 คะแนน เครียดมาก 10-15 คะแนน เครียดมากที่สุด นอกจากนี้ยังมีแบบประเมินความเครียดที่ใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คือแบบประเมินความเครียด (symptoms of stress Inventory; SOSI) สร้างขึ้นโดย Cornell Medical Index (1949) แปลเป็นภาษาไทย มีทั้งหมด 107 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความเครียดและการตอบสนองด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม ในช่วง 3 เดือน โดยมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่ง 1 คะแนน หมายถึง ไม่มีการตอบสนองต่อความเครียด จนถึง 5 คะแนน หมายถึง มีการตอบสนองต่อความเครียดบ่อยที่สุด ผลรวมแบ่งออกเป็นความเครียด 3 ระดับ ดังนี้ 85-169 คะแนน หมายถึง ความเครียดระดับน้อย 170-340 คะแนน หมายถึง ความเครียดระดับปานกลาง และ 341-425 คะแนน หมายถึง ความเครียดระดับสูง<sup>(19)</sup>

1.3 การประเมินด้านสังคม (Social domain assessment) ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าการดำเนินของโรคแย่งชิงระยะของโรคไถวยาเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องบำบัดทดแทนไต เกิดความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแล การเปลี่ยนแปลงของบทบาทหน้าที่ในครอบครัว รู้สึกไม่แน่นอนกับการดำเนินของโรคและการรักษาที่ต่อเนื่องตลอดชีวิต จนก่อให้เกิดการสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง<sup>(7)</sup> จึงต้องมีการค้นหาปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดความเครียดด้วยการรวบรวมข้อมูลเหตุการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้น รวมทั้งการหาแหล่งสนับสนุนทางด้านบุคคลและครอบครัวที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ ความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมในแต่ละบุคคล การสนับสนุนของครอบครัวและสังคมรวมทั้งสัมพันธ์ภาพที่มีต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อประเมินแหล่งทรัพยากรที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้

2) การให้ความช่วยเหลือ (Assistance) การให้ความช่วยเหลือที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการจะช่วยให้บรรลุผลและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีความเครียดเกิดจากความกลัว โดยกลัวการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการบำบัดทดแทนทางไต การติดเชื้อ การเสียชีวิต ความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับอนาคต ความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิต นำไปสู่ความสามารถในการตัดสินใจในการบำบัดทดแทนทางไตไม่ได้ จึงได้มีการศึกษาการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในการจัดการความเครียดให้เหมาะสมในแต่ละบุคคล เพื่อให้เกิดความต้านทานและปรับตัวต่อความเครียดได้ดังนี้

2.1 การให้ความช่วยเหลือด้านชีววิทยา ในด้านชีววิทยาของร่างกายเมื่อเกิดปฏิกิริยาต่อสภาวะเครียดจากการที่ร่างกายเกิดการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล (cortisol) และสารอะดรีนาลิน (adrenaline) เข้าสู่กระแสเลือด ซึ่งสารอะดรีนาลินมีผลต่ออวัยวะ เช่น หลอดเลือด หัวใจ ปอด กล้ามเนื้อโครงร่างของร่างกาย ส่งผลให้เกิดปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อความเครียด เมื่อร่างกายตอบสนองต่อความเครียดจะเกิดการเปลี่ยนแปลงที่แสดงของทางร่างกาย เช่น การหายใจที่เร็วขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจที่เพิ่มขึ้น การหดตัวของกล้ามเนื้อและคลายตัวของกล้ามเนื้อและการทำงานของต่อมเหงื่อ สามารถลดปฏิกิริยาดังกล่าวโดยการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า<sup>(20-22)</sup> การหายใจโดยใช้กระบังลม<sup>(23-25)</sup> การสร้างจินตภาพ<sup>(26-27)</sup> และโยคะ<sup>(28-29)</sup> เป็นต้น จากการศึกษาพบว่าเทคนิคการผ่อนคลายด้วยวิธีต่าง ๆ จะช่วยให้ปฏิกิริยาของร่างกายตอบสนองต่อความเครียดลดลง ได้แก่

2.1.1 การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า เป็นการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่ละส่วนทั่วร่างกาย เพื่อลดความตึงของกล้ามเนื้อทำให้เกิดการผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ เนื่องจากการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าทำให้ร่างกายสร้างคอร์ติซอล และแคทีโคลามีน (catecholamine) ลดลง และมีการหลั่งเอ็นโดฟินส์ (endorphins) เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ร่างกายและจิตใจผ่อนคลายมากขึ้น ทำให้ความเครียดลดลง<sup>(17)</sup> จากการศึกษาการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวน 60 คนที่ได้รับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าวันละ 2 ครั้ง ในเวลา 2 สัปดาห์ พบว่ามีระดับคะแนนความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )<sup>(20)</sup> เช่นเดียวกับการศึกษาของ Toussaint และคณะ<sup>(21)</sup> พบว่าการผ่อนคลายกล้ามเนื้อช่วยทำให้เกิดการผ่อนคลายทางสรีรวิทยาได้อย่างมีประสิทธิภาพส่งผลให้มีระดับความเครียดลดลง อีกทั้งยังพบว่าการผ่อนคลายกล้ามเนื้อช่วยให้เกิดคุณภาพการนอนหลับที่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )<sup>(22)</sup>

2.1.2 การฝึกการหายใจโดยใช้กระบังลม เป็นการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อกะบังลมทำให้กล้ามเนื้อกะบังลมหดตัว และเคลื่อนตัวลงส่งผลให้ปริมาตรในปอดเพิ่มขึ้น อีกทั้งยังช่วยลดแรงดันอากาศภายในปอดทำให้อากาศไหลเข้าได้ดีมากขึ้น การไหลเวียนของออกซิเจนที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อระดับความเครียดลดลง จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าการหายใจโดยใช้กระบังลม มีประสิทธิภาพในการลดความเครียดทางด้านสรีรวิทยาและด้านจิตใจ<sup>(23)</sup> สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนทางไต พบว่าการฝึกหายใจที่มีประสิทธิภาพ ครั้งละ 10 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ นอกจากช่วยลดระดับความเครียดแล้วยังช่วยลดระดับความเศร้าและความวิตกกังวลอีกด้วย<sup>(24)</sup> เช่นเดียวกับการศึกษาของ Toussaint และคณะ<sup>(21)</sup> พบว่าการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการฝึกหายใจที่มีประสิทธิภาพช่วยทำให้เกิดการผ่อนคลายทางสรีรวิทยาได้อย่างมีประสิทธิภาพส่งผลให้มีระดับความเครียดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาในอินโดนีเซียที่การฝึกหายใจที่มีประสิทธิภาพร่วมกับสุนทรบำบัด (Aromatherapy) พบว่านอกจากจะช่วยลดระดับความเครียดยังช่วยลดอาการอ่อนเพลียและเพิ่มคุณภาพการนอนหลับ<sup>(25)</sup>

2.1.3 การสร้างจินตภาพ คือการสร้างภาพและจินตนาการ รวมทั้งการจัดการความคิดและอารมณ์ที่เกิดขึ้นให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพบว่ามีระดับความเครียดระดับปานกลางร้อยละ 62 ได้รับการฝึกสร้างจินตภาพมีความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ทั้งนี้ยังเป็นวิธีการที่ทำได้ง่าย ประหยัด และไม่เกิดผลข้างเคียง<sup>(26)</sup> สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอายุ 18-65 ปี ได้รับการฝึกสร้างจินตภาพทำให้ระดับความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Toussaint และคณะ<sup>(21)</sup>

2.1.4 โยคะ เป็นการฝึกร่างกายร่วมกับการสร้างความสมดุลในจิตใจ โดยการฝึกการกำหนดลมหายใจ จากการศึกษาของ Gautam & Kiran<sup>(27)</sup> เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าการทำโยคะร่วมกับการทำสมาธิช่วยลดระดับความเครียดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง นอกจากนี้การทำโยคะแบบอาสนะ (Asana) เป็นท่าฝึกทางกายในการสร้างสภาวะสมดุล และการทำโยคะแบบปราณายามะ (Pranayama) คือ การฝึกเน้นในเรื่องของการหายใจเพื่อฝึกควบคุมลมหายใจและระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้จิตใจเกิดความสงบและผ่อนคลาย อีกทั้งยังช่วยลดระดับความดันโลหิต การเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และทำให้ระดับความเครียดลดลง<sup>(28)</sup>

2.2 การให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจ ซึ่งจะตอบสนองทางอารมณ์ในแต่ละบุคคล ความรุนแรงที่เกิดขึ้น การรับรู้ของบุคคลต่อสถานการณ์แตกต่างกัน ซึ่งผู้ป่วยมักจะรู้สึกกลัวความไม่แน่นอนเกี่ยวกับอนาคต ความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Hudson<sup>(14)</sup> ในกลไกการเกิดความทุกข์ที่มีความกลัวเกี่ยวกับความไม่แน่นอนจากโรคและการใช้ชีวิต นำไปสู่กลไกการเกิดการ

เปลี่ยนแปลงด้านความคิด ความรู้สึก การแสดงออก และร่างกาย การดูแลช่วยเหลือในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องบำบัดทดแทนทางไตที่มีความเครียดด้วยการบำบัดความคิดและพฤติกรรม การทำความเข้าใจในความสัมพันธ์ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม โดยค้นหาความคิดทางด้านลบ เช่น คิดว่าเป็นแล้วรักษาไม่หาย เป็นภาระครอบครัว คิดว่าอุปถัมภ์ไม่สวยงาม ประเมินและตรวจสอบความคิดนั้นและปรับเปลี่ยนความคิดเพื่อลดความรู้สึกและอารมณ์ทางลบ เพิ่มการตั้งเป้าหมายในชีวิตและเสริมคุณค่าในตัวเอง เพิ่มความต้านทานต่อความเครียดโดยการเพิ่มพฤติกรรมทางบวกและสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจในการปรับตัวร่วมกับการสนับสนุนการรับรู้ถึงความสามารถของตัวเอง รวมทั้งการให้ข้อมูลและให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกตัดสินใจจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจตระหนักรู้ในตัวเองและทำให้เกิดความเครียดลดลง<sup>(29)</sup> สอดคล้องกับงานวิจัยของ Sohn และคณะ<sup>(30)</sup> ที่ศึกษาผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอายุ 48-67 ปี โดยแบ่งเป็น 12 สัปดาห์ โดยแบ่งเนื้อหาเป็น 12 ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 แนะนำโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ครั้งที่ 2 ความเครียดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ครั้งที่ 3 การค้นหาเป้าหมายและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า ครั้งที่ 4 การรับรู้อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม ครั้งที่ 5 การทำสมาธิและกำหนดลมหายใจ ครั้งที่ 6 การทำสมาธิและกำหนดลมหายใจแบบเคลื่อนไหว ครั้งที่ 7 เทคนิคการให้กำลังใจตัวเอง ครั้งที่ 8 การจัดการความโกรธ ครั้งที่ 9 แนะนำทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ครั้งที่ 10 ฝึกทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพและการบอกความต้องการ ครั้งที่ 11 ฝึกทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ การฟังและการยอมรับ ครั้งที่ 12 สรุปร่วมกันและกำหนดเป้าหมาย หลังจากสิ้นสุดโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมพบว่าสามารถลดความเครียด ความวิตกกังวล และเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้

2.2 การให้ความช่วยเหลือด้านสังคม ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องบำบัดทดแทนทางไตต้องการการดูแลช่วยเหลือ และสนับสนุนแบบเฉพาะบุคคล<sup>(31)</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของนภาลักษณ์ แสงโพธิ์ และคณะ<sup>(29)</sup> ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจต่อการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยให้คำปรึกษารายบุคคลและให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกและตัดสินใจในการบำบัดทดแทนทางไต มีการให้ข้อมูลความรู้ถึงทางเลือกและความจำเป็น เปรียบเทียบความแตกต่าง ข้อดีและข้อเสีย ความเสี่ยงในการบำบัดทดแทนทางไตร่วมกับทีมผู้รักษา และสะท้อนผลลัพธ์ผลกระทบด้านต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยเลือกตัดสินใจ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และค่าเฉลี่ยการตัดสินใจที่เหมาะสมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) อีกทั้งในปัจจุบันผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องบำบัดทดแทนทางไตทุกรายมีสิทธิในการรักษาและตัดสินใจในการเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis; HD) การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis; PD) หรือการรักษาแบบประคับประคอง นอกจากนี้ยังพบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีผลต่อระดับความเครียดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ<sup>(32)</sup> และยังพบว่าการให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้เขียนเพื่อระบายความรู้สึกจะช่วยให้ผู้ป่วยได้ทบทวนความรู้สึกตัวเองในส่วนที่ไม่สามารถพูดสื่อสารได้ ได้ระบายความรู้สึก ความคิด ความต้องการผ่านการเขียนช่วยให้เกิดความทุกข์และความคับข้องใจลดลง ส่งผลให้ระดับความเครียดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังลดลง<sup>(33)</sup>

## สรุป

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เตรียมตัวเข้ารับการบำบัดทดแทนไต มักประสบกับความเครียดในระดับเล็กน้อยและปานกลาง เนื่องจากต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนเกี่ยวกับสุขภาพและอนาคต รวมถึงการเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิตที่จะเกิดขึ้น ความเครียดนี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินและให้การสนับสนุนผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับความเครียดได้อย่างมี

ประสิทธิภาพและปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

### เอกสารอ้างอิง

1. Muscat P, Weinman J, Farrugia E, Callus R, Chilcot J. Illness perceptions predict distress in patients with chronic kidney disease. *BMC Psychol.* 2021;9(1):Article 75. doi: 10.1186/s40359-021-00572-z.
2. Sahaf R, Sadat Ilali E, Peyrovi H, Akbari Kamrani AA, Spahbodi F. Uncertainty, the overbearing lived experience of the elderly people undergoing hemodialysis: a qualitative study. *Int J Community Based Nurs Midwifery.* 2017;5(1):13-21.
3. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์; 2565.
4. ชยวัจน์ สืบญะเรือง. ภาวะสุขภาพและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือด. *วารสารราชานุกูล.* 2560;32(2):55-63.
5. Danial K, Mushtaq N, Alam E, Mushtaq M, Tariq S. Depression, anxiety, and stress in patients undergoing hemodialysis: assessment of contributing factors. *Natl J Health Sci.* 2024;9(2):98-103. doi: 10.21089/njhs.92.0098.
6. Roy SR, Ishrar SMG, Caleerappa R, Reddy VB, Chenna N, Chapiri DL. Impact of stress, anxiety, and depression on chronic kidney disease and its effects on quality of life. *Glob J Med Pharm Biomed Update.* 2024;19(3):1-6. doi: 10.25259/GJMPBU\_108\_2023.
7. Gunarathne TGNS, Abdullah KL, Yoong TL, Nanayakkara N, Kun LS, Mohajer S. Factors influencing stress perception among hemodialysis patients: a systematic review. *Iran Red Crescent Med J.* 2022;24(6):e189045. doi: 10.32592/ircmj.2022.24.6.2074.
8. Bezerra CIL, Silva BC, Elias RM. Decision-making process in the pre-dialysis CKD patients: do anxiety, stress and depression matter? *BMC Nephrol.* 2018 Apr 27;19(1):1-6. doi: 10.1186/s12882-018-0896-3.
9. วรณา เสริมกลิ่น, ชื่นฤทัย ยี่เขียน. ผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาก่อนการบำบัดทดแทนไตต่อการยอมรับการบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย.* 2563;13(2):208-23.
10. Selye H. The stress of life. Rev. ed. New York: McGraw-Hill; 1976.
11. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.
12. Suls J, Rothman A. Evolution of the biopsychosocial model: prospects and challenges for health psychology. *Health Psychol.* 2004;23(2):119-25. doi: 10.1037/0278-6133.23.2.119.
13. Alshammari B, Alkubati SA, Alrasheeday A, Pasay-An E, Edison JS, Madkhali N, et al. Factors influencing fatigue among patients undergoing hemodialysis: a multi-center cross-sectional study. *Libyan J Med.* 2024;19(1):Article 2301142. doi: 10.1080/19932820.2023.2301142.

14. Hudson JL, Moss-Morris R, Game D, Carroll A, Chilcot J. Improving Distress in Dialysis (iDiD): a tailored CBT self-management treatment for patients undergoing dialysis. *J Renal Care*. 2016;42(4):223–38. doi: 10.1111/jorc.12168.
15. อัจฉรียา น้อยทรง. ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต [วิทยานิพนธ์]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2561.
16. Boyd MA. *Psychiatric nursing: contemporary practice*. 5th ed. China: Lippincott and Wilkins; 2012.
17. มรรยาท รุจิวิษชัย. การจัดการความเครียดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 2. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2556.
18. Sein K, Damery S, Baharani J, Nicholas J, Combes G. Emotional distress and adjustment in patients with end-stage kidney disease: a qualitative exploration of patient experience in four hospital trusts in the West Midlands, UK. *PLoS One*. 2020;15(11):1-12. doi: 10.1371/journal.pone.0241629.
19. มรรยาท รุจิวิษชัย, ณฐวรรณ รั้ววงศ์ประยูร, สารรัตน์ วุฒิอาภา, สุนทรา เลี้ยงเขวงวงศ์, พีระพงศ์ กิติภาวงศ์, สุนีย์ เอี่ยมศิริกุล. ผลของโปรแกรมการฝึกไปโอฟิตแบคและเทคนิคผ่อนคลายความเครียดต่อภาวะสุขภาพและระดับความเครียดของผู้ป่วยโรคหัวใจ. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*. 2555;20(5):414-27.
20. Hudiyawati D, Musllsin A, Normala I. Effectiveness of progressive muscle relaxation in reducing depression, anxiety and stress among haemodialysis patients attending a public hospital at Central Java Indonesia. *IJUM Med J Malaysia*. 2019;18(3):3-10. doi: 10.31436/ijum.v18i3.185.
21. Toussaint L, Nguyen QA, Roettger C, Dixon K, Offenbacher M, Kohls N, et al. Effectiveness of progressive muscle relaxation, deep breathing, and guided imagery in promoting psychological and physiological states of relaxation. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2021;2021:Article 5924040. doi: 10.1155/2021/5924040.
22. Hakverir HG, Gündogdu F. The effect of progressive muscle relaxation exercises on sleep quality in patients receiving hemodialysis treatment: a randomized controlled study. *J Turk Sleep Med*. 2024;11(3):169-77. doi: 10.4274/jtsm.galenos.2023.81994.
23. Hopper SI, Murray SL, Ferrara LR, Singleton JK. Effectiveness of diaphragmatic breathing for reducing physiological and psychological stress in adults: a quantitative systematic review. *JBISIRIR-2017-003848*. 2019;17(9):1855-76. doi: 10.11124/JBISIRIR-2017-003848.
24. Choudhari SK, Zagade TB. Efficacy of deep breathing exercise and range of motion exercise on depression, anxiety and stress in patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis. *South East Eur J Public Health*. 2025;XXVI:2324-9. doi: 10.70135/seejph.vi.5412.

- วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ 22 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม – สิงหาคม) พ.ศ. 2568  
MAHASARAKHAM HOSPITAL JOURNAL Vol. 22 No. 2 (May – August) 2025

การรักษากระดูกต้นแขนส่วนกลางหักด้วยการผ่าตัดใส่เหล็กตามกระดูกบริเวณส่วนหน้าด้านใน ผ่านแผล  
ผ่าตัดบริเวณส่วนหน้าด้านนอก

## Treatment of Middle-Third Humeral Shaft Fracture by Anteromedial Plate Through Anterolateral Approach

สุรศักดิ์ จิตบรรจง

Surasak Jitbanjong

นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม 44000

Orthopaedics Department, Mahasarakham Hospital, Mahasarakham Province, 44000

Corresponding Author: \*E-mail: surasakorthomskh@Gmail.com

Received: 27 May 2025 Revised: 24 July 2025 Accepted: 30 July 2025

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาผลการรักษากระดูกต้นแขนส่วนกลางหักโดยการผ่าตัดใส่แผ่นเหล็กตามกระดูก  
บริเวณส่วนหน้าด้านใน ผ่านแผลผ่าตัดบริเวณส่วนหน้าด้านนอก

**รูปแบบและวิธีวิจัย :** เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) ตั้งแต่  
มกราคม 2560 ถึง ธันวาคม 2567 ในผู้ป่วยที่มาด้วยกระดูกต้นแขนส่วนกลางหัก และได้รับการผ่าตัดใส่แผ่น  
เหล็กตามกระดูก บริเวณส่วนหน้าด้านใน ผ่านแผลผ่าตัดบริเวณส่วนหน้าด้านนอกจากนั้นนำข้อมูลผู้ป่วย  
ผลการรักษาทางคลินิก และผลภาพถ่ายรังสีของกระดูกต้นแขน มาวิเคราะห์

**ผลการศึกษา :** ผู้ป่วยในการศึกษาทั้งหมด 63 ราย เป็นผู้ชาย 44 ราย ผู้หญิง 19 ราย อายุเฉลี่ย 35.4 ปี  
(19-63 ปี) ระยะเวลาที่ใช้ผ่าตัดต่อเคสโดยเฉลี่ย 78 นาที (60-90 นาที) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการติดของกระดูก  
ภายใน 12 สัปดาห์ หลังการผ่าตัด (57 ราย) (ร้อยละ 90.5) ผู้ป่วยจำนวน 4 ราย (ร้อยละ 6.3) กระดูกติด  
ภายใน 16 สัปดาห์ ไม่พบการบาดเจ็บของเส้นประสาทเรเดียลจากการผ่าตัด ผู้ป่วยทุกรายมีพิสัยการ  
เคลื่อนไหวของข้อศอกปกติภายหลังกระดูกติดสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

**สรุปผลการศึกษา :** การรักษากระดูกต้นแขนส่วนกลางหักในรายที่ต้องรักษาด้วยการผ่าตัดด้วยวิธีการผ่าตัดใส่  
แผ่นเหล็กตามกระดูกบริเวณส่วนหน้าด้านใน ผ่านแผลผ่าตัดบริเวณส่วนหน้าด้านนอกให้ผลการรักษาที่ดีทั้งใน  
เรื่องการติดของกระดูกและพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อศอกหลังผ่าตัด และไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ  
การบาดเจ็บของเส้นประสาทเรเดียลจากการผ่าตัดในการศึกษานี้

**คำสำคัญ :** กระดูกต้นแขนส่วนกลางหัก, การผ่าตัดใส่แผ่นเหล็กตามกระดูก, การผ่าตัดใส่แผ่นเหล็กตาม  
กระดูกบริเวณส่วนหน้าด้านใน, แผลผ่าตัดบริเวณส่วนหน้าด้านนอก

## ABSTRACT

**Objective :** Open reduction and internal fixation with plate and screws are the gold standard for the surgical treatment of humeral shaft fractures. This study aimed to evaluate outcomes of surgical treatment for humeral shaft fractures using anteromedial plating through an anterolateral approach.

**Methods :** A retrospective descriptive study was conducted from January 2017 to December 2024, including patients who presented with humeral shaft fractures and underwent surgical fixation with anteromedial plating through an anterolateral approach. Patient data, clinical outcomes, and radiographic results were collected and analyzed.

**Result :** The study included a total of 63 patients, comprising 44 males and 19 females, with an average age of 35.4 years (range 19–63 years). The mean operative time per case was 78 minutes (range 60–90 minutes). Most patients achieved bone union within 12 weeks post-surgery (57 patients, 90.5%), while 4 patients (6.3%) achieved union within 16 weeks. There were no immediate postoperative complications, especially radial nerve injuries. All patients regained a normal range of motion of the elbow after fracture healing and could resume daily activities without restrictions.

**Conclusion :** Surgical treatment of humeral shaft fractures using anteromedial plating through an anterolateral approach demonstrated favorable outcomes in terms of bone healing and elbow range of motion. No significant complications, such as radial nerve injury, were observed in this study. This technique may be clinically useful due to its safety and simplicity.

**Keywords :** humeral shaft fracture, plate osteosynthesis, anteromedial plate, anterolateral approach

## ความเป็นมาหรือปัญหา

กระดูกต้นแขนส่วนกลางหักเป็นภาวะที่พบได้ประมาณร้อยละ 3 ของกระดูกหักทุกตำแหน่งในร่างกาย<sup>(1-3)</sup> โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถให้การรักษาโดยการจัดกระดูกและใส่เฝือกตามซึ่งให้ผลการรักษาที่ดี อย่างไรก็ตามการรักษาโดยการผ่าตัดก็มีข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยบางราย เช่น กระดูกหักเปิด กระดูกหักร้าวหลายตำแหน่ง ผู้ป่วยไม่สามารถทนการใส่เฝือกได้ หรือไม่สามารถรักษาแนวกระดูกได้ด้วยการใส่เฝือก โดยทางเลือกในการผ่าตัดกระดูกต้นแขนส่วนกลางหัก ได้แก่ การผ่าตัดใส่แผ่นเหล็กตามกระดูก (Plate osteosynthesis) การผ่าตัดใส่เหล็กตามในโพรงกระดูก (Intramedullary nailing) การผ่าตัดใส่เหล็กตามกระดูกภายนอก (External fixation) โดยแนวทางมาตรฐานในการรักษาโดยการผ่าตัดคือการผ่าตัดใส่แผ่นเหล็กตามกระดูก<sup>(2-3)</sup> เนื่องจากให้ผลการรักษาที่ดีและมีภาวะแทรกซ้อนน้อย โดยการผ่าตัดใส่แผ่นเหล็กตามกระดูกนั้นสามารถแบ่งการใส่แผ่นเหล็กตามกระดูกได้ตามตำแหน่งการลงแผลผ่าตัด คือ การลงแผลผ่าตัดทางด้านหน้าใน (Anteromedial approach) และการลงแผลผ่าตัดทางด้านหน้านอก (Anterolateral approach) ซึ่งการลงแผลผ่าตัดทางด้านหน้าในมักใช้ในกรณีที่ต้องการการค้นหาเส้นเลือดแดงบริเวณต้นแขน (brachial artery) และเส้นประสาทมีเดียกับเส้นประสาทอัลนา แต่ไม่นิยมใช้ในการวางแผ่นเหล็กตามกระดูกเนื่องจากมีโอกาสบาดเจ็บต่อเส้นเลือดและเส้นประสาทมากกว่า<sup>(1-2)</sup> ส่วนตำแหน่งการวางแผ่นเหล็กตามกระดูกก็สามารถวางได้บริเวณด้านหน้าในและด้านหน้านอกเช่นกัน ด้วยลักษณะทางกายวิภาคที่บริเวณด้านหน้าในของกระดูกต้นแขนส่วนกลางมีความเรียบและมีเนื้อเยื่ออ่อนมาเกาะน้อยกว่า จึงทำให้การวางแผ่นเหล็กตามกระดูกง่ายกว่าและมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่า

ในการศึกษานี้จึงได้ทำการศึกษาผลลัพธ์ของการรักษากระดูกต้นแขนส่วนกลางหัก โดยการผ่าตัดใส่แผ่นเหล็กตามกระดูกบริเวณส่วนหน้าด้านในผ่านแผลผ่าตัดบริเวณส่วนหน้าด้านนอก โดยดูที่ระยะเวลาในการติดของกระดูก พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อศอก และภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดตามกระดูกต้นแขนที่สำคัญ ได้แก่ การบาดเจ็บของเส้นประสาทเรเดียล และกระดูกไม่เชื่อมติดกัน

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาและประเมินผลของการผ่าตัดวางแผ่นเหล็กตามกระดูกบริเวณด้านหน้าในผ่านแผลผ่าตัดด้านหน้านอกในการรักษากระดูกต้นแขนส่วนกลางหัก

## รูปแบบและวิธีวิจัย

เป็นการศึกษาวิจัยแบบ Retrospective descriptive study

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยกระดูกต้นแขนส่วนกลางหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่แผ่นเหล็กตามกระดูกบริเวณด้านหน้าในผ่านแผลด้านหน้านอก ในโรงพยาบาลมหาสารคาม ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2560 ถึง 31 ธันวาคม 2567

## เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

ผู้ป่วยกระดูกต้นแขนส่วนกลางหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่แผ่นเหล็กตามกระดูกบริเวณด้านหน้าในผ่านแผลด้านหน้านอก ในโรงพยาบาลมหาสารคาม

## เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของเส้นประสาทเรเดียลก่อนการผ่าตัด

ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของกระดูกต้นแขนส่วนอื่น ๆ ในข้างเดียวกัน

ผู้ป่วยกระดูกต้นแขนส่วนกลางหักจากพยาธิสภาพ

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

มีการเก็บข้อมูลใน 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้จากการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการผ่าตัดที่ได้รับ ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด การติดตามหลังการผ่าตัด ได้แก่ ระยะเวลาที่กระดูกติด และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อศอก

## ขั้นตอนในการรักษา

ผู้ป่วยทุกคนได้รับการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจเอกซเรย์ ในการผ่าตัดผู้ป่วยจะถูกจัดอยู่ในท่านอนหงาย (Supine position) แขนข้างที่ผ่าตัดอยู่ในท่ากางหัวไหล่ (Shoulder abduction) เตรียมแขนข้างที่ผ่าตัดตั้งแต่หัวไหล่ถึงปลายมือ จากนั้นลงมีดโดยกรีดแผลตามแนวยาวบริเวณด้านหน้าของต้นแขน ให้ความยาวแผลยาวเพียงพอสำหรับความยาวเหล็กที่จะใส่ตามกระดูก ทำการเลาะชั้นใต้ผิวหนังจนถึงชั้นเยื่อหุ้มกล้ามเนื้อและกรีดชั้นเยื่อหุ้มกล้ามเนื้อเพื่อหากล้ามเนื้อไบเซ็ปส์ (Biceps) จากนั้นทำการดึงกล้ามเนื้อไบเซ็ปส์ไปทางด้านในเพื่อหากล้ามเนื้อเบรเคียลลิส (Brachialis) และเส้นประสาท Musculocutaneous จากนั้นทำการแยกกล้ามเนื้อเบรเคียลลิสในแนวกลางตามแนวยาว เพื่อหากระดูกต้นแขนส่วนกลาง และทำการเลาะหาส่วนกระดูกที่หัก จากนั้นจึงทำการจัดกระดูกให้เข้าที่ และทำการตามกระดูกด้วยแผ่นตามกระดูกชนิด Narrow dynamic compression plate ด้วยความยาวที่สามารถใส่น็อตตามได้ฝัองละ 4 ตัว โดยวางแผ่นตามบริเวณด้านหน้าในของกระดูก หลังทำการยึดกระดูกเสร็จจะทำการเย็บซ่อมกล้ามเนื้อเบรเคียลลิส และเย็บปิดแผลที่ละชั้นจนถึงชั้นผิวหนัง



รูปที่ 1 เอกซเรย์ก่อนผ่าตัดกระดูกต้นแขนส่วนกลางด้านขวาหัก



รูปที่ 2 การจัดท่าผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ในท่านอนหงาย



รูปที่ 3 ตำแหน่งการลงมีดตามแนวยาวของต้นแขน



รูปที่ 4 เอกซเรย์หลังผ่าตัด

การดูแลหลังผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแลหลังผ่าตัดและได้รับการใส่ที่ประคองแขน หลังผ่าตัดวันที่สองได้รับการสอนและทำกายภาพบำบัดในการขยับข้อศอกและข้อไหล่ และได้รับอนุญาตให้กลับบ้านได้หลังวันที่สามเป็นต้นไปหากไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น และมีการนัดติดตามอาการและตรวจเอกซเรย์ของกระดูกต้นแขนที่ 2 สัปดาห์ 1 เดือน 2 เดือน 3 เดือน 4 เดือน และ 6 เดือน โดยในแต่ละครั้งจะตรวจสอบความเจ็บปวด การฟื้นฟูการทำงาน การขยับของข้อศอกและข้อไหล่ และการเชื่อมต่อของกระดูกด้วยภาพถ่ายรังสี

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผลลัพธ์ข้อมูลทั่วไปได้แก่ เพศ อายุ ข้าง สาเหตุของการบาดเจ็บ ลักษณะการหักของกระดูกโดยแบ่งตาม AO classification

ผลการรักษา ศึกษาระยะเวลาการผ่าตัด พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อศอก ระยะเวลาการประสานตัวของกระดูก ภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะการบาดเจ็บของเส้นประสาทเรเดียล

## การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยนี้เป็นการศึกษาชนิดย้อนหลังโดยทบทวนจากเวชระเบียนมีการดำเนินการขออนุญาตทำการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมหาสารคามเลขที่โครงการวิจัย MSKH\_REC 66-01-110 อนุมัติ ณ วันที่ 1 เดือน พฤษภาคม 2566

## ผลการศึกษา

จากการศึกษาพบผู้ป่วยกระดูกต้นแขนส่วนกลางหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่แผ่นเหล็กตามกระดูกบริเวณด้านหน้าในผ่านแผลด้านหน้าอก ในโรงพยาบาลมหาสารคาม ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2560 ถึง 31 ธันวาคม 2567 ที่เข้าเงื่อนไขในการวิจัยมีจำนวนทั้งสิ้น 63 ราย เป็นผู้ชาย 44 ราย (ร้อยละ 69.8) โดยมีอายุเฉลี่ย  $35.4 \pm 9.56$  ปี (19-63 ปี) สาเหตุการบาดเจ็บที่พบบ่อย คือ อุบัติเหตุจราจร ตกจากที่สูง หกล้ม และถูกทำร้ายร่างกาย ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (n=63)

| ข้อมูล            | จำนวน | ร้อยละ |
|-------------------|-------|--------|
| เพศ               |       |        |
| ชาย               | 44    | 69.8   |
| หญิง              | 19    | 30.2   |
| สาเหตุ            |       |        |
| อุบัติเหตุจราจร   | 42    | 66.6   |
| ตกจากที่สูง       | 11    | 17.5   |
| หกล้ม             | 8     | 12.7   |
| ถูกทำร้ายร่างกาย  | 2     | 3.2    |
| ข้าง              |       |        |
| ขวา               | 45    | 71.4   |
| ซ้าย              | 18    | 28.6   |
| AO classification |       |        |
| 12A3              | 39    | 62.0   |
| 12A2              | 13    | 20.6   |
| 12B2              | 6     | 9.5    |
| 12A1              | 5     | 7.9    |

ระยะเวลาที่ใช้ผ่าตัดต่อเคสโดยเฉลี่ยอยู่ที่  $78 \pm 7.56$  นาที (60-90 นาที) โดยเคสที่ใช้เวลาผ่าตัดน้อยกว่าจะเป็นกลุ่มที่การหักไม่ซับซ้อนทำให้การจัดเรียงกระดูกทำได้ง่ายกว่า

ไม่พบภาวะแทรกซ้อนทันทีภายหลังการผ่าตัด ได้แก่ การบาดเจ็บของเส้นประสาทเรเดียล หรือการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

ระยะเวลาที่ใช้ในการติดของกระดูก ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการติดของกระดูกภายใน 12 สัปดาห์ หลังการผ่าตัด 57 ราย (ร้อยละ 90.5) มีผู้ป่วยจำนวน 4 ราย (ร้อยละ 6.3) กระดูกติดภายใน 16 สัปดาห์ โดยสองในสี่รายนี้เป็นผู้ป่วยสูงอายุและมีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน อีกสองรายเป็นผู้ป่วยอายุน้อยแต่มีประวัติสูบบุหรี่ และพบว่าผู้ป่วย 2 ราย (ร้อยละ 3.2) ที่กระดูกไม่ติดและมีการเลื่อนหลุดของแผ่นเหล็กที่ใช้ยึดเนื่องจากมีรอยหักที่มองเห็นจากฟิล์มเอกซเรย์ก่อนการผ่าตัดทำให้แผ่นเหล็กที่ใส่สั่นเกินไปและยึดสกรูได้ไม่ถึง 4 ตัว ต้องได้รับการผ่าตัดจัดกระดูกและเปลี่ยนแผ่นเหล็กตามกระดูกใหม่ ซึ่งภายหลังการผ่าตัดรอบที่สอง ทั้งสองเคสกระดูกติดภายใน 12 สัปดาห์ ดังตารางที่ 2

เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาการรักษา ผู้ป่วยทุกรายมีพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อศอกได้เต็มช่วงการเคลื่อนไหวของข้อศอกและสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

**ตารางที่ 2** ระยะเวลาในการติดของกระดูก (n=63)

| ระยะเวลาในการติดของกระดูก | จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ) |
|---------------------------|-----------------------|
| < 12 สัปดาห์              | 57 ราย (90.5)         |
| 12-16 สัปดาห์             | 4 ราย (6.3)           |
| >16 สัปดาห์               | 2 ราย (3.2)           |

### อภิปรายผล

กระดูกต้นแขนส่วนกลางหักส่วนใหญ่สามารถให้การรักษาแบบไม่ผ่าตัดโดยการใส่เฝือกและให้ผลการรักษาที่ดีรวมถึงลดความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการผ่าตัดที่สำคัญ ได้แก่ แผลผ่าตัดติดเชื้อ และการบาดเจ็บของเส้นประสาทเรเดียลจากการผ่าตัด<sup>(7)</sup> ในรายที่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดนั้นมีทางเลือกในการผ่าตัดที่นิยม ได้แก่ การผ่าตัดใส่เหล็กตามในโพรงกระดูก และการผ่าตัดใส่แผ่นเหล็กตามกระดูก โดยได้มีการศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาทั้งสองวิธีโดย S Raghavendra, Haresh P Bhalodiya<sup>(5)</sup> พบว่าไม่มีความแตกต่างกันสำหรับระยะเวลาในการติดของกระดูกในการรักษาโดยการผ่าตัดทั้งสองวิธี แต่พบว่าการผ่าตัดใส่แผ่นเหล็กตามกระดูกให้ผลดีกว่าในเรื่องของการไม่พบปัญหาการขยับหัวไหล่ได้ลดลง และมีการเจ็บหัวไหล่จากการใส่เหล็กตามในโพรงกระดูก R. G. McCormack<sup>(4)</sup> พบว่าระยะเวลาในการติดของกระดูกไม่ต่างกัน แต่ในกลุ่มที่ใส่เหล็กตามในโพรงกระดูกพบการเจ็บข้อไหล่ เนื่องจากเป็นตำแหน่งที่ใช้เจาะกระดูกในการใส่เหล็กตาม

ในปัจจุบันการผ่าตัดใส่แผ่นเหล็กตามกระดูกจึงถือเป็นมาตรฐานในการรักษากระดูกต้นแขนส่วนกลางหัก โดยตำแหน่งในการวางแผ่นเหล็กตามกระดูกสามารถวางได้ทั้งบริเวณด้านหน้าข้างและด้านหลังในของกระดูกต้นแขน Yin-Feng Zheng<sup>(6)</sup> ได้ทำการทดสอบเชิงกลเปรียบเทียบความแข็งแรงของการวางแผ่นเหล็กทั้งสองตำแหน่ง พบว่าการวางแผ่นเหล็กด้านหลังมีความแข็งแรงดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกรวางแผ่นเหล็กด้านหน้าข้างในการทดสอบเชิงกลทั้งหมด และสรุปว่าเป็นวิธีที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพในการรักษากระดูกต้นแขนหัก นอกจากนี้ด้วยลักษณะทางกายวิภาคบริเวณด้านหน้าในของส่วนกลางของกระดูกต้นแขนมีลักษณะที่เรียกว่าและมึกล้ามเนื้อมายึดเกาะน้อยกว่าเมื่อเทียบกับบริเวณด้านหน้านอก ทำให้สามารถวางแผ่นเหล็กตามกระดูกได้ง่ายกว่า และไม่ต้องเลาะกล้ามเนื้อออกมาก ทำให้ใช้เวลาในการผ่าตัดได้น้อยกว่า<sup>(7-9)</sup>

ในส่วนของภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญซึ่งก็คือการบาดเจ็บของเส้นประสาทเรเดียลนั้น พบอุบัติการณ์ของภาวะอัมพาตเส้นประสาทเรเดียลหลังการผ่าตัดได้ประมาณร้อยละ 0 – 5.1<sup>(10)</sup> ในส่วนในการศึกษานี้ไม่พบการบาดเจ็บของเส้นประสาทเรเดียล อาจเนื่องมาจากตำแหน่งที่วางแผ่นเหล็กนั้นไม่มีเส้นประสาทเรเดียลพาดผ่าน ในขณะที่การวางแผ่นเหล็กบริเวณด้านหน้าข้างนั้น ส่วนปลายของแผ่นเหล็กมีโอกาสไปโดนเส้นประสาทเรเดียลได้ เนื่องจากในบริเวณส่วนปลายของกระดูกเส้นประสาทเรเดียลจะพาดผ่านบริเวณด้านข้างของกระดูกต้นแขน

ในการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการติดของกระดูกน้อยกว่า 12 สัปดาห์ (ร้อยละ 90.5) กระดูกติดภายใน 16 สัปดาห์ 4 ราย โดยสองในสี่รายเป็นผู้ป่วยสูงอายุและมีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน อีกสองรายเป็นผู้ป่วยอายุน้อยแต่มีประวัติสูบบุหรี่ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้กระดูกติดช้ากว่าได้ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วย 2 รายที่กระดูกไม่ติด และมีการเลื่อนหลุดของแผ่นเหล็กที่ใช้ยึด จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดจัดกระดูกและเปลี่ยนแผ่นเหล็กตามกระดูกใหม่ โดยทั้งสองเคสสาเหตุเกิดจากมีรอยหักที่มองไม่เห็นจากฟิล์มเอกซเรย์ก่อนผ่าตัด ทำให้แผ่นเหล็กที่ใช้ยึดมีขนาดสั้นเกินไป และจำนวนสกรูที่ยึดกระดูกน้อยกว่าที่ควรจะเป็น ทำให้ความแข็งแรงของการยึดตรึงกระดูกไม่เพียงพอ ซึ่งหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนแผ่นเหล็กให้ยาวขึ้นกระดูกก็ติดดี สามารถงอเหยียดข้อศอกได้สุดและสามารถกลับไปทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ สอดคล้องกับ Mohammed A. Rezk<sup>(11)</sup> รายงานการศึกษาการผ่าตัดตามกระดูกต้นแขนส่วนกลางหักด้วยแผ่นโลหะตามกระดูกทางด้านหน้าในผ่านแผลผ่าตัดด้านหน้ามากกว่าปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และหลีกเลี่ยงการบาดเจ็บของเส้นประสาทเรเดียล Kirin และคณะ<sup>(12)</sup> รายงานการศึกษาการผ่าตัดตามกระดูกต้นแขนส่วนกลางหักด้วยแผ่นโลหะทางด้านหน้าในผ่านแผลผ่าตัดทางด้านหน้ากว่าเป็นวิธีการรักษาที่เรียบง่าย ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และใช้เวลาผ่าตัดไม่นาน

### ข้อจำกัดของการศึกษา

เนื่องจากการศึกษาแบบ Retrospective study จึงทำให้จึงทำให้การติดตามข้อมูลผู้ป่วยบางคนอาจไม่ครบถ้วน นอกจากนี้ การศึกษานี้เป็น Descriptive study จึงไม่ได้ทำการเปรียบเทียบผลการรักษากับการวางแผ่นเหล็กในตำแหน่งอื่นหรือเปรียบเทียบกับกรยึดตรึงกระดูกด้วยวิธีอื่น ๆ จึงทำให้ขาดข้อมูลในส่วนนี้

### สรุปผลการศึกษา

การรักษากระดูกต้นแขนส่วนกลางหักในรายที่ต้องรักษาด้วยการผ่าตัดด้วยวิธีการผ่าตัดใส่แผ่นเหล็กตามกระดูกบริเวณส่วนหน้าด้านในผ่านแผลผ่าตัดบริเวณส่วนหน้าด้านนอกให้ผลการรักษาที่ดี ทั้งในเรื่องการติดของกระดูกและพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อศอกหลังผ่าตัด และไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือการบาดเจ็บของเส้นประสาทเรเดียลจากการผ่าตัด

### ข้อเสนอแนะ

ในการพัฒนางานวิจัยต่อยอดเพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วน ผู้วิจัยควรทำการศึกษาวิจัยแบบไปข้างหน้า รวมถึงมีการศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการผ่าตัดอื่น ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แม่นยำและครบถ้วนมากขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

1. McKee MD, Larsson S. Humeral shaft fracture. In: Bucholz RW, Heckman JD, Court-Brown CM, editors. Rockwood and Green's fractures in adults. 7th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2010. p. 999-1038.
2. Crenshaw AH Jr. Fractures of the Shoulder, Arm, and forearm. In: Canale ST, Beaty JH, editors. Campbell's operative orthopaedics. Vol 3, 11th ed. Philadelphia: Mosby, Elsevier; 2008. p. 3371-3460.
3. Ekholm R, Adami J, Tidermark J, Hansson K, Törnkvist H, Ponzer S. Fractures of the shaft of the humerus. An epidemiological study of 401 fractures. J Bone Joint Surg Br. 2006;88(11):1469-73.
4. McCormack RG, Brien D, Buckley RE, McKee MD, Powell J, Schemitsch EH. Fixation of fractures of the shaft of the humerus by dynamic compression plate or intramedullary nail. J Bone Joint Surg Br. 2000;82(2):336-9.
5. Raghavendra S, Bhalodiya HP. Internal fixation of fractures of the shaft of the humerus by dynamic compression plate or intramedullary nail: A prospective study. Indian J Orthop. 2007 Jul-Sep;41(3):214-8.
6. Zheng YF, Zhou JL, Wang XH, Shan L, Liu Y. Biomechanical Study of the Fixation Strength of Anteromedial Plating for Humeral Shaft Fractures. Chinese Med J. 2016 Aug 5;129(15):1850-5.
7. Hee HT, Low BY, See HF. Surgical results of open reduction and plating of humeral shaft fractures. Ann Acad Med Singapore. 1998;27(6):772-5.
8. Dayez J. Medial plating for treatment of recent fractures of humeral shaft. Chir Orthop. 1999;85:238-44.
9. Sarmiento A, Zagroski JB, Zych G. Functional bracing for the treatment of fractures of the humeral diaphysis. J Bone Joint Surg Am. 2000;82(4):478-86.
10. Holstein A, Lewis GB. Fractures of the humerus with radial nerve paralysis. J Bone Joint Surg Am. 1963;45A:1382-8.
11. Rezk MA, Khalil AE, Mahmoud AA, Romeih MA. Fixation of middle third humeral shaft fractures by anteromedial plate through anterolateral approach. Med J Cairo Univ. 2019 Sep;87(5):3427-34.
12. Kirin I, Jurisic D, Grebic D, Nadalin S. The advantages of humeral anteromedial plate osteosynthesis in the middle third shaft fractures. Wien Klin Wochenschr. 2011;123(3-4):83-7.

## การศึกษาปัจจัยทำนายและทักษะด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย ในเขตสุขภาพที่ 7 A Study of Predictive Factors and Executive Function Skills in Preschool Children in Health Region 7

ธนิสรา นามบุญเรือง<sup>1\*</sup>, ลัดดา ตีอันกอง<sup>2</sup>

Thanissara Namboonruang<sup>1\*</sup>, Ladda deeunkong<sup>2</sup>

<sup>1\*</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานวิจัยและพัฒนากายภาพบำบัด กลุ่มการพยาบาล

โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม 44000

Professional Nurse, The Nursing Research and Development Department, Mahasarakham Hospital,  
Mahasarakham, 44000.

<sup>2</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น จังหวัด  
ขอนแก่น 40000

Professional Nurse, Out Patient Department, Health promotion hospital Health Center 7 Khon Kaen.

Corresponding Author: \*E-mail: thanis.mskh@gmail.com

Received: 12 July 2025 Revised: 27 July 2025 Accepted: 2 August 2025

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาระดับทักษะด้านการคิดเชิงบริหาร (Executive Function; EF) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างปัจจัยด้านเด็กและด้านครอบครัวกับทักษะ EF ของเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 7

**รูปแบบและวิธีวิจัย :** เป็นการศึกษาเชิงสหสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Research Design) ดำเนินการในรูปแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กปฐมวัยจำนวน 198 คน อายุระหว่าง 3 ถึง 5 ปี ซึ่งคัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) จากศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยและสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ระหว่างเดือนธันวาคม 2562 ถึงเดือนพฤษภาคม 2563 เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบประเมินทักษะ EF (MU.EF-101) ซึ่งพัฒนาโดยมหาวิทยาลัยมหิดล และแบบสอบถามลักษณะประชากร วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สหสัมพันธ์สเปียร์แมน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณด้วยตัวแปรดัมมี่ โดยแปลผลคะแนน EF ตามค่ามาตรฐานที่ (T-score)

**ผลการศึกษา :** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.00 มีน้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 3,120 กรัม ได้รับนมแม่อย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรก และอาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีรายได้ระดับปานกลางถึงต่ำ ซึ่งผลการประเมินทักษะ EF ของเด็กปฐมวัยโดยรวมอยู่ในระดับดี (สูงกว่าค่าเฉลี่ย) (ค่าเฉลี่ย T-score=59.30, SD=7.73) ทั้งในด้านการยับยั้งทั้งในด้านการยับยั้งพฤติกรรม การควบคุมอารมณ์ ความจำขณะทำงาน และการยืดหยุ่นทางความคิดโดยมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับ EF อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศหญิง น้ำหนักแรกเกิดตามเกณฑ์ การได้รับธาตุเหล็ก การกินนมแม่อย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรก อายุผู้เลี้ยงดู รายได้ครอบครัว ความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างผู้เลี้ยงกับเด็ก และรูปแบบการเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่ ซึ่งปัจจัยทั้ง 8 นี้สามารถร่วมกันทำนายระดับ EF ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $R^2=0.724$ ,  $p<0.001$ )

**สรุปผลการศึกษา :** ทักษะ EF ของเด็กปฐมวัยได้รับอิทธิพลจากทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและบริบทของครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งรูปแบบการเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่ ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลเชิงทำนายมากที่สุด ดังนั้น

การส่งเสริม EF อย่างมีประสิทธิภาพจึงควรเน้นที่การดูแลและปฏิสัมพันธ์ที่เหมาะสมภายในครอบครัว อันจะเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาเด็กให้มีศักยภาพที่เหมาะสมกับสังคมแห่งอนาคต

**คำสำคัญ :** ทักษะด้านการคิดเชิงบริหาร, เด็กปฐมวัย, รูปแบบการเลี้ยงดู, นมแม่, ความสัมพันธ์กับเด็ก

## ABSTRACT

**Objective :** This study aimed to assess the levels of executive function (EF) skills and to analyze the predictive relationships between child-related and family-related factors and EF among preschool children in Health Region 7.

**Methods :** This predictive correlational study employed a cross-sectional design. The sample consisted of 198 preschool children aged 3 to 5 years, selected using stratified random sampling from child development centers and public health service facilities in Health Region 7. Data were collected between December 2019 and May 2020. Research instruments included the MU.EF-101 EF assessment tool, developed by Mahidol University, and a demographic questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, Spearman's rank correlation, and multiple regression analysis with dummy variables. EF scores were interpreted based on standardized T-scores.

**Results :** The majority of participants were female (53.00%), with an average birth weight of 3,120 grams. Most had been exclusively breastfed during the first six months of life and lived in families with low to moderate income. The overall EF performance of preschool children was at a good level (above average) (mean T-score=59.30, SD=7.73), including subdomains such as inhibitory control, emotional control, working memory and shift/cognitive flexibility. Eight factors were significantly associated with EF levels: being female, having a normal birth weight, receiving iron supplementation, exclusive breastfeeding during the first six months, caregiver's age, family income, a positive caregiver-child relationship, and an attentive parenting style. These eight factors jointly predicted EF levels with statistical significance ( $R^2=0.724$ ,  $p<0.001$ ).

**Conclusion :** Executive function in preschool children is influenced by both individual and family-related factors, with attentive parenting identified as the strongest predictor. These findings underscore the importance of responsive family-based care and interactions in supporting EF development, forming a critical foundation for children's adaptation and success in future social contexts.

**Keywords :** Executive function, Preschool children, Parenting style, Breastfeeding, Caregiver-child relationship

## บทนำ

ทักษะด้านการคิดเชิงบริหาร (Executive Functions; EF) คือกระบวนการทำงานของสมองส่วนหน้า (Prefrontal Cortex) เกี่ยวข้องกับการยับยั้งควบคุมตนเอง การจดจ่อใส่ใจ ความยืดหยุ่นทางความคิด ความจำขณะทำงาน และการวางแผนจัดการ ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของการเรียนรู้ พฤติกรรมทางสังคม และความสามารถในการปรับตัวในสภาพแวดล้อมที่ซับซ้อนในศตวรรษที่ 21 โดยเฉพาะในช่วงวัยปฐมวัยซึ่งเป็น “หน้าต่างแห่งโอกาส” (Window of opportunity) ของการพัฒนา EF อย่างเต็มศักยภาพ<sup>(1)</sup> งานวิจัยหลายฉบับชี้ว่าเด็กที่มี EF ล่าช้ากว่าวัยจะมีปัญหาในการกำกับตนเอง หุนหันพลันแล่น วอกแวก ขาดสมาธิ และมีแนวโน้มก่อให้เกิดปัญหาในระยะยาว เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว ติดสารเสพติด การเรียนไม่จบ และปัญหาทางจิตเวช เช่น โรคสมาธิสั้น โรคซึมเศร้า และโรคจิตเภท<sup>(2)</sup> จากการติดตามในเด็กอายุ 3–11 ปี ที่มีระดับสติปัญญาเพศ และสถานภาพทางสังคมใกล้เคียงกัน พบว่าเด็กที่มี EF ต่ำจะมีสุขภาพแย่กว่ากลุ่มปกติ มีรายได้ต่ำกว่า และมีโอกาสก่ออาชญากรรมมากกว่าในวัยผู้ใหญ่<sup>(3)</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า EF มีความเชื่อมโยงกับผลลัพธ์ในระยะยาวของเด็ก เช่น ความสำเร็จทางการศึกษา สุขภาพจิต และพฤติกรรมเชิงสังคม<sup>(4)</sup> โดยมีปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเกื้อหนุนมากมายที่ส่งผลต่อระดับ EF ของเด็ก อาทิ เพศ น้ำหนักแรกเกิด ภาวะโภชนาการ และพฤติกรรมเลี้ยงดู งานวิจัยของ Georgieff (2020)<sup>(5)</sup> ชี้ว่าการขาดธาตุเหล็กในช่วง 1,000 วันแรกของชีวิต ส่งผลโดยตรงต่อโครงสร้างสมองและความสามารถในการควบคุมตนเองในระยะยาว ขณะที่การเลี้ยงดูด้วยนมแม่ก็มีผลต่อ EF อย่างชัดเจน ตามการศึกษาของ Lauritzen (2021)<sup>(6)</sup> ที่สรุปว่าการได้รับสารอาหารจากน้ำนมแม่มีผลต่อพัฒนาการทางสติปัญญาและการควบคุมพฤติกรรมของเด็ก ในด้านสิ่งแวดล้อมทางครอบครัว การมีผู้เลี้ยงดูที่มีปฏิสัมพันธ์ที่อบอุ่นและมีคุณภาพมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนา EF โดยเฉพาะรูปแบบการเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่ (Attentive parenting) ซึ่งได้รับการยืนยันจากงานวิจัยในหลายประเทศ เช่น การศึกษาของ Pungello (2022)<sup>(7)</sup> ที่พบว่า Caregiver ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดและให้โอกาสเด็กในการกำกับตนเองจะช่วยส่งเสริม EF ได้อย่างมีนัยสำคัญ

สถิติจากองค์การยูนิเซฟ (UNICEF) พบว่ามีเด็กมากกว่า 250 ล้านคนในประเทศรายได้ต่ำและปานกลางที่เสี่ยงต่อการมีพัฒนาการล่าช้า เนื่องจากความยากจน การขาดโภชนาการ และการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม<sup>(8-9)</sup> สถานการณ์ระดับโลกพบว่าเด็กมากกว่าร้อยละ 15–20 มีพัฒนาการผิดปกติ โดยองค์การอนามัยโลกย้ำถึงความจำเป็นในการเร่งส่งเสริมพัฒนาการเด็กในช่วงปฐมวัยเพื่อลดช่องว่างความเหลื่อมล้ำในอนาคต<sup>(10)</sup> อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยเชิงลึกในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะในบริบทของเขตสุขภาพที่ 7 ซึ่งครอบคลุมจังหวัดมหาสารคาม ขอนแก่น ร้อยเอ็ด และกาฬสินธุ์ ยังคงค่อนข้างจำกัด ทั้งที่พื้นที่ดังกล่าวมีลักษณะเฉพาะ เช่น โครงสร้างครอบครัวแบบขยาย การดูแลโดยปู่ย่าตายาย และข้อจำกัดด้านรายได้และการเข้าถึงแหล่งเรียนรู้<sup>(11,12)</sup> ข้อมูลจากกรมอนามัย (2564) รายงานว่า เด็กในพื้นที่นี้มีแนวโน้มสงสัยพัฒนาการล่าช้าสูงถึงร้อยละ 25.79 ซึ่งสะท้อนความจำเป็นเร่งด่วนในการสร้างองค์ความรู้เฉพาะพื้นที่<sup>(13)</sup>

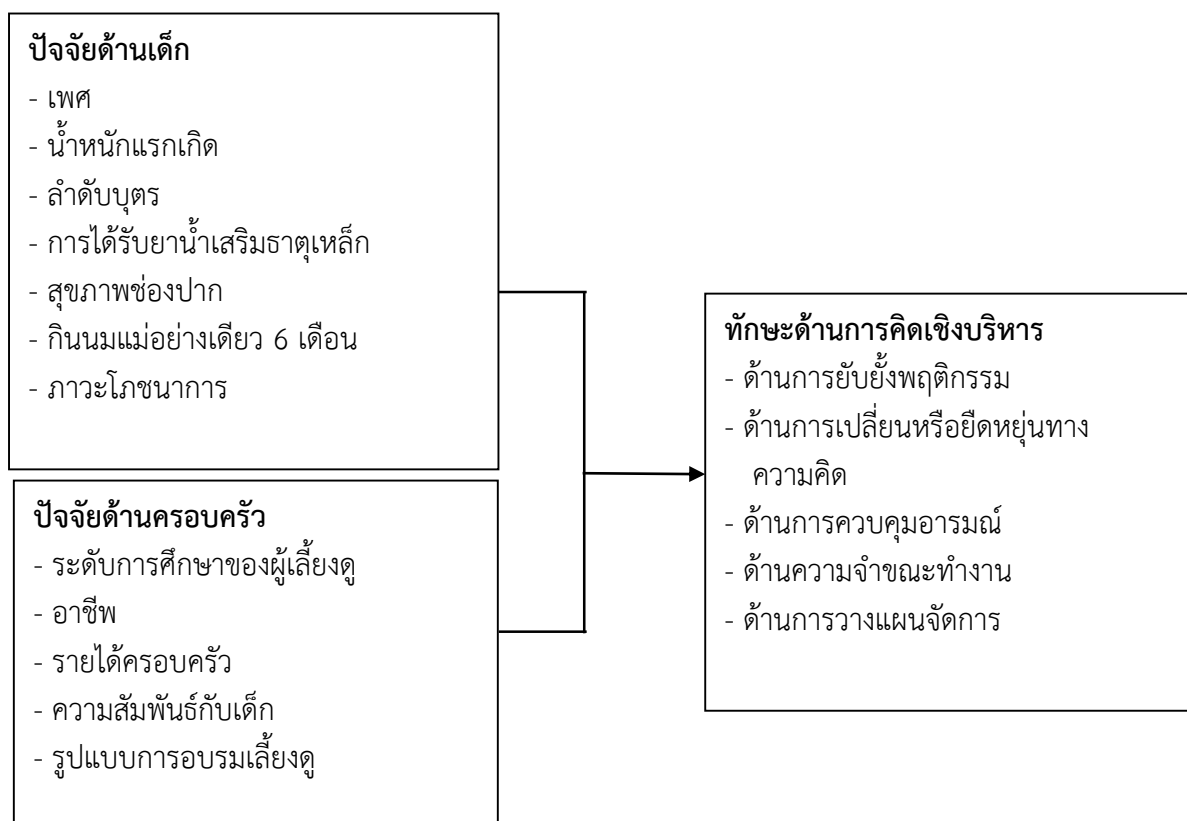
จากที่กล่าวข้างต้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ระดับ EF ของเด็กปฐมวัย และศึกษาปัจจัยเชิงทำนายด้านเด็กและด้านครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อ EF โดยมุ่งหวังให้ผลการศึกษเป็นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ในการกำหนดนโยบายและออกแบบนวัตกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่และสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในระดับชาติ

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาทักษะด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย ในเขตสุขภาพที่ 7
2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างปัจจัยด้านเด็กและด้านครอบครัว กับทักษะด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย ในเขตสุขภาพที่ 7

## กรอบแนวคิด

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดของ Diamond<sup>(2)</sup> ประกอบด้วย ด้านการยับยั้งพฤติกรรม ด้านการเปลี่ยนหรือยืดหยุ่นทางความคิด ด้านการควบคุมอารมณ์ ด้านความจำขณะทำงาน และด้านการวางแผนจัดการของเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 7 เพื่อให้เกิดพัฒนาการทักษะตามวัยและทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาของ Bandura<sup>(14)</sup> คือ บุคคลมีการควบคุมกำกับตนเองทั้งทางด้านอารมณ์และการกระทำเพื่อนำไปสู่เป้าหมายโดยผ่านกระบวนการคิดและพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยสำคัญคือด้านตัวเด็กและด้านครอบครัว ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## รูปแบบและวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบสหสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Research Design) โดยใช้การศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study)

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เด็กปฐมวัยชายและหญิงที่มีช่วงอายุตั้งแต่ 30 เดือนถึงอายุ 30 เดือน 29 วัน เด็กที่มีอายุ 42 เดือนถึงอายุ 42 เดือน 29 วัน และเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 60 เดือนถึงอายุ 60 เดือน 29 วันในเขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 74,195 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กปฐมวัยจำนวน 198 คน คัดเลือกด้วยวิธีสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) จากศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยและสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2562 ถึงพฤษภาคม 2563 ที่มีช่วงอายุตั้งแต่ 30 เดือนถึงอายุ 30 เดือน 29 วัน เด็กที่มีอายุ 42 เดือนถึงอายุ 42 เดือน 29 วัน และเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 60 เดือนถึงอายุ 60 เดือน 29 วัน เขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 198 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

สูตรที่ใช้คำนวณเป็นสูตรที่เหมาะสมกับรูปแบบการสำรวจที่ทราบจำนวนประชากร ใช้ค่าความซุกของเด็กมีพัฒนาการด้าน EF รวมที่ร้อยละ 30 ค่า  $Z^2$  ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (E) เท่ากับ 0.05 ขั้นตอนการคำนวณใช้ Total Population ของเด็กทุกกลุ่มอายุในระดับเขตแทนค่า N ในสูตร หลังจากนั้น เรียงลำดับจังหวัดในเขตสุขภาพตามลำดับค่าร้อยละสงสัยพัฒนาการล่าช้า ครั้งที่ 1 แล้วแบ่งจังหวัดในเขตสุขภาพออกเป็น 2 กลุ่มโดยแบ่งครั้งที่ค่ากลาง แต่ละกลุ่มจะสุ่มออกมา 1 จังหวัด เป็นจังหวัดที่เก็บรวบรวมข้อมูล สรุปรวมศึกษาเขตสุขภาพ 2 จังหวัด คือขอนแก่น และร้อยเอ็ด เมื่อคำนวณได้จำนวนตัวอย่างแล้ว นำจำนวนตัวอย่างกระจายไปยังจังหวัดที่สุ่มได้ด้วยวิธี Proportional to size จากนั้น แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่มช่วงอายุ ได้แก่ 30 เดือน 42 เดือน และ 60 เดือน โดยจัดให้แต่ละกลุ่มมีจำนวนใกล้เคียงกัน<sup>(15)</sup>

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 NP (1-P)}{Z_{\alpha}^2 P (1-P) + (N-1) E^2}$$

สำหรับค่า  $Z=1.96$  (ที่  $\alpha=0.05$ )

N=จำนวนประชากรเด็ก 3 กลุ่มช่วงอายุทั้งหมดของเขตสุขภาพที่ 7 ปี 2562 จำนวน 74,195 คน

P=ความความซุกของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการด้าน EF ต่ำกว่าเกณฑ์=0.14

การศึกษาก่อนหน้านี้ คือ ข้อมูลเกี่ยวกับเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการด้าน EF

ต่ำกว่าเกณฑ์อย่างชัดเจน ร้อยละ 14<sup>(9)</sup>

E=Acceptable error=0.05

ในแต่ละจังหวัด จะสุ่มตัวอย่างอำเภอโดย Simple Random Sampling 2 อำเภอ แล้วในแต่ละอำเภอที่สุ่มได้จะสุ่มตำบลตัวอย่าง โดย Simple Random Sampling (SRS) อำเภอละ 2 ตำบล เด็ก 3 กลุ่มช่วงอายุ และผู้เลี้ยงดูหลักกระจายแต่ละตำบลเท่า ๆ กัน

## เกณฑ์การคัดเข้า

ต้องเป็นเด็กสัญชาติไทย อายุ 30–60 เดือน อาศัยในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 และข้อมูลประชากรและแบบประเมินครบถ้วน

## เกณฑ์การคัดออก

เด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม และเด็กที่มีภาวะ Birth asphyxia หรือความพิการที่มีผลต่อพัฒนาการ เช่น Down syndrome หรือ Autism (จากบันทึกในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก)

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการศึกษาประกอบด้วย 2 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อ EF ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 1) ปัจจัยด้านเด็ก คือ เพศ น้ำหนักแรกเกิดอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ลำดับบุตร การได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก สุขภาพช่องปาก กินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน และภาวะโภชนาการ จำนวน 7 ข้อ 2) ปัจจัยด้านครอบครัว คือ อายุ ระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดู อาชีพ รายได้ครอบครัว ความสัมพันธ์กับเด็ก และรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูจำนวน 6 ข้อ และชุดที่ 2 แบบประเมิน EF ของเด็กปฐมวัย (MU.EF-101)<sup>(16)</sup> มีคำถามทั้งหมด 32 ข้อ ใช้ประเมินพฤติกรรมเด็กที่รู้จักและคุ้นเคย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการยับยั้งพฤติกรรม จำนวน 10 ข้อ 2) ด้านการเปลี่ยนหรือยืดหยุ่นทางความคิด จำนวน 5 ข้อ 3) ด้านการควบคุมอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ 4) ด้านความจำขณะทำงาน จำนวน 6 ข้อ 5) ด้านการวางแผนจัดการ จำนวน 6 ข้อ โดยมีเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ย T-score ของ EF โดยอิงตามแนวทางของเครื่องมือแบบประเมินพัฒนาการด้าน EF ของเด็กปฐมวัย (MU.EF-101) ซึ่งกำหนดเกณฑ์การแปลผลไว้ดังนี้ ค่าเฉลี่ย T-score  $\leq 39$  คือ ต่ำกว่าปกติ ควรเฝ้าระวัง ค่าเฉลี่ย T-score 40–60 คือ อยู่ในเกณฑ์ปกติ และค่าเฉลี่ย T-score  $> 60$  คือ ดี (สูงกว่าค่าเฉลี่ย)

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการด้าน EF ของเด็กปฐมวัย ครอบคลุม 2 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านเด็ก และปัจจัยด้านครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาเด็กปฐมวัย ด้านการพัฒนาเด็ก และด้านการวิจัยทางการศึกษา โดยใช้แบบฟอร์มประเมินความสอดคล้องของรายการคำถามกับวัตถุประสงค์การวัด (Item-Objective Congruence; IOC) ผลการประเมินพบว่าแต่ละรายการมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.80–1.00 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับเหมาะสม และสามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลได้ และนำไปทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability Testing) หลังจากปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ได้ดำเนินการทดลองใช้แบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่างนักร้อง จำนวน 30 ราย และวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ได้ค่าเท่ากับ 0.84 และ MU.EF-101 เป็นแบบประเมินมาตรฐานมีค่าความสอดคล้องเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.67–1.00 เครื่องมือนี้นกำหนดขั้นตอนการประเมินชัดเจน จึงไม่ได้ทดสอบความเที่ยงซ้ำ ในการตรวจสอบความเที่ยงของการประเมินของครูผู้ดูแลเด็ก ทำโดยให้ครูผู้ดูแลเด็กที่อยู่ห้องเดียวกันประเมินเด็กคนเดียวกันจำนวน 5 คน แล้วนำไปหาค่าความเที่ยงด้วยวิธี Interrater reliability ได้ 0.89–0.96

## การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยกฤษฎีกา 003 ระยะเวลาการรับรอง ระหว่างวันที่ 9 ธันวาคม 2562 ถึง 8 ธันวาคม 2563 ผู้วิจัยได้คำนึงสิทธิของข้อมูลและกลุ่มตัวอย่างตลอดระยะเวลาดำเนินการวิจัย โดยข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล และรายงานผลการวิจัยเป็นภาพรวม

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือเพื่ออนุญาตให้แบบประเมินพัฒนาการด้าน EF ของเด็กปฐมวัย (MU.EF-101) โดยผู้วิจัยผ่านการอบรมการใช้แบบประเมินดังกล่าวจากสถาบันชีววิทยาศาสตร์โมเลกุล มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลวิจัยเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 7 พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และกำหนดขอบเขตการศึกษาทำหนังสือส่งหนังสือถึงนายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรับผิดชอบงานระดับจังหวัด อำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 8 แห่ง เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ประสานงานกับครูผู้ดูแลเด็กแต่ละศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูล ประเมินพัฒนาการด้าน EF และกรอกข้อมูลในแบบประเมินภาวะโภชนาการของเด็กโดยชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง
3. ผู้วิจัยพบผู้เลี้ยงดูหลัก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และรายละเอียดการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างให้ผู้เลี้ยงดูหลัก และแจกแบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ EF ในเด็กปฐมวัย
4. ผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถาม แบบบันทึก ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปตามแผนการวิเคราะห์ข้อมูลที่กำหนดไว้ต่อไป

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลลักษณะประชากรถูกวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเด็กและด้านครอบครัวกับ EF ของเด็กปฐมวัย ใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation) เพื่อระบุความสัมพันธ์เบื้องต้นระหว่างตัวแปร ต่อมาได้ทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับทักษะ EF โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) แบบมีตัวแปรดัมมี่ (Dummy Variables) เนื่องจากตัวแปรอิสระส่วนใหญ่เป็นข้อมูลในระดับนามบัญญัติ ก่อนดำเนินการวิเคราะห์ด้วย Multiple Regression ได้มีการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติดังนี้

1. การแจกแจงแบบปกติของตัวแปรตาม (Normality of Dependent Variable): ทดสอบด้วยการตรวจสอบค่า Skewness และ Kurtosis รวมถึงดูกราฟ Histogram และ Normal Q-Q Plot พบว่าข้อมูลคะแนน EF มีลักษณะใกล้เคียงการแจกแจงแบบปกติ
2. ความเป็นอิสระของข้อมูล (Independence of Observations): ตรวจสอบด้วยค่า Durbin-Watson พบว่าอยู่ในช่วงที่เหมาะสม (1.50–2.50) บ่งชี้ว่าไม่มีปัญหาออโตคอร์เรลชัน (Autocorrelation)
3. การไม่มีคอไลเนียริตี้ระหว่างตัวแปรอิสระ (No Multicollinearity): ตรวจสอบด้วยค่าความแปรปรวนร่วม (Variance Inflation Factor; VIF) และค่า Tolerance พบว่า  $VIF < 5$  และ  $Tolerance > 0.2$  สำหรับทุกตัวแปร

4. การกระจายตัวของความคลาดเคลื่อนเท่าเทียมกัน (Homoscedasticity): ตรวจสอบด้วย Residual Plot พบว่าความคลาดเคลื่อนมีการกระจายตัวอย่างสม่ำเสมอ ไม่เป็นลักษณะลำเอียง

5. การไม่มีข้อมูลค่านอก (Outliers): ตรวจสอบ Univariate Outliers ด้วยค่า Z-score และ Multivariate Outliers ด้วยค่า Mahalanobis Distance โดยใช้ระดับนัยสำคัญที่ 0.001 พบว่าไม่มีค่าที่เป็น Outlier รุนแรง

เมื่อข้อมูลผ่านการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นดังกล่าวแล้ว จึงดำเนินการวิเคราะห์ Multiple Regression ต่อไป เพื่อประเมินความสามารถในการทำนายระดับ EF ของปัจจัยด้านเด็กและด้านครอบครัว ซึ่งช่วยให้ผลการวิเคราะห์มีความถูกต้อง และผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือ<sup>(17)</sup>

## ผลการศึกษา

### 1. ข้อมูลลักษณะประชากร

1.1 ข้อมูลลักษณะประชากรของผู้เลี้ยงดูหลักจำนวน 198 คน พบว่าเป็นปู่ย่าตายาย ร้อยละ 66.20 ส่วนใหญ่อายุ 50-59 ปี ร้อยละ 31.00 ( $\bar{x}=48.50$ ,  $SD=13.40$ ) และการศึกษาส่วนใหญ่ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 63.20 รองลงมาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 15.60 ครอบครัวมีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 60.60 รองลงมา 15,000-25,000 ร้อยละ 20.20 และส่วนใหญ่มีรูปแบบการเลี้ยงดูเด็กแบบเอาใจใส่ ร้อยละ 78.80

1.2 ข้อมูลลักษณะประชากรของเด็ก จำนวน 198 คนพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.00 ( $\bar{x}=3.40$ ,  $SD=0.87$ ) เมื่อพิจารณาแยกตามช่วงอายุพบว่าเด็กชายมากกว่าเด็กหญิงในช่วงอายุ 30 เดือนถึงอายุ 30 เดือน 29 วัน และ 60 เดือนถึงอายุ 60 เดือน 29 วัน ร้อยละ 57.60 และร้อยละ 54.50 ตามลำดับ ยกเว้นช่วงอายุ 42 เดือนถึงอายุ 42 เดือน 29 วัน ที่พบว่าเป็นเด็กหญิงมากกว่าเด็กชาย ร้อยละ 53.00 นอกจากนี้ยังพบว่า เป็นบุตรลำดับที่ 2 จำนวน 178 คน คิดเป็นร้อยละ 89.90 มีน้ำหนักแรกคลอดตามเกณฑ์ ร้อยละ 83.40 การได้รับยารักษาเสริมธาตุเหล็ก ร้อยละ 65.70 กินนมแม่อย่างเดียวครบ 6 เดือน ร้อยละ 65.70 ส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการตามเกณฑ์ ร้อยละ 62.10 ภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ ร้อยละ 6.60

### 2. EF ของเด็กปฐมวัย ในเขตสุขภาพที่ 7

โดยรวมอยู่ในดี (สูงกว่าค่าเฉลี่ย) ( $\bar{x}=59.30$ ,  $SD=7.73$ ) เมื่อพิจารณา EF ในเด็กปฐมวัยรายด้านพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีถึงดีมากทุกด้าน ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** คะแนนสูงสุด ต่ำสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนดิบ คะแนนมาตรฐานและระดับ EF ของเด็กปฐมวัย ในเขตสุขภาพที่ 7 (n=198)

| ทักษะด้านการคิด<br>เชิงบริหาร<br>(EF)    | คะแนน |     |       |      | คะแนนมาตรฐาน<br>(T-Score) |     |       |      | ระดับตาม<br>T-Score   |
|------------------------------------------|-------|-----|-------|------|---------------------------|-----|-------|------|-----------------------|
|                                          | Min   | Max | Mean  | SD   | Min                       | Max | Mean  | SD   |                       |
| ด้านการยับยั้งพฤติกรรม                   | 7     | 38  | 31.64 | 7.32 | 29                        | 77  | 59.42 | 8.03 | ดี (สูงกว่าค่าเฉลี่ย) |
| ด้านการเปลี่ยน<br>หรือยืดหยุ่นทางความคิด | 6     | 20  | 15.83 | 4.24 | 28                        | 76  | 57.74 | 8.19 | ปกติ-ดี               |
| ด้านการควบคุมอารมณ์                      | 5     | 20  | 14.42 | 3.13 | 31                        | 76  | 58.73 | 8.18 | ดี                    |
| ด้านความจำขณะทำงาน                       | 3     | 22  | 18.14 | 5.87 | 31                        | 72  | 57.52 | 7.64 | ปกติ-ดี               |
| ด้านการวางแผนจัดการ                      | 4     | 24  | 18.62 | 4.54 | 30                        | 73  | 58.34 | 7.63 | ดี                    |
| โดยรวมทุกด้าน                            | 25    | 124 | 98.53 | 6.14 | 30                        | 75  | 59.30 | 7.73 | ดี (สูงกว่าค่าเฉลี่ย) |

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเด็ก และด้านครอบครัว กับ EF ของเด็กปฐมวัย ในเขตสุขภาพที่ 7 จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเด็กและด้านครอบครัวกับ EF ของเด็กปฐมวัย ในเขตสุขภาพที่ 7 โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient) พบว่ามีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ EF อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้

ปัจจัยด้านเด็ก พบว่า เพศหญิง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ EF อย่างมีนัยสำคัญสูง ( $r=0.31$ ,  $p<0.01$ ) ซึ่งสะท้อนว่าเด็กหญิงมีแนวโน้มที่จะมีทักษะ EF สูงกว่าเด็กชายอย่างชัดเจน นอกจากนี้ น้ำหนักแรกเกิดตามเกณฑ์ ( $r=0.22$ ,  $p<0.05$ ), การได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ( $r=0.21$ ,  $p<0.05$ ), และ การกินนมแม่อย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรก ( $r=0.24$ ,  $p<0.05$ ) ต่างก็มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ EF โดยมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับที่เชื่อถือได้ แสดงให้เห็นว่าการดูแลในช่วงวัยทารกมีผลต่อพัฒนาทักษะการด้านการคิดเชิงบริหารของเด็ก

ปัจจัยด้านครอบครัว พบว่า อายุของผู้เลี้ยงดู มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับนัยสำคัญสูงกับ EF ของเด็ก ( $r=0.26$ ,  $p<0.01$ ) เช่นเดียวกับ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้เลี้ยงดูกับเด็ก ( $r=0.27$ ,  $p<0.01$ ) และ รูปแบบการเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่ ( $r=0.29$ ,  $p<0.01$ ) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเด็กที่ได้รับการดูแลใกล้ชิดจากผู้ใหญ่ และเติบโตในครอบครัวที่ใช้รูปแบบการเลี้ยงดูที่ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวก จะมีระดับ EF สูงกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญ สำหรับรายได้ครอบครัว พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.18$ ,  $p<0.05$ ) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเด็ก และด้านครอบครัว กับ EF ของเด็กปฐมวัย ในเขตสุขภาพที่ 7 โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient)

| รายการ                              | 1      | 2      | 3    | 4      | 5    | 6      | 7    | 8      | 9    | 10   | 11     | 12     | 13     | 14   |
|-------------------------------------|--------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|------|--------|--------|--------|------|
| 1. เพศ                              | 1.00   |        |      |        |      |        |      |        |      |      |        |        |        |      |
| 2. น้ำหนักแรกเกิดอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน | 0.12   | 1.00   |      |        |      |        |      |        |      |      |        |        |        |      |
| 3. ลำดับบุตร                        | 0.05   | 0.14   | 1.00 |        |      |        |      |        |      |      |        |        |        |      |
| 4. การได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก     | 0.08   | 0.11   | 0.13 | 1.00   |      |        |      |        |      |      |        |        |        |      |
| 5. สุขภาพช่องปาก                    | 0.03   | 0.09   | 0.12 | 0.10   | 1.00 |        |      |        |      |      |        |        |        |      |
| 6. กินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน       | 0.10   | 0.07   | 0.11 | 0.09   | 0.20 | 1.00   |      |        |      |      |        |        |        |      |
| 7. ภาวะโภชนาการ                     | 0.06   | 0.10   | 0.15 | 0.08   | 0.13 | 0.12   | 1.00 |        |      |      |        |        |        |      |
| 8. อายุ                             | 0.18   | 0.16   | 0.19 | 0.15   | 0.14 | 0.20   | 0.17 | 1.00   |      |      |        |        |        |      |
| 9. ระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดู      | 0.15   | 0.18   | 0.14 | 0.17   | 0.14 | 0.16   | 0.19 | 0.21   | 1.00 |      |        |        |        |      |
| 10. อาชีพ                           | 0.22   | 0.20   | 0.24 | 0.14   | 0.10 | 0.21   | 0.13 | 0.22   | 0.27 | 1.00 |        |        |        |      |
| 11. รายได้ครอบครัว                  | 0.18   | 0.21   | 0.14 | 0.19   | 0.11 | 0.22   | 0.20 | 0.19   | 0.25 | 0.25 | 1.00   |        |        |      |
| 12. ความสัมพันธ์กับเด็ก             | 0.25   | 0.19   | 0.28 | 0.21   | 0.18 | 0.20   | 0.24 | 0.20   | 0.23 | 0.30 | 0.26   | 1.00   |        |      |
| 13. รูปแบบการอบรมเลี้ยงดู           | 0.30   | 0.17   | 0.22 | 0.25   | 0.23 | 0.27   | 0.26 | 0.29   | 0.26 | 0.28 | 0.31   | 0.26   | 1.00   |      |
| 14. ทักษะด้านการคิดเชิงบริหาร       | 0.31** | 0.22** | 0.16 | 0.21** | 0.11 | 0.24** | 0.19 | 0.26** | 0.24 | 0.20 | 0.18** | 0.27** | 0.29** | 1.00 |

\* $p<0.05$ , \*\* $p<0.01$

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีตัวแปรตามมี พบว่าปัจจัยด้านเด็กและด้านครอบครัวรวม 8 ตัวแปรสามารถร่วมกันทำนายระดับ EF ของเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 7 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยโมเดลการวิเคราะห์มีค่า  $R^2$  เท่ากับ 0.724 แสดงว่าตัวแปรทั้ง 8 ตัวนี้สามารถอธิบายความแปรปรวนของคะแนน EF ได้ร้อยละ 72.40

เมื่อตรวจสอบปัจจัยรายตัวแปร พบว่าเพศหญิงเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลเชิงบวกต่อ EF อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $B=2.34, p=0.013$ ) หมายความว่า เด็กหญิงมีคะแนน EF สูงกว่าเด็กชายเฉลี่ย 2.34 คะแนน เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นไว้คงที่ นอกจากนี้ น้ำหนักแรกเกิดตามเกณฑ์ ( $B=0.75, p=0.020$ ), การได้รับธาตุเหล็ก ( $B=1.98, p=0.012$ ) และการกินนมแม่อย่างเดียวนในช่วง 6 เดือนแรก ( $B=2.10, p=0.017$ ) ต่างเป็นปัจจัยทางชีวภาพที่สามารถทำนาย EF ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับปัจจัยด้านครอบครัว พบว่าอายุของผู้เลี้ยงดู มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $B=0.31, p=0.001$ ) โดยแสดงแนวโน้มว่าเด็กที่มีผู้ดูแลอายุน้อยกว่าจะมีระดับ EF สูงกว่า เด็กที่เติบโตในครอบครัวที่มีรายได้ปานกลาง (15,000–25,000 บาท) มี EF สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ( $B=0.002, p=0.014$ ) ขณะเดียวกันความสัมพันธ์ที่ระหว่างผู้เลี้ยงดูและเด็ก ( $B=1.67, p=0.001$ ) และ รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่ ( $B=1.89, p=0.001$ ) ก็เป็นปัจจัยทางครอบครัวที่มีอิทธิพลสูงต่อระดับ EF โดยเฉพาะรูปแบบการเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีค่า Beta สูงที่สุดในกลุ่ม ( $\beta=0.29$ )

สรุปได้ว่า ทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว โดยเฉพาะการดูแลอย่างใกล้ชิดจากผู้เลี้ยงดูที่มีคุณภาพ ล้วนมีผลอย่างมีนัยสำคัญต่อพัฒนาการด้าน EF ของเด็กปฐมวัยอย่างชัดเจน ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** วิเคราะห์ถดถอยพหุคูณตัวแปรปัจจัยด้านเด็กและปัจจัยด้านครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อ EF ของเด็กปฐมวัย ในเขตสุขภาพที่ 7

| ตัวแปรทำนาย                | B    | Beta | p-value |
|----------------------------|------|------|---------|
| เพศ                        |      |      |         |
| - เพศหญิง                  | 2.34 | 0.18 | 0.013   |
| - เพศชาย                   | Ref. |      |         |
| น้ำหนักแรกเกิด             |      |      |         |
| - อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน       | 0.75 | 0.22 | 0.020   |
| -อยู่นอกเกณฑ์มาตรฐาน       | Ref. |      |         |
| ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก        |      |      |         |
| - ได้รับ                   | 1.98 | 0.21 | 0.012   |
| - ไม่ได้รับ                | Ref. |      |         |
| กินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน |      |      |         |
| - ใช่                      | 2.10 | 0.24 | 0.017   |
| - ไม่ใช่                   | Ref. |      |         |
| อายุผู้เลี้ยงดูเด็ก        |      |      |         |
| - ≤ 60 ปี                  | 0.31 | 0.26 | 0.001   |
| - >60 ปี                   | Ref. |      |         |

| ตัวแปรทำนาย           | B     | Beta | p-value |
|-----------------------|-------|------|---------|
| รายได้ครอบครัว        |       |      |         |
| - 15,000-25,000 บาท   | 0.002 | 0.18 | 0.014   |
| - น้อยกว่า 5,000 บาท  | Ref.  |      |         |
| ความสัมพันธ์กับเด็ก   |       |      |         |
| - พ่อแม่              | 1.67  | 0.27 | 0.001   |
| - ปู่ย่าตายาย         | Ref.  |      |         |
| รูปแบบการอบรมเลี้ยงดู |       |      |         |
| - แบบเอาใจใส่         | 1.89  | 0.29 | 0.001   |
| - แบบทอดทิ้ง          | Ref.  |      |         |

### อภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีตัวแปรตามมี พบว่า ปัจจัยด้านเด็กและด้านครอบครัวจำนวน 8 ตัวแปรสามารถร่วมกันทำนายระดับ EF ของเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 7 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $R^2=0.724$ ,  $p<.001$ ) ซึ่งถือว่าเป็นสัดส่วนการอธิบายที่สูง สะท้อนว่าโมเดลที่ใช้มีความแม่นยำทางสถิติและความน่าเชื่อถือสูง ในกลุ่มของปัจจัยด้านเด็ก พบว่าเพศหญิงมีคะแนน EF สูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Thomason (2021) ที่พบว่าเด็กหญิงมีแนวโน้มพัฒนาสมองส่วนหน้า (Prefrontal cortex) ซึ่งเกี่ยวข้องกับ EF ได้เร็วกว่าผู้ชายในช่วงวัยก่อนเข้าเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพฤติกรรม<sup>(18)</sup> ขณะเดียวกัน น้ำหนักแรกเกิดตามเกณฑ์ และการได้รับธาตุเหล็กในวัยทารก พบว่ามีความสัมพันธ์กับ EF อย่างชัดเจน สอดคล้องกับงานของ Georgieff (2020) ที่ระบุว่าโภชนาการในช่วง 1,000 วันแรกของชีวิตส่งผลโดยตรงต่อการพัฒนาส่วนประกอบโครงสร้างของสมองที่มีบทบาทต่อการควบคุมตนเอง และการเรียนรู้ในระยะยาว<sup>(19)</sup> การกินนมแม่อย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรก ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติที่องค์การอนามัยโลกยังคงเน้นย้ำระหว่างปี 2564–2566 นั้น ได้รับการยืนยันซ้ำโดย Lauritzen (2021) ซึ่งพบว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีผลต่อการพัฒนา EF โดยเฉพาะความสามารถด้านการจดจำ ความจำขณะทำงาน และความยืดหยุ่นทางความคิด<sup>(6)</sup> สำหรับกลุ่มปัจจัยด้านครอบครัว พบว่า อายุของผู้เลี้ยงดูมีความสัมพันธ์กับ EF อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ Pungello (2022) แสดงให้เห็นว่า Caregiver ที่มีอายุน้อยกว่าและมีพลังงานมากกว่ามักมีความสามารถในการปฏิสัมพันธ์เชิงบวกกับเด็กได้มากกว่า สิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อการพัฒนาความสามารถในการกำกับตนเอง (Self-regulation) และการจัดการอารมณ์<sup>(7)</sup> เช่นเดียวกับปัจจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างผู้เลี้ยงดูและเด็กที่มีบทบาทเด่นชัด โดยงานวิจัยในประเทศไทยของดวงกมล ผิวบัวคำ (2560) และศิริพร โสภา (2565) พบว่าความผูกพันและการตอบสนองของผู้ดูแลมีบทบาทในการส่งเสริม EF อย่างชัดเจน โดยเฉพาะในเด็กวัยอนุบาลที่กำลังสร้างรากฐานของการคิดเชิงซับซ้อนและการตัดสินใจ<sup>(20-21)</sup> สำคัญที่สุดคือรูปแบบการเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่ (Attentive parenting) ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐาน (Beta) สูงที่สุดในโมเดล ถือเป็นปัจจัยที่ทำนาย EF ได้ดีที่สุด และสอดคล้องกับข้อเสนอจาก Harvard Center on the Developing Child ซึ่งชี้ว่า EF เป็นชุดทักษะที่ไม่ได้เกิดขึ้นโดยธรรมชาติ แต่พัฒนาได้ผ่านประสบการณ์ในความสัมพันธ์กับผู้ใหญ่ที่มั่นคง อบอุน และมีการสนับสนุนการเรียนรู้แบบมีโครงสร้าง<sup>(1)</sup>

ทั้งนี้ โมเดลการวิเคราะห์ที่ได้รับการตรวจสอบสมมติฐานเบื้องต้นอย่างครบถ้วน ได้แก่ ความเป็นอิสระของข้อมูล (Durbin-Watson $\approx$ 2) การไม่มี Multicollinearity ( $VIF<10$ ) ความเป็นเส้นตรง (Linearity) ความแปรปรวนสม่ำเสมอของค่าคงเหลือ (Homoscedasticity) และการแจกแจงแบบปกติของ Residuals

ส่งผลให้สามารถมั่นใจได้ว่าผลการวิเคราะห์มีความถูกต้องและสามารถนำไปใช้ในการออกแบบนโยบายหรือมาตรการส่งเสริม EF ในบริบทครอบครัวไทยได้อย่างเหมาะสม

### ข้อจำกัดของการศึกษา

1. ข้อมูลถูกรวบรวมเพียงในช่วงเวลาเดียวอาจส่งผลให้มีข้อจำกัดในการสรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปร
2. การสุ่มตัวอย่างจากเพียง 2 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 7 จากทั้งหมด 4 จังหวัด อาจสามารถสะท้อนภาพรวมของเขตสุขภาพได้ไม่ครอบคลุม
3. การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ควบคุมตัวแปรแวดล้อมอื่นที่อาจมีอิทธิพลต่อทักษะ EF เช่น ประสบการณ์การศึกษาก่อนวัยเรียน ซึ่งอาจมีบทบาทร่วมในการพัฒนา EF ของเด็กปฐมวัย

### สรุปผลการศึกษา

เด็กปฐมวัยส่วนใหญ่มีระดับ EF อยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนมาตรฐานสูงกว่าค่าเฉลี่ยกลางที่กำหนดไว้ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับ EF อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่าเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งจากตัวเด็กและสิ่งแวดล้อมในครอบครัวจำนวน 8 ประการ ได้แก่ เพศหญิง น้ำหนักแรกเกิดที่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน การได้รับธาตุเหล็กและการได้รับนมแม่อย่างเดียวยังในช่วง 6 เดือนแรก อายุของผู้เลี้ยงดู รายได้ของครอบครัว ความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างผู้เลี้ยงกับเด็ก และรูปแบบการเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการด้าน EF อย่างรอบด้าน นอกจากนี้ ยังพบว่าปัจจัยทั้ง 8 ประการนี้สามารถร่วมกันทำนายระดับ EF ของเด็กปฐมวัยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าความสามารถในการทำนายร่วมกันอยู่ในระดับสูง

### ข้อเสนอแนะ

หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงสาธารณสุข ควรกำหนดนโยบายส่งเสริม EF เป็นเป้าหมายพัฒนาการแห่งชาติในวัยปฐมวัยเนื่องจาก EF เป็นทักษะพื้นฐานที่สำคัญต่อการเรียนรู้ พฤติกรรม และความสำเร็จในชีวิต ควรมีการบรรจุลงในแผนพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ และจัดทำแนวทางปฏิบัติในระดับพื้นที่

### ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

1. นักวิจัยและสถาบันการศึกษาควรศึกษารูปแบบการพัฒนา EF แบบมีส่วนร่วมที่ใช้เทคโนโลยีเพื่อนำมาใช้กับผู้ปกครอง ครู และนักส่งเสริมพัฒนาการในชุมชน โดยควรมีการวัดผลในระยะยาว
2. นักวิจัยและสถาบันการศึกษาควรขยายการศึกษาไปยังกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า เด็กในครอบครัวที่มีรายได้น้อย หรืออยู่ในพื้นที่ห่างไกลเพื่อดูความแตกต่างของ EF และพัฒนาการส่งเสริมที่เหมาะสมกับบริบท

### เอกสารอ้างอิง

1. Center on the Developing Child, Harvard University. Executive function & self-regulation [Internet]. Cambridge: Harvard University; 2023 [cited 2025 Jul 17]. Available from: <https://developingchild.harvard.edu>
2. Diamond A. Executive functions: insights into development and individual differences. Dev Psychol. 2022;58(4):585–603.
3. Moffitt TE, Arseneault L, Belsky D, et al. A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. Proc Natl Acad Sci U S A. 2011;108(7):2693-8.

4. Blair C, Raver CC. Individual development and EF: Findings and implications for education. *Annu Rev Psychol.* 2021;72:321–349.
5. Georgieff MK, Brunette KE, Tran PV. Early life nutrition and neural development: Iron's role in the brain. *Adv Nutr.* 2020;11(3):610–618.
6. Lauritzen L, Brambilla P, Mazzocchi A, et al. Breastfeeding and child cognitive outcomes: A systematic review. *Nutrients.* 2021;13(4):1341.
7. Pungello EP, Iruka IU, Troller-Renfree S. Caregiver–child interaction and EF development in early childhood. *Early Child Res Q.* 2022;61:118–130.
8. UNICEF. Early childhood development [Internet]. New York: United Nations Children's Fund; 2023 [cited 2022 Jun 2]. Available from: <https://www.unicef.org/early-childhood-development>.
9. World Health Organization. Nurturing care for early childhood development: A framework. Geneva: WHO; 2018.
10. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการประเมินระดับสติปัญญาเด็กไทย ปี 2559. กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมสุขภาพ; 2560.
11. สำนักส่งเสริมสุขภาพ. รายงานเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยคู่มือ DSPM เขตสุขภาพที่ 7 ปี 2562. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2563.
12. ศูนย์คุณธรรม. แนวคิดการพัฒนาเยาวชนไทยสู่พลเมืองโลก. กรุงเทพฯ: สกสค.; 2564.
13. กรมอนามัย. รายงานผลการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ปีงบประมาณ 2564. นนทบุรี: สำนักพัฒนาอนามัยเด็กและวัยรุ่น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
14. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1986.
15. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas.* 1970;30(3):607-10.
16. นวลจันทร์ จุฑาภักดีกุล, ปณิตดา ธนเศรษฐกร และอรพินท์ เลิศอวัสดาตระกูล. การพัฒนาและหาค่าเกณฑ์มาตรฐานเครื่องมือประเมินการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย. ศูนย์วิจัยประสาทวิทยาศาสตร์ สถาบันชีววิทยาศาสตร์โมเลกุล และสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.
17. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2560.
18. Thomason ME, Dennis EL, Gotlib IH. Gender differences in brain maturation and EF trajectories in early childhood. *Dev Cogn Neurosci.* 2021;47:100879.
19. Georgieff MK, Brunette KE, Tran PV. Early life nutrition and neural development: Iron's role in the brain. *Adv Nutr.* 2020;11(3):610–618.
20. ดวงมล ผิวบัวคำ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทักษะด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย. วารสารพัฒนาการมนุษย์และสังคม. 2560;9(1):15–30.
21. ศิริพร โสภา, วารุณี รุ่งเรืองศรี, นลินรัตน์ ภู่วิจิตร. ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเลี้ยงดูและพัฒนาการการคิดเชิงบริหารของเด็กวัยอนุบาล. วารสารพัฒนาการมนุษย์และสังคม. 2565;14(1): 45–60.

ผลของการฝึกความต้านทานของลิ้นต่อการเพิ่มความแข็งแรงของการบีบมือในผู้มีภาวะมวล  
กล้ามเนื้อน้อย: การศึกษาแบบไปข้างหน้า

Effect of Tongue Resistance Training on the Improvement of Handgrip Strength  
in Individuals with Possible Sarcopenia: A Prospective Study

ณัฐปัทม บูนสวัสดิ์<sup>1\*</sup>, เทียนฉาย ขจรวงศ์สถิต<sup>2</sup>, ณัฐศาสตร์ อุณาศรี<sup>3</sup>

Natthapapath boonsawat, Tianshine Kajohnwongsatit<sup>2</sup>, Natthasart Unasri<sup>3</sup>

<sup>1\*</sup>นายแพทย์ชำนาญการ อายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40000

<sup>2</sup>นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานแผนกเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40000

<sup>3</sup>นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40000

<sup>1\*</sup>Medical Physician, Professional Level, Geriatric medicine, Medicine department, Khon Kaen Hospital, Khonkaen, 40000

<sup>2</sup>Medical Physician, Professional Level, Physical medicine and rehabilitation department, Khon Kaen Hospital, Khon Kaen, 40000

<sup>3</sup>Speech-Language Pathology Department of Otorhinolaryngology, Khon Kaen Hospital, Khon Kaen, 40000  
Corresponding Author: \*Email:

Received: 29 January 2025 Revised: 31 March 2024 Accepted: 7 April 2025

#### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาผลของการฝึกความต้านทานของลิ้นเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ต่อความแข็งแรงของการบีบมือและความดันของลิ้นในวัยกลางคนและผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะซาร์โคพีเนีย

**รูปแบบและวิธีวิจัย :** การศึกษานำร่องเชิงไปข้างหน้าแบบก่อน-หลัง ในผู้เข้าร่วมอายุ 55 ปีขึ้นไป ที่รับการดูแลในคลินิกผู้สูงอายุ จำนวน 38 คน ผู้เข้าร่วมทำแบบฝึกความต้านทานของลิ้นทุกวันต่อเนื่องเป็นเวลา 8 สัปดาห์ โดยวัดแรงบีบมือด้วยเครื่องไดนาโมมิเตอร์ และวัดความดันของลิ้นด้วยอุปกรณ์ Iowa Oral Performance Instrument ทั้งก่อนและหลังการฝึก รวมถึงการเก็บข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ (โดยใช้แบบประเมิน Mini Nutritional Assessment: MNA) และระดับกิจกรรมทางกายของผู้เข้าร่วมด้วย ข้อมูลได้รับการวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และสถิติเชิงอนุมานโดยใช้ t-test แบบจับคู่เพื่อตรวจสอบความแตกต่างของแรงบีบมือและแรงกดของลิ้นก่อนและหลังการฝึก กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$

**ผลการศึกษา :** หลังการฝึก 8 สัปดาห์ แรงบีบมือเพิ่มขึ้นเฉลี่ย  $1.4 \pm 2.5$  กิโลกรัม ( $p = 0.002$ ) และความดันของลิ้นเพิ่มขึ้น  $6.0 \pm 9.1$  กิโลปาสกาล ( $p < 0.001$ ) โดยผลลัพธ์ที่ชัดเจนพบในกลุ่มที่มีแรงบีบมือต่ำตั้งแต่เริ่มต้น โดยเฉพาะในผู้หญิง

**สรุปผลการศึกษา :** การฝึกความต้านทานของลิ้นช่วยเพิ่มสมรรถภาพของกล้ามเนื้อทั้งในช่องปากและทั่วร่างกายอย่างมีนัยสำคัญ วิธีนี้อาจช่วยเสริมการรักษาภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยแบบดั้งเดิม โดยช่วยให้การกลืนและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อโดยรวมดีขึ้น

**คำสำคัญ :** แรงบีบมือ, ผู้สูงอายุ, ซาร์โคพีเนีย, ฝึกความต้านทานของลิ้น

---

## ABSTRACT

**Objective :** To determine the effect of an 8-week tongue resistance training program on handgrip strength and tongue pressure in middle-aged and older adults at high risk for sarcopenia.

**Methods :** This prospective pre-post pilot study was conducted in 38 participants aged 55 years and older who received care at a geriatric clinic. Participants performed daily tongue resistance exercises continuously for 8 weeks. Handgrip strength was measured using a dynamometer, and tongue pressure was assessed using the Iowa Oral Performance Instrument (IOPI) both before and after the intervention. Baseline data on nutritional status (using the Mini Nutritional Assessment, MNA) and physical activity levels were also collected. Descriptive statistics were used to summarize participant characteristics, and paired t-tests were used to compare handgrip strength and tongue pressure before and after the intervention. A p-value of <0.05 was considered statistically significant.

**Results :** After 8 weeks, handgrip strength increased by  $1.4 \pm 2.5$  kg ( $p=0.002$ ), and tongue pressure increased by  $6.0 \pm 9.1$  kPa ( $p<0.001$ ). The most pronounced improvements were observed in participants with low baseline handgrip strength, particularly females.

**Conclusion :** Tongue resistance training significantly improved both orofacial and systemic muscle function. This approach may complement traditional sarcopenia management by enhancing swallowing ability and overall muscle strength.

**Keywords :** Handgrip strength, Older adults, Sarcopenia, Tongue resistance training

## Introduction

As the global population continues to age<sup>(1)</sup>, sarcopenia, a condition characterized by the progressive loss of skeletal muscle mass and strength, has emerged as a major public health issue. It is estimated that approximately 12% of adults over the age of 60 suffer from sarcopenia globally, and this figure is expected to rise alongside increasing life expectancy.<sup>(2)</sup> Sarcopenia is linked to significant health risks, including frailty, loss of independence, increased risk of falls, and higher mortality rates. Furthermore, it can lead to secondary conditions such as malnutrition and impaired oral function due to the weakening of orofacial muscles, particularly the tongue, which plays a crucial role in swallowing, speaking, and respiratory function. The Asian Working Group for Sarcopenia (AWGS) 2019 introduced ‘possible sarcopenia,’ defined as low muscle strength or physical performance without confirmed loss of muscle mass. This highlights the importance of early interventions to prevent progression to sarcopenia.<sup>(3)</sup> This study was designed as a pilot to assess feasibility and explore preliminary effects.

## Background

Sarcopenia treatments focus on large muscle groups, often neglecting orofacial muscles like the tongue. A recent study found a positive correlation between handgrip strength and tongue pressure, indicating that age-related sarcopenia similarly affects orofacial muscles, such as the tongue, which are vital for critical functions like swallowing and speech.<sup>(4-7)</sup> Emerging evidence further underscores the tongue’s role in overall muscular health, with research showing that weakened orofacial muscles significantly contribute to sarcopenia-related complications, such as malnutrition and reduced physical performance. Studies by *Clark and Solomon*<sup>(8)</sup> and *Nagano et al.*<sup>(9)</sup>, highlight the potential benefit of targeted interventions like tongue resistance training.<sup>(10-12)</sup>

Recognizing the tongue’s influence on overall muscle health, this study examines whether tongue resistance training can enhance handgrip strength in middle-aged and older adults. Grounded in evidence suggesting a link between orofacial muscle strength and general physical function, we hypothesize that structured tongue exercises will yield notable improvements in handgrip strength. This innovative approach could complement traditional sarcopenia therapies, potentially boosting physical performance and functional independence in older adults across both clinical and community rehabilitation settings.

## Objective

To determine whether an 8-week tongue resistance training program improves handgrip strength and tongue pressure in middle-aged and older adults at high risk for sarcopenia.

## Method

This prospective pre–post intervention study, approved by the Human Research Ethics Committee of Khon Kaen Hospital (Reference number: KEF67037), evaluated the impact of an 8-week tongue resistance training program on handgrip strength and tongue pressure. Data were collected between December 1, 2024, and February 28, 2025.

## Population and Sample

This study recruited middle-aged and older adults ( $\geq 55$  years) from a geriatric clinic who were considered at high risk for sarcopenia, defined as having at least one of the following: low physical activity level or reduced nutritional intake ( $\text{MNA-SF} \leq 11$ ), without meeting the full diagnostic criteria for sarcopenia. Participants with mild Parkinson’s disease or early-stage dementia were eligible if they could follow instructions and complete the training protocol. Exclusion criteria included severe cognitive impairment, history of head or neck surgery, tracheostomy, pre-existing hand conditions (e.g., arthritis, recent injury, or neurological deficits affecting hand function), or participation in hand-specific rehabilitation or strength training that could affect handgrip outcomes. Participants were withdrawn if they developed new health issues, could not adhere to the protocol, or chose to discontinue.

## Sample Size Calculation

The sample size was calculated to assess the effect of tongue resistance training on handgrip strength using a pre–post (within-group) design. The calculation was based on the paired t-test formula:

Using an estimated mean difference ( $\Delta$ ) of 4.1 kPa in tongue pressure and the standard deviation ( $\sigma_d$ ) of 6.0 kPa, derived from the study by Yano, et al<sup>13</sup>. the sample size was calculated as:

$$n = \left( \frac{1.96 + 0.84}{4.1 / 6} \right)^2$$

The minimum required sample size was 17 participants to detect a statistically significant change with 80% power and a two-sided alpha of 0.05. To account for potential dropouts or incomplete data, a total of 20 participants was considered an appropriate recruitment target. The final sample size exceeded this estimate, enhancing statistical power.

## Intervention

This pilot pre–post intervention study was conducted over 8 weeks. Participants performed three orofacial exercises twice daily. Although categorized as orofacial exercises, the intervention primarily focused on tongue resistance. Techniques such as the Masako maneuver and chin-supported tongue holding involved active tongue pressure against resistance, aligning with the principles of tongue resistance training.

The three main exercises included:

1. Chin Support: Holding a water bottle or ball under the chin for 5–20 seconds, repeated 20 times.
2. Masako Technique: Biting the tongue tip while swallowing saliva, repeated 5–10 times.
3. Combination Exercise: Performing chin support and the Masako technique simultaneously, repeated 5–10 times.

Adherence was monitored using daily logs, and a phone call at Week 4 was made to reinforce compliance.

#### Measurements

All assessments were conducted at baseline and at the end of the 8-week intervention.

#### Primary Outcome:

- Handgrip Strength (HGS): Measured using a Jamar<sup>®</sup> dynamometer.

#### Secondary Outcome:

- Tongue Pressure: Assessed using the Iowa Oral Performance Instrument (IOPI).
- Nutritional Status: Measured at baseline using the Mini Nutritional Assessment (MNA).

Key confounders—including age, sex, MNA score, physical activity, comorbidities, and baseline HGS/tongue pressure—were recorded via standardized questionnaires, medical history review, and physical examinations.

#### Research Instruments

1. Iowa Oral Performance Instrument (IOPI):

A validated device used to measure tongue pressure by compressing an air-filled bulb. Output is in kilopascals (kPa). It demonstrates high construct validity and inter-rater reliability (ICC>0.85) and is widely accepted in clinical and research settings for assessing orofacial strength.

2. Jamar<sup>®</sup> dynamometer:

Recognized as the gold standard for measuring handgrip strength, with excellent test–retest reliability (ICC=0.95–0.98). Endorsed by the American Society of Hand Therapists (ASHT), it is widely used in geriatrics, rehabilitation, and sports medicine.

3. Demographic and Health Questionnaire:

Collected data on participant characteristics, comorbidities, nutritional status (MNA), and physical activity levels.

4. Exercise Logbook:

Completed by participants to monitor daily adherence to the exercise protocol.

5. Telephone Follow-up Checklist:

Administered at Week 4 to promote compliance and address any issues encountered during the intervention.

## Statistical Analysis

### Descriptive statistics

Baseline demographic and clinical characteristics of the study population were summarized using descriptive statistics. Continuous variables (e.g., age, handgrip strength, tongue pressure, and MNA score) were expressed as means and standard deviations (SD) for normally distributed data, or as medians and interquartile ranges (IQR) for non-normally distributed data. Categorical variables (e.g., sex and nutritional risk status) were reported as frequencies and percentages.

### Inferential statistics

Paired t-tests were employed to assess within-group changes in handgrip strength and tongue pressure before and after the intervention.

### Ethical Considerations

Written informed consent was obtained from all participants prior to enrollment. Participants were informed about the study's purpose, procedures, potential risks, and their right to withdraw at any point without affecting their ongoing medical care.

## Result

A total of 38 participants were included, with a mean age of  $68.2 \pm 10.0$  years and 73.7% female. Baseline handgrip strength was  $25.7 \pm 9.5$  kg for males and  $23.0 \pm 5.9$  kg for females. Mean tongue pressure was  $42.4 \pm 14.7$  kPa. Common comorbidities included hypertension, dementia, and dyslipidemia. Detailed baseline characteristics are shown in Table 1.

**Table 1** Baseline Characteristics of Study Participants (n=38)

| Characteristic         | n (%) or mean $\pm$ SD |
|------------------------|------------------------|
| Age (years)            | 68.2 $\pm$ 10.0        |
| Female                 | 28 (73.7)              |
| Handgrip Strength (kg) |                        |
| - Male                 | 25.7 $\pm$ 9.5         |
| - Female               | 23.0 $\pm$ 5.9         |
| Low handgrip           | 13 (34.2)              |
| Male (<28 kg)          | 7 (70.0)               |
| Female (<18 kg)        | 6 (21.4)               |
| Tongue Pressure (kPa)  | 42.4 $\pm$ 14.7        |
| Body Mass Index (BMI)  | 24.1 $\pm$ 4.4         |
| MNA score              | 26.4 $\pm$ 3.3         |
| Underlying disease     |                        |
| HT                     | 12 (31.6)              |
| DLP                    | 8 (21.1)               |
| CKD                    | 3 (7.9)                |
| Stroke                 | 4 (10.5)               |

| Characteristic                                        | n (%) or mean±SD |
|-------------------------------------------------------|------------------|
| Dementia                                              | 9 (23.7)         |
| Other (Parkinson disease, CAD, thyroid, asthma, gout) | 15 (39)          |

Handgrip strength increased significantly from 23.7±6.9 kg to 25.1±7.1 kg (mean change: 1.4±2.5 kg,  $p=0.002$ ), and tongue pressure rose from 42.4±14.5 kPa to 48.4±14.3 kPa (mean change: 6.0±9.1 kPa,  $p<0.001$ ), as shown in Table 2.

**Table 2** Changes in Handgrip Strength and Tongue Pressure (Pre- and Post-Intervention)

| Outcome                | Pre-Intervention (Mean±SD) | Post-Intervention (Mean±SD) | Mean Change±SD (95% CI) | p-value |
|------------------------|----------------------------|-----------------------------|-------------------------|---------|
| Handgrip Strength (kg) | 23.7±6.9                   | 25.1±7.1                    | 1.4±2.5 [0.6, 2.2]      | 0.002   |
| Tongue Pressure (kPa)  | 42.4±14.5                  | 48.4±14.3                   | 6.0±9.1 [3.1, 8.9]      | < 0.001 |

Participants with low baseline handgrip strength exhibited greater improvements compared to those with normal handgrip strength (Table 3). Low handgrip males showed an increase from 20.8±3.4 kg to 22.5±3.6 kg, with a mean change of 1.7±1.8 kg ( $p=0.042$ , 95% CI [0.4, 3.0]). Low handgrip females exhibited a greater mean change of 2.7±2.6 kg, increasing from 14.7±1.7 kg to 17.4±2.2 kg ( $p=0.049$ , 95% CI [0.7, 4.8]). In contrast, participants with normal baseline handgrip strength showed limited or statistically insignificant improvements. Normal handgrip males demonstrated an observed increase from 37.0±7.8 kg to 42.9±3.3 kg, with a mean change of 5.9±6.4 kg that did not reach statistical significance ( $p=0.249$ , 95% CI [-1.3, 13.1]). Normal handgrip females showed a minimal increase from 25.3±4.3 kg to 25.6±4.2 kg, with a mean change of 0.3±0.6 kg ( $p=0.028$ , 95% CI [0.0, 0.5]).

**Table 3** Subgroup Low vs Normal Handgrip Improvement by Gender

|                        | Pre-Intervention (Mean±SD) | Post-Intervention (Mean±SD) | Mean Change ±SD (95% CI) | p-value |
|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------|
| Low Handgrip Male      | 20.8±3.4                   | 22.5±3.6                    | 1.7±1.8 [0.4, 3.0]       | 0.042   |
| Low Handgrip Female    | 14.7±1.7                   | 17.4±2.2                    | 2.7±2.6 [0.7, 4.8]       | 0.049   |
| Normal Handgrip Male   | 37.0±7.8                   | 42.9±3.3                    | 5.9±6.4 [-1.3, 13.1]     | 0.249   |
| Normal Handgrip Female | 25.3±4.3                   | 25.6±4.2                    | 0.3±0.6 [0.0, 0.5]       | 0.028   |

## Discussion

Although the improvement in handgrip strength reached statistical significance, the relatively large standard deviation ( $\pm 2.5$  kg) indicates substantial variability in individual responses. This suggests that while some participants experienced considerable gains, others showed minimal or no improvement, highlighting the heterogeneity in response to the intervention.

The overall gains of  $1.4 \pm 2.5$  kg in handgrip strength ( $p=0.002$ ) and  $6.0 \pm 9.1$  kPa in tongue pressure ( $p<0.001$ ) suggest enhanced neuromuscular coordination, which may account for the concurrent improvements in handgrip performance. Even small increases in muscle strength may yield meaningful functional improvements, particularly in frail individuals. Participants with low baseline handgrip strength, especially females, showed the greatest improvements ( $2.7 \pm 2.6$  kg in females vs.  $1.7 \pm 1.8$  kg in males), likely due to lower initial strength and a greater relative deficit.

In contrast, males with normal baseline handgrip strength showed a substantial mean improvement ( $5.9 \pm 6.4$  kg), which did not reach statistical significance—likely due to the small sample size ( $n=3$ ) and high variability. These findings underscore the need for larger, stratified samples in future studies to address variability and improve statistical robustness.

These findings support the potential of tongue resistance training as a practical adjunct in sarcopenia management by improving tongue strength and, consequently, swallowing and nutritional intake—both critical to slowing sarcopenia progression and reducing healthcare costs.

To our knowledge, this is one of the first studies to demonstrate that tongue resistance training can enhance systemic muscle strength, as evidenced by improvements in handgrip strength through targeted orofacial muscle activation. This novel approach could be incorporated into clinical and community-based programs for early sarcopenia intervention. The observed gains in tongue pressure and handgrip strength may result from improved neuromuscular coordination and activation of both central and peripheral pathways. By stimulating orofacial muscle fibers, tongue resistance training may induce broader neuromuscular adaptations that enhance overall muscular performance.

These results are consistent with previous studies by Nagano et al. and Yano et al., which reported improvements in tongue pressure and systemic muscle function through orofacial muscle training. Our findings extend this body of evidence by showing that tongue resistance training can also enhance handgrip strength—a key marker of systemic muscle health. Similarly, Shimizu et al. reported that tongue pressure is associated with improved swallowing and nutritional outcomes in older adults with sarcopenic dysphagia. In addition, Moynihan and Teo emphasized the association between oral function, protein intake, and sarcopenia risk, highlighting the importance of integrated oropharyngeal and nutritional strategies in sarcopenia prevention.

Although our final sample size exceeded the initially calculated requirement, this study was designed as a preliminary investigation. The primary aims were to assess feasibility and detect initial effects, rather than to generate generalizable conclusions. The small sample size was acknowledged as a limitation, and a paired pre–post design was used to maximize statistical power. These findings provide essential data to guide sample size calculations and inform future randomized controlled trial designs.

Despite achieving statistical significance, the relatively high variability in handgrip strength ( $\pm 2.5$  kg) reinforces the need to report effect sizes and confidence intervals alongside p-values, as statistical significance alone may not fully reflect clinical relevance or the consistency of observed effects.

### Limitations

This study has several limitations. First, the absence of a control group restricts the ability to attribute the observed improvements solely to the tongue resistance training. Some participants may have engaged in general exercise routines independently, particularly in the geriatric clinic setting, which may have contributed to improvements in handgrip strength. However, the fact that some participants did not improve despite such exposure suggests a potential additive or synergistic effect of tongue resistance training.

Second, reliance on self-reported adherence introduces potential recall or reporting bias. Future studies should utilize objective monitoring tools, such as wearable devices or digital logs, to validate adherence.

Third, the relatively small sample size and high inter-individual variability may limit the generalizability of the findings.

### Conclusion

This study suggests that tongue resistance training may improve both handgrip strength and tongue pressure in individuals at risk for sarcopenia. These findings support orofacial training as a complementary strategy in sarcopenia management. Ongoing research should refine these methods and investigate how they might further improve physical and functional health in older adults.

### Recommendations for Future Research

To draw more robust conclusions, future studies should recalculate sample sizes based on observed effect sizes and adopt randomized controlled designs that account for baseline physical activity levels. Moreover, research should explore the neuromuscular mechanisms underlying the improvements, assess the long-term sustainability of the observed benefits, and evaluate the broader clinical impact of the intervention.

Given its low cost, safety, and ease of implementation, tongue resistance training should be further investigated as part of community-based sarcopenia prevention strategies—particularly for older adults at risk of muscle decline and dysphagia.

## References

1. World Health Organization. World report on ageing and health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/186463>
2. Papadopoulou SK. Sarcopenia: A Contemporary Health Problem among Older Adult Populations. *Nutrients*. 2020 May 1;12(5):1293.
3. Chen LK, Woo J, Assantachai P, Auyeung TW, Chou MY, Iijima K, et al. Asian Working Group for Sarcopenia: 2019 Consensus Update on Sarcopenia Diagnosis and Treatment. *J Am Med Dir Assoc*. 2020 Mar;21(3):300-307.e2.
4. Tanaka T, Takahashi K, Hirano H, Kikutani T, Watanabe Y, Ohara Y, et al. Oral Frailty as a Risk Factor for Physical Frailty and Mortality in Community-Dwelling Elderly. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2018 Nov 10;73(12):1661–7.
5. Kugimiya Y, Iwasaki M, Ohara Y, Motokawa K, Eda Hiro A, Shirobe M, et al. Relationship between Oral Hypofunction and Sarcopenia in Community-Dwelling Older Adults: The Otassha Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Jun 21;18(12):6666.
6. Shiraishi A, Wakabayashi H, Yoshimura Y. Oral Management in Rehabilitation Medicine: Oral Frailty, Oral Sarcopenia, and Hospital-Associated Oral Problems. *The Journal of nutrition, health and aging*. 2020 Dec 1;24(10):1094–9.
7. Hatta K, Ikebe K. Association between oral health and sarcopenia: A literature review. *J Prosthodont Res*. 2021 Jun 30;65(2):131–6.
8. Clark HM, Solomon NP. Age and sex differences in orofacial strength. *Dysphagia*. 2012 Mar;27(1):2–9.
9. Nagano A, Maeda K, Koike M, Murotani K, Ueshima J, Shimizu A, et al. Effects of Physical Rehabilitation and Nutritional Intake Management on Improvement in Tongue Strength in Sarcopenic Patients. *Nutrients*. 2020 Oct 12;12(10):3104.
10. Kakehi S, Wakabayashi H, Inuma H, Inose T, Shioya M, Aoyama Y, et al. Rehabilitation Nutrition and Exercise Therapy for Sarcopenia. *World J Mens Health*. 2022 Jan;40(1):1–10.
11. Poor Oral Health as a Determinant of Malnutrition and Sarcopenia - PubMed [Internet]. [cited 2025 Apr 2]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31795351/>
12. Moynihan PJ, Teo JL. Exploring Oral Function, Protein Intake, and Risk of Sarcopenia: A Scoping Review. *JDR Clin Trans Res*. 2024 Jan;9(1):4–20.
13. Yano J, Nagami S, Yokoyama T, Nakamura K, Kobayashi M, Odan Y, et al. Effects of Tongue-Strengthening Self-Exercises in Healthy Older Adults: A Non-Randomized Controlled Trial. *Dysphagia*. 2021 Oct;36(5):925–35.

14. Shimizu A, Fujishima I, Maeda K, Wakabayashi H, Nishioka S, Ohno T, et al. Nutritional Management Enhances the Recovery of Swallowing Ability in Older Patients with Sarcopenic Dysphagia. *Nutrients*. 2021 Feb 11;13(2):596.

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงอันตรายจากการเกิดโรคโควิด 19 กับ  
ความตั้งใจฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้นของกลุ่มเสี่ยง 608

The Relationship between Risk Perceptions of COVID-19 and  
Intention to Receive Boosters Doses COVID-19 Vaccination in the Risk Group (608)

เกตุณรินทร์ บุญคล้าย<sup>1</sup>, วรรณชาติ ตาเลิศ<sup>2\*</sup>, กนกวรรณ เวทศิลป์<sup>1</sup>, อนุสร การะเกษ<sup>3</sup>  
กรรณิกา เพ็ชรรักษ์<sup>2</sup>, ปนัดดา โพธิ์พุ่ม<sup>1</sup>, ขนขม พิษพันธ์ไพศาล<sup>4</sup>, สุกิจ ทองพิลา<sup>1</sup>, ปิยะพร พรหมแก้ว<sup>6</sup>  
Ketnarin Bunklai<sup>1</sup>, Wannachart Talerd<sup>2</sup>, Kanokwan Wetsasin<sup>1</sup>, Anusorn karaket<sup>3</sup>  
Kannika Phetcharak<sup>2</sup>, Panadda Phophum<sup>1</sup>, Chuanchom Peaschpunpisal<sup>4</sup>  
Sukit Thongpila<sup>1</sup>, Piyaporn Promkaew<sup>5</sup>

<sup>1</sup>อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก  
กรุงเทพมหานคร 10230

<sup>2\*</sup>อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จังหวัดสุรินทร์ 32000

<sup>3</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลราชสีสุราช จังหวัดศรีสะเกษ 33160

<sup>4</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก  
จังหวัดจันทบุรี 22000

<sup>5</sup>อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก  
จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000

<sup>1</sup>Instructor nurse, Boromarajonani college of nursing Nopparat Vajira, Faculty of Nursing,  
Phra Boromrajchanok Institute, Bangkok 10230

<sup>2\*</sup>Instructor nurse, Boromarajonani college of nursing Surin, faculty of nursing, Phra Boromrajchanok  
Institute, Surin province 32000

<sup>3</sup>Registered nurse, Rasisalai hospital, Sisaket province 33160

<sup>4</sup>Assistant Professor, Phrapokklao Nursing College, faculty of nursing, Phra Boromrajchanok Institute,  
Chanthaburi province 22000

<sup>5</sup>Instructor nurse, Boromarajonani college of nursing Nakhon Si Thammarat, faculty of nursing, Phra  
Boromrajchanok Institute, Nakhon Si Thammarat province 80000

Corresponding author: wannachart\_ta@windowslive.com

Received: 5 June 2025 Revised: 29 July 2025 Accepted: 3 August 2025

#### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงอันตรายจากการเกิดโรคโควิด  
19 และความตั้งใจฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้นของกลุ่มเสี่ยง 608

**รูปแบบและวิธีการ :** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยง 608  
คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว 7 กลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง  
โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคอ้วน โรคเบาหวาน และหญิง  
ตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ขึ้นไป เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบสอบถาม  
ข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยงอันตรายจากการเกิดโรคโควิด 19 ของกลุ่มเสี่ยง 608 และ  
3) แบบวัดความตั้งใจการฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้นของกลุ่มเสี่ยง 608 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก  
ตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 574 ราย แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชสีสุราช เก็บข้อมูลระหว่างเดือน

วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ 22 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม – สิงหาคม) พ.ศ. 2568

MAHASARAKHAM HOSPITAL JOURNAL Vol. 22 No. 2 (May – August) 2025

ตุลาคม 2566 – มีนาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติสหสัมพันธ์ กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

**ผลการศึกษา :** กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความเสี่ยงอันตรายจากการเกิดโรคโควิด 19 อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}=14.62$ ,  $SD=3.54$ ) ความตั้งใจฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้นของกลุ่มเสี่ยง 608 อยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{x}=4.62$ ,  $SD=3.31$ ) โดยการรับรู้ความเสี่ยงอันตรายจากการเกิดโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้นของกลุ่มเสี่ยง 608 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.54$ ,  $p\text{-value}<0.01$ )

**สรุปผลการศึกษา :** การรับรู้ความเสี่ยงอันตรายจากการเกิดโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้นของกลุ่มเสี่ยง 608 สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลแนวทางส่งเสริมการรับรู้ความเสี่ยงอันตรายจากการเกิดโรคโควิด 19 และความตั้งใจฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้นของกลุ่มเสี่ยง 608 ที่มีปัญหาทางสุขภาพร่างกายเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างรุนแรง ควรมีการรณรงค์กระตุ้น สร้างความตระหนักให้กลุ่มเสี่ยง 608 นี้ได้รับวัคซีนที่ครอบคลุมสามารถเข้าถึงวัคซีนได้ง่าย ซึ่งจะส่งผลให้ลดความรุนแรงของการดำเนินโรคและการเสียชีวิตจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 19

**คำสำคัญ :** การรับรู้ความเสี่ยง, ความตั้งใจฉีดวัคซีน, กลุ่มเสี่ยง 608, โควิด 19

## ABSTRACT

**Objective :** This study aims to investigate the relationship between the perception of COVID-19 infection risk and the intention to receive a COVID-19 booster vaccination among individuals classified within the 608 high-risk group

**Methods :** A descriptive correlational research design was employed for this study. Participants included individuals categorized as belonging to the 608 high-risk group, which encompasses the following demographics: Elderly individuals aged 60 years or older Patients diagnosed with any of the seven chronic diseases (chronic respiratory disease, cardiovascular disease, chronic kidney disease, cerebrovascular disease, obesity, cancer, and diabetes) Pregnant women with a gestational age of 12 weeks or more The research instruments utilized comprised the following : 1) A general information questionnaire 2) A risk perception questionnaire regarding COVID-19 infection specific to the 608 risk group 3) A scale designed to measure the intention to receive the COVID-19 booster vaccination among the 608 risk group. A total of 574 participants were selected through convenience sampling based on predefined inclusion criteria from the outpatient department of Rasi Salai Hospital. Data collection occurred between October 2023 and March 2024. Data analysis was conducted utilizing descriptive statistics and correlation analysis, with the threshold for statistical significance established at 0.01.

**Result :** The study revealed that the overall perception of COVID-19 infection risk among participants was categorized as moderate ( $\bar{x}=14.62$ ,  $SD=3.54$ ). Conversely, the intention to receive a COVID-19 booster vaccination among the 608 risk group was identified as low ( $\bar{x}=4.62$ ,  $SD=3.31$ ). A statistically significant positive correlation was observed between risk perception and the intention to receive the COVID-19 booster vaccination within this group ( $r =0.54$ ,  $p\text{-value}<0.01$ )

**Conclusion :** The findings of this study correlation was observed between risk perception and the intention to receive the COVID-19 booster vaccination within this group may serve as a foundational basis for the development of strategies aimed at enhancing risk perception and promoting the intention to receive COVID-19 booster vaccinations among the 608 at risk group, who are particularly vulnerable and at elevated risk for severe complications. Public health campaigns should be strategically implemented to raise awareness and encourage this demographic to obtain comprehensive and accessible vaccination coverage. Such initiatives may effectively contribute to reducing the severity and mortality rates associated with COVID-19 infection.

**Keywords :** Perceived risk, Vaccination intention, High-risk 608 group, COVID 19

## บทนำ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (COVID-19) ซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ทำให้มีผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจำนวนมาก ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ประกาศเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern; PHEIC) ในวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2563<sup>(1)</sup> ส่วนประเทศไทยได้ประกาศให้โรคโควิด 19 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558<sup>(2)</sup> ส่งผลให้มีการผลิตวัคซีนเพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของโรคโควิด 19

ความชุกของความต้องการรับวัคซีนโควิด 19 กรณีเข็มที่ 1 และกรณีกระตุ้นซ้ำ (เข็ม 2 ขึ้นไป) พบว่าร้อยละ 86.38 มีความต้องการรับการฉีดวัคซีนป้องกัน โควิด 19 โดยเป็นกลุ่มที่ยังไม่เคยได้ฉีดเข็มที่ 1 ร้อยละ 9.16 ยังไม่เคยได้ฉีดเข็มที่ 2 ร้อยละ 10.76 และ ยังไม่เคยได้ฉีดเข็มที่ 3 ร้อยละ 53.19 ชนิดของวัคซีนโควิด 19 เข็มที่ 2 ที่เคยได้รับและปัจจัยที่มีผลต่อความเต็มใจยอมรับวัคซีนโควิด 19 กรณีเข็มที่ 1 และ กรณีกระตุ้นซ้ำ (เข็ม 2 ขึ้นไป)<sup>(3)</sup> กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการออกนโยบายวัคซีนเข็มกระตุ้น เร่งรัดให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงกลุ่ม 608 เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดโรคและความรุนแรงอันตรายถึงชีวิต จำเป็นต้องได้รับการฉีดวัคซีนเป็นลำดับแรก เพื่อลดการเจ็บป่วยหนักหรือเสียชีวิต<sup>(2)</sup> นอกจากนี้ ยังพบว่าอัตราความครอบคลุมประชาชนกลุ่มเสี่ยงกลุ่ม 608 เนื่องจากภาวะสุขภาพเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่าคนที่เป็โรคเบาหวานมีโอกาสสูงกว่าคนทั่วไปถึง 3 เท่าที่จะมีอาการรุนแรงให้เสียชีวิตจากโรคโควิด 19<sup>(4)</sup> และเพิ่มโอกาสในการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง เพิ่มโอกาสที่ผู้ป่วยจะมามีการรุนแรงจากโรคโควิด 19 ถึง 2.30 2.90 และ 3.90 เท่าตามลำดับ<sup>(5)</sup> นอกจากนี้ โรคระบบทางเดินหายใจ เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง หอบหืด และโรคมะเร็ง มีความเสี่ยงสูงขึ้นต่อการมีอาการแทรกซ้อนรุนแรงหรือการเสียชีวิตจากโรคโควิด 19 ประชาชนกลุ่มเสี่ยงกลุ่ม 608 บางรายพบว่ายังไม่เคยฉีดวัคซีนมาก่อน เนื่องจากโรคดังกล่าวเป็นโรคอุบัติใหม่ จึงทำให้บุคคลเกิดความลังเล สงสัย ไม่มั่นใจเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค โอกาส และแนวโน้มของการติดเชื้อ การรับรู้ความอันตรายรุนแรงของโรค ปัจจัยสำคัญอีกหนึ่งประเด็นที่ทำให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงกลุ่ม 608 เกิดความลังเลใจในการฉีดวัคซีน ส่งผลให้บุคคลเกิดความกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของวัคซีนโควิด 19 การได้รับผลข้างเคียงภายหลังจากการฉีดวัคซีนโควิด 19 ประสิทธิภาพของการป้องกันการติดเชื้อ ระยะเวลาที่ร่างกายเกิดภูมิคุ้มกันภายหลัง ฉีดวัคซีน<sup>(6-10)</sup> จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าร้อยละ 65 ถึงร้อยละ 80 สมัครงที่จะฉีดวัคซีน โดยร้อยละ 14 ไม่รับการฉีดวัคซีนโควิด 19 ในขณะที่ร้อยละ 22 ยังลังเลในการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 รวมทั้งไม่รับวัคซีนเข็มกระตุ้น เป็นระยะเวลาเกิน 1 ปีขึ้นไป<sup>(8, 10)</sup>

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าประชาชนทั่วไปไม่ได้รับวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้นเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจ ความไม่มั่นใจในประสิทธิภาพของวัคซีน และยังพบอัตราการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 อย่างต่อเนื่อง แม้ได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้นแล้วก็ตามกรณีกระตุ้นซ้ำ (เข็ม 2 ขึ้นไป) ในรอบ 6 เดือน - 1ปี<sup>(3)</sup> ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงอันตรายจากการเกิดโรคโควิด 19 กับความตั้งใจฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้นของกลุ่มเสี่ยง 608 เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงกลุ่ม 608 และการสร้างความเข้าใจให้กับกลุ่มเสี่ยงเกี่ยวกับความจำเป็นในการรับวัคซีน เพื่อเพิ่มอัตราการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นเพื่อลดการเจ็บป่วยหนักลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือเสียชีวิต

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงอันตรายจากการเกิดโรคโควิด 19 กับความตั้งใจฉีดวัคซีนโควิด 19 เพิ่มกระดุนของกลุ่มเสี่ยง 608

## วิธีการดำเนินการวิจัย

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์ (Correlational research) มีการดำเนินการวิจัยดังนี้

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ กลุ่ม 608 ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยรุนแรงหรือเสียชีวิตจากโรคโควิด 19 ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว 7 กลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคอ้วน โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ขึ้นไป ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การประมาณค่าสัดส่วนเมื่อไม่ทราบขนาดประชากร ด้วย โปรแกรม G\*power version 3.1.9.2 โดยการแทนค่าผลการศึกษาที่ผ่านมา<sup>(11)</sup> ค่า R เท่ากับ 0.18 กำหนดขอบเขตความคลาดเคลื่อน 0.01 ค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างไม่ต่ำกว่า 479 คน เพื่อป้องกันการผิดพลาดจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 574 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

### เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. กลุ่ม 608 ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยรุนแรงหรือเสียชีวิตจากโรคโควิด 19 ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว 7 กลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคอ้วน โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ขึ้นไป

2. เคยได้รับการฉีดวัคซีนโควิด 19 มาแล้วอย่างน้อย 1 เข็ม

3. สามารถสื่อสารและอ่านเขียนเข้าใจภาษาไทยได้ดี

4. ยินดีเข้าร่วมการศึกษางานวิจัยจนสิ้นสุดกระบวนการวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ กลุ่ม 608 ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยงอันตรายจากการเกิดโรคโควิด 19 ของกลุ่มเสี่ยง 608 ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ทั้งฉบับมีค่าตั้งแต่ 4 – 32 คะแนน การแปลผลระดับการรับรู้ความเสี่ยงอันตรายจากการเกิดโรคโควิด 19 ของกลุ่มเสี่ยง 608 แบ่งเป็น 3 ระดับตามค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ โดยคำนวณจากค่าเฉลี่ยรายด้านหรือโดยรวม หาค่าด้วยคะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ของรายด้านหรือโดยรวมนั้น หาค่าด้วย 3 อันตรภาคชั้น ให้ความหมายของคะแนน ตามช่วงค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพัทธ์ ดังนี้ 0 – 0.33 หมายถึง ระดับต่ำ 0.34 – 0.67 หมายถึง ระดับปานกลาง และ 0.68 – 1.00 หมายถึง ระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบวัดความตั้งใจฉีดวัคซีนโควิด 19 เพิ่มกระดุนของกลุ่มเสี่ยง 608 ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความรอบรู้ด้านวัคซีนโควิด 19 ของ สมชาย ภาณุมาศวิวัฒน์ และคณะ<sup>(11)</sup> และปรับแก้ไขเพิ่มเติมจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 3 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับทั้งฉบับมีค่าตั้งแต่ 4 – 12 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับตามค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ โดยคำนวณจากค่าเฉลี่ยรายด้านหรือโดยรวม หาค่าด้วยคะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ของรายด้านหรือโดยรวมนั้น หาค่าด้วย 3 อันตรภาคชั้น ให้ความหมายของคะแนน ตามช่วงค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพัทธ์ ดังนี้ 0 – 0.33 หมายถึง ระดับต่ำ 0.34 – 0.67 หมายถึง ระดับปานกลาง และ 0.68 – 1.00 หมายถึง ระดับสูง

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence; IOC) ได้ค่าอยู่ระหว่าง 0.60 – 1.00 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับประชาชนที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient พบว่าแบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยงอันตรายจากการเกิดโรคโควิด 19 ของกลุ่มเสี่ยง 608 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74 แบบสอบถามความตั้งใจฉีดวัคซีนโควิด 19 เพิ่มกระดุน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ผู้วิจัยได้ดำเนินการยื่นหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชสีห์ จังหวัดศรีสะเกษ การเก็บข้อมูลดำเนินการโดยผู้วิจัยเอง โดยได้รับความร่วมมือจากพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอก ในการประชาสัมพันธ์โครงการและแจ้งข้อมูลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยที่สนใจ หากผู้ป่วยยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยทำการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด พร้อมทั้งแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายขั้นตอนการเก็บข้อมูล จากการซักประวัติ การสัมภาษณ์ ประโยชน์จากการเข้าร่วม และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูล ข้อมูลทั้งหมดจะถูกนำมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ และผลลัพธ์จะถูกนำเสนอในภาพรวม โดยไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วม

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2023-155 วันที่ 29 กันยายน 2566 – 28 กันยายน 2567 ผู้วิจัยให้ข้อมูลวัตถุประสงค์ ประโยชน์ ความเสี่ยง และขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบอย่างครบถ้วน พร้อมทั้งระบุถึงวิธีการเก็บรักษาข้อมูล กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะเข้าร่วม ปฏิเสธ หรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่เสียสิทธิใด ๆ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นตามมาในอนาคตต่อไปทั้งในปัจจุบันและในอนาคต ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวม โดยไม่ระบุตัวตนของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างต้องลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลส่วนบุคคลจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ หลังจากการวิเคราะห์ข้อมูลแล้ว ข้อมูลจะถูกจัดเก็บไว้เป็นระยะเวลา 5 ปี ก่อนทำการทำลายทิ้ง

## การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

## ผลการวิจัย

### 1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 574 คน เป็นเพศหญิง 350 คน (ร้อยละ 60.98) อายุ 18 - 86 ปี อายุเฉลี่ย 64.23 ปี (SD 3.17) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 263 คน (ร้อยละ 45.82) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีโรคประจำตัวร้อยละ 30.31 ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n=574)

| ข้อมูลทั่วไป                                            | จำนวน | ร้อยละ |
|---------------------------------------------------------|-------|--------|
| เพศ                                                     |       |        |
| หญิง                                                    | 350   | 60.98  |
| ชาย                                                     | 224   | 39.02  |
| อายุเฉลี่ย 64.23 ปี, SD 3.17 (Min = 18 ปี, Max = 86 ปี) |       |        |
| ระดับการศึกษา                                           |       |        |
| ประถมศึกษา                                              | 263   | 45.82  |
| มัธยมศึกษา                                              | 198   | 34.49  |
| ปริญญาตรี                                               | 87    | 15.16  |
| สูงกว่าปริญญาตรี                                        | 26    | 4.53   |
| กลุ่ม 608                                               |       |        |
| กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีโรคประจำตัว    | 174   | 30.31  |
| โรคหัวใจและหลอดเลือด                                    | 98    | 17.07  |
| โรคเบาหวาน                                              | 78    | 13.59  |
| โรคหทัยใจเรื้อรัง                                       | 48    | 8.36   |
| หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์           | 42    | 7.32   |
| โรคมะเร็ง                                               | 37    | 6.45   |
| โรคไตวายเรื้อรัง/ระยะสุดท้าย                            | 36    | 6.27   |
| โรคหลอดเลือดสมอง                                        | 32    | 5.58   |
| โรคอ้วน                                                 | 29    | 5.05   |

### 2. การรับรู้ความเสี่ยงอันตรายจากการเกิดโรคโควิด 19 ของกลุ่มเสี่ยง 608

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ความเสี่ยงอันตรายจากการเกิดโรคโควิด 19 ของกลุ่มเสี่ยง 608 โดยภาพรวมอยู่ระหว่าง 5 - 30 คะแนน จากคะแนนเต็ม 32 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยสัมพัทธ์การรับรู้ ความเสี่ยงอันตรายจากการเกิดโรคโควิด 19 ของกลุ่มเสี่ยง 608 โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** การรับรู้ความเสี่ยงอันตรายจากการเกิดโรคโควิด 19 ของกลุ่มเสี่ยง 608 (n =574)

| ตัวแปร                                                                    | คะแนน<br>ที่ได้จริง | ค่าเฉลี่ย | ค่าเบี่ยงเบน<br>มาตรฐาน | *คะแนน<br>เฉลี่ย<br>สัมพัทธ์ | ระดับ   |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------|-------------------------|------------------------------|---------|
| การรับรู้ความเสี่ยงอันตราย<br>จากการเกิดโรคโควิด 19<br>ของกลุ่มเสี่ยง 608 | 5 - 30              | 14.62     | 3.54                    | 0.46                         | ปานกลาง |

\*ค่าเฉลี่ย / คะแนนเต็ม

3. ความตั้งใจฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้นของกลุ่มเสี่ยง 608

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความตั้งใจฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้นของกลุ่มเสี่ยง 608 โดยภาพรวมอยู่ระหว่าง 3 - 12 คะแนน จากคะแนนเต็ม 12 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยสัมพัทธ์ ความตั้งใจฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้นของกลุ่มเสี่ยง 608 โดยภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ตารางแสดงความตั้งใจฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้นของกลุ่มเสี่ยง 608 โดยรวม (n =574)

| ตัวแปร                                                          | คะแนน<br>ที่ได้จริง | ค่าเฉลี่ย | ค่าเบี่ยงเบน<br>มาตรฐาน | *คะแนน<br>เฉลี่ย<br>สัมพัทธ์ | ระดับ |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------|-----------|-------------------------|------------------------------|-------|
| ความตั้งใจฉีดวัคซีนโควิด 19<br>เข็มกระตุ้นของกลุ่มเสี่ยง<br>608 | 3 - 12              | 4.62      | 3.31                    | 0.32                         | ต่ำ   |

\*ค่าเฉลี่ย / คะแนนเต็ม

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงอันตรายจากการเกิดโรคโควิด 19 และความตั้งใจฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้นของกลุ่มเสี่ยง 608

จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ความเสี่ยงอันตรายจากการเกิดโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้นของกลุ่มเสี่ยง 608 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.54$ ,  $p\text{-value}<0.01$ ) ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงอันตรายจากการเกิดโรคโควิด 19 และความตั้งใจฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้นของกลุ่มเสี่ยง 608 (n = 574)

| ตัวแปร                                              | ความตั้งใจฉีดวัคซีนโควิด 19<br>เข็มกระตุ้น | p-value |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------|
| การรับรู้ความเสี่ยงอันตรายจาก<br>การเกิดโรคโควิด 19 | 0.54*                                      | < 0.01  |

\*p-value 0.01

## อภิปรายผลการศึกษา

การรับรู้ความเสี่ยงอันตรายจากการเกิดโรคโควิด 19 ของกลุ่มเสี่ยง 608 ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}=14.62$ ,  $SD=3.54$ ) สอดคล้องกับหลายผลการศึกษาในต่างประเทศและประเทศไทย ซึ่งปัจจัยหลายประการที่ส่งผลต่อการรับรู้ความเสี่ยงในกลุ่มประชากรนี้ ในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาที่มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ส่งผลให้ไม่สามารถประเมินความเสี่ยงอันตรายจากการเกิดโรคโควิด 19 ได้อย่างถูกต้อง ร่วมกับการได้รับข้อมูลจากแหล่งที่ไม่น่าเชื่อถือ<sup>(11-12)</sup> ได้รับข้อมูลข่าวสารที่ไม่ชัดเจน ทำให้การรับรู้อันตรายจากการเกิดโรคโควิด 19 ของกลุ่มเสี่ยง 608 เป็นการเจ็บป่วยที่ไม่ร้ายแรงที่จะก่อให้เกิดผลกระทบในชีวิตประจำวัน รวมทั้งข้อมูลที่หลากหลายเกี่ยวกับโรคโควิด 19 และวัคซีน เช่น การกล่าวว่าวัคซีนมีผลข้างเคียงที่รุนแรงหรือไม่ได้ผล อาจลดความเชื่อมั่นของประชาชนต่อระบบสาธารณสุขและเพิ่มความลังเลใจในการป้องกันตนเอง<sup>(6, 8, 13)</sup> ปรากฏการณ์นี้เป็นปัญหาใหญ่ในยุคปัจจุบันที่ข้อมูลสามารถแพร่กระจายได้อย่างรวดเร็วผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ความเชื่อว่าตนเองมีภูมิคุ้มกันที่แข็งแรงและไม่จำเป็นต้องกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด 19 ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับความเสี่ยงของโรคในกลุ่มอายุหรือสุขภาพที่แตกต่างกัน

ความตั้งใจฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้นของกลุ่มเสี่ยง 608 ภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{x}=4.62$ ,  $SD=3.31$ ) สอดคล้องงานวิจัยพบว่าการดูแลสุขภาพของตนเอง การเข้าถึงแหล่งข้อมูล การวิเคราะห์ การเรียนรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเข้ารับวัคซีนป้องกันโควิด 19 ประโยชน์และความเสี่ยงของการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ได้กระจายเป็นวงกว้าง และความไม่มั่นใจในประสิทธิภาพของวัคซีน ความกลัวผลข้างเคียงเป็นปัจจัยสำคัญที่ลดความตั้งใจในการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น โดยเฉพาะในกลุ่มที่เคยมีประสบการณ์ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับวัคซีนโควิด 19 ทำให้ความเชื่อมั่นในระบบสาธารณสุขที่ว่าการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นรวมถึงในกลุ่มเสี่ยง 608 ไม่ใช่สิ่งที่จำเป็น<sup>(7-8, 13)</sup> ขณะเดียวกันพบว่าความต้องการต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้นของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ไม่ว่าจะเป็นวัคซีนชนิดใดก็ตามรวมถึงวัคซีนโควิด 19 ทั้งนี้เนื่องจากข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับชนิดของวัคซีน และคุณภาพวัคซีนที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ<sup>(14)</sup> และการเข้าถึงวัคซีนในกลุ่มเสี่ยง 608 ในการเดินทางไปยังสถานที่ฉีดวัคซีนหรือขาดทรัพยากรในการจัดการเวลาอาจส่งผลต่อการตัดสินใจ นอกจากนี้ การเข้าถึงวัคซีนยังอาจได้รับผลกระทบจากปัจจัยทางเศรษฐกิจเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย เวลาในการเดินทาง จำนวนสถานที่ฉีดวัคซีนที่ไม่เพียงพอในพื้นที่ห่างไกล ส่งผลให้ความตั้งใจฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้นของกลุ่มเสี่ยง 608 ภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงอันตรายจากการเกิดโรคโควิด 19 กับความตั้งใจฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้นของกลุ่มเสี่ยง 608 ผลการวิจัยพบว่าการรับรู้ความเสี่ยงอันตรายจากการเกิดโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้นของกลุ่มเสี่ยง 608 ( $r=0.54$ ,  $p<0.01$ ) สอดคล้องกับงานวิจัยของต่างประเทศในการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของประชาชน พบว่าการรับรู้ถึงความเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านสุขภาพ ซึ่งการรับรู้ถึงความเสี่ยงจากโรคมักจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม<sup>(12)</sup> ในส่วนของงานวิจัยในประเทศไทย พบว่าการรับรู้ถึงความเสี่ยงจากโควิด 19 มีผลต่อความตั้งใจฉีดวัคซีนโควิด 19 ของกลุ่มเสี่ยงที่เป็นผู้สูงอายุหรือมีโรคประจำตัว ซึ่งสะท้อนให้เห็นความสำคัญของการรับรู้ในระดับที่สูงของกลุ่มเสี่ยง<sup>(3, 15)</sup> รวมถึงประโยชน์ของการฉีดวัคซีนโควิด 19 โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง 608 ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงของการแพร่ระบาดและลดความรุนแรงของโรคได้ แต่อาจยังมีปัจจัยหลายประการที่ส่งผลต่อการตัดสินใจรับวัคซีนในกลุ่มเสี่ยง 608 นี้ที่ส่งผลต่อความความตั้งใจฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้นของกลุ่มเสี่ยง 608 อยู่ในระดับต่ำ ถึงแม้การรับรู้ความเสี่ยงอันตรายจากการเกิดโรค

โควิด 19 กับความตั้งใจฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้นของกลุ่มเสี่ยง 608 จะมีความสัมพันธ์ทางบวก เช่น การจัดการเวลาอาจส่งผลต่อการตัดสินใจในการไปรับการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น ความไม่มั่นใจในประสิทธิภาพของวัคซีนหรือความกลัวผลข้างเคียงอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ลดความตั้งใจในการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น การสื่อสารทางสุขภาพที่ข้อมูลได้จากหลากหลายช่องทาง เป็นต้น

### ข้อจำกัดของการศึกษา

การเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) อาจไม่สามารถแทนประชากรกลุ่มเสี่ยง 608 ได้ทั้งหมด

### สรุปผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความเสี่ยงอันตรายจากการเกิดโรคโควิด 19 อยู่ในระดับปานกลาง ความตั้งใจฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้นของกลุ่มเสี่ยง 608 อยู่ในระดับต่ำ โดยการรับรู้ความเสี่ยงอันตรายจากการเกิดโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้นของกลุ่มเสี่ยง 608 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลแนวทางส่งเสริมการรับรู้ความเสี่ยงอันตรายจากการเกิดโรคโควิด 19 และความตั้งใจฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้นของกลุ่มเสี่ยง 608 ที่มีปัญหาทางสุขภาพร่างกายเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างรุนแรง ควรมีการรณรงค์กระตุ้นสร้างความตระหนักให้กลุ่มเสี่ยง 608 ได้รับวัคซีนที่ครอบคลุม สามารถเข้าถึงวัคซีนได้ง่าย ซึ่งจะส่งผลให้ลดความรุนแรงของการดำเนินโรค และการเสียชีวิตจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 19

### ข้อเสนอแนะ

1. ด้านนโยบายสาธารณสุข กลุ่มเสี่ยง 608 ตามที่พบในการศึกษานี้ หน่วยงานด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนควรมีแนวปฏิบัติในการดูแลกลุ่มเสี่ยง 608 ในการเข้าถึงการรับวัคซีนเข็มกระตุ้นโรคโควิด 19 ควรมีระบบการประเมินความเสี่ยงที่เป็นมาตรฐาน การเฝ้าระวัง การติดตาม และการให้การรักษาที่เหมาะสม อย่างรวดเร็ว พัฒนากลยุทธ์การสื่อสารที่เน้นความสำคัญของวัคซีนเข็มกระตุ้น โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและเน้นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประโยชน์และความปลอดภัยของวัคซีน การใช้สื่อสังคมหลากหลายช่องทางอย่างมีประสิทธิภาพในการเผยแพร่ข้อมูลที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการตายในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของการติดเชื้อโควิด 19 ในกลุ่มเสี่ยง 608
2. ด้านปฏิบัติการพยาบาล เจ้าหน้าที่บุคลากรด้านสาธารณสุขควรส่งเสริมการใช้มาตรการการเน้นกลุ่มเสี่ยง 608 ปรับพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงจากการระบาดของโรค โควิด 19 ถึงแม้จะเป็นโรคประจำถิ่น เช่น การสวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่างทางสังคม ล้างมือบ่อย ๆ ลดการเดินทางไปในพื้นที่เสี่ยงหรือแออัด ส่งเสริม การฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 เข็มกระตุ้น

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาในปัจจัยสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ เช่น ความเชื่อสุขภาพส่วนบุคคล หรืออิทธิพลจากครอบครัว มาวิเคราะห์เพิ่มเติมในการวิเคราะห์ที่อาจส่งผลต่อการตัดสินใจรับวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น
2. ควรมีการศึกษาการพัฒนาการจัดกิจกรรมส่งเสริมความตระหนักรู้ในกลุ่มเสี่ยง 608 เกี่ยวกับความเสี่ยงของโควิด 19 และประโยชน์ของวัคซีนในกลุ่มเปราะบาง เนื่องจากมีความเสี่ยงของโรคที่รุนแรงกว่าคนทั่วไปที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนส่งผลให้เสียชีวิตได้

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 71. Geneva: World Health Organization; 2020.
2. ราชกิจจานุเบกษา. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563. เล่ม 137 ตอนพิเศษ 48 ง 29 กุมภาพันธ์ 2563; 2563.
3. นภชา สิงห์วีระธรรม, เพ็ญภา ศิริหรีง, อรุณช ทองจันดี, วุฒิกุล ธนากาญจน์ภักดี, อัจฉรา ค ามะทิพย์, กิตติพร เนาว์สุวรรณ. ปัจจัยที่มีผลต่อความเต็มใจยอมรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กรณีเข็มที่ 1 และ กรณีกระตุ้นซ้ำ (เข็ม 2 ขึ้นไป) 3) ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2565.
4. ธนสรณ์ ศรีใช้ประวดี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในจังหวัดนนทบุรี. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2566;19(1):47–60.
5. Chaolin H, Yeming W, Xingwang L, Lili R, Jianping Z, Yi H, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet* 2020;359(10223):497–506.
6. Kumari A, Ranjan P, Chopra S, Kaur D, Kaur T, Kalanidhi KB, et al. What Indians think of the COVID-19 vaccine: a qualitative study comprising focus group discussions and thematic analysis. *Diabetes Metab Syndr* 2021;15(3):679–82.
7. Sherman SM, Smith LE, Sim J, Amlôt R, Cutts M, Dasch H, et al. COVID-19 vaccination intention in the UK: results from the COVID-19 Vaccination Acceptability Study (CoVAccS), a nationally representative cross-sectional survey. *Hum Vaccin Immunother* 2021;17(6):1612–21.
8. Sonawane K, Catherine L. Troisi LC, Deshmukh AA. COVID-19 vaccination in the UK: Addressing vaccine hesitancy. *The Lancet Regional Health – Europe* 2021; 1( 100016)
9. Robinson E, Jones A, Daly M. International estimates of intended uptake and refusal of COVID-19 vaccines: a rapid systematic review and meta-analysis of large nationally representative samples. *Vaccine* 2021;39(15):2024–34.
10. Troiano G, Nardi A. Vaccine hesitancy in the era of COVID-19. *Public Health* 2021; 194:245–65.
11. สมชาย ภาณุมาสวิวัฒน์, อนุสร การเกษ, วรณชาติ ตาเลิศ, เกตุณรินทร์ บุญคล้าย, กรรณิกา เพ็ชรักษ์. ความรอบรู้ด้านวัคซีนโควิด 19 กับความตั้งใจการฉีดวัคซีนโควิด 19 ของประชาชนที่มีอายุ ตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป. วารสารวิชาการ-สาธารณสุข 2565;31(ฉบับเพิ่มเติม 1):S3-14.
12. Rogers, R. W, Prentice-Dunn S, & Witte K. Protection motivation theory. In *Health behavior: Theory, research, and practice* (6th ed.). Jossey-Bass. (2022)
13. Shekhar R, Sheikh A, Upadhyay S, Singh M, et al. COVID-19 vaccine acceptance among health care workers in the United States. *Vaccines (Basel)* 2021;9(2):119.

14. ปรียณูช ชัยกองเกียรติ, ชัมชูดิน เจะเฮาะ, กมลวรรณ สุวรรณ, เปรมฤดี ดำรักษ์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนโควิด-19 เข็มกระตุ้นของผู้สูงอายุ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2566;10(3):e258580.
15. ไมลา อิศระสงคราม. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการป้องกันโรคโควิด 19 กับการเข้ารับบริการฉีดวัคซีน โรค-โควิด 19 ของผู้สูงอายุ. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10. 2564;19(2):56-67.

ประสิทธิภาพของการใช้บริการทางการแพทย์ทางไกลในกลุ่มการดูแลแบบประคับประคอง

โรงพยาบาลวารินชำราบ: การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม

Efficiency of Using Telemedicine Services in the Palliative Care Group at Warin Chamrap Hospital: A Randomized Controlled Trial

กฤติกา วานิชกุล

Krittika Wanichakul

นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190

Medical Doctor (Professional Level), Warinchamrab Hospital, Warin Chamrap District,

Ubon Ratchathani 34190

Correspondence author: ck.krittika@gmail.com

Received: 4 April 2025 Revised: 25 July 2025 Accepted: 30 July 2025

#### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการใช้บริการทางการแพทย์ทางไกลในกลุ่มการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลวารินชำราบ

**รูปแบบและวิธีวิจัย :** เป็นการศึกษาทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial) ในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการการดูแลแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลวารินชำราบ ระหว่างปี พ.ศ. 2566 - 2567 ได้แก่ กลุ่มทดลอง คือ กลุ่มที่ได้รับการบริการทางการแพทย์ทางไกล (telemedicine) และกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มละ 28 ราย

**ผลการศึกษา :** เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 4 พบว่า Palliative Performance Scale (PPS) ค่าเฉลี่ยเริ่มต้นในกลุ่มทดลอง  $56.09 \pm 6.56$  ลดลงเหลือ  $49.56 \pm 14.29$  ( $p=0.022$ ) ในขณะที่กลุ่มควบคุมเริ่มต้นที่  $52.22 \pm 7.51$  ลดลงเหลือ  $50.74 \pm 9.97$  ( $p=0.515$ ) สำหรับคะแนนอาการปวดจาก Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยลดลงจาก  $5.09 \pm 2.63$  เป็น  $1.52 \pm 1.56$  ( $p<0.001$ ) ในขณะที่กลุ่มควบคุมลดลงจาก  $6.52 \pm 2.62$  เป็น  $2.41 \pm 1.99$  ( $p<0.001$ ) อย่างไรก็ตาม อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Admit) การเข้ารับบริการคลินิกผู้ป่วยนอก (OPD) และการใช้บริการฉุกเฉิน (ER) ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ Telepalliative care และกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.585$   $0.704$  และ  $0.440$  ตามลำดับ) ความพึงพอใจของครอบครัวเฉลี่ยอยู่ที่  $40.67 \pm 6.14$  ในกลุ่มทดลอง เทียบกับ  $38.48 \pm 6.76$  ในกลุ่มควบคุม ( $p=0.235$ )

**สรุปผลการศึกษา :** การใช้ Telepalliative care ช่วยลดอาการปวดในกลุ่มผู้ป่วย และช่วยลดภาระการดูแลของครอบครัว โดยกลุ่มทดลองมีแนวโน้มได้รับคะแนนความพึงพอใจสูงกว่า ดังนั้นควรมีการศึกษาต่อไปเพื่อพัฒนาระบบให้เหมาะสมกับบริบททางสังคม และสาธารณสุขของประเทศไทย

**คำสำคัญ :** การดูแลแบบประคับประคอง, ทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม, การใช้บริการทางการแพทย์ทางไกล

## ABSTRACT

**Objective :** This study aimed to evaluate the efficiency of using telemedicine services in the palliative care group at Warin Chamrap Hospital.

**Methods :** A randomized controlled trial was conducted among palliative care patients at Warin Chamrap Hospital between 2023 and 2024. The intervention group received telemedicine services, while the control group received standard care, with 28 participants in each group.

**Results :** Upon comparing data between 1<sup>st</sup> week and 4<sup>th</sup> week, the Palliative Performance Scale (PPS) score in the intervention group declined from  $56.09 \pm 6.56$  to  $49.56 \pm 14.29$  ( $p = 0.022$ ), whereas the control group showed a non-significant reduction from  $52.22 \pm 7.51$  to  $50.74 \pm 9.97$  ( $p = 0.515$ ). In terms of pain severity, assessed using the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), the intervention group demonstrated a significant reduction from  $5.09 \pm 2.63$  to  $1.52 \pm 1.56$  ( $p < 0.001$ ), while the control group showed a similar trend, decreasing from  $6.52 \pm 2.62$  to  $2.41 \pm 1.99$  ( $p < 0.001$ ). However, there were no statistically significant differences in hospital admission rates, outpatient clinic visits (OPD), and emergency department visits (ER) between the telepalliative care and control groups ( $p = 0.585$ ,  $0.704$ , and  $0.440$ , respectively). Family satisfaction scores were slightly higher in the intervention group ( $40.67 \pm 6.14$ ) compared to the control group ( $38.48 \pm 6.76$ ), though the difference was not statistically significant ( $p = 0.235$ ). These findings suggest that telepalliative care significantly reduces pain intensity ( $p < 0.001$ ) and may help alleviate caregiving burdens, as evidenced by a trend toward higher family satisfaction in the intervention group.

**Conclusion :** Telepalliative care helped reduce patients' pain and may lessen the family caregiving burden, with a trend toward higher family satisfaction in the intervention group. Further studies are needed to develop a care model suited to Thailand's healthcare and sociocultural context.

**Keywords :** Palliative care, Randomized controlled trial, Telepalliative care

## บทนำ

การดูแลแบบประคับประคอง หรือ Palliative care (PC) คือ การดูแลที่มีมุ่งเน้นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว โดยลดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การดูแลแบบประคับประคองสามารถให้การรักษาควบคู่กับการรักษาหลัก<sup>(1)</sup> องค์การอนามัยโลก พบว่ามีประชากรที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง มากกว่า 56.80 ล้านคนทั่วโลก โดยมีจำนวนประชากรที่มีความจำเป็นในการดูแลแบบประคับประคองในช่วงท้ายของชีวิตประมาณ 25.70 ล้านคน<sup>(2)</sup> การดูแลแบบประคับประคองช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและมีการศึกษาในต่างประเทศจำนวนมากที่พบว่าช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในทุกระดับของการดูแล การดูแลในโรงพยาบาลพบว่าช่วยลดค่าใช้จ่ายทั้งในผู้ป่วยที่เสียชีวิตหรือผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ช่วยลดค่าใช้จ่ายการรักษาแบบผู้ป่วยในได้ถึงร้อยละ 9-25 จากการลดระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล ช่วยลดการกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล (Readmission rates) ลดการเข้ารับรักษาตัวในหอผู้ป่วยระยะวิกฤติและเพิ่มความพึงพอใจในการรักษาให้ผู้ป่วยและครอบครัว การมี การดูแลแบบประคับประคองในโปรแกรมการดูแลที่บ้านพบว่าช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลและลดการมาห้องฉุกเฉิน การกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมถึงระยะเวลานอนโรงพยาบาล การมีระบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน โดยมี Case manager ที่ได้รับการฝึกอบรมด้านการดูแลประคับประคองโดยเป็นการดูแลต่อยอดโดยทีม Specialist PC ช่วยลดค่าใช้จ่ายและสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ จะเห็นได้ว่าการดูแลแบบประคับประคอง เป็นความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องพัฒนาให้เกิดระบบบริการที่มีคุณภาพที่ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวต้องเข้าถึงได้ ทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน<sup>(3)</sup>

ในกลุ่มผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายมักมีเวลาจำกัด โดยสามารถคาดคะเนได้จากความสามารถการช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวันจากเครื่องมือ Palliative Performance Scale (PPS) จากการศึกษาของ Patcharaporn Prompantakorn (2021) พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ PPS 10 20 30 และ 40-60 จะมีค่าเฉลี่ยการมีชีวิตอยู่ที่ 2 6 13 และ 39 วัน ตามลำดับ<sup>(4)</sup> สถานที่ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองคือบ้านของผู้ป่วยเอง<sup>(5)</sup> ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองมักจะชอบความต่อเนื่องของการดูแลและให้บุคลากรทางการแพทย์ดูแลร่วมกัน<sup>(6)</sup> ซึ่งอาจเป็นเรื่องยากในการดูแลที่บ้าน เนื่องจากขาดการสื่อสารอย่างสม่ำเสมอกับพยาบาลและแพทย์ และระหว่างผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับความเร่งด่วนของปัญหา<sup>(7)</sup>

การดูแลแบบประคับประคองทางไกล (Telepalliative care) เป็นการบูรณาการเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกลเข้ากับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งช่วยให้สามารถให้คำปรึกษาแบบเรียลไทม์ จัดการอาการจากระยะไกล และประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพได้ดียิ่งขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถรับการดูแลที่ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพแม้อยู่ที่บ้าน สำนักงานบริการสุขภาพแห่งชาติของสกอตแลนด์ (NHS Scotland) ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองทางไกล และได้บรรจุ Telehealth และ Telecare ไว้ในแผนปฏิบัติการ 'Living and Dying Well' ซึ่งมีเป้าหมายในการปรับปรุงการเข้าถึงบริการดูแลแบบประคับประคอง และสร้างความต่อเนื่องในการดูแล<sup>(8)</sup>

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิภาพของการใช้บริการทางการแพทย์ผ่านระบบอินเทอร์เน็ต (Telemedicine) ในกลุ่มการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งอาจเป็นแนวทางตอบสนองความต้องการที่เพิ่มขึ้นของบริการการดูแลแบบประคับประคองในภูมิภาคทางภูมิศาสตร์ที่มีทรัพยากรจำกัด ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องการใช้เวลาช่วงสุดท้ายร่วมกันอย่างมีคุณภาพ

เพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยให้ดีที่สุดตามสภาวะร่างกายในขณะนั้นเพิ่มความมั่นใจให้ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ลดการกลับมารักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล และเพิ่มความพึงพอใจของครอบครัวในการดูแลแบบประคับประคอง วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการใช้บริการทางการแพทย์ทางไกล ในกลุ่มการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลวารินชำราบ

### รูปแบบการศึกษาและวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็น การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial; RCT) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการดูแลแบบประคับประคองทางไกล (Telepalliative care) เปรียบเทียบกับ การดูแลตามมาตรฐาน (Standard care)

ประชากรที่เข้ารับการศึกษาคือ ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่มาใช้บริการการดูแลแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลวารินชำราบ ระหว่างปี 2566 - 2567

### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial) ที่มีผลลัพธ์หลักเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ (Continuous outcome) โดยอ้างอิงค่าทางสถิติ จากงานวิจัยก่อนหน้า เรื่อง “ผลของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์” โดยเลือกใช้อาการปวด จากแบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ซึ่งเป็นอาการที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกชัดเจน มีค่าความต่างของ median ก่อนและหลังการ แทรกแซง เท่ากับ 1.00 (จาก 3.00 เป็น 2.00) และมี Interquartile range 2.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ถูกประมาณจากสูตร  $SD \approx IQR \div 1.35$  ได้เท่ากับ 1.85 เมื่อนำค่าดังกล่าวมาแทนในสูตรการคำนวณขนาด ตัวอย่างสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ 2 กลุ่มอิสระ โดยใช้  $\alpha=0.05$  และ  $power=0.95$  พบว่าต้องการ ขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 28 คนต่อกลุ่ม หรือ รวม 56 คน ซึ่งสอดคล้องกับขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นผู้ป่วย PC มี PPS 40-60 มีความพร้อมใช้งานของ อุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น สมาร์ทโฟน แท็บเล็ต คอมพิวเตอร์พร้อมเว็บแคม ความพร้อมของอีเมล และการเชื่อมต่อ อินเทอร์เน็ตที่เสถียร ต้องการความช่วยเหลือ/การสนับสนุนการเข้าร่วมผ่านวิดีโอคอล สามารถรับคำปรึกษา อย่างน้อยทุก ๆ 1 สัปดาห์ภายใน 4 สัปดาห์

เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ มีภาวะสมองเสื่อมหรือสับสน มีอาการรุนแรงอยู่ในภาวะวิกฤต

### การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

การประเมินก่อนเริ่มการศึกษา

1) ก่อนการสุ่มกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษาทุกคนจะได้รับการเก็บข้อมูลพื้นฐาน ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลทาง คลินิก ลักษณะทางประชากร และสถานะสุขภาพของผู้ป่วย โดยใช้เกณฑ์ต่อไปนี้:

- Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) Performance Status (ประเมิน สมรรถภาพร่างกายของผู้ป่วย)
- PPS (วัดระดับความสามารถของผู้ป่วยระยะท้าย)
- ESAS (แบบประเมินอาการ เช่น อาการปวด เหนื่อยล้า คลื่นไส้ ซึมเศร้า เป็นต้น)
- ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ

การสุ่มกลุ่มและการแบ่งกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยจำนวน 56 ราย จะถูกสุ่มแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 28 ราย โดยผู้ป่วยได้รับการสุ่มแบบ Simple random sampling โดยใช้คอมพิวเตอร์สร้างรหัสสุ่ม และจัดกลุ่มด้วยวิธี Block randomization ขนาดบล็อก 4 (Block size=4) เพื่อให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีจำนวนผู้ป่วยใกล้เคียงกันตลอดระยะเวลาการเก็บข้อมูล โดยจัดสัดส่วนแบบ 1:1 ได้แก่

1. กลุ่มทดลอง (Telepalliative care)

- ผู้ป่วยจะได้รับ บริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ทุกสัปดาห์เป็นเวลา 4 สัปดาห์ (Week 1-4)

- มีการประเมินอาการทางร่างกายและจิตใจ รวมถึง สถานะและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ป่วย
- มีการติดตามอาการของผู้ป่วยผ่านวิดีโอคอลหรือโทรศัพท์ เพื่อปรับแผนการรักษาตามอาการ
- หากจำเป็น ทีมแพทย์จะกำหนดการเยี่ยมบ้านเพิ่มเติม

2. กลุ่มควบคุม (Standard care)

- ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล โดยไม่มีการติดตามผ่านระบบทางไกล
- การรักษาเป็นไปตามแนวทางมาตรฐาน ซึ่งอาจรวมถึงการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลตามอาการของผู้ป่วย

การติดตามวัดผลลัพธ์

จะวัดผลในสัปดาห์ที่ 1 และ สัปดาห์ที่ 4 ได้แก่ การประเมิน PPS ESAS การกลับมารักษาซ้ำ การกลับเข้ารับตัวในโรงพยาบาล (Readmission rates) และประเมินความพึงพอใจของครอบครัวเฉพาะในสัปดาห์ที่ 4

### จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลวารินชำราบ ตามเอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB2566-045 ลงวันที่ 8 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 และได้ลงทะเบียนการทดลองในฐานข้อมูล Thai Clinical Trials Registry (TCTR) เลขทะเบียน TCTR20230910001 ซึ่งได้รับการอนุมัติเมื่อวันที่ 10 กันยายน พ.ศ. 2567

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ Chi-square test หรือ Fisher's exact test สำหรับตัวแปร Categorical data และใช้ Independent t-test หรือ Mann-Whitney U test สำหรับตัวแปร Continuous data ที่มีการกระจายตัวปกติและไม่เป็นปกติ ตามลำดับ

การเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ใช้ McNemar's test หรือ Exact method สำหรับตัวแปร Categorical data และใช้ Paired t-test หรือ Wilcoxon matched-pairs signed-rank test สำหรับตัวแปร Continuous data

นอกจากนี้ ได้ทำการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of Covariance) โดยใช้ ANCOVA สำหรับผลลัพธ์ที่เป็นค่าต่อเนื่อง เช่น PPS และ ESAS เพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรกวน (Confounding factors)

### ผลการศึกษา

จากข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการการดูแลแบบประคับประคอง จำนวนทั้งหมด 56 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 28 ราย และกลุ่มควบคุม 28 ราย เมื่อทำการติดตามไปถึงสัปดาห์ที่ 4 พบว่ามีผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการศึกษ 6 ราย จากการศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าตัว

แปรที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การแพร่กระจายของมะเร็งไปที่ตับ (Liver metastasis) ซึ่งในกลุ่มทดลองมีจำนวนมากกว่า คือ 12 ราย (ร้อยละ 42.86) การตัดสินใจเรื่องแผนการดูแลล่วงหน้าส่วนใหญ่ต้องการรักษาทุกอย่างเท่าที่เป็นประโยชน์ และเสียชีวิตตามธรรมชาติร้อยละ 41.07 สถานที่ที่ต้องการใช้เวลาช่วงสุดท้ายของชีวิตส่วนใหญ่ร้อยละ 57.14 ต้องการอยู่ที่บ้าน ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มารับบริการการดูแลแบบประคับประคอง (n=56)

| ข้อมูลทั่วไป                | ผู้ป่วยที่มารับบริการการดูแลแบบประคับประคอง<br>จำนวน(ร้อยละ)/ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน/ค่ามัธยฐาน (IQR) |                       |                  | p-value |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------|---------|
|                             | กลุ่มทดลอง<br>(telemedicine)<br>(n=28)                                                                       | กลุ่มควบคุม<br>(n=28) | Total<br>(n=56)  |         |
| เพศ                         |                                                                                                              |                       |                  | 0.415   |
| - ชาย                       | 15 (53.57)                                                                                                   | 18 (64.29)            | 33 (58.93)       |         |
| - หญิง                      | 13 (46.43)                                                                                                   | 10 (35.71)            | 23 (41.07)       |         |
| อายุ (ปี)                   | 70.53±7.93                                                                                                   | 67.21±13.53           | 68.81±11.21      | 0.280   |
| BMI (kg/m <sup>2</sup> )    | 19.56±2.34                                                                                                   | 19.58±3.27            | 19.57±2.82       | 0.985   |
| - ต่ำกว่าเกณฑ์ (< 8 (28.57) |                                                                                                              | 12 (42.86)            | 20 (35.71)       | 0.298   |
| 18.50)                      |                                                                                                              |                       |                  |         |
| - ปกติ (18.50-22.99)        | 19 (67.86)                                                                                                   | 13 (46.43)            | 32 (57.14)       |         |
| - น้ำหนักเกิน (≥ 1 (3.57)   |                                                                                                              | 3 (10.71)             | 4 (7.14)         |         |
| 23.00)                      |                                                                                                              |                       |                  |         |
| สถานภาพสมรส                 |                                                                                                              |                       |                  | 0.434   |
| - สมรส                      | 20 (71.43)                                                                                                   | 20 (71.43)            | 40 (71.43)       |         |
| - หม้าย                     | 6 (21.43)                                                                                                    | 8 (28.57)             | 14 (25.00)       |         |
| - โสด                       | 2 (7.14)                                                                                                     | 0 (0.00)              | 2 (3.57)         |         |
| วุฒิการศึกษา                |                                                                                                              |                       |                  | 0.627   |
| - ประถม                     | 25 (89.29)                                                                                                   | 23 (82.14)            | 48 (85.71)       |         |
| - มัธยมตอนต้น               | 0 (0.00)                                                                                                     | 2 (7.14)              | 2 (3.57)         |         |
| - ปวส. /อนุปริญญา           | 2 (7.14)                                                                                                     | 1 (3.57)              | 3 (5.36)         |         |
| - ปริญญาตรีหรือสูงกว่า      | 1 (3.57)                                                                                                     | 2 (7.14)              | 3 (5.36)         |         |
| รายได้ต่อเดือน (บาท)        | 700 (700, 3,450)                                                                                             | 800 (700, 9,000)      | 750 (700, 8,000) | 0.359   |
| อาชีพ                       |                                                                                                              |                       |                  | 0.809   |
| - เกษตรกร                   | 14 (50.00)                                                                                                   | 13 (46.43)            | 27 (48.21)       |         |
| - ไม่ได้ทำงาน               | 9 (32.14)                                                                                                    | 7 (25.00)             | 16 (28.57)       |         |
| - ค้าขาย                    | 3 (10.71)                                                                                                    | 4 (14.29)             | 7 (12.50)        |         |

| ข้อมูลทั่วไป            | ผู้ป่วยที่มารับบริการการดูแลแบบประคับประคอง<br>จำนวน(ร้อยละ)/ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน/ค่ามัธยฐาน (IQR) |                       |                 | p-value |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------|---------|
|                         | กลุ่มทดลอง<br>(telemedicine)<br>(n=28)                                                                       | กลุ่มควบคุม<br>(n=28) | Total<br>(n=56) |         |
| - รับจ้าง               | 1 (3.57)                                                                                                     | 2 (7.14)              | 3 (5.36)        |         |
| - รับราชการ             | 1 (3.57)                                                                                                     | 2 (7.14)              | 3 (5.36)        |         |
| Malignant               |                                                                                                              |                       |                 | 0.185   |
| - Colorectal cancer     | 9 (32.14)                                                                                                    | 12 (42.86)            | 21 (37.50)      |         |
| - Hepatobiliary cancer  | 8 (28.57)                                                                                                    | 2 (7.14)              | 10 (17.86)      |         |
| - Lung cancer           | 4 (14.29)                                                                                                    | 3 (10.71)             | 7 (12.50)       |         |
| - Urologic cancer       | 2 (7.14)                                                                                                     | 1 (3.57)              | 3 (5.36)        |         |
| - Cervical cancer       | 2 (7.14)                                                                                                     | 1 (3.57)              | 3 (5.36)        |         |
| - Unknown primary tumor | 1 (3.57)                                                                                                     | 1 (3.57)              | 2 (3.57)        |         |
| - Nasopharyngeal cancer | 1 (3.57)                                                                                                     | 4 (14.29)             | 5 (8.93)        |         |
| - Lymphoma              | 1 (3.57)                                                                                                     | 0 (0.00)              | 1 (1.79)        |         |
| - Breast cancer         | 0 (0.00)                                                                                                     | 3 (10.71)             | 3 (5.36)        |         |
| - Brain tumor           | 0 (0.00)                                                                                                     | 1 (3.57)              | 1 (1.79)        |         |
| Lung Metastasis         |                                                                                                              |                       |                 | 0.771   |
| Yes                     | 9 (32.14)                                                                                                    | 8 (28.57)             | 17 (30.36)      |         |
| No                      | 19 (67.86)                                                                                                   | 20 (71.43)            | 39 (69.64)      |         |
| Liver Metastasis        |                                                                                                              |                       |                 | 0.018   |
| Yes                     | 12 (42.86)                                                                                                   | 4 (14.29)             | 16 (28.57)      |         |
| No                      | 16 (57.14)                                                                                                   | 24 (85.71)            | 40 (71.43)      |         |
| ผู้ดูแลในครอบครัว       |                                                                                                              |                       |                 | 0.680   |
| - ภรรยา                 | 7 (25.00)                                                                                                    | 8 (28.57)             | 15 (26.79)      |         |
| -สามี                   | 1 (3.57)                                                                                                     | 2 (7.14)              | 3 (5.36)        |         |
| - บุตร                  | 15 (53.57)                                                                                                   | 16 (57.14)            | 31 (55.36)      |         |
| - อื่น ๆ                | 5 (17.86)                                                                                                    | 2 (7.14)              | 7 (12.50)       |         |
| ผู้ตัดสินใจหลัก         |                                                                                                              |                       |                 | 0.515   |
| - ผู้ป่วยเอง            | 21 (75.00)                                                                                                   | 23 (82.14)            | 44 (78.57)      |         |
| - บุคคลอื่นในครอบครัว   | 7 (25.00)                                                                                                    | 5 (17.86)             | 12 (21.43)      |         |

| ข้อมูลทั่วไป              | ผู้ป่วยที่มารับบริการการดูแลแบบประคับประคอง<br>จำนวน(ร้อยละ)/ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน/ค่ามัธยฐาน (IQR) |                       |                 | p-value |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------|---------|
|                           | กลุ่มทดลอง<br>(telemedicine)<br>(n=28)                                                                       | กลุ่มควบคุม<br>(n=28) | Total<br>(n=56) |         |
| แผนการดูแลล่วงหน้า        |                                                                                                              |                       |                 | 0.859   |
| - ยังไม่เลือกแผน          | 11 (39.29)                                                                                                   | 11 (39.29)            | 22 (39.29)      |         |
| - รักษาทุกอย่างอย่าง      | 1 (3.57)                                                                                                     | 3 (10.71)             | 4 (7.14)        |         |
| เต็มที่ใช้เครื่องพยุงชีพ  |                                                                                                              |                       |                 |         |
| - ต้องการรักษาทุกอย่าง    | 12 (42.86)                                                                                                   | 11 (39.29)            | 23 (41.07)      |         |
| เท่าที่เป็นประโยชน์ และ   |                                                                                                              |                       |                 |         |
| เสียชีวิตตามธรรมชาติ      |                                                                                                              |                       |                 |         |
| - รักษาตามอาการเพื่อ      | 4 (14.29)                                                                                                    | 3 (10.71)             | 7 (12.50)       |         |
| ลดความทุกข์ทรมานโดย       |                                                                                                              |                       |                 |         |
| ไม่ใช่เครื่องพยุงชีพและขอ |                                                                                                              |                       |                 |         |
| เสียชีวิตตามธรรมชาติ      |                                                                                                              |                       |                 |         |
| ถ้าอยู่ในระยะท้ายของชีวิต |                                                                                                              |                       |                 | 0.713   |
| ต้องการใช้เวลาที่         |                                                                                                              |                       |                 |         |
| - บ้าน                    | 16 (57.14)                                                                                                   | 16 (57.14)            | 32 (57.14)      |         |
| - โรงพยาบาล               | 2 (7.14)                                                                                                     | 5 (17.86)             | 7 (12.50)       |         |
| - ที่ไหนก็ได้             | 3 (10.71)                                                                                                    | 2 (7.14)              | 5 (8.93)        |         |
| - ยังไม่ตัดสินใจ          | 7 (25.00)                                                                                                    | 5 (17.86)             | 12 (21.43)      |         |

การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 1 ไม่พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งด้านสมรรถภาพร่างกาย (PPS และ ECOG) และอาการจากแบบประเมิน ESAS แม้ว่ากลุ่มควบคุมจะมีคะแนนอาการปวดเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มทดลองเล็กน้อย (6.29 และ 4.93) แต่ยังไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.079$ ) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** การประเมินอาการทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย สถานะและความเป็นอยู่ที่ดี ในสัปดาห์ที่ 1

| ข้อมูลทั่วไป | ผู้ป่วยที่มารับบริการการดูแลแบบประคับประคอง<br>จำนวน (ร้อยละ)/ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน |                       |                 | p-value |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------|---------|
|              | กลุ่มทดลอง<br>(telemedicine)<br>(n=28)                                                       | กลุ่มควบคุม<br>(n=28) | Total<br>(n=56) |         |
| ECOG         |                                                                                              |                       |                 | 0.415   |
| - 2          | 15 (53.57)                                                                                   | 18 (64.29)            | 33 (58.93)      |         |
| - 3          | 13 (46.43)                                                                                   | 10 (35.71)            | 23 (41.07)      |         |

| ข้อมูลทั่วไป             | ผู้ป่วยที่มารับบริการการดูแลแบบประคับประคอง<br>จำนวน (ร้อยละ)/ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน |                       |                 | p-value |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------|---------|
|                          | กลุ่มทดลอง<br>(telemedicine)<br>(n=28)                                                       | กลุ่มควบคุม<br>(n=28) | Total<br>(n=56) |         |
| PPS                      | 53.93±7.86                                                                                   | 52.14±7.38            | 53.04±7.61      | 0.385   |
| ESAS                     |                                                                                              |                       |                 |         |
| 1. ปวด                   | 4.93±2.83                                                                                    | 6.29±2.85             | 5.61±2.90       | 0.079   |
| 2. เหนื่อย/อ่อนเพลีย     | 2.75±2.90                                                                                    | 2.93±3.55             | 2.84±3.21       | 0.837   |
| 3. คลื่นไส้              | 0.50±1.53                                                                                    | 0.00±0.00             | 0.25±1.10       | 0.089   |
| 4. ซึมเศร้า              | 0.00±0.00                                                                                    | 0.18±0.94             | 0.09±0.67       | 0.322   |
| 5. วิดกกังวล             | 0.79±2.39                                                                                    | 0.71±2.12             | 0.75±2.24       | 0.906   |
| 6. ง่วงซึม/สับสน/เสียสติ | 0.21±1.13                                                                                    | 0.00±0.00             | 0.11±0.80       | 0.322   |
| 7. เบื่ออาหาร            | 1.46±2.63                                                                                    | 1.21±2.50             | 1.34±2.55       | 0.717   |
| 8. ไม่สบายกายและใจ       | 0.00±0.00                                                                                    | 0.00±0.00             | 0.00±0.00       | n/a     |
| 9. เหนื่อยหอบ            | 0.00±0.00                                                                                    | 0.36±1.89             | 0.18±1.34       | 0.322   |

ESAS = Edmonton Symptom Assessment System

PPS = Palliative Performance Score

เมื่อประเมินอาการทางกายและใจของผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 4 พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในค่าคะแนน PPS ECOG และคะแนนอาการตามแบบประเมิน ESAS ทุกตัวแปร ( $p>0.05$ ) แม้กลุ่มทดลองจะมีค่าเฉลี่ยอาการปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (1.52 และ 2.41,  $p=0.090$ ) แต่ยังไม่ถึงระดับนัยสำคัญ นอกจากนี้ อัตราการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล (Admit) การเข้ารับบริการคลินิกผู้ป่วยนอก (OPD) และการใช้บริการฉุกเฉิน (ER) รวมถึงความพึงพอใจของครอบครัว ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างสองกลุ่มเช่นกัน ( $p=0.585$  0.704 0.440 และ 0.235 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** การประเมินอาการทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย สถานะและความเป็นอยู่ที่ดี ในสัปดาห์ที่ 4

| ข้อมูลทั่วไป | ผู้ป่วยที่มารับบริการการดูแลแบบประคับประคอง<br>จำนวน(ร้อยละ)/ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน |                       |                 | p-value |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------|---------|
|              | กลุ่มทดลอง<br>(telemedicine)<br>(n=23)                                                      | กลุ่มควบคุม<br>(n=27) | Total<br>(n=50) |         |
| ECOG         |                                                                                             |                       |                 | 0.114   |
| - 1          | 0 (0.00)                                                                                    | 1 (3.70)              | 1 (2.00)        |         |
| - 2          | 14 (60.87)                                                                                  | 10 (37.04)            | 24 (48.00)      |         |
| - 3          | 8 (34.78)                                                                                   | 16 (59.26)            | 24 (48.00)      |         |
| - 4          | 1 (4.35)                                                                                    | 0 (0.00)              | 1 (2.00)        |         |
| PPS          | 49.57±14.30                                                                                 | 50.74±9.97            | 50.20±12.04     | 0.385   |

| ข้อมูลทั่วไป           | ผู้ป่วยที่มารับบริการการดูแลแบบประคับประคอง<br>จำนวน(ร้อยละ)/ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน |                       |                 | p-value |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------|---------|
|                        | กลุ่มทดลอง<br>(telemedicine)<br>(n=23)                                                      | กลุ่มควบคุม<br>(n=27) | Total<br>(n=50) |         |
|                        |                                                                                             |                       |                 |         |
| ESAS                   |                                                                                             |                       |                 |         |
| 1. ปวด                 | 1.52±1.56                                                                                   | 2.41±1.99             | 2.00±1.84       | 0.090   |
| 2. เหนื่อย/อ่อนเพลีย   | 1.91±2.07                                                                                   | 1.93±2.43             | 1.92±2.25       | 0.984   |
| 3. คลื่นไส้            | 0.22±0.74                                                                                   | 0.00±0.00             | 0.10±0.51       | 0.131   |
| 4. ซึมเศร้า            | 0.00±0.00                                                                                   | 0.07±0.38             | 0.04±0.28       | 0.361   |
| 5. วิดกกังวล           | 0.57±1.62                                                                                   | 0.30±1.20             | 0.42±1.40       | 0.504   |
| 6. ง่วงซึม/สับสน/งุนงง | 0.35±1.67                                                                                   | 0.00±0.00             | 0.16±1.13       | 0.283   |
| 7. เบื่ออาหาร          | 0.96±1.94                                                                                   | 0.96±2.05             | 0.96±1.98       | 0.991   |
| 8. ไม่สบายกายและใจ     | 0.00±0.00                                                                                   | 0.00±0.00             | 0.00±0.00       | n/a     |
| 9. เหนื่อยหอบ          | 0.00±0.00                                                                                   | 0.30±1.54             | 0.16±1.13       | 0.361   |
| Admit                  | 8 (33.33)                                                                                   | 11 (40.74)            | 19 (37.25)      | 0.585   |
| OPD                    | 9 (39.13)                                                                                   | 12 (44.44)            | 21 (42.0)       | 0.704   |
| ER                     | 3 (13.64)                                                                                   | 6 (22.22)             | 9 (18.37)       | 0.440   |
| ความพึงพอใจของ         |                                                                                             |                       |                 |         |
| ครอบครัว               | 40.67±6.14                                                                                  | 38.48±6.76            | 39.51±6.50      | 0.235   |

ESAS = Edmonton Symptom Assessment System

PPS = Palliative Performance Score

เมื่อเปรียบเทียบผลการประเมินในกลุ่มทดลองระหว่างสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 4 พบว่า ค่า PPS ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก  $56.09 \pm 6.56$  เหลือ  $49.56 \pm 14.29$  ( $p=0.022$ ) อย่างไรก็ตามระดับอาการปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากค่าเฉลี่ย  $5.09 \pm 2.63$  ในสัปดาห์ที่ 1 เหลือเพียง  $1.52 \pm 1.56$  ในสัปดาห์ที่ 4 ( $p<0.001$ ) ขณะที่อาการอื่น ๆ จากแบบประเมิน ESAS เช่น อาการเหนื่อย วิดกกังวล คลื่นไส้ และเบื่ออาหาร มีแนวโน้มลดลงแต่ไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** การประเมินอาการทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย สถานะและความเป็นอยู่ที่ดี ในกลุ่มทดลอง จำแนกตามการติดตามสัปดาห์ที่ 1 และ 4

| ข้อมูลทั่วไป          | กลุ่มทดลอง (telemedicine)<br>ที่มารับบริการการดูแลแบบประคับประคอง |                    | p-value |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------|---------|
|                       | จำนวน (ร้อยละ)/ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน                     |                    |         |
|                       | ติดตามสัปดาห์ที่ 1                                                | ติดตามสัปดาห์ที่ 4 |         |
|                       | (n=28)                                                            | (n=23)             |         |
| PPS                   | 56.09±6.56                                                        | 49.56±14.29        | 0.022   |
| ESAS                  |                                                                   |                    |         |
| 1. ปวด                | 5.09±2.63                                                         | 1.52±1.56          | <0.001  |
| 2. เหนื่อย/อ่อนเพลีย  | 2.17±2.87                                                         | 1.91±2.07          | 0.610   |
| 3. คลื่นไส้           | 0.35±1.19                                                         | 0.22±0.74          | 0.671   |
| 4. ซึมเศร้า           | 0.00±0.00                                                         | 0.00±0.00          | n/a     |
| 5. วิดกกังวล          | 0.96±2.62                                                         | 0.57±1.62          | 0.549   |
| 6. ง่วงซึม/สะลึมสะลือ | 0.00±0.00                                                         | 0.35±1.67          | 0.328   |
| 7. เบื่ออาหาร         | 1.78±2.81                                                         | 0.96±1.94          | 0.122   |
| 8. ไม่สบายกายและใจ    | 0.00±0.00                                                         | 0.00±0.00          | n/a     |
| 9. เหนื่อยหอบ         | 0.00±0.00                                                         | 0.00±0.00          | n/a     |

ESAS = Edmonton Symptom Assessment System

PPS = Palliative Performance Score

จากการเปรียบเทียบข้อมูลในกลุ่มควบคุมระหว่างสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 4 พบว่า ค่า PPS มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยจาก  $52.22 \pm 7.51$  เป็น  $50.74 \pm 9.97$  ซึ่งไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.515$ ) เช่นเดียวกับอาการส่วนใหญ่จากแบบประเมิน ESAS ที่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามอาการปวดซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก  $6.52 \pm 2.62$  เหลือ  $2.41 \pm 1.99$  ( $p<0.001$ )

**ตารางที่ 5** การประเมินอาการทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย สถานะและความเป็นอยู่ที่ดี ในกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามการติดตามสัปดาห์ที่ 1 และ 4

| ข้อมูลทั่วไป         | กลุ่มเปรียบเทียบ                              |                    | p-value |
|----------------------|-----------------------------------------------|--------------------|---------|
|                      | ที่มารับบริการการดูแลแบบประคับประคอง          |                    |         |
|                      | จำนวน (ร้อยละ)/ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน |                    |         |
|                      | ติดตามสัปดาห์ที่ 1                            | ติดตามสัปดาห์ที่ 4 |         |
|                      | (n=28)                                        | (n=27)             |         |
| PPS                  | 52.22±7.51                                    | 50.74±9.97         | 0.515   |
| ESAS                 |                                               |                    |         |
| 1. ปวด               | 6.52±2.62                                     | 2.41±1.99          | <0.001  |
| 2. เหนื่อย/อ่อนเพลีย | 2.81±3.56                                     | 1.93±2.43          | 0.200   |
| 3. คลื่นไส้          | 0±0                                           | 0±0                | n/a     |

| ข้อมูลทั่วไป           | กลุ่มเปรียบเทียบ                              |                    | p-value |
|------------------------|-----------------------------------------------|--------------------|---------|
|                        | ที่มารับบริการการดูแลแบบประคับประคอง          |                    |         |
|                        | จำนวน (ร้อยละ)/ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน |                    |         |
|                        | ติดตามสัปดาห์ที่ 1                            | ติดตามสัปดาห์ที่ 4 |         |
|                        | (n=28)                                        | (n=27)             |         |
| 4. ซึมเศร้า            | 0.19±0.96                                     | 0.07±0.38          | 0.326   |
| 5. วิดกกังวล           | 0.52±1.89                                     | 0.30±1.20          | 0.185   |
| 6. ง่วงซึม/สับสน/งุนงง | 0±0                                           | 0±0                | n/a     |
| 7. เบื่ออาหาร          | 1±2.27                                        | 0.96±2.05          | 0.941   |
| 8. ไม่สบายกายและใจ     | 0±0                                           | 0±0                | n/a     |
| 9. เหนื่อยหอบ          | 0.37±1.92                                     | 0.30±1.54          | 0.326   |

ESAS = Edmonton Symptom Assessment System

PPS = Palliative Performance Score

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) เพื่อศึกษาผลของตัวแปรกลุ่มต่อคะแนนภาวะประคับประคองหลังการรักษาในสัปดาห์ที่ 4 โดยควบคุมผลของตัวแปรร่วม ได้แก่ คะแนนภาวะประคับประคองหลังการรักษาในสัปดาห์ที่ 1 และการการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังตับ พบว่า โมเดลสามารถอธิบายความแปรปรวนของคะแนนภาวะประคับประคองหลังการรักษาได้ร้อยละ 12.78 ( $R^2=0.13$ ) และไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 6

**ตารางที่ 6** การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) เปรียบเทียบ PPS สัปดาห์ที่ 4 (โดย adjusted PPS สัปดาห์ที่ 1 Liver Metastasis และกลุ่มของผู้ป่วย)

| ตัวแปร                                          | Coef (B) | SE   | 95%CI          | p-value |
|-------------------------------------------------|----------|------|----------------|---------|
| กลุ่ม (ควบคุม/ทดลอง)                            | 1.44     | 3.60 | -5.81 to 8.71  | 0.690   |
| คะแนนภาวะประคับประคองหลังการรักษาในสัปดาห์ที่ 1 | 0.44     | 0.24 | -0.04 to 0.92  | 0.073   |
| การการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังตับ               | 6.03     | 4.20 | -2.42 to 14.49 | 0.158   |

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) เพื่อศึกษาผลของตัวแปรกลุ่มต่อคะแนน ESAS ในสัปดาห์ที่ 4 โดยควบคุมผลของตัวแปรร่วม ได้แก่ คะแนน ESAS ในสัปดาห์ที่ 1 และการการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังตับ พบว่า โมเดลสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 6.98 ( $R^2=0.0698$ ) และไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 7

**ตารางที่ 7** การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) เปรียบเทียบ ESAS สัปดาห์ที่ 4 (โดย adjusted ESAS สัปดาห์ที่ 1, Liver Metastasis และกลุ่มของผู้ป่วย)

| ตัวแปร                                                   | Coef (B) | SE   | 95%CI         | p-value |
|----------------------------------------------------------|----------|------|---------------|---------|
| กลุ่ม (ควบคุม/ทดลอง)                                     | 0.55     | 1.23 | -1.91 to 3.02 | 0.654   |
| Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ในสัปดาห์ที่ 1 | 0.16     | 0.12 | -0.07 to 0.41 | 0.167   |
| การการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังตับ                        | 1.69     | 1.38 | -1.08 to 4.47 | 0.226   |

### อภิปรายผล

ในการศึกษาครั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนน PPS ระหว่างสัปดาห์ที่ 1 และ 4 พบว่าค่าเฉลี่ยเริ่มต้นของกลุ่มทดลองอยู่ที่  $56.09 \pm 6.56$  และลดลงอย่างมีนัยสำคัญเป็น  $49.56 \pm 14.29$  ( $p=0.022$ ) ในทางกลับกัน กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเริ่มต้นที่  $52.22 \pm 7.51$  และลดลงเป็น  $50.74 \pm 9.97$  โดยแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.515$ ) จากการศึกษาก่อนหน้านี้โดย Prompantakorn et al. (2021)(4) พบว่า PPS มีความสัมพันธ์กับอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยในระยะท้าย โดยผู้ป่วยที่มีค่า PPS ต่ำกว่าจะมีแนวโน้มเสียชีวิตเร็วขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า PPS ลดลงในกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ( $p=0.022$ ) และลดลงในกลุ่มควบคุมเช่นกันแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.515$ ) สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลทั้งสองรูปแบบยังคงมีการเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกายตามธรรมชาติของโรค แม้ว่าผลการศึกษาจะชี้ให้เห็นว่าการใช้ Telepalliative care ไม่สามารถป้องกันการลดลงของ PPS ได้ แต่การลดลงที่เกิดขึ้นในกลุ่มทดลองอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยหลายประการ เช่น ประสิทธิภาพของการบรรเทาอาการ การลดความเครียดทางอารมณ์ และการสนับสนุนทางสังคมจากระบบการแพทย์ทางไกล ซึ่งอาจช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการได้ดีขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นแม้ในช่วงสุดท้ายของชีวิต อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาต่อไปเพื่อประเมินว่าปัจจัยใดที่มีผลกระทบต่อ PPS ในกลุ่มที่ได้รับ Telepalliative care และศึกษาว่ามีแนวทางใดที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีสมรรถนะร่างกายที่ดีขึ้นหรือชะลอการเสื่อมถอยของ PPS ได้มากกว่านี้ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การใช้บริการทางการแพทย์ทางไกล (Telepalliative care) มีประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการปวดของผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อพิจารณาคะแนน ESAS พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอาการปวดลดลงจาก  $5.09 \pm 2.63$  เป็น  $1.52 \pm 1.56$  ( $p<0.001$ ) ในขณะที่กลุ่มควบคุมลดลงจาก  $6.52 \pm 2.62$  เป็น  $2.41 \pm 1.99$  ( $p<0.001$ ) แม้ว่าทั้งสองกลุ่มจะมีแนวโน้มของอาการปวดที่ลดลง แต่กลุ่มทดลองที่ได้รับ Telepalliative care มีระดับอาการปวดที่ลดลงมากกว่า ซึ่งอาจสะท้อนถึงประสิทธิภาพของ การติดตามและบริหารจัดการอาการปวดผ่านระบบการแพทย์ทางไกล ผลลัพธ์นี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ventura et al. (2014)<sup>(7)</sup> ซึ่งพบว่าการให้บริการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านผ่านแพทย์ทางไกลช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการอาการปวดอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดความจำเป็นในการเดินทางมาโรงพยาบาล และ เพิ่มการเข้าถึงการให้คำปรึกษาทางการแพทย์แบบเรียลไทม์ ซึ่งอาจช่วยให้ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวด การปรับเปลี่ยนขนาดยา หรือการใช้มาตรการบรรเทาอาการ

อื่น ๆ อย่างทันท่วงที สอดคล้องกับ Speyer et al. (2018)<sup>(10)</sup> การศึกษานี้ทำ Meta-analysis และพบว่า บริการแพทย์ทางไกลช่วยลดอาการปวดได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าถึงการรักษาในโรงพยาบาลได้สะดวก อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาต่อไปเพื่อพิจารณาปัจจัยอื่นที่อาจส่งผลกระทบต่อผลลดของอาการปวด เช่น การเข้ายาแก้ปวดที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม นอกจากนี้ การศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับประสิทธิภาพเชิงต้นทุนของ Telepalliative care ในการลดอาการปวด อาจช่วยสนับสนุนการนำไปใช้ในวงกว้างของระบบสาธารณสุขในประเทศไทย

ผลการศึกษานี้พบว่า อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การเข้ารับบริการคลินิกผู้ป่วยนอก และการใช้บริการฉุกเฉิน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ Telepalliative care และกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.585$   $0.704$  และ  $0.440$  ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sribunlue et al. (2022)<sup>(9)</sup> ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านผ่านระบบแพทย์ทางไกลในช่วงการระบาดของโควิด-19 มีแนวโน้มที่จะกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลในอัตราที่ใกล้เคียงกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบปกติ อย่างไรก็ตาม การใช้แพทย์ทางไกลช่วยให้สามารถคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและต้องการการดูแลแบบฉุกเฉินได้เร็วขึ้น แม้ว่าการใช้บริการทางการแพทย์ทางไกลอาจช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับคำปรึกษาและการดูแลจากแพทย์ได้ที่บ้าน แต่ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการใช้ Telepalliative care ไม่ได้ลดอัตราการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล การเข้ารับบริการคลินิกผู้ป่วยนอก และการใช้บริการฉุกเฉิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มทดลองมีแนวโน้มที่จะได้รับคำแนะนำให้กลับมารับการรักษาที่โรงพยาบาลเมื่ออาการทรุดลง เนื่องจากสามารถประเมินอาการได้อย่างต่อเนื่องผ่านระบบทางไกล อีกปัจจัยหนึ่งที่อาจอธิบาย อัตราการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลที่สูงในกลุ่มทดลอง คือธรรมชาติของโรคในกลุ่มผู้ป่วยแบบประคับประคอง ซึ่งมักจะมีอาการแทรกซ้อนที่ต้องได้รับการดูแลทางการแพทย์ในระยะสุดท้ายของชีวิต แม้ว่าการแพทย์ทางไกลจะช่วยให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง แต่ก็อาจไม่สามารถทดแทนการดูแลแบบตัวต่อตัวในสถานพยาบาลได้อย่างสมบูรณ์ อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาต่อไปเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่ออัตราการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล เช่น ระดับความรุนแรงของโรคในกลุ่มทดลองเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม หรือ การใช้แนวทางการจัดการอาการที่แตกต่างกันในทั้งสองกลุ่ม

ผลการศึกษานี้ พบว่าความพึงพอใจของครอบครัวในกลุ่มที่ได้รับบริการ Telepalliative care มีแนวโน้มสูงกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อย โดยค่าเฉลี่ยอยู่ที่  $40.67 \pm 6.14$  เทียบกับ  $38.48 \pm 6.76$  อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างนี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.235$ ) ซึ่งหมายความว่าแม้ว่าการใช้บริการทางการแพทย์ทางไกลอาจช่วยสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย แต่ยังไม่มีความเพียงพอที่บ่งชี้ว่าสามารถเพิ่มความพึงพอใจได้อย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของ Klarare et al. (2017)<sup>(6)</sup> ที่พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวให้ความสำคัญกับความมั่นใจในทีมแพทย์และความต่อเนื่องของการดูแลมากกว่ารูปแบบของการให้บริการ ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าทำไมความพึงพอใจของครอบครัวในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจึงไม่ได้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แม้ว่าการแพทย์ทางไกลจะช่วยให้ครอบครัวสามารถเข้าถึงคำแนะนำจากแพทย์ได้ง่ายขึ้น ลดภาระในการเดินทาง และสามารถสอบถามเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยได้บ่อยขึ้น แต่ในบางกรณี ครอบครัวอาจยังต้องการการดูแลแบบพบแพทย์ตัวต่อตัว หรืออาจเผชิญกับความท้าทายทางเทคนิคในการใช้เทคโนโลยี ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจโดยรวม

### ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษานี้ดำเนินการในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กและในพื้นที่เพียงแห่งเดียว จึงไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมดได้โดยสมบูรณ์ สำหรับการให้บริการ Telepalliative care ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรบกวนที่ควบคุมได้ยาก พบว่ามีทั้งกลุ่มที่ตัดสินใจนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลในทันที กลุ่มที่ได้นัดหมายแต่ไม่ได้เดินทางมา และกลุ่มที่ไม่ได้เข้ารับการรักษ โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจ ได้แก่ ข้อจำกัดด้านการเดินทาง สถานะทางการเงิน ความพร้อมของผู้ดูแล และปัจจัยด้านความเชื่อ ซึ่งอาจส่งผลให้สถิติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Admission rate) มีความคลาดเคลื่อนได้

การประเมินระดับความรุนแรงของอาการด้วย ESAS จำเป็นต้องใช้เวลาในการอธิบายแก่ผู้ป่วย โดยเฉพาะในการประเมินครั้งแรกและการติดตามผล ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างโดยเฉพาะผู้สูงอายุและ/หรือผู้ที่มีปัญหาด้านการได้ยิน ใช้เวลาตอบแบบประเมินค่อนข้างนาน อย่างไรก็ตาม เมื่อนำ Visual Analog Scale (VAS) มาใช้ร่วมกัน พบว่าผู้ป่วยสามารถตอบคำถามได้เร็วขึ้นและแสดงความมั่นใจมากขึ้น

อีกประเด็นที่พบคือ ผู้ป่วยจำนวนมากใช้ยาบรรเทาอาการปวดผิดขนาดหรือผิดวิธี ซึ่งในกลุ่มที่ได้รับการดูแลผ่าน Telepalliative care สามารถแก้ไขปัญหานี้ได้อย่างรวดเร็ว โดยไม่ต้องรอการติดตามผลตามระยะเวลา 4 สัปดาห์เหมือนในกลุ่มควบคุม ซึ่งอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยลดระดับอาการปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

สุดท้ายการสื่อสารเรื่องสุขภาพในระยะท้ายและการวางแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้าเป็นกระบวนการที่ต้องการความละเอียดอ่อน การพูดคุยผ่านโทรศัพท์อาจทำให้ผู้ให้การดูแลไม่สามารถสังเกตเห็นหน้าหรืออารมณ์ของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างชัดเจน ซึ่งอาจนำไปสู่การตีความที่คลาดเคลื่อนและการตอบสนองทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม

### สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการดูแลแบบประคับประคองทางไกล (Telepalliative care) สามารถช่วยลดอาการปวดของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ และมีแนวโน้มช่วยเพิ่มความพึงพอใจของครอบครัว แม้ว่าจะไม่มี ความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามการเข้ารับบริการคลินิกผู้ป่วยนอก และการใช้บริการฉุกเฉินระหว่างสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ จึงแนะนำให้มีการศึกษาต่อไปเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองทางไกลให้เหมาะสมกับบริบททางสาธารณสุขและสังคมของประเทศไทย

### ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาต่อไป

จากผลการศึกษาพบว่า Telepalliative care สามารถช่วยลดอาการปวดของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในประชากรกลุ่มใหญ่ขึ้น และติดตามผลลัพธ์ระยะยาว เช่น การควบคุมอาการ ความพึงพอใจของครอบครัว คุณภาพชีวิต และการเสียชีวิตอย่างสงบ (peaceful death) เพื่อยืนยันผลลัพธ์เชิงคลินิกและเศรษฐศาสตร์สุขภาพในบริบทที่หลากหลายมากขึ้น ควรออกแบบการศึกษาที่เปรียบเทียบประสิทธิผลของการควบคุมอาการปวดในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการปวดระดับปานกลางถึงรุนแรงระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลที่บ้าน สถานชีวาภิบาล และกฤชีวาภิบาลผ่านระบบ Telemedicine กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลในโรงพยาบาล พร้อมประเมินต้นทุนและประสิทธิผลทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ (cost-effectiveness analysis) เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลเชิงนโยบาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่จากการศึกษาต้องการเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านจึงควรทำการศึกษาต่อเรื่องประสิทธิภาพการใช้ Telepalliative care ในการจัดการอาการรบกวนในระยะท้ายใกล้เสียชีวิต (End of life care) ที่บ้านเปรียบเทียบกับที่โรงพยาบาล นอกจากนี้เรควรคำนึงถึงความผันผวนด้านอารมณ์ของผู้ดูแลเมื่อต้องเผชิญการเปลี่ยนแปลงของร่างกายผู้ป่วยในระยะท้ายใกล้

เสียชีวิต (Imminent death) ที่ครอบครัวไม่คุ้นเคย ควรออกแบบการศึกษาเปรียบเทียบภาวะอารมณ์ของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านผ่าน Telepalliative care และกลุ่มที่ให้การดูแลตามปกติ

นอกจากนี้ ควรมีการศึกษาถึงความพร้อมของระบบสาธารณสุขในการรองรับ Telepalliative care สำหรับศูนย์ชีวภิบาล สถานชีวภิบาล และภูมิจีวภิบาล เช่น ความสามารถของบุคลากรในระดับปฐมภูมิ โครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ การประสานงานระหว่างโรงพยาบาลลงสู่ชุมชน และความเชื่อมั่นของครอบครัวผู้ดูแล รวมถึงการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ (Clinical guidelines) สำหรับการดูแลแบบประคับประคองทางไกลอย่างเป็นระบบในประเทศไทย

### เอกสารอ้างอิง

1. การดูแลแบบประคับประคอง หรือ Palliative Care | คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล [Internet]. [cited 2023 Feb 12]. Available from: [https://www.rama.mahidol.ac.th/cancer\\_center/th/palliative-care](https://www.rama.mahidol.ac.th/cancer_center/th/palliative-care)
2. WHO takes steps to address glaring shortage of quality palliative care services [Internet]. [cited 2023 Feb 13]. Available from: <https://www.who.int/news/item/05-10-2021-who-takes-steps-to-address-glaring-shortage-of-quality-palliative-care-services>
3. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). 1st ed. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพยาบาล องค์กรส่งเสริมการดูแลสุขภาพผ่านศึกษาในพระบรมราชูปถัมภ์;
4. Prompantakorn P, Angkurawaranon C, Pinyopornpanish K, Chutarattanukul L, Aramrat C, Pateekhum C, et al. Palliative Performance Scale and survival in patients with cancer and non-cancer diagnoses needing a palliative care consultation: a retrospective cohort study. BMC Palliat Care. 2021 May 26;20(1):74.
5. Sandsdalen T, Hov R, Høye S, Rystedt I, Wilde-Larsson B. Patients' preferences in palliative care: A systematic mixed studies review. Palliat Med. 2015 May;29(5):399–419.
6. Klarare A, Rasmussen BH, Fossum B, Fürst CJ, Hansson J, Hagelin CL. Experiences of security and continuity of care: Patients' and families' narratives about the work of specialized palliative home care teams. Palliat Support Care. 2017 Apr;15(2):181–9.
7. Ventura AD, Burney S, Brooker J, Fletcher J, Ricciardelli L. Home-based palliative care: a systematic literature review of the self-reported unmet needs of patients and carers. Palliat Med. 2014 May;28(5):391–402.
8. Living and Dying Well: Building on Progress [Internet]. [cited 2023 Feb 13]. Available from: <http://www.gov.scot/publications/living-dying-well-building-progress/>
9. Sribunlue P, Pirojkul S, Piasupan P, Bualakorn N. ผลลัพธ์การจัดการอาการผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ได้รับการเยี่ยมบ้านผ่านระบบแพทย์ทางไกลในสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. Srinagarind Med J. 2022 Feb 28;37(1):76–81.

10. Speyer R, Denman D, Wilkes-Gillan S, Chen YW, Bogaardt H, Kim JH, et al. Effects of telehealth by allied health professionals and nurses in rural and remote areas: A systematic review and meta-analysis. J Rehabil Med. 2018 Feb 28;50(3):225–35.

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการที่  
โรงพยาบาลประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์

Prevalence and factors associated with depression among pregnant women attending  
antenatal care at Prakhon Chai Hospital, Buriram Province

ปฐวี บุญไพศาลบันดาล<sup>1</sup>, ปิยะนุช บังเอิญ<sup>2</sup>

Pattawee Boonpaisarnbundarn<sup>1</sup>, Piyanut Bangoen<sup>2</sup>

<sup>1</sup>นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานสูติศาสตร์-นรีเวช โรงพยาบาลประโคนชัย อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ 31140

<sup>2</sup>อาจารย์ประจำสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000

<sup>1</sup>Specialist doctor, Obstetrics and Gynecology Department, Prakhonchai Hospital, Prakhonchai District, Buriram Province 31140.

<sup>2</sup>Lecturer, Department of Mental Health and Psychiatry, Sisaket Rajabhat University, Mueang District, Sisaket Province 330000

Corresponding Author: nuchyizz225@gmail.com

Received: 27 May 2025 Revised: 30 July 2025 Accepted: 33 August 2025

#### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาระดับความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลประโคนชัย

**รูปแบบและวิธีวิจัย :** การวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 เมษายน – 28 ธันวาคม 2567 จำนวน 300 คน โดยใช้สูตรของ Krejcie & Morgan คำนวณกลุ่มตัวอย่าง ได้จำนวน 169 คน เครื่องมือการวิจัยคือแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

**ผลการศึกษา :** จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 169 คน พบหญิงตั้งครรภ์มีระดับความชุกของภาวะซึมเศร้าจำนวน 38 คน (ร้อยละ 22.5) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว ( $r=0.469$ ,  $p<0.01$ ) ความพึงพอใจในชีวิตสมรส ( $r=0.741$ ,  $p<0.01$ ) และความพึงพอใจในการตั้งครรภ์ครั้งนี้ ( $r=0.280$ ,  $p<0.01$ )

**สรุปผลการศึกษา :** ความชุกของภาวะซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลประโคนชัยร้อยละ 22.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ การมีสัมพันธภาพที่ดีกับความเครียด ความพึงพอใจในชีวิตสมรส และ ความพึงพอใจในการตั้งครรภ์ครั้งนี้

**คำสำคัญ :** ความชุก, ภาวะซึมเศร้า, หญิงตั้งครรภ์

---

## ABSTRACT

**Objective :** To study the prevalence and associated factors of depression among pregnant women receiving services at Prakonchai Hospital.

**Method:** This study is a cross-sectional research conducted between April 1 and December 28, 2024. The target population consisted of 300 pregnant women. The sample size of 169 participants was calculated using Krejcie and Morgan's formula. The research instrument was a structured questionnaire. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics.

**Results :** The prevalence of depression among pregnant women was as follows: depression in 38 individuals (22.5), no depression in 131 individuals (77.5).

Analysis of independent variables revealed statistically significant associations between depression and the following factors as psychosocial factors significantly associated with depression included good family relationships ( $r=0.469$ ,  $p<0.01$ ), marital satisfaction ( $r=0.741$ ,  $p<0.01$ ), and satisfaction with the current pregnancy ( $r=0.280$ ,  $p<0.01$ ).

**Conclusion :** Prevalence of depression among pregnant women receiving services at Prakonchai Hospital 22.5%. The factors found to be significantly associated with depression among pregnant women included quality of family relationships, marital satisfaction, and satisfaction with the current pregnancy

**Keywords :** Prevalence, Depression, Pregnant women

## บทนำ

ภาวะซึมเศร้าในช่วงระหว่างตั้งครรภ์ (Perinatal depression) คือภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในช่วงระหว่างตั้งครรภ์ และหลังคลอดภายใน 12 เดือน หลังคลอดบุตร<sup>(1)</sup> ภาวะซึมเศร้าในช่วงตั้งครรภ์จะมีการเหมือนกับโรคซึมเศร้าทั่วไป คือ มีอารมณ์เศร้า มีอาการวิตกกังวล สิ้นหวัง มองโลกในแง่ร้ายทั้งต่อตนเองและทารก รู้สึกผิด ไร้ค่า นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ มีอาการผิดปกติของระบบย่อยอาหาร อาจเบื่ออาหารหรือรับประทานมากกว่าปกติ ความรู้สึกอยากตาย หรือทำร้ายตัวเอง<sup>(2)</sup>

ภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์เป็นปัญหาที่สำคัญที่ส่งผลเสียทั้งต่อมารดา ทารก และคนรอบข้าง หญิงตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่ที่เป็นซึมเศร้านักจะไม่รู้ตัวเองว่าตนกำลังป่วยหรืออาจรู้ตัวอีกทีตอนที่โรคกำลังพัฒนาไปสู่ขั้นรุนแรง จนเกิดผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน<sup>(3)</sup>

ภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ จากการศึกษาของ ฮิลารี. ไอ.เกกบิว<sup>(4)</sup> ที่ได้ทำการทบทวนอุบัติการณ์ ภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์ที่ตีพิมพ์ 26 ฉบับ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 4,303 ราย พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 16.4 อาจเกิดขึ้นในเนื่องจากความเครียด หรือปัจจัยกระตุ้นต่าง ๆ ซึ่งส่งผลกระทบทั้งต่อทารกในครรภ์และหญิงตั้งครรภ์ ทำให้ขาดสารอาหาร พักผ่อนไม่พอ เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และทารกโตช้าในครรภ์ นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในอัตราที่สูง การเปลี่ยนแปลงสถานะสู่การเป็นมารดาจัดเป็นความกดดันในชีวิตที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าหลังคลอดได้ กล่าวคือปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์ที่จะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้รับอิทธิพลจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย พบความชุกของภาวะซึมเศร้าระยะตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่นเท่ากับร้อยละ 20.6<sup>(5)</sup> ทั้งนี้ ความชุกของภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์จะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุครรภ์มากขึ้น โดยพบในไตรมาสที่หนึ่งร้อยละ 7 ไตรมาสที่สอง ร้อยละ 12 และไตรมาสที่สามร้อยละ 13

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในหญิงระยะตั้งครรภ์ที่สรุปได้จากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ สถานะทางสังคม เศรษฐกิจ ประกอบด้วยตัวแปรย่อย คือ ระดับการศึกษา รายได้ส่วนบุคคล และรายได้ของครอบครัว นอกจากนี้ยังมีปัจจัยความตั้งใจในการตั้งครรภ์ การมีบุตรอย่างน้อย 1 คน ความพึงพอใจในชีวิตสมรส และการรับรู้ความเครียดในชีวิตประจำวัน<sup>(6-7)</sup> ปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นถือเป็นปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์

การศึกษาวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ชาวไทย พบว่ายังมีค่อนข้างน้อย และยังขาดการกล่าวถึงประเด็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดจนนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในหญิงระยะตั้งครรภ์ ทั้งนี้ภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์มีความสำคัญต่อสุขภาพมารดา และการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ โดยเฉพาะการเจริญเติบโตที่ล่าช้าในครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด ตลอดจนถึงการเกิดภาวะซึมเศร้าในหญิงระยะหลังคลอด ด้วยเหตุผลดังกล่าวมานี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความชุก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความชุกของภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลประโคนชัย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลประโคนชัย

## นิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง

การตั้งครรภ์ (Pregnancy) หมายถึง ภาวะที่เกิดจากการปฏิสนธิระหว่างไข่กับอสุจิ แล้วได้ตัวอ่อนเกิดขึ้นมา ในการตั้งครรภ์ปกติ ตัวอ่อนจะไปฝังอยู่ที่เยื่อโพรงมดลูก และตัวอ่อนที่มีเพียงเซลล์เดียว จะแบ่งตัวและพัฒนาเป็นอวัยวะต่าง ๆ จนเจริญเติบโตเป็นทารก ซึ่งผู้หญิงโดยทั่วไปที่มีประจำเดือน ปกติและมาสม่ำเสมอทุก ๆ 28-30 วัน จะมีอายุครรภ์ประมาณ 40 สัปดาห์ หรือประมาณ 280 วัน นับจากวันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย<sup>(8)</sup>

ภาวะซึมเศร้าขณะตั้งครรภ์ หมายถึง ความผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ ในลักษณะที่คล้ายกับภาวะซึมเศร้าทางคลินิกที่เกิดความผิดปกติทางชีวภาพที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมองและการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนระหว่างตั้งครรภ์ โดยมีผลโดยตรงกับภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล สิ่งเหล่านี้ สามารถทำให้รุนแรงขึ้นได้ด้วยสถานการณ์ชีวิตที่ยากลำบากซึ่งเป็นอีกสาเหตุหนึ่งของภาวะซึมเศร้า ในระหว่าง ตั้งครรภ์ (The American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2020)<sup>(1)</sup>

รูปแบบและวิธีการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ โดยการสุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience Sampling) จำนวน 300 คน มีคุณสมบัติ ดังนี้

1. หญิงไทยตั้งครรภ์ อายุ 15 ปีขึ้นไป
2. มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์
3. การตั้งครรภ์เป็นครรภ์สมบูรณ์

และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการจับสลากจำนวน 169 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Krejcie & Morgan<sup>(9)</sup>

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม จำนวน 25 ข้อ เป็นมาตรวัด 4 ระดับ แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ต่อเดือน ความพอเพียงของรายได้ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ โรคประจำตัวทางจิต ประวัติโรคซึมเศร้า ประวัติการใช้สารเสพติด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า PHQ-9 จำนวน 9 ข้อ เป็นมาตรวัด 4 ระดับ ประยุกต์จาก Patient Health Questionnaire: PHQ-9 ของ ศ.นพ.มานิช หล่อตระกูล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี<sup>(10)</sup> โดย “มีภาวะซึมเศร้าเกือบทุกวัน” เท่ากับ 3 คะแนน “มีค่อนข้างบ่อย” เท่ากับ 2 คะแนน “มีบางวัน” หรือ “มีบ่อย” เท่ากับ 1 คะแนน “ไม่เลย” เท่ากับ 0 คะแนน

การแปลผลคะแนน

คะแนน 0-7 ไม่มีภาวะซึมเศร้า

คะแนน 8-12 มีภาวะซึมเศร้าน้อย

คะแนน 13-17 มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง

18 คะแนนขึ้นไป มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความสัมพันธ์ในครอบครัว จำนวน 6 ข้อ เป็นมาตรวัด 4 ระดับ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นและผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์ประจำสาขาการ

พยาบาลชุมชน อาจารย์ประจำสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช และอาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลมารดาและทารก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยโดยทดลองใช้ (Try-out) กับหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสตึก อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาได้แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า PHQ-9 ความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.774 และแบบสอบถามความสัมพันธ์ในครอบครัวค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.965

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง วันที่ 1 เมษายน ถึง 28 ธันวาคม 2567 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ทำหนังสือเพื่อยื่นขอพิจารณาการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ถึงกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เมื่อได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสตึก อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อขอความอนุเคราะห์ทำการทดสอบเครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลกับหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสตึก จากนั้นทำหนังสือความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการพยาบาลโรงพยาบาลประโคนชัย อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่เสร็จสมบูรณ์แล้วพร้อมหนังสือชี้แจงการวิจัยแจกให้กับกลุ่มตัวอย่างโดยแจกแบบสอบถามที่กำหนดตามสัดส่วนที่ได้คำนวณไว้

2. เก็บรวบรวมแบบสอบถามพร้อมทั้งตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทั้งหมด

3. นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างไปบันทึกคะแนน โดยลงรหัส (Coding) บันทึกข้อมูล (Key) เพื่อทำการวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ โดยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

### สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัวทางจิต ประวัติโรคซึมเศร้า ประวัติการใช้สารเสพติด ด้วยเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อใช้จำแนกตัวแปรและแปลความหมายตัวแปร

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้า และปัจจัยกระตุ้นกับภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์ที่เกี่ยวข้องโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ใช้หาค่าสัมพัทธ์ระหว่างที่มารับบริการที่โรงพยาบาลประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์

3. กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ระดับ 0.05

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ทำหนังสือความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจาก ผู้อำนวยการพยาบาลโรงพยาบาลประโคนชัย อำเภอบึงสามพัน จังหวัดบุรีรัมย์ จากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่เสร็จสมบูรณ์แล้วพร้อมหนังสือแจ้งการวิจัยแจกให้กับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมระบุข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถามจะไม่ถูกเปิดเผย

2. การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ตามหนังสือที่รับรองที่ บร 0033.301.3/14352 ลงวันที่ 3 ธันวาคม 2567 และเอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่ BRO 2024-115

### ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการโรงพยาบาลประโคนชัย อำเภอบึงสามพัน จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 169 คน อายุเฉลี่ย 15-25 ปี (SD 0.60) จำนวน 82 คน (ร้อยละ 48.5) สำเร็จระดับการศึกษามัธยมศึกษา จำนวน 116 คน คิดเป็นร้อยละ 68.6 มีสถานภาพสมรส จำนวน 144 คน (ร้อยละ 85.2)ว่างงาน จำนวน 98 คน (ร้อยละ 58.0) มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท จำนวน 76 คน (ร้อยละ 45.0) มีความพอเพียงของรายได้ จำนวน 115 คน (ร้อยละ 68.0) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ จำนวน 157 คน (ร้อยละ 92.9) ไม่มีโรคประจำตัวทางจิต จำนวน 157 คน (ร้อยละ 97.6) ไม่มีประวัติโรคซึมเศร้ามาก่อน จำนวน 167 คน (ร้อยละ 98.8) และไม่มีประวัติเคยใช้สารเสพติด จำนวน 151 คน (ร้อยละ 89.3) ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ปัจจัยส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการโรงพยาบาลประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ (n=169)

| ปัจจัยส่วนบุคคล  | จำนวน (ร้อยละ) |
|------------------|----------------|
| อายุ             |                |
| ต่ำกว่า 15 ปี    | 2 (1.2)        |
| 15-25 ปี         | 82 (48.5)      |
| 26-35 ปี         | 77 (45.6)      |
| 36-45 ปี         | 8 (4.7)        |
| ระดับการศึกษา    |                |
| ประถม            | 19 (11.2)      |
| มัธยมศึกษา       | 116 (68.6)     |
| ปวช./ปวส.        | 19 (11.2)      |
| ปริญญาตรี        | 14 (8.3)       |
| สูงกว่าปริญญาตรี | 1 (0.6)        |
| สถานภาพสมรส      |                |
| สมรส             | 144 (85.2)     |
| แยกกันอยู่       | 20 (11.8)      |
| หย่าร้าง/หม้าย   | 5 (3.0)        |
| อาชีพ            |                |
| ว่างงาน          | 98 (58.0)      |
| รับราชการ        | 4 (2.4)        |

| ปัจจัยส่วนบุคคล                 | จำนวน (ร้อยละ) |
|---------------------------------|----------------|
| พนักงานเอกชน                    | 12 (7.1)       |
| เกษตรกร                         | 16 (9.5)       |
| เจ้าของธุรกิจ/ค้าขาย            | 21 (12.4)      |
| อื่น ๆ                          | 18 (10.7)      |
| รายได้ต่อเดือน                  |                |
| ต่ำกว่า 5,000 บาท               | 76 (45.0)      |
| 5,000-10,000 บาท                | 58 (34.3)      |
| 10,001-20,000 บาท               | 29 (17.2)      |
| 20,001-30,000 บาท               | 4 (2.4)        |
| 30,001 ขึ้นไป                   | 2 (1.2)        |
| ความพอเพียงของรายได้            |                |
| พอเพียง                         | 115 (68.0)     |
| ไม่พอเพียง                      | 54 (32.0)      |
| ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ |                |
| ไม่มี                           | 157 (92.9)     |
| มี                              | 12 (7.1)       |
| โรคประจำตัวทางจิต               |                |
| ไม่มี                           | 165 (97.6)     |
| อารมณ์สองขั้ว                   | 1 (0.6)        |
| แพนิค                           | 1 (0.6)        |
| อื่น ๆ                          | 2 (1.2)        |
| ประวัติโรคซึมเศร้า              |                |
| ไม่เคย                          | 167 (98.8)     |
| เคย                             | 2 (1.2)        |
| ประวัติการใช้สารเสพติด          |                |
| ไม่เคย                          | 151 (89.3)     |
| เคยใช้แอลกอฮอล์                 | 9 (5.3)        |
| เคยใช้บุหรี่                    | 6 (3.6)        |
| เคยใช้กระท่อม                   | 2 (1.2)        |
| เคยใช้กัญชา                     | 1 (0.6)        |

ส่วนภาวะซึมเศร้า พบว่าความชุกของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการโรงพยาบาลประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ทั้งหมด 169 คน มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 38 คน (ร้อยละ 22.5) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ระดับความชุกของภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการโรงพยาบาลประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์

| ความชุกภาวะซึมเศร้า     |  | จำนวน (ร้อยละ)           |
|-------------------------|--|--------------------------|
| ภาวะซึมเศร้า            |  |                          |
| ไม่มี                   |  | 131 (77.5)               |
| มี                      |  | 38 (22.5)                |
| คะแนนภาวะซึมเศร้าโดยรวม |  | Mean = 1.24<br>SD = 0.48 |

**ปัจจัยกระตุ้นที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า**

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกระตุ้นกับภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการโรงพยาบาลประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ได้แก่ ความสัมพันธ์กับครอบครัว (ค่าสถิติจากการทดสอบ  $r=0.496$ ,  $p<0.01$ ) ความพึงพอใจในชีวิตสมรส (ค่าสถิติจากการทดสอบ  $r=0.553$ ,  $p<0.01$ ) และความพึงพอใจในการตั้งครรภ์ (ค่าสถิติจากการทดสอบ  $r=0.280$ ,  $p<0.01$ ) ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกระตุ้นกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการโรงพยาบาลประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์

| ตัวแปร                    |   | 1       | 2       | 3       | 4     | 5 |
|---------------------------|---|---------|---------|---------|-------|---|
| ความสัมพันธ์กับสามี       | p | 1       |         |         |       |   |
|                           | r |         |         |         |       |   |
| ความสัมพันธ์กับครอบครัว   | p | 0.496** |         |         |       |   |
|                           | r | 0.000   |         |         |       |   |
| ความพึงพอใจในชีวิตสมรส    | p | 0.741** | 0.553** |         |       |   |
|                           | r | <0.001  | <0.001  |         |       |   |
| ความเครียดในชีวิตประจำวัน | p | -0.101  | -0.127  | -0.018  |       |   |
|                           | r | 0.193   | 0.101   | 0.815   |       |   |
| ความพึงพอใจในการตั้งครรภ์ | p | 0.280** | 0.146** | 0.313** | 0.015 |   |
|                           | r | <0.001  | <0.001  | <0.001  | 0.851 |   |

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 \*\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

**อภิปรายผล**

ผลการศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการโรงพยาบาลประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าความชุกของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 169 คน มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยจำนวน 38 คน (ร้อยละ 22.5) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนฤมล สุนค์ศักดิ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาวะซึมเศร้าในภาพรวมมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 20.8 (SD=7.0)<sup>(11)</sup> สร้อย อนุสรณ์ธีระกุล ที่ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความชุกและความสอดคล้องของความเครียดความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 9.3<sup>(12)</sup> ในประเทศไทยมีการศึกษาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ในเขตกรุงเทพและปริมณฑล พบอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์สูงถึงร้อยละ 47.0<sup>(13)</sup> การศึกษาภาวะซึมเศร้าระหว่างตั้งครรภ์: ความชุกและปัจจัยเสี่ยงทางสูติศาสตร์ในหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในน่านี มุมไบ พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าระหว่าง

ตั้งครรภ์อยู่ที่ร้อยละ 9.2<sup>(14)</sup> การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าก่อนคลอดในสตรีชาวจีน พบว่าอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าก่อนคลอดอยู่ที่ร้อยละ 6.4<sup>(15)</sup> ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าของแต่ละการศึกษามีระดับความชุกที่แตกต่างกันไป อาจเกิดจากปัจจัยที่ศึกษาและประชากรในแต่ละที่ที่แตกต่างกันจึงทำให้ผลการศึกษแต่ละที่มีความหลากหลาย

จากผลการวิเคราะห์ทางสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการโรงพยาบาลประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้ ความสัมพันธ์กับครอบครัว หญิงตั้งครรภ์ที่มีความสัมพันธ์กับครอบครัวในระดับน้อยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้ามากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีความสัมพันธ์กับครอบครัวในระดับดี (ค่าสถิติจากการทดสอบ  $r=0.496$ ,  $p<0.01$ ) ซึ่งความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวจะคอยเป็นกำลังใจและแรงสนับสนุนที่ดีให้กับหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกุศลภรณ์ วงษ์นิยม ที่ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์ โรงพยาบาลศิริราช พบว่า การไม่มีความรู้สึกรอบอ้อมเมื่ออยู่บ้าน เป็นอีกปัจจัยที่แสดงให้เห็นถึงปัจจัยด้านจิตสังคมที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์<sup>(16)</sup>

ความพึงพอใจในชีวิตสมรส หญิงตั้งครรภ์ที่มีความพึงพอใจในชีวิตสมรสในระดับน้อยจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าระหว่างตั้งครรภ์มากกว่าผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิตสมรสในระดับสูง (ค่าสถิติจากการทดสอบ  $r=0.553$ ,  $p<0.01$ ) ความพึงพอใจในชีวิตสมรสส่งผลต่อการตั้งใจในการตั้งครรภ์ คู่สมรสมีการช่วยเหลือดูแล รับฟังระหว่างตั้งครรภ์ ทำให้สามารถลดความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้าลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของยี่เพย เป้ย ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับสถานะสุขภาพจิตของสตรีมีครรภ์ในประเทศจีน พบว่าความพึงพอใจในชีวิตคู่มิมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า (ค่าสถิติจากการทดสอบ  $\chi^2=15.8$ ,  $p<0.01$ )<sup>(7)</sup>

ความพึงพอใจในการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่มีความพึงพอใจในการตั้งครรภ์ในระดับน้อยจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าระหว่างตั้งครรภ์มากกว่าผู้ที่มีความพึงพอใจในการตั้งครรภ์ระดับสูง (ค่าสถิติจากการทดสอบ  $r=0.280$ ,  $p<0.01$ ) ความพึงพอใจในการตั้งครรภ์ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกดีต่อทารกในครรภ์ รู้สึกอยากดูแล มีความหวัง และมีความสุขในการตั้งครรภ์

### ข้อจำกัดในการศึกษา

1. ระยะเวลาในการชี้แจงกับผู้เข้าร่วมทำการวิจัยค่อนข้างจำกัด เนื่องจากบางเคสถึงลำดับที่ต้องเข้ารับการตรวจ ส่งผลให้ ผู้เข้าร่วมวิจัยนั้น ๆ ไม่สามารถรับข้อมูลชี้แจงจากผู้ทำการวิจัยได้ครบถ้วน จึงทำให้เสียผู้เข้าร่วมวิจัยนั้นไปบางกรณี ผู้ทำการวิจัยแก้ไขโดยการรอผู้เข้าร่วมวิจัยที่สะดวกหลังจากเข้ารับการตรวจเสร็จแล้ว ชี้แจงใหม่ และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามจนเสร็จจุลแล้ว

2. พื้นที่ในแผนกสูตินารีเวชค่อนข้างแคบ จำกัด และผู้คนพลุกพล่าน ส่งผลให้ไม่มีพื้นที่ที่สะดวกในการชี้แจงและตอบแบบสอบถาม ผู้ทำการวิจัยแก้ไขโดยการขอความร่วมมือกับพยาบาลที่แผนกสูตินารีเวชช่วยแบ่งเวลาให้และประชาสัมพันธ์กับผู้รับบริการผู้ที่กำลังรอรับการตรวจประมาณ 10 นาที ให้ผู้ทำการวิจัยทำการชี้แจงแก่ผู้รับบริการเกี่ยวกับการทำการวิจัย เมื่อชี้แจงเสร็จแล้วทำการแจกแบบสอบถามให้สำหรับผู้ที่ไม่สะดวก ทำการตอบแบบสอบถามในระหว่างรอการตรวจ

3. บางกรณีตอบคำถามไม่สมบูรณ์ เนื่องจากต้องเข้ารับการตรวจ ส่งผลให้ยากต่อการติดตามข้อมูล ผู้ทำการวิจัยแก้ไขโดยเก็บข้อมูลผู้เข้าร่วมวิจัยใหม่เพิ่ม

## สรุปผลการศึกษา

ความชุกภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการโรงพยาบาลประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่ามีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยจำนวน 38 คน (ร้อยละ 22.5) และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ความสัมพันธ์กับความเครียด และความพึงพอใจในชีวิตสมรส

## ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ผู้ทำการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรมีการคัดกรองใน 2 ช่วง คือ ในช่วงขณะตั้งครรภ์ควรมีการประเมินและคัดกรองแต่ละไตรมาส และตรวจคัดกรองซ้ำช่วงหลังคลอดทันที เพราะการเกิดภาวะซึมเศร้าสามารถเกิดได้หลายช่วงของการตั้งครรภ์และหลังคลอดการตรวจคัดกรองพบแล้วสามารถส่งปรึกษาทางแผนกจิตเวชได้ดีที่สุด เข้าถึงบริการได้ดีคือช่วงหลังคลอดทันที

## เอกสารอ้างอิง

1. The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion no. 630. Screening for perinatal depression. Obstet Gynecol. May;125(5):1268-71.
2. Mitra M, Iezzoni LI, Zhang J, Long-Bellil LM, Smeltzer SC, Barton BA. Prevalence and risk factors for postpartum depression symptoms among women with disabilities. Matern Child Health J. Feb;19(2):362-72.
3. เพ็ญพรรณ บุตรชัยงาม และสุภาพันธ์ กองจันทร์. การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่า. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2561;15(3): 93-102
4. Hilary I. Okagbue, Patience I. Adamu, Sheila A. Bishop, Pelumi E. Oguntunde, Abiodun A. Opanuga, Elvir M. Akhmetshin. Systematic Review of Prevalence of Antepartum Depression during the Trimesters of Pregnancy. Open Access Maced J Med Sci. 2019 May 14;7(9):1555-60.
5. สาวิตรี วงศ์ประดิษฐ์, โสเพ็ญ ชูนวน และสุนันทา ย่างวนิชเศรษฐ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการพยาบาลสาธารณสุขภาคใต้. 2565;9(1):29-41
6. Takele Tiki, Kefyalew Taye and Bereket Duko. Prevalence and factors associated with depression among pregnant mothers in the West Shoa zone, Ethiopia: a community-based cross-sectional study. Annals of General Psychiatry 2020 Apr 6;19:24. doi: 10.1186/s12991-020-00275-6
7. Yifei Pei, Qian Chen, Ying Zhang, Chenlu He, Jingjing Wang, Jie Tang1. et al. Factors associated with the mental health status of pregnant women in China: A latent class analysis. Front Public Health 2023 Jan 10;10:1017410. doi: 10.3389/fpubh.2022.1017410.
8. ฐิติมา สุนทรสัจ .สรีรวิทยาของการตั้งครรภ์. ใน หทัย ถิ่นธรา และ ฐิติมา สุนทรสัจ. สูติศาสตร์. สงขลา: ลิมบราเดอร์การพิมพ์. 2546; 3-15
9. วลัยภรณ์ ฐิติรัตน์นท. การหาขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย: มายาคติในการใช้สูตรของ ทา โร ยามาเน่ และเครทซี-มอร์แกน. วารสารสหวิทยาการวิจัย: ฉบับบัณฑิตศึกษา. 2562; 8(1):11-28

10. มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. แบบประเมินวัดความรุนแรงของระดับภาวะซึมเศร้าชนิดให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเอง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2542; 20: 17-19.
11. นฤมล สุนค์ศักดิ์สวัสดิ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในมารดาที่มีบุตรวัยรุ่นตั้งครรภ์ [วิทยานิพนธ์]. เมืองชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2559
12. สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, กิ่งแก้ว สิทธิ, อัญชลี อ้วนแก้ว, สุภาพักตร์ หาญกล้า และภัสพร โมฆะรัตน์. ความชุกและความสอดคล้องของความเครียด ความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์. วารสารการพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2565; 45(3): 37-47
13. ปิยะธิดา จันทร์ดา. ความชุกและผลการทดลองใช้โปรแกรมให้ข้อมูลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์. ชัยภูมิเวชสาร 2560; 37(3): 5-15
14. Ajinkya S, Pradeep R. Jadhav, Srivastava NN. Depression during pregnancy: Prevalence and obstetric risk factors among pregnant women attending a tertiary care hospital in Navi Mumbai. Ind Psychiatry J. 2013;22(1):37-40.
15. Lee DT, Chan SS, Sahota DS, Yip AS, Tsui M, Chung TK. A prevalence study of antenatal depression among Chinese women. J Affect Disord. 2004;82:93-9. doi: 10.1016/j.jad.2003.10.003.
16. กุศลภรณ์ วงษ์นิยม และ สุพร อภินันทเวช. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ในวัยรุ่นตั้งครรภ์ โรงพยาบาลศิริราช. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2014; 59(3): 195-205

การพัฒนาแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า โดยการมีส่วนร่วม  
ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสามัคคี ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

Development of a promotion model for suspected delayed development in children  
aged 0-5 years through participation in Samakee Primary Care Unit, Talad Sub-district,  
Mueang District, Mahasarakham Province

ปารณี แข็งแรง

Paranee Kangrang

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสามัคคี โรงพยาบาลมหาสารคาม 44000

Registered Nurse Professional Samakee primary care units, Mahasarakham Hospital, 44000

Corresponding Author: Email : Paranee000@gmail.com

Received: 4 June 2025 Revised: 30 July 2025 Accepted: 3 August 2025

#### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า โดยการมีส่วนร่วม ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสามัคคี ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

**รูปแบบและวิธีวิจัย :** การวิจัยเชิงปฏิบัติการใช้แนวคิดการพัฒนาของ Kemmis and McTaggart (1988) ร่วมกับแนวคิด Empowerment ของ Miller ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย เด็กอายุ 0-5 ปีที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า จำนวน 47 คน ผู้ปกครองเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าจำนวน 47 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 10 คน และ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) 32 คน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกันยายน 2567 – เมษายน 2568 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบประเมินพัฒนาการเด็ก 2) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม 3) แบบสอบถามผู้ปกครอง 4) แบบสอบถามเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานด้วย Paired T-test

**ผลการศึกษา :** 1) สถานการณ์ปัญหาของการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี พบว่า ยังไม่ได้รับการคัดกรอง และส่งเสริมพัฒนาการอย่างมีคุณภาพและครอบคลุม ผู้ปกครองเด็กขาดทักษะในการส่งเสริมพัฒนาการ ขาดการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง 2) รูปแบบที่พัฒนาขึ้น มี 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1. การวิเคราะห์ปัญหาและบริบท 2. บทบาทหน้าที่ผู้มีส่วนร่วม 3. ฐานข้อมูลเด็กกลุ่มเป้าหมาย 4. สร้างความรู้และฝึกทักษะ 5. การเสริมพลังและประเมินพัฒนาการ 6. การเชื่อมโยงข้อมูลและระบบส่งต่อ 7. ประเมินผลและประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเกิดรูปแบบ “SAMAKEE MODEL” 3) ผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นพบว่าผู้ปกครองมีเจตคติ พฤติกรรม และความพึงพอใจต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ( $P\text{-value} < 0.001$ ) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. มีความรู้ การรับรู้ และการมีส่วนร่วมต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ( $P\text{-value} < 0.001$ ) เด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการทุกคน และกลับมา มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 95.7 เมื่อเปรียบเทียบพัฒนาการเด็ก พบว่าหลังการวิจัยเด็กมีพัฒนาการสมวัย เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 85.2 เป็นร้อยละ 95.7

**สรุปผลการศึกษา :** การนำรูปแบบส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า โดยใช้ SAMAKKEE MODEL ทำให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้มากขึ้น และทำให้เด็กกลับมาพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้น จึงควรนำรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า โดยการมีส่วนร่วมจากการวิจัยนี้ ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นต่อไป

**คำสำคัญ :** รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก, พัฒนาการสงสัยล่าช้า, การมีส่วนร่วม, สามัคคีโมเดล

---

## ABSTRACT

**Objective :** This study aimed to develop and evaluate a development promotion model for children aged 0–5 years with suspected developmental delays through stakeholder participation at the Samakee Primary Care Unit, Talad Sub-district, Mueang District, Mahasarakham Province.

**Methods :** This action research was based on the conceptual framework of Kemmis and McTaggart (1988) and the empowerment concept of Miller. The study involved 47 children aged 0–5 years with suspected developmental delays, their 47 parents, 10 public health officers, and 32 village health volunteers. The research was conducted from September 2024 to April 2025. Research instruments included: (1) a child development assessment form, (2) group discussion guidelines, and (3) questionnaires for parents, public health officers, and village health volunteers. Qualitative data were analyzed using content analysis, while quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

**Results :** 1) The situation analysis revealed that developmental promotion and screening for children aged 0–5 years lacked quality and comprehensive coverage. Parents lacked the skills to promote child development, and stakeholder participation was limited. 2) The developed model consisted of seven components: (1) problem and contextual analysis, (2) roles and responsibilities of participants, (3) target child database, (4) knowledge building and skill development, (5) empowerment and developmental assessment, (6) data linkage and referral system, and (7) evaluation and knowledge exchange. This process led to the creation of the “SAMAKEE MODEL.” 3) Implementation of the model resulted in significant improvements in parents’ attitudes, behaviors, and satisfaction regarding child development promotion ( $P\text{-value} < 0.001$ ). Public health officers and village health volunteers demonstrated significantly increased knowledge, awareness, and participation ( $P\text{-value} < 0.001$ ). All children with suspected developmental delays received stimulation interventions, and 95.7% achieved age-appropriate development. The proportion of children with age-appropriate development increased from 85.2% before the intervention to 95.7% after the intervention.

**Conclusion :** The participatory “SAMAKEE MODEL” developed in this study enhanced the capacity of stakeholders to promote development in children aged 0–5 years with suspected delays and significantly improved developmental outcomes. This model is recommended for adaptation and implementation in other community settings.

**Keywords :** Child development promotion model, Suspected developmental delay, Participation, SAMAKEE MODEL

## บทนำ

วัยเด็กถือเป็นช่วงเวลาสำคัญยิ่งในการวางรากฐานการพัฒนามนุษย์และทุนทางสังคม โดยเฉพาะเด็กปฐมวัยหรือเด็กที่มีอายุ 0-5 ปี ถือเป็นช่วงที่มีความสำคัญมากที่สุดเนื่องจากมีพัฒนาการและการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะพัฒนาการด้านสมองสูงถึงร้อยละ 80 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ใหญ่ ซึ่งมีความยืดหยุ่นและตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงได้เป็นอย่างดี<sup>(1)</sup> การศึกษาของ Shonkoff และ Phillips<sup>(2)</sup> พบว่าเด็กที่ได้รับการดูแลและมีพัฒนาการที่ดีในช่วงปฐมวัยมีโอกาสที่จะประสบความสำเร็จในชีวิตมากกว่า สำหรับประเทศไทยได้เล็งเห็นความสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก จึงได้กำหนดยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี<sup>(3)</sup> โดยมีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญเพื่อพัฒนาคนในทุกมิติและในทุกช่วงวัยให้เป็นคนดี เก่ง และมีคุณภาพ รวมถึงเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่าเด็ก 0-5 ปีประมาณ 250 ล้านคนทั่วโลกมีความเสี่ยงที่จะมีพัฒนาการไม่สมวัย<sup>(4)</sup> การคัดกรองพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ในประเทศไทยตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ปี 2565-2567 พบว่ามีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 85.1 79.7 และ 78.4<sup>(5)</sup> (เป้าหมายมากกว่าร้อยละ 86) ส่วนจังหวัดมหาสารคามพบร้อยละ 90.0 82.9 และ 79.6 ตามลำดับ สำหรับศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสามัคคีพบว่ามีการพัฒนาการสมวัยร้อยละ 72.7 94.2 และ 85.2 มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ 43.9 31.1 และ 37.6 ตามลำดับ โดยมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านการใช้ภาษามากที่สุดร้อยละ 55.3 ด้านกล้ามเนื้อเล็กร้อยละ 50.1 และด้านการเข้าใจภาษาร้อยละ 34.0<sup>(6)</sup> ซึ่งเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าและล่าช้าถือว่าเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากพัฒนาการเด็ก 0-5 ปีมีความสำคัญอย่างมากในการสร้างรากฐานที่มั่นคงสำหรับชีวิตในอนาคตของเด็ก ทั้งในด้านสุขภาพ การศึกษา ความสามารถทางสังคม และการเป็นสมาชิกที่มีคุณค่าในสังคม ดังนั้นการส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสมตั้งแต่วัยเด็กจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งเพื่อให้เด็กได้เติบโต และพัฒนาตามศักยภาพสูงสุดของตนเอง

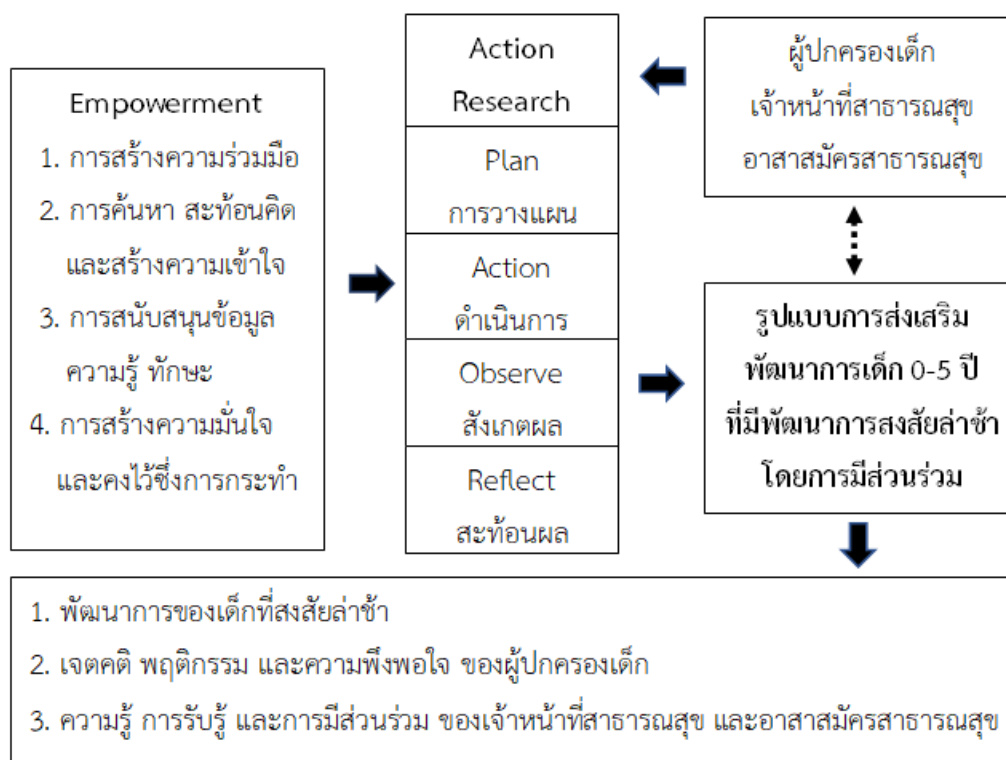
จากการสังเกตและพูดคุยกับผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปี ในชุมชนพบว่าส่วนใหญ่ขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก ไม่เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ให้เด็กอยู่หน้าจอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ขาดความมั่นใจในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ขาดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและ อสม. และยังไม่มียุทธศาสตร์การทำงานในพื้นที่ที่ชัดเจน ดังนั้นเพื่อให้การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุตามเป้าหมาย จึงได้จัดทำโครงการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า โดยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และผู้ปกครอง โดยมุ่งหวังว่ารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กนี้จะทำให้มีการดูแลเด็ก 0-5 ปีอย่างเหมาะสม มีการส่งเสริมเด็กที่มีความเสี่ยงเรื่องพัฒนาการตั้งแต่วัยแรก ๆ เพื่อให้เด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย สร้างความตระหนักให้กับผู้ปกครองเห็นความสำคัญของการส่งเสริมพัฒนาการลูกหลาน และสนับสนุนให้แต่ละครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาของการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าโดยการมีส่วนร่วม
3. เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าโดยการมีส่วนร่วมของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสามัคคี

## กรอบแนวคิด

การศึกษานี้ใช้แนวคิดการพัฒนา 4 ขั้นตอนของ Kemmis and McTaggart<sup>(7)</sup> ร่วมกับแนวคิด Empowerment ของ Miller<sup>(8)</sup> ประกอบด้วย



รูปที่ 1 กรอบกรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีการศึกษา

### 1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ใช้แนวคิดการพัฒนา 4 ขั้นตอนของ Kemmis and McTaggart<sup>(7)</sup> ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ซึ่งเป็นกระบวนการที่วนลูปไปเรื่อย ๆ หลังจากการสะท้อนผล สามารถกลับไปขั้นตอนการวางแผนอีกครั้งเพื่อทำการปรับปรุงและพัฒนาแผนให้ดียิ่งขึ้นสำหรับการดำเนินการรอบถัดไป กระบวนการนี้ช่วยให้สามารถเรียนรู้และปรับตัวได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นคุณสมบัติที่สำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยใช้ร่วมกับกรอบแนวคิด Empowerment ของ Miller<sup>(8)</sup> มาดำเนินการในขั้นปฏิบัติ ดังนี้

การวางแผน (Plan) ผู้วิจัยและผู้มีส่วนร่วม สนทนากลุ่มร่วมวิเคราะห์สภาพปัญหาและบริบทพื้นที่ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี และกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนร่วม วางแผนจัดกิจกรรม

ขั้นปฏิบัติ (Act) นำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller<sup>(8)</sup> มาดำเนินการในขั้นปฏิบัติ ทั้งหมด 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การสร้างความร่วมมือ ระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปี สร้างกลุ่มไลน์อนามัยแม่และเด็ก และได้กำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนร่วม

ขั้นที่ 2 การค้นหา สะท้อนคิด และสร้างความเข้าใจในสถานการณ์จริง จัดทำฐานข้อมูลเด็กกลุ่มเป้าหมายแยกรายชุมชน คัดเลือกข้อมูลให้ผู้มีส่วนร่วมรับทราบ เพื่อให้สามารถเข้าใจปัญหา สะท้อนคิดปรับเปลี่ยนมุมมอง

ขั้นที่ 3 การสนับสนุนข้อมูล ความรู้ ทักษะและส่งเสริมแหล่งพลังอำนาจ จัดอบรมให้ความรู้ พร้อมฝึกทักษะการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือ DSPM 2 โครงการได้แก่ 1) อบรมเพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี 2) อบรมเชิงปฏิบัติการ การคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี สำหรับผู้ปกครอง และมีการประเมินความรู้ การรับรู้ เจตคติ พฤติกรรม ความพึงพอใจ และการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการ ก่อนดำเนินกิจกรรม พร้อมทั้งสนับสนุนคู่มือ DSPM มีสื่อวีดิทัศน์สอนการใช้คู่มือ DSPM ให้ดูที่บ้าน สร้างกลุ่มไลน์อนามัยแม่และเด็กเพื่อให้ข้อมูลให้ความรู้ และให้คำปรึกษา โดยมี อสม. เป็นพี่เลี้ยงผู้ปกครองเด็ก และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยง อสม. เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าจะได้รับการกระตุ้นโดยผู้ปกครองและ อสม. เจ้าหน้าที่จะติดตามผลภายใน 30 วัน หากพัฒนาการยังไม่สมวัย ส่งต่อโรงพยาบาลมหาสารคาม

ขั้นที่ 4 สร้างความมั่นใจและการคงไว้ซึ่งการกระทำ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเยี่ยมเสริมพลัง ให้กำลังใจ และให้คำปรึกษาการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉพาะราย ติดตามการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครองและ อสม. ที่บ้านหรือในชุมชน นอกจากนั้น มีการติดตามการส่งเสริมพัฒนาการเด็กระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับ อสม. ทุกเดือน

ขั้นสังเกต (Observe) การติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน การติดตามพัฒนาการเด็กระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับ อสม. ทุกเดือน การออกเยี่ยมติดตามการดำเนินงานในพื้นที่ การตรวจคัดกรองส่งเสริมพัฒนาการเด็กซ้ำในรายที่สงสัยล่าช้า ส่งต่อ และเชื่อมโยงข้อมูลเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าและพัฒนาการล่าช้า เพื่อเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการอย่างต่อเนื่องในหลายช่องทาง ได้แก่ ไลน์ เฟสบุ๊ก และโทรศัพท์มือถือ ทั้งมีการประเมินความรู้ การรับรู้ เจตคติ พฤติกรรม ความพึงพอใจ และการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการ หลังดำเนินกิจกรรม เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานก่อนและหลังการวิจัย

ขั้นสะท้อนผล (Reflect) สรุปประเมินผลการดำเนินงานและประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้มีส่วนร่วมเพื่อปรับปรุงและพัฒนารูปแบบให้ดียิ่งขึ้น ประกวดเด็ก “หนูน้อยสามัคคี เก่ง ดี มีสุข” เพื่อเป็นการสร้างกระแสกระตุ้นให้ชุมชนเห็นความสำคัญของการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี

## 2. พื้นที่ดำเนินการวิจัย

ศึกษาในพื้นที่ 7 ชุมชน ในเขตรับผิดชอบ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสามัคคี ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ได้แก่ ชุมชนสามัคคี 1 ชุมชนสามัคคี 2 ชุมชนธัญญา 1 ชุมชนธัญญา 2 ชุมชนธัญญา 3 ชุมชนธัญญา 4 และชุมชนมหาชัย

## 3. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า และผู้ปกครอง
2. กลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง 136 คน แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ 1) เด็ก 0-5 ปีที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า 47 คน 2) ผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปีที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า 47 คน 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 10 คน และ 4) อสม. ที่มีเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าอยู่ในความรับผิดชอบ 32 คน

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรคำนวณของ Krejcie & Morgan<sup>(9)</sup> ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างของเด็ก 0-5 ปีที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า 43 คน เพื่อป้องกันการสูญหายจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 47 คน

#### เกณฑ์การคัดเลือกเข้าสู่โครงการ (Inclusion criteria)

1. เด็กอายุ 0-5 ปีได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้เครื่องมือ DSPM ณ ช่วงเดือนตุลาคม 2566 ถึงเดือน สิงหาคม 2567 และมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า มีภูมิลาเนาในพื้นที่รับผิดชอบ 7 ชุมชนของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสามัคคี ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม
2. เป็นผู้ปกครองเด็กอายุ 0-5 ปีที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ในช่วงเวลาการทำวิจัยสามารถสื่อสารและติดตามกระตุ้นพัฒนาการจนครบระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย
3. เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกคนที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสามัคคี
4. เป็น อสม. ที่อยู่ในเขตพื้นที่หน่วยบริการศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสามัคคี ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม มีเด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าอยู่ในชุมชนรับผิดชอบ
5. ได้รับการบอกกล่าวแนะนำตัวจากผู้วิจัย และยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

#### เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. ย้ายออกจากพื้นที่ในระหว่างการศึกษาวิจัย
2. เสียชีวิตภายหลังเข้าร่วมโครงการวิจัย
3. ไม่สมัครใจที่จะอยู่ในโครงการวิจัย

#### การพิทักษ์สิทธิทางจริยธรรม

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอความยินยอมจากผู้ปกครองของเด็กและอาสาสมัครก่อนการเก็บข้อมูล โดยชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงาน ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนสิทธิของผู้เข้าร่วม และการรักษาความลับของข้อมูลให้อาสาสมัครทราบอย่างชัดเจน โดยระบุว่าการเข้าร่วมเป็นความสมัครใจ และอาสาสมัครสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบ การนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้นไม่มีการระบุชื่อของอาสาสมัครไม่ว่ากรณีใด ๆ ซึ่งจะไม่ก่อให้เกิดความเสียหายต่ออาสาสมัครได้ ทั้งนี้การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ โรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่ MSKH\_REC 67-01-075 ได้รับการอนุมัติในวันที่ 22 ตุลาคม 2567

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินพัฒนาการเด็ก เป็นเครื่องมือมาตรฐาน ได้มาจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข สำหรับประเมินพัฒนาการเด็กอายุ 9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน 42 เดือน และ 60 เดือน ทั้ง 5 ด้าน
2. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสังเกต การสัมภาษณ์ ประเด็นที่ศึกษา ได้แก่ การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปีแบบเดิม ปัญหาอุปสรรค แนวทางการแก้ไข และปัจจัยแห่งความสำเร็จ
3. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ แบบสอบถามจำแนกแบบสอบถามออกเป็น 2 ชุด ดังนี้
  - 3.1 แบบสอบถามชุดที่ 1 สำหรับผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปี แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไป 7 ข้อ 2) เจตคติต่อระบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 10 ข้อ 3) พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 10 ข้อ และ 4) ความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี 5 ข้อ
  - 3.2 แบบสอบถามชุดที่ 2 สำหรับ อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไป 6 ข้อ 2) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก 20 ข้อ 3) แบบประเมินการรับรู้การดำเนินงาน 8 ข้อ และ 4) การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี 7 ข้อ

## การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดย ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยประเมินความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence; IOC) คำนวณค่าตรงความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ พบว่าข้อคำถามแต่ละข้อมีค่าตรงความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์อยู่ระหว่าง 0.7-1.0 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ จากนั้นนำแบบสอบถามที่แก้ไขไปทดลองใช้ ได้ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม 0.88 (Rovinelli and Hambleton, 1977 อ้างใน สมชาย วรภิเษมสกุล)<sup>(10)</sup>

## การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) แล้วสรุปเป็นประเด็นปัญหา และความต้องการในการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมเด็กพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี

2) ข้อมูลเชิงปริมาณ

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อใช้อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนระดับคะแนนเจตคติ พฤติกรรม และความพึงพอใจของผู้ปกครอง และระดับคะแนนความรู้ การรับรู้และการมีส่วนร่วมของอสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะนำมารวมคะแนนแล้วจัดกลุ่มตามเกณฑ์ของ Best (สมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553: 100 อ้างอิงจาก Best, 1995: 19)<sup>(11)</sup> แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง และสูง

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยทั้ง 3 กลุ่มมีจำนวนน้อยกว่า 50 คน จึงได้ทำการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลว่าเป็นแบบปกติหรือไม่ด้วย Shapiro-Wilk test พบว่า ข้อมูลของกลุ่ม อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีการแจกแจงแบบปกติ ค่า p มากกว่า 0.05 จึงใช้สถิติ Paired T-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ การรับรู้และการมีส่วนร่วมของอสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม ส่วนข้อมูลของกลุ่มผู้ปกครองเด็ก พบว่า มีการแจกแจงไม่ปกติ ค่า p น้อยกว่า 0.05 จึงใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test ในการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเจตคติ พฤติกรรม และความพึงพอใจของผู้ปกครองก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

## ผลการศึกษา

1. ด้านสถานการณ์ปัญหาและบริบทการดำเนินงาน

ข้อมูลทั่วไป ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสามัคคี เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิเขตเมือง ให้การดูแลรับผิดชอบ 7 ชุมชนในตำบลตลาด อำเภอมือเมือง จังหวัดมหาสารคาม ผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปี ส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขาย รายได้เฉลี่ย 5,000-10,000 บาทต่อเดือน ปี 2567 ผลการดำเนินงานพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี พบว่า ได้รับการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการร้อยละ 89.3 พัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ 37.6 เด็กสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามร้อยละ 96.0 และมีเด็กที่มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 85.2 มีพัฒนาการล่าช้าส่งต่อโรงพยาบาลมหาสารคาม ร้อยละ 3.7

ข้อมูลและการสนทนากลุ่ม พบว่า เด็ก 0-5 ปี ยังไม่ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการที่มีคุณภาพและครอบคลุม ผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปีในชุมชนส่วนใหญ่ขาดการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการตามวัย ขาดการใช้คู่มือ DSPM ไม่เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ให้เด็กอยู่หน้าจอ คิดว่าเมื่อเด็กโตขึ้นจะทำได้เอง และเชื่อว่าที่เด็กพูดช้าเป็นเพราะกรรมพันธุ์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขย้ายมาใหม่มากกว่าร้อยละ 70 และอสม. ขาดความรู้และความมั่นใจในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ทำให้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กส่วนใหญ่เป็น

บทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานอนามัยเด็กเป็นหลัก ขาดการมีส่วนร่วมและการเชื่อมโยง และส่งต่อข้อมูลในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และยังไม่มียุทธศาสตร์แบบการทำงานในพื้นที่ที่ชัดเจน ข้อเสนอแนะในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ควรเน้นที่ครอบครัวและผู้ปกครองเป็นแกนหลัก โดยให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม ทำให้เกิดความตระหนักและเห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดยมีการอบรมให้ความรู้ และฝึกทักษะการส่งเสริมพัฒนาการแก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปี ให้เกิดทักษะ และมั่นใจในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยให้ อสม. มีบทบาทเป็นพี่เลี้ยง ช่วยเหลือผู้ปกครอง และมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำชุมชนเป็นพี่เลี้ยง อสม. มีบทบาทติดตามเยี่ยมเสริมพลังการฝึกคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่บ้าน เพื่อสร้างความมั่นใจให้ทั้ง อสม. และผู้ปกครองเด็กและมีการกำกับติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และการส่งต่อและเชื่อมโยงข้อมูลเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า และพัฒนาการล่าช้า ระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และผู้ปกครองเด็ก

## 2. ด้านรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าโดยการมีส่วนร่วม

จากบริบทการดำเนินงาน สภาพปัญหา และข้อเสนอแนะข้างต้น ได้นำไปสู่การพัฒนากระบวนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า โดยการมีส่วนร่วม ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสามัคคี ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งได้รูปแบบการดำเนินงานแนวความคิดการพัฒนา 4 ขั้นตอนของ Kemmis and McTaggart<sup>(7)</sup> ประเด็นหลัก ดังนี้

### 1. การวางแผน (Plan) มี 2 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหาและบริบทพื้นที่ ผู้วิจัยและผู้มีส่วนร่วม ร่วมกัน วิเคราะห์สภาพปัญหาและบริบทพื้นที่ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี วางแผนจัดกิจกรรม 2 โครงการ คือ 1) อบรมเพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี 2) อบรมเชิงปฏิบัติการ การคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี สำหรับผู้ปกครอง

กิจกรรมที่ 2 กำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนร่วม ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานอนามัยเด็ก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำชุมชน อสม. และผู้ปกครองเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า

### 2. ขั้นตอนปฏิบัติ (Act) มี 3 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 3 การจัดการข้อมูล ทำฐานข้อมูลเด็กกลุ่มเป้าหมาย โดยแยกรายชุมชน และคืนข้อมูลให้ผู้มีส่วนร่วมรับทราบ เพื่อให้สามารถเข้าใจปัญหา สะท้อนคิดปรับเปลี่ยนมุมมอง

กิจกรรมที่ 4 สร้างความรู้และฝึกทักษะ จัดอบรมให้ความรู้พร้อมฝึกทักษะการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือ DSPM แก่ ผู้ปกครอง อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำชุมชน พร้อมทั้งสนับสนุนคู่มือ DSPM และมีสื่อวีดิทัศน์สอนการใช้คู่มือ DSPM ให้ดูต่อที่บ้าน สร้างกลุ่มไลน์อนามัยแม่และเด็ก เพื่อให้ข้อมูล ให้ความรู้

กิจกรรมที่ 5 การเสริมพลังและการติดตามพัฒนาการเด็ก โดยการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยผู้ปกครอง ซึ่งมี อสม. เป็นพี่เลี้ยงผู้ปกครองเด็ก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้คำปรึกษาการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉพาะรายบุคคลแก่ผู้ปกครองเด็กและ อสม. และติดตามเยี่ยมเสริมพลังการฝึกคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่บ้าน เพื่อสร้างความมั่นใจให้ทั้ง อสม. และผู้ปกครองเด็ก สร้างกลุ่มไลน์อนามัยแม่และเด็กให้คำปรึกษา

### 3. ขั้นสังเกต (Observe) มี 1 กิจกรรม คือ

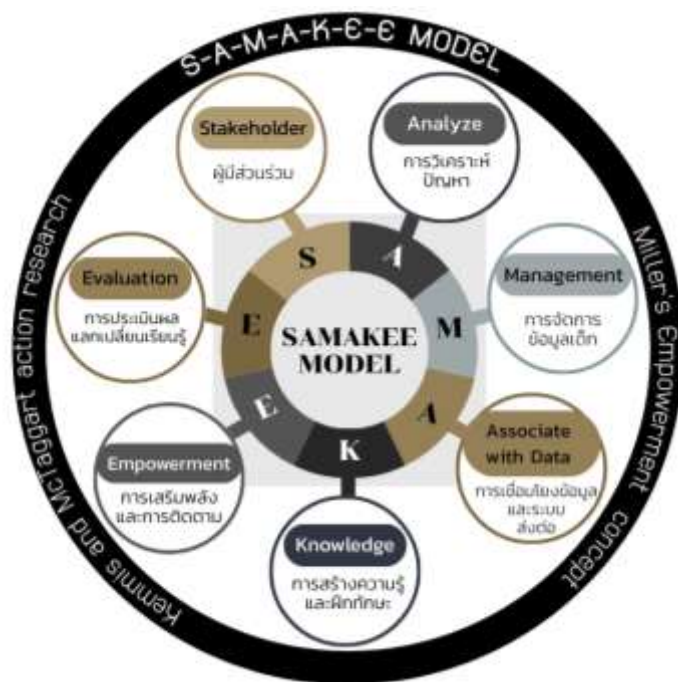
กิจกรรมที่ 6 การเชื่อมโยงข้อมูลและระบบส่งต่อ โดยการติดตามพัฒนาการเด็กระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับ อสม. ทุกเดือน เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าจะได้รับการกระตุ้นโดยผู้ปกครอง และมี

อสม. เป็นพี่เลี้ยง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตามผลภายใน 30 วัน ซึ่งเป็นการติดตามทั้งในคลินิกพัฒนาการหรือในชุมชน หากพัฒนาการยังไม่สมวัยส่งต่อที่โรงพยาบาลมหาสารคาม และการพัฒนาระบบส่งต่อและเชื่อมโยงข้อมูลเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าและพัฒนาการล่าช้า ระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และผู้ปกครองเด็ก เพื่อเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง ในหลายช่องทาง ได้แก่ ทางไลน์ เฟสบุ๊ก โทรศัพท์มือถือ

#### 4. ขั้นสะท้อนผล (Reflect) มี 1 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 7 การประเมินผลโครงการและประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้มีส่วนร่วมอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ประเมินผลการดำเนินงานเพื่อปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงานประกวดเด็ก “หนูน้อยสามัคคี เก่ง ดี มีสุข”

ผลจากการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า โดยการมีส่วนร่วมศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสามัคคีครั้งนี้ ทำให้เกิดรูปแบบ S-A-M-A-K-E-E Model โดยมีคำสำคัญจากกิจกรรม ดังรูปที่ 2



รูปที่ 2 คำสำคัญจากกิจกรรมและผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า โดยการมีส่วนร่วมศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสามัคคี ภายใต้ชื่อ “S-A-M-A-K-E-E Model”

ผู้วิจัยสามารถสรุปความแตกต่างของรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า โดยการมีส่วนร่วมศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสามัคคี ระหว่างรูปแบบเดิมที่มีอยู่ และรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1 ความแตกต่างของรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กระหว่างรูปแบบเดิมและที่พัฒนาขึ้น**

| หัวข้อ                                       | รูปแบบการส่งเสริมแบบเดิม                                                                                                    | รูปแบบการส่งเสริมแบบที่พัฒนาขึ้น                                                                                                                      |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. การวิเคราะห์สภาพปัญหาและบริบทการดำเนินงาน | เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสาธารณสุขเป็นผู้วิเคราะห์ปัญหาเป็นหลัก                                                                  | วิเคราะห์แบบมีส่วนร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง                                                                                                   |
| 2. บทบาทหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง           | ไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน การคัดกรองพัฒนาการโดยผู้รับผิดชอบงานอนามัยเด็ก                                              | กำหนดบทบาทหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างชัดเจน โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานอนามัยเด็กเป็นพี่เลี้ยง                                       |
| 3. ฐานข้อมูลเด็กกลุ่มเป้าหมาย                | เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำชุมชนไม่มีข้อมูลเด็กกลุ่มเป้าหมาย                                                                  | มีฐานข้อมูลเด็กกลุ่มเป้าหมายแยกรายชุมชน ได้แก่ เด็กที่มีพัฒนาการสมวัย สงสัยล่าช้าและพัฒนาการล่าช้า และคืนข้อมูลแก่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง              |
| 4. สร้างความรู้ความเข้าใจและฝึกทักษะ         | เจ้าหน้าที่สาธารณสุขพูดคุยให้ความรู้กับผู้ปกครองเด็กขณะมารับบริการที่คลินิก ตามคู่มือ DSPM (ผู้ปกครองบางคนไม่มีคู่มือ DSPM) | มีสื่อวีดิทัศน์สอนการใช้คู่มือ DSPM ผู้ปกครองและ อสม. ได้รับการฝึกทักษะส่งเสริมพัฒนาการสนับสนุนคู่มือ DSPM มีกลุ่มไลน์เป็นช่องทางให้ข้อมูล ให้ความรู้ |
| 5. การเสริมพลังและการติดตามพัฒนาการเด็ก      | ติดตามโดยผู้รับผิดชอบงานอนามัยเด็กเป็นหลัก ส่วนมากในรูปแบบเชิงรับที่คลินิกเด็กดี หรือโทรศัพท์ติดตาม                         | มีการร่วมติดตามของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง มีระบบพี่เลี้ยง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้คำปรึกษา รายบุคคล และติดตามเยี่ยมให้กำลังใจในชุมชนหรือที่บ้าน            |
| 6. การเชื่อมโยงข้อมูลและระบบส่งต่อ           | การส่งต่อข้อมูลน้อย ระบบส่งต่อไม่ชัดเจน                                                                                     | มีช่องทางประสานงานระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง หลายช่องทาง ได้แก่ ไลน์ และโทรศัพท์มือถือ มีระบบส่งตั้งแต่ระดับพื้นที่ถึงโรงพยาบาลมหาสารคาม              |
| 7. ประเมินผลและประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้      | การติดตามประเมินผลการดำเนินงานขาดการมีส่วนร่วมขาดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง                            | จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ร่วมกับผลการดำเนินงานเพื่อปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงานต่อไป                   |

3. ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า โดยการมีส่วนร่วม ของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสามัคคี

1. ข้อมูลทั่วไปของเด็ก 0-5 ปีที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าในพื้นที่ 47 คน แยกรายด้านพบว่า พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านการใช้ภาษามากที่สุดร้อยละ 55.3 ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กร้อยละ 50.1 ด้านการเข้าใจภาษาร้อยละ 34.0 ด้านการช่วยเหลือตัวเองและเข้าสังคมร้อยละ 12.8 และด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ร้อยละ 4.2 เด็กได้รับการติดตามร้อยละ 100 มีเด็กพัฒนาการสมวัยร้อยละ 95.7 เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าส่งต่อโรงพยาบาล

มหาสารคามจำนวน 2 คน ทั้งสองคนมีพัฒนาการล่าช้าด้านภาษา ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอสม. เกิดความมั่นใจในการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

2. เจตคติ พฤติกรรม และความพึงพอใจของผู้ปกครองเด็กในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ภายหลังการวิจัย พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value}<0.001$ ) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของ เจตคติ พฤติกรรม และความพึงพอใจของผู้ปกครองเด็กในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ก่อนและหลังใช้รูปแบบ

| สิ่งที่ประเมิน (n=47)                          | ค่าเฉลี่ย | SD   | การแปลผล | P-value |
|------------------------------------------------|-----------|------|----------|---------|
| 1. เจตคติต่อระบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก        |           |      |          |         |
| - ก่อนพัฒนา                                    | 2.28      | 0.22 | ปานกลาง  | <0.001  |
| - หลังพัฒนา                                    | 2.91      | 0.09 | มาก      |         |
| 2. พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก             |           |      |          |         |
| - ก่อนพัฒนา                                    | 2.05      | 0.29 | ปานกลาง  | <0.001  |
| - หลังพัฒนา                                    | 2.84      | 0.12 | มาก      |         |
| 3. ความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก |           |      |          |         |
| - ก่อนพัฒนา                                    | 2.30      | 0.18 | ปานกลาง  | <0.001  |
| - หลังพัฒนา                                    | 2.96      | 0.08 | มาก      |         |

3. ความรู้ การรับรู้ และการมีส่วนร่วม ของอสม. ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ภายหลังการวิจัย พบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value}<0.001$ ) ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** การเปรียบเทียบความแตกต่างความรู้ การรับรู้ และการมีส่วนร่วม ของอสม. ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ก่อนและหลังใช้รูปแบบ

| สิ่งที่ประเมิน (n=32)                                | ค่าเฉลี่ย | SD   | การแปลผล | P-value |
|------------------------------------------------------|-----------|------|----------|---------|
| 1. ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก           |           |      |          |         |
| - ก่อนพัฒนา                                          | 61.25     | 7.51 | ปานกลาง  | <0.001  |
| - หลังพัฒนา                                          | 91.41     | 5.99 | สูง      |         |
| 2. การรับรู้การดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็ก         |           |      |          |         |
| - ก่อนพัฒนา                                          | 1.87      | 0.24 | ปานกลาง  | <0.001  |
| - หลังพัฒนา                                          | 2.91      | 0.11 | มาก      |         |
| 3. การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก |           |      |          |         |
| - ก่อนพัฒนา                                          | 1.71      | 0.32 | ปานกลาง  | <0.001  |
| - หลังพัฒนา                                          | 2.90      | 0.12 | มาก      |         |

4. ความรู้ การรับรู้ และการมีส่วนร่วม ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ภายหลังการวิจัย พบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} < 0.001$ ) ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** การเปรียบเทียบความแตกต่างความรู้ การรับรู้ และการมีส่วนร่วม ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปีก่อนและหลังใช้รูปแบบ

| สิ่งที่ประเมิน (n=10)                                | ค่าเฉลี่ย | SD   | การแปลผล | P-value |
|------------------------------------------------------|-----------|------|----------|---------|
| 1. ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก           |           |      |          |         |
| - ก่อนพัฒนา                                          | 78.50     | 8.52 | ปานกลาง  | <0.001  |
| - หลังพัฒนา                                          | 97.50     | 2.64 | สูง      |         |
| 2. การรับรู้การดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็ก         |           |      |          |         |
| - ก่อนพัฒนา                                          | 2.30      | 0.83 | ปานกลาง  | <0.001  |
| - หลังพัฒนา                                          | 2.91      | 0.90 | มาก      |         |
| 3. การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก |           |      |          |         |
| - ก่อนพัฒนา                                          | 1.79      | 0.21 | ปานกลาง  | <0.001  |
| - หลังพัฒนา                                          | 2.73      | 0.17 | มาก      |         |

### อภิปรายผล

การอภิปรายผลของการวิจัยนี้ แบ่งเป็น 2 ประเด็น คือ การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมเด็กพัฒนาการเด็ก 0-5 ปีที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า และผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น รายละเอียดดังนี้

#### 1. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมเด็กพัฒนาการเด็ก 0-5 ปีที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า

จากบริบทการดำเนินงาน สภาพปัญหา และข้อเสนอแนะ ได้นำไปสู่การพัฒนารูปแบบ การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสามัคคี หรือ SAMAKEE MODEL ขึ้น ซึ่งมีอยู่ 7 องค์ประกอบ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ร่วมให้ข้อมูล ร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการ และร่วมประเมินผล โดยเฉพาะกลุ่มผู้ปกครองเด็ก อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ถือเป็นการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างเป็นระบบ เน้นการมีส่วนร่วม ทั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้กับการศึกษาอื่น ๆ พบว่า มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ อภิญา บุญฤกษ์<sup>(12)</sup> ศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนาการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปีที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า โดยชุมชนมีส่วนร่วม อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร หลังการพัฒนาได้รูปแบบในการดำเนินงานทั้งหมด 7 องค์ประกอบ ซึ่งมีองค์ประกอบที่เหมือนกัน 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การวิเคราะห์ปัญหา การทำฐานข้อมูลเด็กกลุ่มเป้าหมาย การสร้างความรู้และฝึกทักษะ การเสริมพลังและการติดตาม และการเชื่อมโยงข้อมูลและระบบส่งต่อ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้แตกต่างกับการศึกษาของวรรณธิภา กิตติธงโสภณ<sup>(13)</sup> ที่ศึกษาวิจัยการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปีที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า ตำบลบ้านกล้วย อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย หลังการพัฒนาได้รูปแบบในการดำเนินงานทั้งหมด 6 องค์ประกอบ ซึ่งมีองค์ประกอบที่เหมือนกันเพียง 1 องค์ประกอบ คือ การสร้างความรู้ แต่จุดมุ่งหมายของการพัฒนารูปแบบคล้ายกัน คือ เพื่อเกิดการส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการที่สมวัย

## 2. ผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า

รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าโดยการมีส่วนร่วม ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสามัคคี หรือ SAMAKEE MODEL ที่พัฒนาขึ้นนี้เกิดจากการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของผู้ที่เกี่ยวข้อง เริ่มตั้งแต่การร่วมค้นหาปัญหาและสาเหตุ การวางแผน การดำเนินกิจกรรม และการประเมินผล ส่งผลให้ผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปี มีเจตคติ พฤติกรรม และความพึงพอใจในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่า อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความรู้ การรับรู้ และการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน ส่งผลให้เด็ก 0-5 ปีที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามพัฒนาการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 96.0 เป็นร้อยละ 100 และกลับมามีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 85.2 เป็นร้อยละ 95.7 สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิญา บุญฤกษ์<sup>(12)</sup> ศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปีที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า โดยชุมชนมีส่วนร่วม หลังการวิจัย พบว่า ผู้ปกครองมีความรู้ เจตคติ และมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบกับสัดส่วนเด็ก 0-5 ปีที่มีพัฒนาการสมวัยก่อนและหลังการวิจัย พบว่าหลังการวิจัยเด็กมีพัฒนาการที่สมวัยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 81.7 เป็นร้อยละ 97.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับสอดคล้องกับการศึกษาของ S. Zhou et al<sup>(14)</sup> ศึกษาผลของการดูแลแบบบูรณาการในชุมชนเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงดูที่เหมาะสมต่อพัฒนาการของเด็กปฐมวัยในพื้นที่ชนบทของจีน หลังดำเนินการพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถป้องกันและลดความล่าช้าด้านพัฒนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปีได้อย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของปาณิสรา ยานิพนธ์<sup>(15)</sup> ที่ศึกษาการพัฒนาแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลโฆง อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี หลังการศึกษาพบว่า ผู้เลี้ยงดูเด็ก ผู้ปกครอง และ อสม. มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเพิ่มขึ้น และเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้ามีการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการได้ตามปกติเพิ่มขึ้น ซึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จของการวิจัย คือ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง การบูรณาการทำงานระหว่างภาคีเครือข่ายในพื้นที่อย่างใกล้ชิด และกำกับติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

### ข้อจำกัดของการศึกษา

พื้นที่ศึกษาเป็นบริบทเขตเมืองที่มีความซับซ้อนของโครงสร้างประชากร มีการอพยพย้ายถิ่นฐานบ่อย มีความเร่งรีบในการดำรงชีวิต ประชาชนส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขาย รับจ้าง และผู้ปกครองเด็กบางคนไม่เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ให้เด็กอยู่หน้าจอ และขาดความร่วมมือในกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้ผู้ปกครองบางคนไม่ได้พาเด็กมาประเมินพัฒนาการซ้ำตามนัด ผู้วิจัยและทีมจึงแก้ปัญหาโดยการติดตามประเมินพัฒนาการซ้ำที่บ้านหรือที่โรงเรียน

### สรุปผลการศึกษา

รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า โดยการมีส่วนร่วม SAMAKEE MODEL ทำให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง มีความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ได้มากขึ้น และส่งผลให้เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ากลับมามีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้น

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย

1. ผู้บริหารระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรกำหนดนโยบาย กำหนดมาตรการเพื่อผลักดันให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องดำเนินการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ให้ครอบคลุมทั้งในชุมชนและในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย โดยอาจพิจารณาให้หน่วยงาน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นองค์กรขับเคลื่อนการแก้ปัญหาในแต่ละพื้นที่ และอาจพิจารณารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก SAMAKEE MODEL ที่พัฒนาครั้งนี้ เป็นหนึ่งมาตรการดำเนินงานในพื้นที่ต่อไป

2. หน่วยงานสาธารณสุขควรสนับสนุนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กลไก อสม. ทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำชุมชน มีระบบพี่เลี้ยงให้กับผู้ปกครองเด็ก ซึ่งสามารถทำให้เกิดการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

3. หน่วยงานควรนำรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่พัฒนาขึ้น ไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานในพื้นที่อื่น เช่น ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนอนุบาล โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่

### ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ผู้วิจัยในการศึกษาครั้งต่อไป ควรเพิ่มกลุ่มเป้าหมายโดยให้ อสม. ทุกคนเข้าร่วมโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เพื่อให้ได้รับความรู้และฝึกทักษะ ทำให้เกิดความมั่นใจ สามารถคัดกรอง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้อย่างครอบคลุมต่อเนื่องและมีคุณภาพ

2. ผู้วิจัยควรมีการศึกษาติดตามการดำเนินงานตามรูปแบบระยะยาว 1-2 ปี เพื่อศึกษาผลลัพธ์และการดำเนินงานตามรูปแบบที่ต่อเนื่อง

## เอกสารอ้างอิง

1. Lancet. Advancing early childhood development: from science to scale. Lancet. 2017;389(10064).
2. Shonkoff JP, Phillips DA. From neurons to neighborhoods: the science of early childhood development. Washington, D.C.: National Academy Press; 2000. United Nations Children's Fund. Early moments matter. New York: UNICEF; 2017.
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579) ด้านสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 (พ.ศ. 2561). กรุงเทพฯ: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2561.
4. World Health Organization. Improving early childhood development: WHO guideline. Geneva: WHO; 2020 [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/331306/9789240002098>
5. สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ. รายงานสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย ปีงบประมาณ 2567 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://nich.anamai.moph.go.th/th/kpr67/download?id>
6. กระทรวงสาธารณสุข. ฐานข้อมูล HDC [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 30 ส.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th>

7. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. Melbourne: Deakin University Press; 1988 [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <http://elibrary.mukuba.edu.zm>
8. Miller JF. Coping with chronic illness: overcoming powerlessness. 2nd ed. Philadelphia: F.A. Davis; 1992.
9. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. 1970;30:607–10.
10. สมชาย วรกิจเกษมสกุล. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 2 ก.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.udru.ac.th/oldsite/attachments/elearning/pdf>
11. สุมัทนา กลางคาร, วรพจน์ พรหมสัตยพรต. หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์; 2553.
12. อภิญา บัญญู. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าโดยชุมชนมีส่วนร่วม อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 3 ก.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: [https://yasothon.moph.go.th/ssjyasothon/FrontEnd/report\\_AcademicWork\\_Read.php](https://yasothon.moph.go.th/ssjyasothon/FrontEnd/report_AcademicWork_Read.php)
13. วรณริชญา กิตติงโสมณ. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า: โมเดลตำบลบ้านกล้วย สุโขทัย. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย. 2566;10(1):36–53.
14. Zhou S, Zhou C, Yao Y, Chen A, Zhang L, Tao F. The effect of a community-based, integrated and nurturing care intervention on early childhood development in rural China. Public Health. 2019;167:125–35 [เข้าถึงเมื่อ 15 ก.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30660980>
15. ปาณิสรา ยานิพันธ์. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลโขง อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2564.

## ผลการบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวานที่นอนโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือน้ำตาลในเลือดต่ำ ณ หอผู้ป่วยอายุกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม

### Effect of Pharmaceutical Care on Hospitalized Diabetic Patients with Hyperglycemia or Hypoglycemia at the Internal Medical Wards, Mahasarakham Hospital

อรอนงค์ แสงวดี<sup>1\*</sup>, เพชรรัตน์ดา ราชดา<sup>2</sup>

Onanong Sawangdee<sup>1\*</sup>, Petchradda Rachada<sup>2</sup>

<sup>1\*</sup>เภสัชกรชำนาญการ, งานเภสัชกรรมผู้ป่วยใน กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม 44000

<sup>2</sup>เภสัชกรชำนาญการ, งานเภสัชกรรมผู้ป่วยใน กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม 44000

<sup>1\*</sup>Pharmacist, Professional level, Inpatient Pharmacy Department, Mahasarakham Hospital Mahasarakham province 44000

<sup>2</sup>Pharmacist, Professional level, Inpatient Pharmacy Department, Mahasarakham Hospital Mahasarakham province 44000

Corresponding Author:\*E-mail: Annsaa2108@gmail.com

Received: 31 May 2025 Revised: 2 August 2025 Accepted: 6 August 2025

#### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาปัญหาจากการใช้ยา ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) รวมถึงความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยาเบาหวาน ในผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูง หรือน้ำตาลในเลือดต่ำ

**รูปแบบและวิธีวิจัย :** การวิจัยเป็น cross-sectional study กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือน้ำตาลในเลือดต่ำ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 ถึง 31 มีนาคม 2568 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมานใช้ paired t-test

**ผลการศึกษา :** ผู้ป่วยทั้งหมด 74 ราย ปัญหาการใช้ยาที่พบมากที่สุด คือความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย จำนวน 29 ครั้ง (ร้อยละ 39.18) ได้แก่ ไม่รับประทานยา ไม่ฉีดยา ฉีดยาเบาหวานไม่ถูกต้อง และรับประทานอาหารไม่ตรงเวลาหลังฉีดอินซูลิน หลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรมพบว่าระดับ FBS เฉลี่ยและ ระดับ HbA1c อยู่ในเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (Re-admission) จากปัญหาการใช้ยา ลดลงจาก 4 เป็น 0 ครั้ง ความรู้ก่อนและหลังการบริหารเภสัชกรรมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก  $5.57 \pm 0.84$  เป็น  $7.43 \pm 0.72$  คะแนน แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

**สรุปผลการศึกษา :** การบริหารเภสัชกรรมร่วมกับทีมสหวิชาชีพช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้มากขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ และป้องกันการ Re-admission จากปัญหาการใช้ยา

**คำสำคัญ :** การบริหารเภสัชกรรม, ผู้ป่วยเบาหวาน, ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง, ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

---

**ABSTRACT**

**Objective :** To investigate drug-related problems (DRPs), fasting blood sugar (FBS), glycated hemoglobin (HbA1c) levels, and patients' knowledge regarding diabetes and its medications among diabetic patients hospitalized with hyperglycemia or hypoglycemia who received pharmaceutical care.

**Methods :** This was a cross-sectional study. The sample included patients hospitalized due to hyperglycemia or hypoglycemia between October 1, 2024, and March 31, 2025. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, and paired t-tests were used for inferential analysis.

**Results :** A total of 74 patients were included. The most common DRPs was patient non-adherence to medication, 29 instances (39.18%), including missed oral medications, missed insulin injections, incorrect insulin injection technique, and injecting insulin without subsequent food intake. Following pharmaceutical care, mean FBS and HbA1c levels showed a statistically significant improvement ( $p < 0.05$ ). Hospital re-admission due to drug-related problems decreased from 4 to 0 instances. Patients' knowledge scores significantly improved from  $5.57 \pm 0.84$  to  $7.43 \pm 0.72$  ( $p < 0.05$ ) after receiving pharmaceutical care.

**Conclusion :** Pharmaceutical care contributed to improved patient knowledge, better glycemic control, and the prevention of re-admissions due to drug-related problems.

**Keywords :** Pharmaceutical care, Diabetic patients, Hyperglycemia, Hypoglycemia

## บทนำ

โรคเบาหวานเป็นภาวะร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เกิดจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดที่ได้จากอาหารไปใช้ได้ตามปกติ เนื่องจากขาดฮอร์โมนอินซูลิน อาจเกิดจากความบกพร่องของการหลั่งฮอร์โมนอินซูลินหรือเกิดจากฮอร์โมนอินซูลินมีประสิทธิภาพลดลง หากไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมจะส่งผลให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกายได้<sup>(1)</sup> สหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ รายงานว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลก 537 ล้านคนในปี 2564 และคาดว่าในปี 2588 จะเพิ่มขึ้นเป็น 783 ล้านคน โดยมีผู้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานถึง 6.7 ล้านคน จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.3 ล้านคน ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกาย เช่น โรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ โรคไตจากเบาหวาน (diabetic nephropathy) เบาหวานขึ้นจอประสาทตา (diabetic retinopathy) การสูญเสียเท้าจากแผลเบาหวาน เป็นต้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตและภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วย ครอบครัวและงบประมาณของประเทศชาติอีกด้วย โรคเบาหวานยังคงเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่น ๆ ในกลุ่มโรค NCDs เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรัง<sup>(2-3)</sup> แนวทางการรักษาโรคเบาหวานของประเทศไทยแนะนำให้ใช้ยาลดน้ำตาลในรูปแบบเม็ดรับประทาน โดยเฉพาะยา Metformin เป็นทางเลือกแรกในการรักษา หากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม HbA1c ให้อยู่ในเป้าหมาย สามารถเพิ่มยาชนิดที่สอง และหากไม่สามารถควบคุม HbA1c ให้อยู่ในเป้าหมายได้ด้วยยา 2 ชนิด สามารถเพิ่มยาชนิดที่สามได้ด้วยยาฉีดอินซูลิน<sup>(2)</sup> จากรายงานของสำนักโรคไม่ติดต่อ ปี 2560 พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เพียงร้อยละ 22.1 เท่านั้น<sup>(4)</sup>

การบริหารทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical Care) เป็นบทบาทสำคัญของเภสัชกรในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างเหมาะสม ป้องกันและลดความเสี่ยงจากปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา รวมถึงเพิ่มคุณภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด<sup>(5)</sup> การให้คำแนะนำด้านโรคและยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการวางแผนการรักษา ร่วมกับผู้ป่วย ล้วนเป็นแนวทางที่ช่วยเพิ่มความตระหนักรู้ และลดพฤติกรรมที่นำไปสู่การใช้ยาไม่เหมาะสม

งานวิจัยในประเทศไทยสนับสนุนประสิทธิผลของการบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวานหลายมิติ เช่น การศึกษาโดยอัญชนา พิตขุนทด<sup>(6)</sup> พบว่าการดูแลโดยเภสัชกรทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับอินซูลินมีความรู้เกี่ยวกับโรคเพิ่มขึ้น และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น ขณะที่งาน วิริยานุทัย และคณะ<sup>(7)</sup> แสดงให้เห็นว่าการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมและมีความรู้เพิ่มขึ้น แม้ระดับ HbA1c และ FBS จะไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับงานของเสาวลักษณ์ วัดสิงห์, จันทร์จรัส รูปสูง และอรณมัย อร่ามเมือง<sup>(8-10)</sup> ซึ่งพบว่าการจัดทำแนวทางการให้ความรู้และติดตามผลอย่างต่อเนื่องช่วยลดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ภัวกร ชัยมัน<sup>(11)</sup> ยังรายงานว่าความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานที่ต่ำกว่าระดับปานกลางสัมพันธ์กับการใช้ยาอย่างไม่สม่ำเสมอในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

โรงพยาบาลมหาสารคามได้ดำเนินงานบริหารเวชกรรมสำหรับผู้ป่วยในโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและต่ำอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 2560 โดยพบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ของความผิดปกติระดับน้ำตาลในเลือดเกิดจากพฤติกรรมรับประทานอาหารที่มากหรือน้อยเกินไป และปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา เช่น ไม่รับประทานยา ไม่ฉีดยาเบาหวาน รับประทานยาหรือฉีดยาผิดวิธี อย่างไรก็ตามยังไม่มีระบบติดตามผลลัพธ์หลังจากการให้บริการทางเวชกรรมอย่างเป็นรูปธรรม และมีงานวิจัยในผู้ป่วยเบาหวานที่นอนโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนจากระดับน้ำตาลผิดปกติเพียงเล็กน้อย

ด้วยเหตุผลนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของการบริหารเวชกรรมในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การใช้ยาอย่างถูกต้อง และความร่วมมือในการใช้ยา รวมถึงประเมินผลก่อนและหลังการได้รับการบริหารเวชกรรมในด้านระดับน้ำตาลในเลือด การกลับมารักษาซ้ำ และภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลที่เหมาะสมและยั่งยืน

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัญหาการใช้ยา ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) และความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยาเบาหวาน ภายหลังได้รับการบริหารเวชกรรมในผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

### รูปแบบและวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นแบบ cross-sectional study ประเมินและติดตามผลการบริหารเวชกรรมในผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูง หรือน้ำตาลในเลือดต่ำในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2568 โดยค้นหาสาเหตุของการเข้านอนรักษา ปัญหาจากการใช้ยา ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการใช้ยาเบาหวาน ติดตามผลระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และปัญหาการใช้ยาอีก 1 ครั้ง ตามนัดครั้งถัดไป งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม รหัสโครงการเลขที่ MSKH\_REC 67-01-077

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาสารคาม ระหว่างตุลาคม 2567 ถึงมีนาคม 2568

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกรายที่มีอายุมากกว่า 18 ปี ซึ่งเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม ด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับภาวะเลือดเป็นกรด (Diabetic Ketoacidosis; DKA) หรือภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) ในช่วงเวลาที่ศึกษา

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานไม่น้อยกว่า 3 เดือน มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเป็นสาเหตุของการเข้ารับการรักษาได้รับยารับประทานเบาหวานแบบกินหรือฉีดอย่างน้อย 1 รายการ และเป็นผู้ป่วยที่ติดตามการรักษาได้จนจบการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ที่ไม่สามารถพูด สื่อสาร หรือมองเห็นได้ ผู้ป่วยที่ถูกส่งกลับไปรักษาต่อโรงพยาบาลจังหวัดอื่น หรือผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการวิจัย

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. พยาบาลที่ห่อผู้ป่วยอายุรกรรมรายงานในระบบด้วยโปรแกรม Pharmacist Notification เมื่อมีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะเลือดเป็นกรดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

2. เกสซ์กรทบทวนประวัติการใช้ยา ทบทวนผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และประวัติการรักษาในโปรแกรมคอมพิวเตอร์

3. เกสซ์กรประเมินความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการใช้ยาเบาหวาน ก่อน ให้การบริบาล เกสซ์กรกรม

4. เกสซ์กรสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติ เพื่อค้นหาสาเหตุที่ทำให้มีการรักษาด้วยภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ หากพบว่าเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา เกสซ์กรจะดำเนินการบริบาลเกสซ์กรกรม

5. การดำเนินการบริบาลเกสซ์กรกรม ได้แก่ ให้ความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการใช้ยาเบาหวาน ทบทวนและแนะนำวิธีรับประทานยา ทบทวนและสอนวิธีฉีดยาอินซูลิน เวลาในการฉีดยาอินซูลิน การเก็บรักษายาฉีดอินซูลิน ระยะเวลาประมาณ 1 ชั่วโมง/ราย

6. บันทึกข้อมูลการบริบาลเกสซ์กรกรม ในใบบันทึกการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของทีมสหวิชาชีพ และบันทึก Pharmacist note ในช่อง Progress note ในแฟ้มผู้ป่วย ส่งต่อข้อมูลปัญหาการใช้ยาให้เกสซ์กรแผนกผู้ป่วยนอก ในช่อง Patient note ในโปรแกรมจ่ายยาผู้ป่วยนอก เพื่อติดตามการใช้ยาต่อ หากเป็นผู้ป่วยโรงพยาบาลชุมชน ส่งต่อเกสซ์กรที่รับผิดชอบคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลชุมชน

7. การติดตามผลการรักษาและปัญหาการใช้ยาในวันนัดติดตามผล โดยเกสซ์กรโทรศัพท์สอบถามประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการใช้ยาเบาหวาน ทบทวนผลตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) สรุปผลการติดตาม

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกการบริบาลทางเกสซ์กรกรมผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย แบบบันทึกประวัติพื้นฐานของผู้ป่วย ประวัติการใช้ยา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การประเมินสาเหตุการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือน้ำตาลในเลือดต่ำ และการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย

2. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการใช้ยาเบาหวาน เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรู้โรคเบาหวาน การปฏิบัติตัว ความร่วมมือการใช้ยา การเก็บยา จำนวน 10 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน (พัฒนาจากงานวิจัยของ อัญญา พิตขุนทด, ภาณุ วิริยานุทัย และคณะ<sup>(6-7)</sup>)

กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

|         |             |
|---------|-------------|
| ถูก     | ให้ 1 คะแนน |
| ผิด     | ให้ 0 คะแนน |
| ไม่ทราบ | ให้ 0 คะแนน |

การแบ่งระดับคะแนนดังนี้

- 8-10 คะแนน แสดงว่าผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการใช้ยาระดับมาก
- 5-7 คะแนน แสดงว่าผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการใช้ยาระดับปานกลาง
- <5 คะแนน แสดงว่าผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการใช้ยาระดับน้อย

### การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรง (Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการใช้ยาเบาหวานที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญ 2 ท่าน คือ พยาบาล และเภสัชกรประจำคลินิกเบาหวาน นำไปปรับปรุงคำถามจนเป็นที่ยอมรับว่ามีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาจึงนำไปใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการใช้ยาเบาหวานกับกลุ่มตัวอย่าง (Try Out) ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน จากนั้นจึงวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยสูตร Cronbach's alpha coefficient โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งได้ผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว รวมถึงข้อมูลทางการแพทย์อย่างระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) และปัญหาจากการใช้ยา โดยจะนำเสนอในรูปแบบของ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้สถิติ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการบริบาลเภสัชกรรมในตัวแปรต่างๆ ได้แก่ ระดับน้ำตาลเจาะปลายนิ้ว ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และการกลับเข้ารับรักษาตัวซ้ำจากปัญหาการใช้ยา (Re-admission) โดยจะถือว่ามีความสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$

การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดจะใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for WINDOWS ver. 26

### ผลการศึกษา

#### 1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 86.48 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.10 มีอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 64.86) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 35.13) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 75.67) เป็นผู้ป่วยที่รับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลมหาสารคาม (ร้อยละ 66.20) สาเหตุของการเข้านอนรักษาด้วยภาวะฉุกเฉินจากน้ำตาลในเลือดสูง (ร้อยละ 56.75) และภาวะแทรกซ้อนที่พบ ได้แก่ ตาพร่ามัว และชาปลายมือปลายเท้า (ร้อยละ 29.27) ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (n=74)

| ข้อมูลทั่วไป                   | จำนวน (ร้อยละ) |
|--------------------------------|----------------|
| เพศ                            |                |
| ชาย                            | 31 (41.89)     |
| หญิง                           | 43 (58.11)     |
| อายุ (ปี)                      |                |
| <40                            | 9 (12.17)      |
| 40–59                          | 17 (22.97)     |
| ≥60                            | 48 (64.86)     |
| ชนิดของเบาหวาน                 |                |
| Type I                         | 10 (13.52)     |
| Type II                        | 64 (86.48)     |
| อาชีพ                          |                |
| เกษตรกร                        | 26 (35.14)     |
| ผู้สูงอายุ                     | 19 (25.67)     |
| รับจ้าง                        | 16 (21.63)     |
| ข้าราชการ                      | 4 (5.41)       |
| อื่น ๆ                         | 9 (12.15)      |
| ระดับการศึกษา                  |                |
| ประถมศึกษา                     | 56 (75.67)     |
| มัธยมศึกษาขึ้นไป               | 18 (24.33)     |
| แหล่งรับยา                     |                |
| รพ. มหาสารคาม-คลินิกโรคเบาหวาน | 27 (36.48)     |
| รพ. มหาสารคาม-คลินิกอายุรกรรม  | 22 (29.73)     |
| รพ. ชุมชน                      | 18 (24.33)     |
| สถานีนานามัย                   | 7 (9.46)       |
| ภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน         |                |
| Neuropathy                     | 14 (18.91)     |
| Retinopathy                    | 8 (10.81)      |
| สาเหตุการเข้าอนรักษ            |                |
| Hypoglycemia                   | 32 (43.23)     |
| Hyperglycemia                  | 27 (36.49)     |
| Diabetes Keto Acidosis (DKA)   | 15 (20.28)     |

## 2. ปัญหาจากการใช้ยาและสาเหตุของปัญหาจากการใช้ยา

พบปัญหาจากการใช้ยาทั้งหมด 74 ครั้งที่เป็นสาเหตุให้เข้ารับการรักษาด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดผิดปกติในโรงพยาบาล เกิดจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย 29 ครั้ง (ร้อยละ 39.18) ซึ่งประกอบด้วย การไม่มารับการรักษาต่อเนื่องจนทำให้ขาดยา (ทั้งยาเม็ดและยาฉีด) การฉีดยาเบาหวานไม่ถูกต้อง และการฉีดยาแล้วรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา นอกจากนี้ยังพบปัญหาจากการไม่ควบคุมอาหาร ร้อยละ 33.78 ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** สาเหตุของการเกิดปัญหาจากการใช้ยา (n=74)

| สาเหตุการเกิดปัญหาการใช้ยา | Hypoglycemia | Hyperglycemia | DKA        | รวม        |
|----------------------------|--------------|---------------|------------|------------|
| ไม่มารับการรักษาต่อเนื่อง  |              |               |            | 12 (16.22) |
| ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยา   | 0 (0)        | 1 (50.00)     | 1 (50.00)  | 2 (100)    |
| ผู้ป่วยไม่ได้ฉีดยา         | 0 (0)        | 6 (60.00)     | 4 (40.00)  | 10 (100)   |
| เทคนิคการฉีดยา             |              |               |            | 17 (22.98) |
| ฉีดยาไม่ถูก                | 5 (45.45)    | 5 (45.45)     | 1 (9.10)   | 11 (100)   |
| ฉีดยาแล้วรับประทานอาหาร    | 6 (100)      | 0 (0)         | 0 (0)      | 6 (100)    |
| ไม่ตรงเวลา                 |              |               |            |            |
| การรับประทานอาหาร          |              |               |            | 25 (33.78) |
| รับประทานอาหารได้น้อย      | 10 (100)     | 0 (0)         | 0 (0)      | 10 (100)   |
| รับประทานอาหารมาก          | 0 (0)        | 9 (60.00)     | 6 (40.00)  | 15 (100)   |
| อื่นๆ                      |              |               |            | 20 (27.02) |
| ภาวะไตบกพร่อง              | 5 (100)      | 0 (0)         | 0 (0)      | 5 (100)    |
| ไม่ทราบสาเหตุ              | 6 (40.00)    | 6 (40.00)     | 3 (20.00)  | 15 (100)   |
| รวม                        | 32 (43.23)   | 27 (36.48)    | 15 (20.27) | 74 (100)   |

เมื่อจำแนกผู้ป่วยที่เป็นปัญหาจากการใช้ยาทั้งหมด 29 ครั้งพบว่าผู้ป่วยรักษาที่คลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม ร้อยละ 41.37 รองลงมาคือ ผู้ป่วยที่ส่งมารักษาจากโรงพยาบาลชุมชน และจากคลินิกโรคเบาหวาน (DM clinic) ร้อยละ 34.48 และ 24.13 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** สาเหตุของการเกิดปัญหาจากการใช้ยาจำแนกตามสถานที่รักษา (n=29)

| ปัญหาจากการใช้ยา                  | คลินิกเบาหวาน | คลินิกอายุรกรรม | รพ. ชุมชน  | รวม      |
|-----------------------------------|---------------|-----------------|------------|----------|
| ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยา          | 1 (50.00)     | 0 (0)           | 1 (50.00)  | 2 (100)  |
| ผู้ป่วยไม่ได้ฉีดยา                | 2 (20.00)     | 4 (40.00)       | 4 (40.00)  | 10 (100) |
| ฉีดยาไม่ถูก                       | 2 (18.19)     | 5 (45.45)       | 4 (36.36)  | 11 (100) |
| ฉีดยาแล้วรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา | 2 (33.33)     | 3 (50.00)       | 1 (16.67)  | 6 (100)  |
| รวม                               | 7 (24.14)     | 12 (41.38)      | 10 (34.48) | 29 (100) |

### 3. ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังให้บริบาลเภสัชกรรม

ภายหลังให้การบริบาลเภสัชกรรมโดยติดตามผู้ป่วยที่มาติดตามอาการที่แผนกผู้ป่วยนอก พบว่าระดับน้ำตาลจากการเจาะปลายนิ้วและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเหมาะสมมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** การเปรียบเทียบผลระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ก่อนและหลังให้บริบาลเภสัชกรรม (n=74)

| ตัวชี้วัด                         | ก่อนการบริบาล<br>เภสัชกรรม<br>(Mean±SD) | หลังการบริบาล<br>เภสัชกรรม<br>(Mean±SD) | p-value |
|-----------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|---------|
| ระดับน้ำตาลเจาะปลายนิ้ว (DTX)     |                                         |                                         |         |
| Hypoglycemia                      | 46.06±75.34                             | 169.20.21±41                            | 0.05    |
| Hyperglycemia                     | 452.19±114.71                           | 247.66±128.32                           | 0.02    |
| DKA                               | 422.80±48.50                            | 317.10±105.10                           | 0.05    |
| ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)          |                                         |                                         |         |
| Hypoglycemia                      | 37.50±14.84                             | 221.33 ±102.70                          | 0.01    |
| Hyperglycemia                     | 499.05±208.06                           | 234.00±180.13                           | 0.01    |
| DKA                               | 410 ±63.71                              | 321 .49±4.94                            | 0.02    |
| ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)    |                                         |                                         |         |
| Hypoglycemia                      | -                                       | -                                       | -       |
| Hyperglycemia                     | 14.31±4.56                              | 10.88±2.29                              | 0.04    |
| DKA                               | -                                       | -                                       | -       |
| การ Re-admission จากปัญหาการใช้ยา | 4                                       | 0                                       | N/A     |

### 4. ความรู้เกี่ยวกับโรคและยาเบาหวาน

ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ก่อนการบริบาลทางเภสัชกรรมเกี่ยวกับโรคเบาหวานและยาโรคเบาหวานที่ถูกต้อง 3 ลำดับแรก ได้แก่ ถ้ามีอาการหน้ามืด ใจสั่น คล้ายจะเป็นลม ต้องรีบอมลูกอมหรือน้ำตาลทราย 1 ช้อนทันที ร้อยละ 85.40 รองลงมา คือ บุคคลที่เป็นโรคเบาหวานนาน ๆ มักมีอาการชาปลายมือปลายเท้าร่วมด้วย และผู้ป่วยที่กินยาหรือฉีดยาเบาหวานต้องควบคุมอาหาร ร้อยละ 70.50 และผู้ป่วยเบาหวานต้องกินยาหรือฉีดยาเบาหวานตามที่แพทย์สั่ง ร้อยละ 68.70 ตามลำดับ

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและยาโรคเบาหวานที่ผิด 3 ลำดับแรก ได้แก่ โรคเบาหวานเกิดจากภาวะอินซูลินบกพร่อง ร้อยละ 40.10 หากลืมกินยาหรือฉีดยามื้อใดมื้อหนึ่ง สามารถกินยาหรือฉีดยาเพิ่มเป็น 2 เท่าในมื้อถัดไปได้ ร้อยละ 51.10 และผู้ป่วยเบาหวานควรอดอาหารหรือกินข้าว 2-3 คำต่อมื้อ จะช่วยควบคุมเบาหวานได้ดี ร้อยละ 52.20 ตามลำดับ

ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้หลังการบริบาลทางเภสัชกรรมเกี่ยวกับโรคเบาหวานและยาโรคเบาหวานที่ถูกต้อง 3 ลำดับแรก ได้แก่ ถ้ามีอาการหน้ามืด ใจสั่น คล้ายจะเป็นลม ต้องรีบอมลูกอมหรือน้ำตาลทราย 1 ช้อนทันที ร้อยละ 94.50 รองลงมาคือ ผู้ป่วยเบาหวานต้องกินยาหรือฉีดยาเบาหวานตามที่แพทย์สั่ง

ร้อยละ 87.20 และบุคคลที่เป็นโรคเบาหวานนาน ๆ มักมีอาการชาปลายมือปลายเท้าร่วมด้วย และผู้ป่วยที่กินยาหรือฉีดยาเบาหวานต้องควบคุมอาหาร ร้อยละ 76.10 ตามลำดับ

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและยาโรคเบาหวานที่ผิด 3 ลำดับแรก ได้แก่ โรคเบาหวานเกิดจากภาวะอินซูลินบกพร่อง ร้อยละ 50.10 หากลืมนินยาหรือฉีดยามื้อใดมื้อหนึ่ง สามารถกินยาหรือฉีดยาเพิ่มเป็น 2 เท่าในมื้อถัดไปได้ ร้อยละ 53.10 และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ไตวายเรื้อรัง กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ตามัว เกี่ยวข้องกับการควบคุมระดับน้ำตาล ร้อยละ 60.10 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน จำแนกตามความรู้ที่ตอบถูกต้องก่อนและหลังให้การบริบาลทางเภสัชกรรม (n=74)

| ข้อที่ | ความรู้                                                                                                         | ก่อนให้การ<br>บริบาลทาง<br>เภสัชกรรม<br>(ร้อยละ) | หลังให้การ<br>บริบาลทาง<br>เภสัชกรรม<br>(ร้อยละ) |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 1      | โรคเบาหวานเกิดจากภาวะอินซูลินบกพร่อง                                                                            | 40.10                                            | 50.10                                            |
| 2      | อาการกินจุ หิวบ่อย ปัสสาวะบ่อย น้ำหนักลดเป็นอาการของโรคเบาหวาน                                                  | 64.20                                            | 71.10                                            |
| 3      | ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ไตวายเรื้อรัง กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ตามัว เกี่ยวข้องกับการควบคุมระดับน้ำตาล           | 54.20                                            | 60.10                                            |
| 4      | ถ้ามีอาการหน้ามืด ใจสั่น คล้ายจะเป็นลม ต้องรีบอมลูกอมหรือน้ำตาลทราย 1 ช้อนทันที                                 | 85.40                                            | 94.50                                            |
| 5      | บุคคลที่เป็นโรคเบาหวานนาน ๆ มักมีอาการชาปลายมือ ปลายเท้าร่วมด้วย ผู้ป่วยที่กินยาหรือฉีดยาเบาหวานต้องควบคุมอาหาร | 70.50                                            | 76.10                                            |
| 6      | หากลืมนินยาหรือฉีดยามื้อใดมื้อหนึ่งสามารถกินยาหรือฉีดยาเพิ่มเป็น 2 เท่าในมื้อถัดไปได้                           | 51.10                                            | 53.10                                            |
| 7      | หากฉีดยาอินซูลินก่อนอาหารแล้ว แต่ไม่ได้รับประทานอาหารหลังฉีดยาอาจทำให้น้ำตาลในเลือดต่ำกว่าปกติได้               | 67.20                                            | 68.10                                            |
| 8      | ผู้ป่วยเบาหวานควรอดอาหารหรือกินข้าว 2-3 คำต่อมื้อ จะช่วยควบคุมเบาหวานได้ดี                                      | 52.20                                            | 73.10                                            |
| 9      | ยาฉีดเบาหวานต้องเก็บในช่องแช่แข็งและใช้จนหมดขวด                                                                 | 65.10                                            | 75.60                                            |
| 10     | ผู้ป่วยเบาหวานต้องกินยาหรือฉีดยาเบาหวานตามที่แพทย์สั่ง                                                          | 68.70                                            | 87.20                                            |

ผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนความรู้ ก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรม เท่ากับ 5.57 คะแนน และหลังการบริบาลเท่ากับ 7.45 คะแนน เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนความรู้หลังการบริบาลเภสัชกรรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 6

**ตารางที่ 6** การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคและยาเบาหวานก่อนและหลังบริบาลเภสัชกรรม (n=74)

| ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและยาเบาหวาน | Mean±SD   | p-value |
|----------------------------------------|-----------|---------|
| ก่อนการบริบาลเภสัชกรรม                 | 5.57±0.84 | <0.001  |
| หลังการบริบาลเภสัชกรรม                 | 7.45±0.72 |         |

### อภิปรายผล

ปัญหาการใช้ยาที่พบมากที่สุดคือ เทคนิคการฉีดยา ประกอบด้วย ฉีดยาไม่ถูก ฉีดยาแล้วรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา และปัญหาจากไม่มารับการรักษาต่อเนื่อง ได้แก่ ผู้ป่วยไม่มารับยาตามนัด ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยา หรือผู้ป่วยไม่ได้ฉีดยาต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของภาณุ วิริยานุทัย และคณะ<sup>(7)</sup> ที่พบว่าปัญหาการใช้ยาที่พบมากจากยาไม่พอ และตัวผู้ป่วยเองจากการเก็บรักษายาไม่เหมาะสม การใช้ยาน้อยกว่าแพทย์สั่ง หรือบริหารยาผิดวิธี สอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์จรัส รูปสูง<sup>(9)</sup> ที่พบว่าปัญหาจากการใช้ยาส่วนใหญ่เป็นการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา/ไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง โดยสาเหตุคือ ลืมทานยา ไม่ได้พกยาทำให้ขาดยา และไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง/ปรับขนาดยาเองเป็นต้น ปัญหาจากการใช้ยาพบมากที่สุดที่คลินิกอายุรกรรม รองลงมาคือโรงพยาบาลชุมชน และคลินิกเบาหวาน ปัญหาที่พบมากที่สุดคือผู้ป่วยฉีดยาไม่ถูก ผู้ป่วยไม่มารับการรักษาต่อเนื่องทำให้ขาดยา ดังนั้นในคลินิกอายุรกรรมผู้ป่วยที่พบปัญหาการใช้ยาควรส่งพบเภสัชกรเพื่อประเมินการใช้ยา ส่วนผู้ป่วยที่ส่งกลับโรงพยาบาลชุมชน ควรมีระบบส่งต่อและติดตามผู้ป่วยเบาหวาน

ความรู้เรื่องโรคและการใช้ยาเบาหวาน หลังการติดตามพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าการบริบาลเภสัชกรรมทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ยาเบาหวาน มีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของภาณุ วิริยานุทัย และคณะ<sup>(7)</sup> ที่พบว่าทำให้การบริบาลเภสัชกรรมโดยการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานและความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น

การดูแลผู้ป่วยเบาหวานเป็นงานที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพหลายฝ่าย โดยเภสัชกรมีบทบาทสำคัญในการบริบาลเภสัชกรรม ซึ่งช่วยให้เข้าใจปัญหาการใช้ยา และสามารถร่วมวางแผนแก้ไขปัญหากับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้นและมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง อย่างไรก็ตามการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลสะสมให้ลดลงอย่างเหมาะสมไม่ได้ขึ้นอยู่กับบริบาลเภสัชกรรมเพียงอย่างเดียว ยังมีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อผลลัพธ์นี้ด้วย เช่น การปรับขนาดยาที่เหมาะสมโดยแพทย์ผู้รักษา รวมถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านโภชนาการและการออกกำลังกายของผู้ป่วย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนั้นการบริบาลเภสัชกรรมจึงเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการดูแลแบบองค์รวมที่ต้องอาศัยความร่วมมือและการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมสหวิชาชีพและผู้ป่วยเพื่อบรรลุเป้าหมายการรักษาที่ดีที่สุด

ข้อจำกัดของการศึกษารั้งนี้ ได้แก่ ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่จำกัดและระยะเวลาการติดตามผลที่ยังไม่ยาวนานพอ แม้ว่าจะไม่สามารถกำหนดความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้โดยตรง เนื่องจากรูปแบบการวิจัยเป็นเชิงพรรณนาและติดตามผล แต่การศึกษายังสามารถให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับผลของการบริบาลเภสัช

กรรมในผู้ป่วยเบาหวานในบริบทที่ศึกษาได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ การไม่มีการสุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุม ทำให้ผลการศึกษานี้เหมาะสมสำหรับการประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริงที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง และช่วยสร้างพื้นฐานสำหรับการวิจัยในอนาคต ข้อมูลที่รวบรวมจากผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพช่วยเสริมความเข้าใจในมิติของการดูแลอย่างครบวงจร ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงการบริหารเภสัชกรรมให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ข้อจำกัดเหล่านี้จึงเป็นแนวทางที่ช่วยชี้แนะโอกาสในการพัฒนาการศึกษาที่มีความน่าเชื่อถือ และครอบคลุมมากขึ้นในอนาคต

### สรุปผลการศึกษา

การบริหารเภสัชกรรมช่วยเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการใช้ยาให้กับผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือน้ำตาลในเลือดต่ำ นอกจากนี้ยังส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลสะสมได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พร้อมทั้งช่วยลดอัตราการกลับมานอนรักษาซ้ำเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา ผลการศึกษานี้จึงชี้ให้เห็นว่ารูปแบบการดูแล การส่งต่อ และการติดตามผู้ป่วยในระบบบริหารเภสัชกรรมสามารถนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลอื่น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยใน ซึ่งยังมีงานวิจัยจำกัดในบริบทนี้

### ข้อเสนอแนะ

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือการศึกษาระยะสั้น โดยติดตามผลระดับน้ำตาลในเลือดเพียง 1 ครั้งเท่านั้น ซึ่งอาจไม่สามารถสะท้อนผลระยะยาวได้อย่างครบถ้วน ดังนั้นจึงแนะนำให้ผู้วิจัยในอนาคตมีการติดตามผลอย่างน้อย 2 ครั้งขึ้นไป เพื่อประเมินประสิทธิภาพและความยั่งยืนของการบริหารเภสัชกรรมได้อย่างชัดเจนและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น รวมทั้งควรพิจารณาปัจจัยอื่นที่อาจมีผลต่อระดับน้ำตาล เช่น การปรับยา และพฤติกรรมของผู้ป่วยในระยะยาวด้วย

### เอกสารอ้างอิง

1. โรงพยาบาลศิริราช. เบาหวาน รู้ทัน ป้องกันได้ [อินเทอร์เน็ต]. 2021 [สืบค้นเมื่อ 2 กรกฎาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.siphospital.com/th/news/article/share/diabetes-2>
2. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. พิมพ์ครั้งที่ 3. ปทุมธานี: รมเย็น มีเดีย; 2560.
3. International Diabetes Federation. Diabetes facts & figures. 10th ed. 2021.
4. กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. ตัวชี้วัดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ 2561 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 26 กรกฎาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: [https://diabetesatlas.org/media/uploads/sites/3/2025/02/IDF\\_Atlas\\_10th\\_Edition\\_2021.pdf](https://diabetesatlas.org/media/uploads/sites/3/2025/02/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf)
5. Krapek K, King K, Warren SS, George KG, Caputo DA, Mihelich K, et al. Medication adherence and associated hemoglobin A1c in type 2 diabetes. Ann Pharmacother. 2004;38(9):1357-62. doi: 10.1345/aph.1D612.

6. อัญชนา พืดขุนทด. การบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดอินซูลินโรงพยาบาลบ้านด่าน. วารสารแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2566;38(1):237-46.
7. ภาณุ วิริยานุทัย, กฤษฎี ทองบรรจบ, ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ, และคณะ. ผลการบริหารเภสัชกรรมโดยการออกเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา. 2565;2(2):40-58.
8. เสาวลักษณ์ วัดสิงห์. การพัฒนาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานศูนย์บริการสาธารณสุข45 ร่มเกล้า ลาดกระบัง. [รายงานการวิจัย]. 2562.
9. จันทรจรัส รูปสูง. การค้นหาและจัดการปัญหาความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน รพ.สะบาย้อย จ.สงขลา ปีงบประมาณ 2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 5 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: [www.skho.moph.go.th/journal305/รพข](http://www.skho.moph.go.th/journal305/รพข)
10. สภาเภสัชกรรม. การอบรมระยะสั้น หลักสูตรประกาศนียบัตรการบริหารทางเภสัชกรรม (สาขาบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก) รุ่นที่ 8 [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: [https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=seminar\\_detail&subpage=seminar\\_detail&id=1261](https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=seminar_detail&subpage=seminar_detail&id=1261)
11. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. Pharmaceutical Care Practice: The Patient Centered Approach to Medication Management Service [อินเทอร์เน็ต]. 2012 [สืบค้นเมื่อ 2 มิถุนายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://accesspharmacy.mhmedical.com/book.aspx?bookID=49112>.
12. อัญชกรณ คำสาร, ศุภลักษณ์ วงศ์ปาลี, จินดาวิทย์ อีสระโชติ. การพัฒนาระบบงานเภสัชสนเทศเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพระบบยา โรงพยาบาลลำพูน ปี 2558-2562. วารสารคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ. 2566;3(1):33-51.
13. อรุณวรรณ ต่อกร. ผลของการบริหารเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกลในผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน โรงพยาบาลโกสุมพินคร จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. 2565;3(2):108-116.
14. พัทธวรินทร์ ศรีลัมพ์, ณัฐธิดา เวทนาสุข, รณกฤต ทิธา. ผลของการบริหารเภสัชกรรมกับการติดตามการใช้ยาทางไกลในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา. 2567;4(1):1-15.

ผลของการใช้โปรแกรมบริหารสมองร่วมกับนวัตกรรมลำเตี้ยต่อความพึงพอใจและการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

Effects of a Brain Exercise Program Combined with the Lam Toe Innovation on Satisfaction and Dementia Prevention among Older Adults

ทองมี ผลาผล<sup>1</sup>, อติญา โพธิ์ศรี<sup>2\*</sup>, กิตติพงษ์ พลทิพย์<sup>3</sup>

Thongmee Palapol<sup>1</sup>, Atiya Posri<sup>2\*</sup>, Kittiphong Phontip<sup>3</sup>

<sup>1,2\*</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด 45120

<sup>3</sup>อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด 45120

<sup>1,2\*</sup>Assistant Professor, Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University, Roi Et Province 45120

<sup>3</sup>Lecturer, Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University, Roi Et, Roi Et Province 45120

Corresponding Author: \*E-mail: Atiyaposri@gmail.com

Received: 5 May 2025 Revised: 1 August 2025 Accepted: 5 August 2025

#### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษา 1) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น Mini-Mental State Examination (MMSE) ของผู้สูงอายุก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม 2) เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมบริหารสมองร่วมกับนวัตกรรมลำเตี้ย

**วิธีการศึกษา :** การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (Quasi-experimental research, one group pretest-posttest design) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 20 คน ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการจนครบกำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมบริหารสมองร่วมกับนวัตกรรมลำเตี้ย แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น MMSE (ของกรมสุขภาพจิต) แบบสอบถามความพึงพอใจ มีค่าความเชื่อมั่น 0.79 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติค่าเฉลี่ยร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

**ผลการศึกษา :** ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน MMSE ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง  $t=-6.49$  อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ที่ระดับมากที่สุด ( $\bar{x}=4.91$ )

**สรุปผลการศึกษา :** การป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยการใช้โปรแกรมบริหารสมองร่วมกับนวัตกรรมลำเตี้ยช่วยในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านการกระตุ้นการรู้คิด และการส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้สูงอายุในมิติด้านสังคม โดยใช้ดนตรีเป็นสื่อจะช่วยป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้ดีขึ้น

**คำสำคัญ :** โปรแกรมบริหารสมอง, นวัตกรรมลำเตี้ย, ภาวะสมองเสื่อม, ผู้สูงอายุ

---

**ABSTRACT**

**Objective :** This study aimed to compare the mean scores of the Mini-Mental State Examination (MMSE) before and after participating in a brain exercise program integrated with the 'Lam Toei' innovation, and to evaluate the satisfaction level of older adults following the program.

**Methods :** This study employed a quasi-experimental research, one group pretest-posttest design. The participants were selected using purposive sampling of 20 individuals aged 60 years and older, who voluntarily participated in the program. The research instruments included a brain exercise program integrated with the Lam Toei innovation, the MMSE, and a satisfaction questionnaire with a reliability coefficient of 0.79. Data were analyzed using descriptive statistics (mean, percentage and SD) and paired t-test.

**Results :** After the intervention, the experimental group showed a statistically significant increase in the mean MMSE score compared to the pre-intervention score ( $t=-6.49$ ,  $p<0.05$ ). In addition, the mean satisfaction score was at the highest level ( $\bar{x}=4.91$ ).

**Conclusion :** The integration of a brain training program with the Lam Toei cultural innovation supports dementia prevention by stimulating cognitive functions and enhancing social interaction among older adults. The use of music as a core medium further strengthens its effectiveness in preventing cognitive decline.

**Keywords :** Brain exercise program, Lam Toei innovation, Dementia, Older Adults

## บทนำ

ปัจจุบันสถานการณ์ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่สูงขึ้น เป็นผลจากการที่มีอัตรา การเกิด น้อยลงประชากรโลกใน ปี 2566 มีประมาณ 8 พันล้านคน ประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีประมาณ 1.14 พันล้านคน หรือร้อยละ 14.22 องค์การสหประชาชาติ (United Nations; UN) คาดการณ์ว่าภายใน ปี 2593 ประชากรอายุมากกว่า 60 ปี จะมีประมาณ 2 พันล้านคน หรือร้อยละ 20 ของประชากรโลก ในภูมิภาคอาเซียน ประเทศสิงคโปร์มีอัตราผู้สูงอายุมากที่สุด และเข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์เป็นประเทศ แรก รองลงมา ได้แก่ ไทย เวียดนาม และมาเลเซีย ตามลำดับ<sup>(1)</sup> จำนวนประชากรในประเทศไทยช่วงระยะเวลา 20 ปี (ปี 2557-2576) พบว่า ประชากรมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องจาก 68.1 ล้านคน ในปี 2556 และคาดว่าจะ เพิ่มขึ้นเป็น 73.6 ล้านคน ในปี 2576 ส่งผลต่อโครงสร้างอายุของประชากรที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นสังคมผู้สูงอายุ แบบสมบูรณ์<sup>(2)</sup> จากการสำรวจสถิติผู้สูงอายุของประเทศไทยในเดือนพฤษภาคม 2568 มีจำนวนผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป พบมีประชากรผู้สูงอายุมากถึง 13,826,163 คน คิดเป็นร้อยละ 21.31 ของประชากรทั้งหมด โดยใน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนผู้สูงอายุจำนวน 4,374,915 คิดเป็นร้อยละ 20.32 และในจังหวัดร้อยเอ็ดมี จำนวนผู้สูงอายุจำนวน 273,340 คิดเป็นร้อยละ 21.49 ซึ่งถือได้ว่าประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดย สมบูรณ์ (Complete Aged Society) ทั้งในระดับประเทศ ระดับภูมิภาค และระดับจังหวัด<sup>(3)</sup> และคาดว่าในปี 2574 ประเทศไทยจะเข้าสู่การเป็น “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” (Super Aged Society) คือมีสัดส่วน ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในอัตราร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด<sup>(2)</sup>

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ไปในทางเสื่อม เนื่องจากการใช้ งานมากหรือใช้งานมาเป็นเวลานาน การเกิดภาวะสมองเสื่อม มีสาเหตุมาจากความผิดปกติในการทำงานของ สมองด้านการคิดและสติปัญญา โดยมีการเสื่อมของความจำเป็นอาการเด่น มีความผิดปกติ ด้านความคิด การตัดสินใจ การเคลื่อนไหว ร่วมกับ มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม บุคลิกภาพ และ อารมณ์ รวมถึง มีความสามารถในการคิดเชิงซ้อน (Abstract thinking) ลดลงจนรบกวนการ ดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ก่อให้เกิด ผลเสียต่อการ ทำงาน สังคม และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น<sup>(4)</sup> ในประเทศไทยพบความชุกของภาวะสมองเสื่อม ในประชากรอายุมากกว่า 60 ปี เพิ่มขึ้นทุกปี ในปี 2566 พบความชุก ของภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 2.7 โดยพบ มากในผู้หญิงสูงกว่าในผู้ชาย<sup>(1)</sup> ในปัจจุบันไม่มีการรักษาภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเพื่อให้หายขาด วิธีบำบัดรักษาภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่ให้ผลดีคือการกระตุ้นการรู้คิดในผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เพื่อลด โอกาสเสี่ยงต่อระยะเริ่มต้นของภาวะสมองเสื่อม<sup>(4)</sup> หากมีการป้องกันหรือชะลอภาวะสมองเสื่อมได้ตั้งแต่วัย เริ่มแรก จะช่วยลดการเกิดภาวะสมองเสื่อมให้เกิดช้าลง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า กิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดหรือกิจกรรมบริหารสมองในรูปแบบต่าง ๆ เช่น ชุดกิจกรรมพัฒนาสมองแบบผสมผสานภูมิปัญญาชุมชน<sup>(5)</sup> กิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดหรือกิจกรรมบริหาร สมอง ร่วมกับการออกกำลังกาย เป็นปัจจัยสำคัญในการ ส่งเสริมการรู้คิดเพื่อชะลอและป้องกันการเกิดภาวะ สมองเสื่อมในผู้สูงอายุ<sup>(6)</sup> นอกจากนี้ยังมีการบริหารสมองร่วมกับดนตรีบำบัด ซึ่งเป็นการออกกำลังกาย เช่นเดียวกับการออกกำลังกาย ที่ช่วยส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกายโดยเป็นการฝึกควบคุมกันไปทั้งร่างกาย และจิตใจ จากงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การใช้กิจกรรมคู่กันไปทั้งสองอย่างนี้ ช่วยเพิ่มเซลล์ประสาทและ ความจำได้ดีขึ้น ส่งผลต่อการพัฒนาความจำได้เป็นอย่างดี<sup>(7)</sup> ดนตรีบำบัดทำให้เกิดการพัฒนาทางอารมณ์และ จิตใจช่วยให้การรับรู้ดีขึ้น สามารถเรียนรู้และจำสิ่งต่าง ๆ ได้ดียิ่งขึ้น และยังส่งเสริมการติดต่อสื่อสารและการ ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โดยกิจกรรมทางการเคลื่อนไหวที่ง่าย ๆ และสนุกสนาน จะช่วยเชื่อมโยงกระบวนการ ทางสมอง ซึ่งการบริหารสมองนี้จะทำให้สมองทำงานได้สมดุล ส่งผลให้สมองทำงานได้ดีขึ้น ช่วยให้มีสมาธิที่

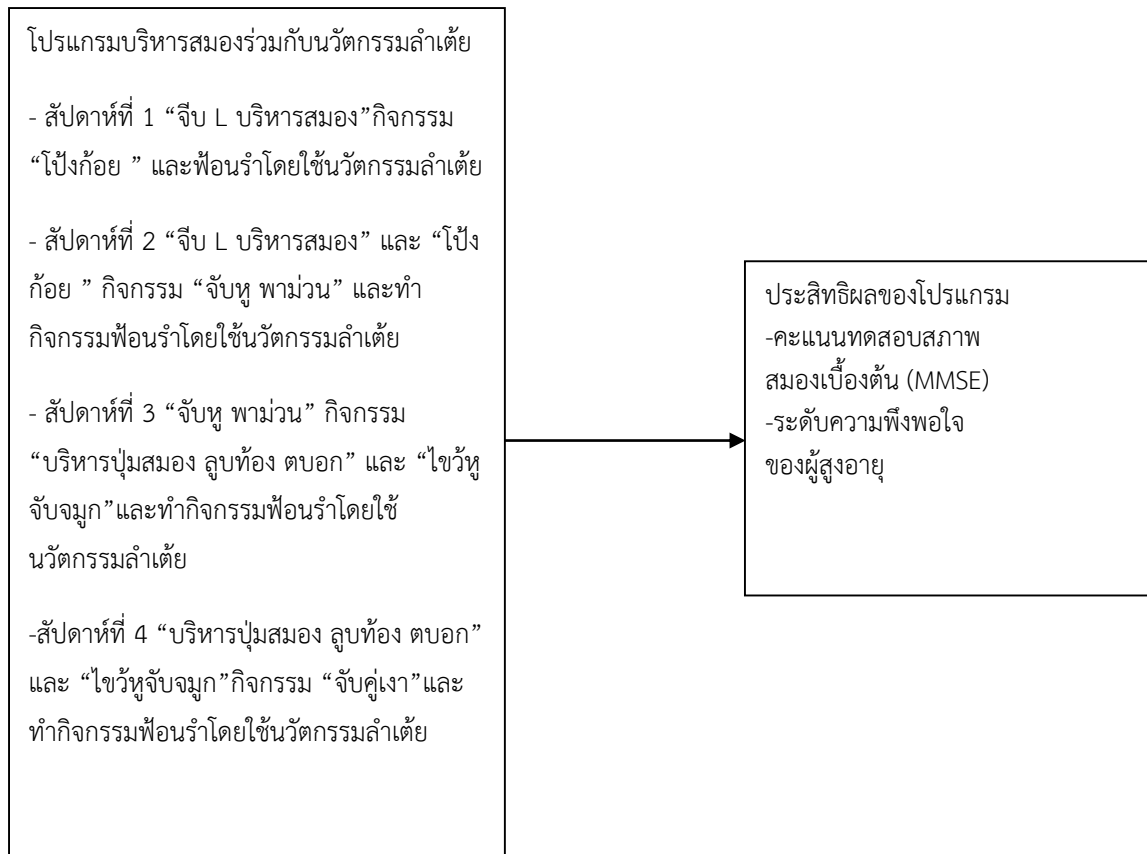
ดีขึ้น กระตุ้นประสาทการรับรู้ด้านการรู้คิด ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้ดีขึ้น<sup>(8)</sup> การฟังดนตรีแบบปัจเจกบุคคลสามารถลดพฤติกรรมกระวนกระวายโดยรวมได้<sup>(9)</sup> การเล่นดนตรี เช่น อังกะลุงช่วยในการพัฒนาความจำ จากการจดจำตัวโน้ต การรวมตัวทำกิจกรรมร่วมกันของผู้สูงอายุกับเพื่อนได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอีกด้วย<sup>(10)</sup> นอกจากนี้ยังพบการใช้ดนตรีบำบัดลำเต้ย เป็นสื่อเพลงร่วมกับการฟ้อนรำเพื่อลดความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ในการกระตุ้นมิติทางสังคมของผู้สูงอายุให้มีการทำกิจกรรมร่วมกัน<sup>(11)</sup> เนื่องจากเพลงลำเต้ยมีจังหวะครึกครื้น สนุกสนาน โดยดนตรีจะไปปรับเปลี่ยนอารมณ์และความรู้สึกนึกคิดที่สมอง จึงมีผลต่อจินตนาการทางอารมณ์เขารับปัญหาและความจำ ทำให้เกิดความรู้สึกนึกคิด แรงจูงใจ ความสนใจ มีสมาธิ เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านสรีรวิทยาและด้านจิตใจได้<sup>(12)</sup> จึงทำให้ ผู้วิจัยสนใจที่จะนำนวัตกรรมลำเต้ยมาใช้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ บ้านบะหลวง ตำบลหนองหลวง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น Mini-Mental State Examination (MMSE) ของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมบริหารสมอง ร่วมกับนวัตกรรมลำเต้ย
2. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมบริหารสมองร่วมกับนวัตกรรมลำเต้ย

### กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องมีระดับคอร์ติซอลในเลือดเพิ่มสูงขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับ ผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดปกติ และการที่ระดับคอร์ติซอลที่สูงขึ้น ทำให้ความจำของ ผู้สูงอายุลดลงโปรแกรมการบริหารสมองร่วมกับนวัตกรรมลำเต้ย เป็นกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูสมองโดยการบริหารสมองทั้งสองข้างร่วมกับการฟังดนตรี จะช่วยเพิ่มปริมาณออกซิเจนไปเลี้ยงสมอง (Oxygen Consumption; VO<sub>2</sub>) และกระตุ้นสมองที่เชื่อมโยงสมอง ระหว่างสมองซีกซ้ายและซีกขวาให้ทำงานประสานกัน และเพิ่มการไหลเวียนของเลือดในสมอง (Cerebral Blood Flow) ทำให้ความจำดี<sup>(13)</sup> ดังนั้นการฝึกบริหารสมองร่วมกับการใช้นวัตกรรมลำเต้ยจะช่วยป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### รูปแบบและวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดหนึ่งกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (One groups, pretest-posttest design)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรคือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบลบ้านชะหลวง ตำบลหนองหลวง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุ โดยสอบถามความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมกิจกรรมจนครบตามกำหนด ได้จำนวน 20 คน เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) อายุ 60 ปีขึ้นไป 2) มีสติ สัมผัสปัญญา สามารถสื่อสารรู้เรื่อง 3) สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และ 4) ไม่มีโรคแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง และเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มีการบาดเจ็บอวัยวะร่างกายที่ส่งผลต่อการเคลื่อนไหว และ 2) มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการเข้าร่วมโครงการ เช่น หายใจหอบเหนื่อย วิงเวียนศีรษะ หรือหน้ามืด

### เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. โปรแกรมบริหารสมองร่วมกับนวัตกรรมลำเตี้ย
2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ
3. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE) จำนวน 11 ข้อ (ของกรมสุขภาพจิต)

4. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการใช้โปรแกรมบริหารสมองร่วมกับนวัตกรรมลำเตี้ย จำนวน 13 ข้อ

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรง (Validity) ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมบริหารสมอง เนื้อเพลงและทำนองลำเตี้ยป้องกันสมองเสื่อม และแบบประเมินความพึงพอใจ ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลชุมชน 1 ท่าน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 ท่าน และอาจารย์คณะศิลปกรรมศาสตร์ เอกดนตรีพื้นบ้าน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา (Content Validity) แล้วนำไปปรับปรุงตามที่คุณผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ แล้วจึงนำไปทดลองใช้ต่อไป

2. ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ของแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการใช้โปรแกรมบริหารสมองร่วมกับนวัตกรรมลำเตี้ย ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ผลการวิเคราะห์พบว่าค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 ซึ่งอยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด หนังสือรับรองเลขที่ 005/2567 ทั้งนี้ ผู้วิจัยจะไม่นำความลับ และข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ถูกวิจัยไปเปิดเผยเป็นการเฉพาะตัว แต่จะนำเสนอข้อมูลที่ได้ทั้งหมดในรูปของผลวิจัยโดยภาพรวม

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบะหลวงและกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อชี้แจงรายละเอียดงานวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูล จากนั้นดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 วัน (จันทร์ พุธ ศุกร์) วันละ 1 ชั่วโมง โดยมีรายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1: ชี้แจงโครงการ ขอความยินยอม เซ็นใบยินยอม ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ทำแบบทดสอบ MMSE หลังจากนั้นจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ทำกิจกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยมีกิจกรรม “จับ L บริหารสมอง” “โป่งก้อย” และพ้อนรำโดยใช้นวัตกรรมลำเตี้ยร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 2 ทำกิจกรรม “จับ L บริหารสมอง” “โป่งก้อย” “จับหู พาม้วน” และพ้อนรำโดยใช้นวัตกรรมลำเตี้ยร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 3 ทำกิจกรรม “จับหู พาม้วน” “บริหารปุ่มสมอง ลูกท้อ ดบอก” “ไขว้หูจับจุมูก” และพ้อนรำโดยใช้นวัตกรรมลำเตี้ยร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 4 ทำกิจกรรม “บริหารปุ่มสมอง ลูกท้อ ดบอก” “ไขว้หูจับจุมูก” “จับคู่เงา” และพ้อนรำโดยใช้นวัตกรรมลำเตี้ยร่วมกัน

ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม ทำการสรุปการทำกิจกรรม ทำแบบประเมินความพึงพอใจ และแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE)

### ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน เป็นเพศชายจำนวน 17 คน (ร้อยละ 85) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 10 คน (ร้อยละ 50) และผู้ที่เรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 10 คน (ร้อยละ 50)

1. การเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยคะแนนทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น MMSE ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม บริหารสมองร่วมกับนวัตกรรมลำเตี้ยในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังการทดลอง ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน MMSE ก่อนและหลังการใช้นวัตกรรมลำเตี้ยในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังการทดลอง

| ช่วงเวลา     | n  | $\bar{x}$ | SD   | t     | p-value |
|--------------|----|-----------|------|-------|---------|
| คะแนน MMSE   |    |           |      |       |         |
| ก่อนการทดลอง | 20 | 21.85     | 3.36 | -6.49 | <0.001  |
| หลังการทดลอง | 20 | 24.75     | 2.45 |       |         |

จากตารางที่ 1 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น MMSE ก่อนและหลังการใช้นวัตกรรมลำเตี้ยในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=-6.49$ ,  $p<0.05$ )

2. ระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุภายหลังการใช้โปรแกรมบริหารสมองร่วมกับนวัตกรรมลำเตี้ยในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุภายหลังการใช้โปรแกรมบริหารสมองร่วมกับนวัตกรรมลำเตี้ยในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

| รายการประเมิน                                        | $\bar{x}$ | SD   |
|------------------------------------------------------|-----------|------|
| 1. ด้านกระบวนการขั้นตอนการใช้บริการ                  |           |      |
| 1.1 ความเหมาะสมในการจัดกิจกรรม                       | 4.95      | 0.22 |
| 1.2 ความเหมาะสมของระยะเวลาในการจัดกิจกรรม            | 4.80      | 0.40 |
| 1.3 ความรู้ความสามารถของคณะวิทยากร                   | 4.85      | 0.36 |
| 1.4 ความน่าสนใจของกิจกรรม                            | 4.95      | 0.22 |
| 2. ด้านสถานที่และการบริการ                           |           |      |
| 2.1 ความสะดวกในการเดินทาง                            | 4.85      | 0.36 |
| 2.2 ความเหมาะสมของสถานที่                            | 5.00      | 0.00 |
| 2.3 การเอาใจใส่ของคณะผู้จัดทำ                        | 5.00      | 0.00 |
| 3. ด้านความรู้ความเข้าใจ                             |           |      |
| 3.1 สามารถนำไปปฏิบัติได้ในชีวิตประจำวัน              | 4.90      | 0.30 |
| 3.2 สามารถนำความรู้ไปเผยแพร่/ถ่ายทอดแก่เพื่อนบ้านได้ | 4.85      | 0.36 |
| 4. ด้านสังคมและสัมพันธภาพ                            |           |      |
| 4.1 ผู้เข้าร่วมมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน               | 4.95      | 0.22 |
| 4.2 ผู้เข้าร่วมมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน        | 4.85      | 0.36 |
| 4.3 ผู้เข้าร่วมเกิดความสนุกสนานและเพลิดเพลิน         | 4.95      | 0.22 |
| รวม                                                  | 4.91      | 0.29 |

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงใจภายหลังการใช้โปรแกรมบริหารสมองร่วมกับนวัตกรรมลำเตี้ยในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุอยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมอยู่ที่ ( $\bar{x}=4.91$ ) จากการสังเกตผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในสัปดาห์แรก โดยมีกิจกรรม “จับ L บริหารสมอง” “โป่งก้อย” และฟ้อนรำโดยใช้นวัตกรรมลำเตี้ยร่วมกัน ผู้สูงอายุมีการสร้างสัมพันธ์ภาพและแลกเปลี่ยนความเห็นกันในกลุ่มใน สัปดาห์ที่ 2 เพิ่มกิจกรรมที่มีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น เช่น “จับหู พาม่วน” และ สัปดาห์ที่ 3 เพิ่มกิจกรรม “บริหารปุ่มสมอง ลูบท้อง ตบอก” “ไขว้หูจับจุมูก” และฟ้อนรำโดยใช้นวัตกรรมลำเตี้ยร่วมกัน ผู้สูงอายุมีความกระตือรือร้น และมีความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรม เริ่มมีการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นในกลุ่ม มีส่วนร่วมในการแสดงออกในการคิดทำรำต่างๆ ประกอบเพลงลำเตี้ย และมีการพูดคุย ยิ้มแย้ม สนุกสนานมากขึ้น และสัปดาห์ที่ 4 เพิ่มกิจกรรม “จับคู่เงา” และฟ้อนรำโดยใช้นวัตกรรมลำเตี้ยร่วมกัน ผู้สูงอายุทุกท่านให้ความร่วมมือโดยเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้งสามารถจดจำทำรำและเนื้อเพลงและมีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนกันภายในกลุ่มเพิ่มมากขึ้น

### การอภิปรายผล

1. ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนน MMSE ภายหลังการใช้โปรแกรมบริหารสมองร่วมกับนวัตกรรมลำเตี้ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=-6.49, p<0.05$ ) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมบริหารสมองร่วมกับนวัตกรรมลำเตี้ย ช่วยให้ผู้สูงอายุมีการจดจำเพิ่มมากขึ้นจากก่อนการทดลองใช้นวัตกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอาทิตยา สุวรรณ และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค (2564)<sup>(8)</sup> ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรู้คิดโดยใช้ดนตรีบำบัดต่อความสามารถด้านการรู้คิด ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลางที่พักอาศัยในศูนย์ดูแลและฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่าโปรแกรมการส่งเสริมการรู้คิดโดยใช้ดนตรีบำบัดสามารถกระตุ้นการรู้คิด และลดปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ เช่นเดียวกับการศึกษาแบบ Systematic review ถึงผลของกิจกรรมดนตรีบำบัด ร่วมกับการระบายสีรูปภาพต่อความสามารถด้านการรู้คิด คุณภาพชีวิต และภาวะเจ็บปวดเรื้อรัง ในผู้สูงอายุสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย จำนวน 59 คน ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนการรู้คิด ความจำ และการสื่อสาร สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม รวมทั้งมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น<sup>(14)</sup> และยังพบว่าการศึกษาของอัญญา จุลศิริ และเสรี ชัดเข้ม (2566)<sup>(15)</sup> ถึงผลของการฟังดนตรีไทยเดิมที่พึงพอใจต่อการเพิ่มศักยภาพความจำขณะคิดในผู้สูงอายุ: การศึกษากลุ่มไฟฟ้าสมอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความถูกต้องของการทำกิจกรรมขณะนับเลขและเปอร์เซ็นต์อีอาร์ดีของคลื่นอัลฟาระดับสูงบริเวณเปลือกสมองส่วนหน้าเพิ่มขึ้นหลังจากฟังดนตรีไทยเดิมที่พึงพอใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีเปอร์เซ็นต์อีอาร์เอสของคลื่นเทต้าบริเวณร่างแหของวงจรเซลล์ประสาทบริเวณสมองด้านหน้ากับ สมองด้านพาไรเอทัลลดลงหลังจากฟังดนตรีไทยเดิมที่พึงพอใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งให้เห็นว่า การฟังดนตรีไทยเดิมที่พึงพอใจช่วยเพิ่มศักยภาพด้านความจำขณะคิดของผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน

2. ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการทดลองมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{x}=4.91$ ) โดยในสัปดาห์ที่ 1 ดำเนินกิจกรรม “จับ L บริหารสมอง” “โป่งก้อย” และฟ้อนรำโดยใช้นวัตกรรมลำเตี้ยร่วมกัน เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดการสร้างสัมพันธ์ภาพและแลกเปลี่ยนความเห็นกันในกลุ่ม สัปดาห์ที่ 2 และ 3 เพิ่มกิจกรรมบริหารสมองที่มีความซับซ้อนมากขึ้น ผู้สูงอายุมีความกระตือรือร้น และมีความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรม เริ่มมีการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นในกลุ่ม มีส่วนร่วมในการแสดงออกในการคิดทำรำในการประกอบเพลงลำเตี้ย

และมีการพูดคุย ยิ้มแย้ม สนุกสนานมากขึ้น และสัปดาห์ที่ 4 ผู้สูงอายุสามารถจดจำทำร้ายและเนื้อเพลงและมีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนกันภายในกลุ่ม และจะนำกิจกรรมไปทำต่อบ้านและในชุมชน แสดงให้เห็นว่าดนตรีมีส่วนช่วยในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นในสังคม และช่วยให้ผู้สูงอายุมีการรู้คิด มีความจำที่ดียิ่งขึ้น โดยสอดคล้องกับการศึกษาของอาทิตยา สุวรรณ และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค (2564)<sup>(8)</sup> เกี่ยวกับการใช้ “ดนตรี” ช่วยส่งเสริมกระบวนการสร้างเซลล์ประสาทใหม่ (Neurogenesis) ภายในสมอง ช่วยปกป้องเซลล์ประสาท (Neuroprotection) เพิ่มการเชื่อมต่อสัญญาณประสาททำให้เซลล์ประสาทแข็งแรงขึ้น ส่งผลให้มีการกระตุ้นสมองด้านการรู้คิด การเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ การสื่อสาร การใช้ภาษา ความจำระยะสั้น ระยะยาวและความจำที่เกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตประวัติของตนเอง (Autobiographic memory) ให้ดีขึ้น ซึ่งในปัจจุบันได้มีการพัฒนาการศึกษาโดยใช้เสียงดนตรีประกอบกับการกระตุ้นประสาทการรับรู้หลายด้าน (Multisensory stimulation) ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การสัมผัส และการเคลื่อนไหว ผลการศึกษาพบว่าหลังได้รับโปรแกรม ผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีระดับคะแนนระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด และคะแนนการรู้คิดและความจำที่สูงขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของณิชาภัทร มณีพันธ์, ศรีนรินทร์ จันทพิมพ์ และณรงค์กร ชัยวงศ์ (2565)<sup>(16)</sup> โดยการพัฒนาชุดกิจกรรมภูมิปัญญาปราชญ์ชาวบ้านต่อการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนประกอบด้วย 8 กิจกรรมย่อย ได้แก่ 1) สร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกและสันตนาการ 2) การสร้างการรับรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม 3) การเขียนแผนที่และแผนผังครอบครัว 4) การบริหารสมองด้วยสมองมือ 5) ออกกำลังกายประกอบเพลงหมอลำด้วยท่าวิถีชุมชนและตาราง 9 ช่อง 6) ถอดคำปริศนาผะหย้า (ผญา) สอนใจ และทายคำพังเพย 7) เกมสัณนิษิตคิดเร็วชีวิตประจำวัน และ 8) นิทานพื้นบ้านพาเพลินชวนขึ้นการละเล่นพื้นบ้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อชุดกิจกรรมพัฒนาสมองโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด 4.62 (SD=0.45) ดังนั้นการนำโปรแกรมบริหารสมองร่วมกับนวัตกรรมลำเต้ยไปประยุกต์ใช้ร่วมกับกิจกรรมการพยาบาล โดยเน้นให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในงานวิจัย รวมทั้งควรมีการดำเนินโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง และติดตามผลการศึกษาเป็นระยะ จะช่วยให้สามารถป้องกันการภาวะสมองเสื่อมได้

### ข้อจำกัดของการศึกษา

จากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกที่มีความสมัครใจในการเข้าร่วมกิจกรรมจนเสร็จสิ้นโปรแกรม ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนค่อนข้างน้อย และเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ผลของการวิจัยอาจไม่สามารถสรุปหรืออ้างอิงถึงกลุ่มประชากรผู้สูงอายุโดยรวมได้อย่างครอบคลุม เนื่องจากระยะเวลาของการดำเนินโปรแกรม 1 เดือน อาจไม่เพียงพอในการแสดงผลลัพธ์ด้านความจำ การรู้คิด หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะยาว และปัจจัยแทรกซ้อนที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่นความพร้อมทางจิตใจในแต่ละวัน อาจส่งผลต่อผลลัพธ์ของการประเมินโดยรวม

### สรุปผลการศึกษา

ภาวะสมองเสื่อมถือเป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อยและเป็นปัญหาที่สำคัญในผู้สูงอายุ ปัจจุบันไม่มีการรักษาภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเพื่อให้หายขาด การป้องกันภาวะสมองเสื่อมจึงมีความสำคัญ การฝึกบริหารสมองโดยใช้โปรแกรมบริหารสมองร่วมกับนวัตกรรมลำเต้ย ช่วยในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านการกระตุ้นการรู้คิด และการส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้สูงอายุในมิติด้านสังคม โดยใช้ดนตรีเป็นสื่อจะช่วยป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้ดีขึ้น

### ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลที่รับผิดชอบงานดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถนำโปรแกรมบริหารสมองร่วมกับนวัตกรรมลำเตี้ย ไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพสมองของผู้สูงอายุ โดยใช้ทุนทางวัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่นอย่างเหมาะสม
2. โรงเรียนผู้สูงอายุสามารถนำโปรแกรมบริหารสมองร่วมกับนวัตกรรมลำเตี้ยไปใช้เป็นกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพสมองของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มต้น
3. ผู้วิจัยควรเพิ่มกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง และเพิ่มระยะเวลาในการทดลองให้นานขึ้น
4. ผู้วิจัยควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมบริหารสมองร่วมกับการใช้ดนตรีบำบัดในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมวัยอื่น ๆ ด้วย

### เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. “สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2566” [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 18 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: [https://www.dop.go.th/th/statistics\\_page?cat=12&id=2563](https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=12&id=2563)
2. กัญญา จันทร์พล, สดุดี ภูห่องไสย. การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้เพื่อชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ: เขตสุขภาพที่ 7. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2567;47(1):55-67.
3. กรมกิจการผู้สูงอายุ. “สถิติผู้สูงอายุ พฤษภาคม 2568” [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 18 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: [https://www.dop.go.th/th/statistics\\_page?cat=1&id=2569](https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2569)
4. นฤปดินทร์ รอดปั้น, ศิราณี ศรีหาภาค, ละมุล เกษสาคร, กฤษณาวรรณ เพียสุพรรณ, อริชรา โพธิ์มา. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน อำเภอโนนพอง จังหวัดขอนแก่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2567;18(2):459-472.
5. ณรงค์กร ชัยวงศ์, ณิชาภัทร มณีพันธ์, ปณณทัต บณขุนทด, กัญปะนา ภาพยนตร์. ชุดกิจกรรมพัฒนาสมองแบบผสมผสานภูมิปัญญาชุมชนต่อการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ กรณีศึกษา ชุมชนตำบลชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2565;30(2):225-238.
6. จุฑามาศ วงจันทร์, มยุรี ลีทองอิน, สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์. ผลของโปรแกรมบริหารสมองต่อการรู้คิดในผู้สูงอายุ. วารสารสภาการพยาบาล. 2563;35(2):70-84.
7. จตุพร แพงจักร, ระพีพรรณ ชมแผน. การเพิ่มความจำและป้องกันโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุด้วยการบริหารสมองและดนตรีบำบัด. วารสารสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนาท้องถิ่นมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม. 2565;6(1):275-283.
8. อาทิตยา สุวรรณ, สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรู้คิดโดยใช้ดนตรีบำบัดร่วมกับการกระตุ้นประสาทการรับรู้หลายด้านต่อความสามารถด้านการรู้คิด ปัญหาพฤติกรรมอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย. 2564;14(2):221-234.
9. ลลิตา สว่างจันทร์, และคณะ. ผลของการฟังดนตรีแบบปัจเจกบุคคลต่อพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. วารสารรามิบัติพยาบาลสาร. 2564;28(2):199-213.

10. ชนิสนา แสนยุบุตร, พัทรี แวงวรรณ. การให้คุณค่าของการเล่นอังกะลุงในผู้สูงอายุ ชุมชนสามัคคี อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2561;15(2):34-43.
11. นิชิพันธุ์ระวี เฟื่องพล, และคณะ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพร้อมกับการใช้สื่อเพลงสุขภาพ และการฟ้อนรำของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน. วารสารพยาบาลทหารบก. 2566;2(24):134-142.
12. อัครวัตร เชื่อมกลาง, และคณะ. อีสานสวีท: ผลงานสร้างสรรค์จากทำนองเพลงพื้นบ้านอีสานสำหรับ วงซิมโฟนิค. วารสารศิลปกรรมศาสตร์วิชาการ วิจัย และงานสร้างสรรค์. 2564;1(8):184-150.
13. กัลยา มั่นล้วน, สิริกรานต์ จันทเปรมจิตต์, ยุทธนา จันทะชิน. การเพิ่มความจำเหตุการณ์และลดระดับ คอร์ทิซอลในผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องโดยใช้โปรแกรมการบริหารนิ้วมือร่วมกับดนตรีบำบัด. วารสารพยาบาลทหารบก. 2565;23(3):285-295.
14. Pongan E, Tillmann B, Leveque Y, Trombert B, Getenet JC, Auguste N, et al. Can musical or painting interventions improve chronic pain, mood, quality of life, and cognition in patients with mild alzheimer's disease? Evidence from a randomized controlled trial. J Alzheimers Dis. 2017;60(2):663-774.
15. อัญชนา จุลศิริ, เสรี ชัดแจ้ง. ผลของการฟังดนตรีไทยเดิมที่ฟังพอใจต่อการเพิ่มศักยภาพความจำขณะ คิดในผู้สูงอายุ: การศึกษาคลื่นไฟฟ้าสมอง. วิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา. 2566;1(1):1-18.
16. นิชาภัทร มณีพันธ์, ศรีนรัตน์ จันทพิมพ์, ณรงค์กร ชัยวงศ์. การพัฒนาชุดกิจกรรมภูมิปัญญาปราชญ์ ชาวบ้านต่อการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2565;15(3):85-98.

## ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง กรณีศึกษาอำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี Results of Development Model of Oral Healthcare for Bed-Ridden Patients: Case Study: Kudjub District, Udon Thani Province

เจนจิรา ศรีกงพาน

Jenjira Srikongpan

ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

Dentist, Senior Professional Level, Dental Department, Kudjab Hospital, Udon Thani Province 41250

Corresponding Author: \*E-mail: Srikongpan@hotmail.com

Received: 15 January 2025 Revised: 4 August 2025 Accepted: 9 August 2025

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยติดเตียง ในด้านสุขภาพช่องปาก ความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ และความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วย รวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเฉพาะด้านสุขภาพช่องปาก

**รูปแบบและวิธีวิจัย :** เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods) ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ประชากร คือ ผู้ป่วยติดเตียงและผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง (Caregiver) ในเขตพื้นที่อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี คัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเป็นผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 13 ราย และผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง 13 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอ้างอิงใช้ Wilcoxon signed-rank test และข้อมูลคุณภาพวิเคราะห์ในเชิงเนื้อหา โดยมีรูปแบบที่พัฒนา คือ การให้ความรู้ การมอบคู่มือและอุปกรณ์เพิ่มเติม การฝึกทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากให้แก่ผู้ดูแล เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ และแบบตรวจสุขภาพช่องปาก

**ผลการศึกษา :** ด้านสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย พบว่า ดัชนีคราบจุลินทรีย์รายบุคคล ต่ำกว่าก่อนการมีกิจกรรมการพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าเฉลี่ยดัชนีคราบจุลินทรีย์ ก่อนและหลังการมีกิจกรรมพัฒนา 0.74 และ 0.60 ตามลำดับ ผู้ป่วยมีดัชนีคราบจุลินทรีย์ลดลง ร้อยละ 53.85 กลุ่มที่มีค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์คงเดิมนั้น เนื่องมาจากมีดัชนีเป็น 0 ทั้งก่อนและหลังการมีกิจกรรมการพัฒนา ร้อยละ 23.07 และจากการติดตามต่อเนื่องไปอีกทุก 6 เดือน เป็นเวลา 2 ปี พบว่า คราบจุลินทรีย์ส่วนใหญ่ยังคงมีค่าใกล้เคียงเดิม

**สรุปผลการศึกษา :** การพัฒนาความรู้ ทักษะ และฝึกการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง รวมทั้งการมอบอุปกรณ์จำเป็นและมอบคู่มือในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วย ส่งผลให้สุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียงดีขึ้น

**คำสำคัญ :** ผู้ป่วยติดเตียง, การดูแลสุขภาพช่องปาก, ผู้ดูแลผู้ป่วย

---

**ABSTRACT**

**Objective :** To examine the effects of developing an oral health care model for bedridden patients in terms of oral health status, knowledge, attitudes, practices, and the needs of both patients and their caregivers regarding oral health care. The study also aimed to assess patients' quality of life specifically related to oral health.

**Methods :** This study employed incorporating both quantitative and qualitative research. The study population included bedridden patients and their caregivers in Kut Chap District, Udon Thani Province. A purposive sampling technique was used to select 13 bedridden patients and 13 caregivers. Data were analyzed using descriptive statistics, and inferential statistics were assessed using the Wilcoxon signed-rank test. Qualitative data were analyzed through content analysis. The developed care model included: Oral health education, Distribution of manuals and additional oral care equipment and Skills training for caregivers on how to perform oral care, Data collection tools included an interview form and an oral health assessment form.

**Results :** Regarding patients' oral health, it was found that the individual plaque index significantly decreased after the implementation of the development program. The mean plaque index before and after the intervention was 0.74 and 0.60, respectively. A reduction in plaque index was observed in 53.85% of the patients. For the group whose plaque index remained unchanged (23.07%), it was because their initial index was 0 both before and after the program. Furthermore, during follow-up assessments conducted every 6 months over a 2-year period, it was found that most plaque index values remained relatively stable.

**Conclusion :** The development of caregivers' knowledge, attitudes, and practical skills along with the provision of essential oral care equipment and a caregiver's manual led to improved oral health among bedridden patients.

**Keywords :** Bed-ridden patients, Oral healthcare, Caregivers

## บทนำ

ผู้ป่วยติดเตียง เป็นผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังจนเกิดสภาวะร่างกายเสื่อมโทรม ทำให้ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวัน ตลอดจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เหมือนคนปกติ และปัญหาของสุขภาพช่องปาก อาจนำไปสู่การเป็นต้นเหตุทำให้เกิดปัญหาสุขภาพอื่นได้ การที่ผู้ป่วยไม่อาจที่จะช่วยเหลือตนเองได้ จากเดิมที่ผู้ป่วยแข็งแรงสามารถดูแลสุขภาพช่องปากตนเองได้ จะไม่สามารถดูแลสุขภาพช่องปากได้ด้วยตนเองอีกต่อไป หรืออาจจะสามารถดูแลได้เองเพียงบางส่วนเท่านั้น จึงนำมาซึ่งปัญหาสุขภาพช่องปากต่าง ๆ<sup>(1)</sup> เช่น ปัญหา กลืนปาก ลมหายใจมีกลิ่นเหม็น กลืนอาหารลำบาก มีการอักเสบ ติดเชื้อ เป็นแผลในปาก ซึ่งเป็นสาเหตุของความเจ็บปวด การติดเชื้อในกระแสเลือด นอนไม่หลับ ซึมเศร้า และการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักอาหาร<sup>(2)</sup> ทั้งนี้ ในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่าติดเตียงร้อยละ 1.5 ส่วนใหญ่เนื่องจากป่วยเป็นโรคเรื้อรัง<sup>(1)</sup> ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ จะส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยเอง และญาติเป็นอย่างมาก ทั้งอาการจากความเจ็บป่วยและด้านการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากต้องพึ่งพาการดูแลจากญาติ เป็นภาระงานหนักที่ต้องมีความรู้ ความเข้าใจต่อการดูแลอย่างเช่น การดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งต้องมีการกระตุ้นจิตใจให้ผู้ดูแลตระหนักและมีการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยติดเตียง<sup>(3)</sup>

ข้อมูล ณ เดือนสิงหาคม 2562 อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี มีผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 13 ราย<sup>(4)</sup> อายุน้อยสุด 25 ปี สูงสุด 72 ปี ส่วนใหญ่เกิดจากโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวนี้ เป็นผู้ป่วยติดเตียงที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด รวมถึงการดูแลสุขภาพช่องปากที่มีความสำคัญ ต้องดูแลให้ถูกวิธี เพื่อป้องกันปัญหาความเจ็บป่วยอื่น อันเป็นผลมาจากสุขภาพช่องปากที่จะเกิดตามมาได้ ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องแก่ผู้ดูแลผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจ มีทัศนคติ และมีการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง และติดตามผลการพัฒนาว่าสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย รวมทั้งคุณภาพชีวิตว่าเป็นเช่นใด จึงนำมาสู่การวิจัยในครั้งนี้

## วัตถุประสงค์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง ก่อนและหลังการพัฒนาในเรื่องของสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยติดเตียง ความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติ รวมถึงความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียงเฉพาะในด้านสุขภาพช่องปาก

## รูปแบบและวิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน ซึ่งเป็นการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยการวิจัยเชิงปริมาณเป็นการศึกษาในส่วนของข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติ ของผู้ป่วยและผู้ดูแล และการตรวจการบจุลินทรีย์

การวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นการศึกษาในส่วนที่เป็นเนื้อหา จากการสัมภาษณ์ความต้องการสนับสนุนของผู้ป่วยและผู้ดูแล และด้านคุณภาพชีวิตเฉพาะที่เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก การวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 ประเมินความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติ และสัมภาษณ์ความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล ในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วย รวมถึงการตรวจสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย เพื่อกำหนดรูปแบบกิจกรรมพัฒนาในระยะที่ 2

ประชากรประกอบด้วยผู้ป่วยติดเตียงในเขตอำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานีทุกราย ณ เดือนสิงหาคม 2562 จำนวน 13 ราย และผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง 13 ราย รวมเป็น 26 ราย และได้คัดเลือกทั้ง 26 ราย เป็นกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ทำการศึกษาตั้งแต่ เดือนมีนาคม 2562 – ธันวาคม 2565 เก็บข้อมูลการวิจัยในช่วงเดือน

สิงหาคม 2562 – เดือนพฤษภาคม 2563 และเก็บข้อมูลต่อเนื่องต่อไปอีกทุก 6 เดือน จนถึงเดือนพฤศจิกายน 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง และแบบตรวจสอบสุขภาพช่องปากและคราบจุลินทรีย์ของผู้ป่วย มีการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือแบบสัมภาษณ์ โดยคำนึงถึงความครอบคลุมเนื้อหา ความถูกต้องของภาษา ความชัดเจนถูกต้องของข้อความ ซึ่งได้เสนอให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) ก่อนนำไปใช้จริงในการสัมภาษณ์ และภายหลังการวิจัยระยะที่ 1 ได้รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง จึงได้นำไปเป็นเครื่องมือการวิจัยระยะที่ 2 และมีการประเมินผลการพัฒนารูปแบบดังกล่าวตามลำดับ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอ้างอิงใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank test ข้อมูลคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลในเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ การสังเกตในการปฏิบัติ และการตรวจประเมินสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย

### การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการ UDREC 2062

### ผลการศึกษา

#### 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล

การศึกษารั้งนี้ เป็นผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 13 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.54 อายุเฉลี่ย 51.31 ปี (SD 14.69) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 53.85 ระดับการศึกษา จบการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้น และประถมศึกษาตอนปลายคิดเป็น ร้อยละ 38.46 เท่ากัน

ในส่วนผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 13 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 30.77 มีอายุเฉลี่ย 50.38 ปี (SD 9.37) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 92.31 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 30.77 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 53.85 มีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 92.31 โดยกรณีไม่เพียงพอแก้ปัญหาโดยการยืมญาติ ร้อยละ 100 ผู้ป่วยที่ดูแลส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาประเภทสิทธิหลักประกันสุขภาพ ร้อยละ 92.31 ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นภรรยามากที่สุด ร้อยละ 30.77

ด้านข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยติดเตียง ส่วนใหญ่เป็นโรคเกี่ยวกับเส้นเลือดสมอง ร้อยละ 53.85 นอนติดเตียงมานานเฉลี่ย 2.43 ปี (SD 2.18 ) นั่งบนเตียงได้ ร้อยละ 61.54 เป็นผู้ป่วยเจาะคอ ร้อยละ 53.85 รับประทานอาหารปกติ ร้อยละ 53.85 ส่วนการสื่อสารไม่สามารถพูดได้ ร้อยละ 53.85 และญาติแปร่งฟันให้ ร้อยละ 69.23

2. ผลการวิจัยระยะที่ 1 ด้านสุขภาพช่องปาก ความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ ความตระหนักในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยติดเตียงและผู้ดูแลผู้ป่วย รวมทั้งข้อเสนอแนะอื่น ๆ ที่มีความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเฉพาะเรื่องของสุขภาพช่องปาก ก่อนมีกิจกรรมพัฒนา

2.1 ความเหมาะสมในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย ซึ่งความเหมาะสมดังกล่าวนี้ หมายถึง ความถูกต้องตามหลักการดูแลช่องปากในผู้ป่วยติดเตียง ตามคู่มือของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข<sup>(2)</sup> ซึ่งความเหมาะสมนั้น ครอบคลุมใน 5 ด้าน คือ 1) ความถี่ในการแปรงฟันหรือการทำความสะอาดช่องปาก

2) วิธีการแปรงฟัน 3) การใช้อุปกรณ์เสริม (ไหมขัดฟัน/แปรงซอกฟัน) 4) การจัดทำผู้ป่วยขณะดูแล 5) วิธีทำความสะอาดอื่น ๆ ตามลักษณะผู้ป่วยในแต่ละราย เช่น การใช้ผ้าขาวปาก เป็นต้น

จากผลการศึกษา พบว่า ทั้งผู้ป่วยที่ได้รับอาหารปกติและรับอาหารทางสายยาง ส่วนใหญ่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง โดยพบว่าผู้ป่วยที่รับอาหารปกติ จะมีการใช้อุปกรณ์ในการแปรงฟันเหมาะสมทุกราย ร้อยละ 100 วิธีการแปรงฟันถูกต้อง อุปกรณ์เสริมในการทำทำความสะอาดเหมาะสม และวิธีการทำความสะอาดนอกเหนือจากการแปรงฟันเหมาะสม แต่ความถี่ในการแปรงฟันยังไม่เหมาะสม ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายยาง พบว่ามีการจัดตำแหน่งผู้ป่วยขณะแปรงฟันเหมาะสมมากที่สุด ร้อยละ 83.33 รองลงมาคือความถี่ในการแปรงฟันเหมาะสม ร้อยละ 66.67

2.2 ผลการตรวจสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีฟันมากกว่า 20 ซี่ ร้อยละ 76.92 สุขภาพเหงือกปกติ ร้อยละ 84.62 มีเหงือกบวม ร้อยละ 15.38 มีหินปูน ร้อยละ 84.62 มีฟันผุ ร้อยละ 61.54 ส่วนคราบจุลินทรีย์ส่วนใหญ่มีดัชนีคราบจุลินทรีย์ 1.2-2

2.3 ความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ ในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย ก่อนการมีกิจกรรมพัฒนา พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลผู้ป่วย และผู้ป่วยที่สามารถสื่อสารได้ ยังมีความรู้ ทักษะและการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม โดยมีข้อเสนอแนะทั้งในส่วนของผู้ดูแลและผู้ป่วย ว่าต้องการให้ทันตแพทย์ เจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุข หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น มาแนะนำอย่างสม่ำเสมอ และมี 1 ราย ต้องการใส่ฟันเทียม

ด้านความตระหนักในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ให้ความสำคัญในระดับมากที่สุด ร้อยละ 61.54

2.4 ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเฉพาะเรื่องของสุขภาพช่องปาก พบว่าผู้ป่วยบางรายมีอาการปวดฟัน บางรายมีปัญหาในการเคี้ยวอาหาร

จากผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยระยะที่ 1 ได้มีกิจกรรมพัฒนาสู่การวิจัยระยะที่ 2 ประกอบด้วย การให้ความรู้ และฝึกทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียงให้กับผู้ป่วยที่สื่อสารได้ และผู้ดูแล มอบคู่มือ พร้อมทั้งสนับสนุนอุปกรณ์จำเป็นบางอย่างในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วย แล้วประเมินผลภายหลังการมีกิจกรรมพัฒนาในเดือนต่อมา โดยการสังเกตและสัมภาษณ์ในเรื่องความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ รวมทั้งการตรวจสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเฉพาะด้านสุขภาพช่องปาก ซึ่งในส่วนการตรวจสุขภาพช่องปาก และการติดตามผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเฉพาะด้านสุขภาพช่องปากนั้น มีการติดตามผลการวิจัยต่อเนื่องไปอีกทุก 6 เดือน เป็นเวลาสองปี

### 3. ผลการวิจัยระยะที่ 2 ภายหลังมีกิจกรรมพัฒนา

ผลการวิจัยระยะที่ 2 มีดังนี้

3.1 ผลการประเมินสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย ซึ่งมีการเก็บข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบทั้งก่อนและหลังมีกิจกรรมพัฒนา 1 เดือน พบว่าหลังมีกิจกรรมพัฒนาเปรียบเทียบกับก่อนมีกิจกรรมพัฒนา ส่วนใหญ่มีดัชนีคราบจุลินทรีย์รายบุคคลต่ำกว่าก่อนการมีกิจกรรมการพัฒนา โดยมีค่าเฉลี่ยดัชนีคราบจุลินทรีย์ก่อนและหลังการมีกิจกรรมการพัฒนาเท่ากับ 0.74 และ 0.60 ตามลำดับ และเมื่อทดสอบความแตกต่างด้วย Wilcoxon signed-rank test พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ดังตารางที่ 2 และตารางที่ 5) ทั้งนี้ พบว่าส่วนใหญ่ลดลง (ร้อยละ 53.85) โดยมีดัชนีคงเดิม ร้อยละ 46.15 ซึ่งส่วนหนึ่งในกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยที่มีดัชนีคราบจุลินทรีย์เป็น 0 ทั้งก่อนและหลังการมีกิจกรรมการพัฒนาอยู่ด้วย (ร้อยละ 23.07) (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** ผลการประเมินดัชนีคราบจุลินทรีย์เปรียบเทียบก่อนและหลังการมีกิจกรรมพัฒนา

| รายที่           | ก่อนการพัฒนา | หลังมีกิจกรรมพัฒนา | เปรียบเทียบก่อนและหลังมีกิจกรรมพัฒนา |
|------------------|--------------|--------------------|--------------------------------------|
| 1                | 0.83         | 0.66               | ดีขึ้น                               |
| 2                | 0            | 0                  | ดีมาอยู่แล้วและดีมากคงเดิม           |
| 3                | 0            | 0                  | ดีมาอยู่แล้วและดีมากคงเดิม           |
| 4                | 1.3          | 1                  | ดีขึ้น                               |
| 5                | 3            | 3                  | คงเดิม (ผู้ป่วยให้ความร่วมมือน้อย)   |
| 6                | 0.66         | 0.33               | ดีขึ้น                               |
| 7                | 1            | 0.66               | ดีขึ้น                               |
| 8                | 0            | 0                  | ดีมาอยู่แล้วและดีมากคงเดิม           |
| 9                | 0.33         | 0.33               | ดีคงเดิม                             |
| 10               | 0.5          | 0.5                | ดีคงเดิม                             |
| 11               | 0.83         | 0.5                | ดีขึ้น                               |
| 12               | 0.5          | 0.3                | ดีขึ้น                               |
| 13               | 0.66         | 0.5                | ดีขึ้น                               |
| Max/Min = 3/0    |              | Max/Min = 3/0      |                                      |
| $\bar{X} = 0.74$ |              | $\bar{X} = 0.60$   |                                      |
| SD = 0.78        |              | SD = 0.78          |                                      |

ในส่วนของการทดสอบความแตกต่างดัชนีคราบจุลินทรีย์ โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test พบว่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ก่อนและหลังการมีกิจกรรมพัฒนาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือภายหลังมีกิจกรรมพัฒนา ผู้ป่วยมีคราบจุลินทรีย์ลดลงจากเดิม

นอกจากนี้ ภายหลังมีกิจกรรมพัฒนา ได้ติดตามต่อเนื่องไปอีกทุก 6 เดือน โดยพบคราบจุลินทรีย์ส่วนใหญ่มิแตกต่างจากเดิมมาก (ดังตารางที่ 3) และได้แสดงแนวโน้มของค่าเฉลี่ยคราบจุลินทรีย์ ตั้งแต่ก่อนมีกิจกรรมพัฒนา จนถึงจากผลการติดตามต่อเนื่องไปอีกทุก 6 เดือน จำนวน 5 ครั้ง ในระยะเวลา 2 ปี ดังรูปที่ 1

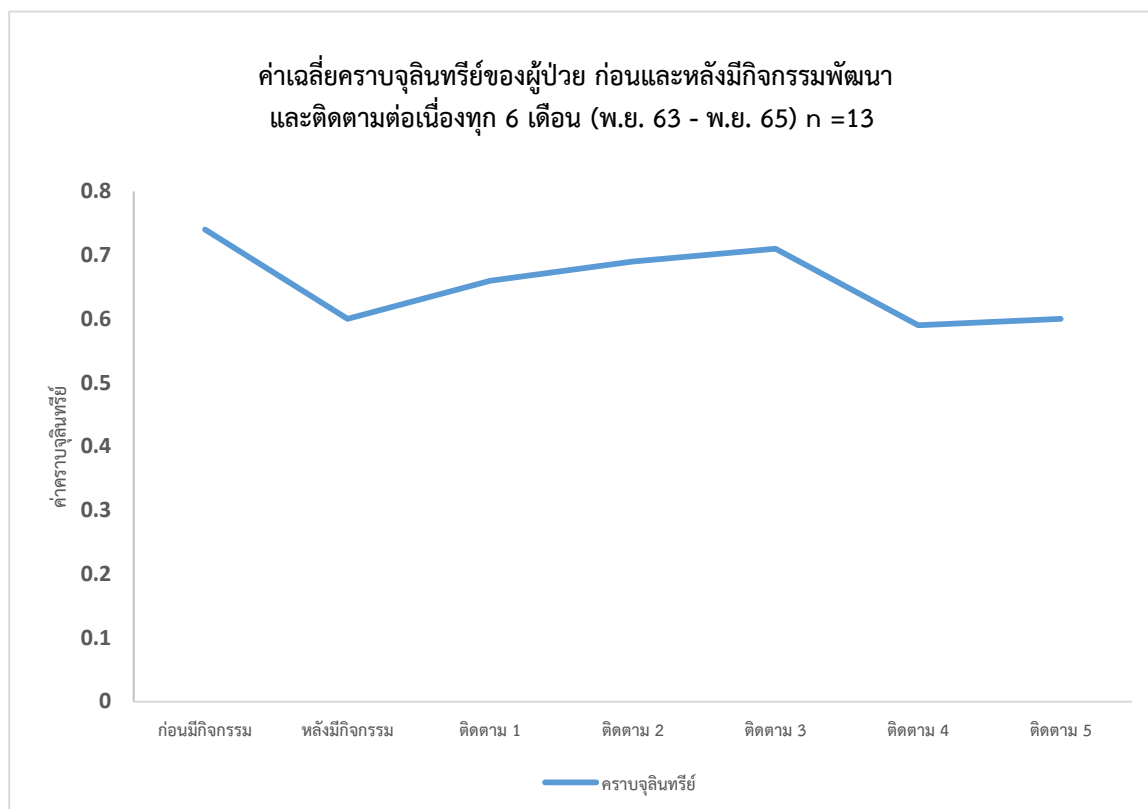
ในส่วนของการติดตามผลการวิจัยต่อเนื่อง ในเรื่องของสุขภาพช่องปาก และการติดตามผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเฉพาะด้านสุขภาพช่องปากนั้น มีการติดตามผลการวิจัยต่อเนื่องไปอีก 6 เดือน เป็นเวลาสองปี พบว่าสุขภาพช่องปาก ส่วนใหญ่มีคราบจุลินทรีย์มีค่าใกล้เคียงเดิม โดยผู้ป่วย 13 ราย เสียชีวิต 1 ราย เนื่องจากปอดติดเชื้อ ซึ่งรายที่เสียชีวิตเก็บข้อมูลต่อเนื่องทุก 6 เดือนได้ 4 ครั้ง จากทั้งหมด 5 ครั้ง (ดังตารางที่ 2) ซึ่งผลการศึกษามีรายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

**ตารางที่ 2** ผลการเปลี่ยนแปลงคราบจุลินทรีย์หลังมีกิจกรรมพัฒนาและการติดตามต่อเนื่องทุก 6 เดือน

| รายที่ | ก่อนการ<br>พัฒนา | หลังมี<br>กิจกรรม<br>พัฒนา | การติดตามต่อเนื่องทุก 6 เดือน |            |            |            |            |
|--------|------------------|----------------------------|-------------------------------|------------|------------|------------|------------|
|        |                  |                            | ครั้งที่ 1                    | ครั้งที่ 2 | ครั้งที่ 3 | ครั้งที่ 4 | ครั้งที่ 5 |
| 1      | 0.83             | 0.66                       | 0.66                          | 0.66       | 0.5        | 0.5        | 0.5        |
| 2      | 0                | 0                          | 0.33                          | 0.33       | 0.33       | 0.33       | 0.33       |
| 3      | 0                | 0                          | 0                             | 0          | 0          | 0          | 0          |
| 4      | 1.3              | 1                          | 1                             | 1          | 1.16       | 1          | 1          |
| 5      | 3                | 3                          | 3                             | 3          | 3          | 2.3        | 2.3        |
| 6      | 0.66             | 0.33                       | 0.33                          | 0.5        | 0.5        | 0.33       | 0.33       |
| 7      | 1                | 0.66                       | 0.66                          | 1          | 0.8        | 0.66       | 0.66       |
| 8      | 0                | 0                          | 0.5*                          | 0.5        | 0.33       | 0.33       | 0.33       |
| 9      | 0.33             | 0.33                       | 0.33                          | 0.33       | 0.33       | 0.33       | 0.33       |
| 10     | 0.5              | 0.5                        | 0.5                           | 0.33       | 0.33       | 0.33       | เสียชีวิต  |
| 11     | 0.83             | 0.5                        | 0.5                           | 0.5        | 0.33       | 0.33       | 0.33       |
| 12     | 0.5              | 0.3                        | 0.33                          | 0.33       | 0.33       | 0.33       | 0.33       |
| 13     | 0.66             | 0.5                        | 0.5                           | 0.5        | 1.33**     | 1          | 0.8        |
| Mean   | 0.74             | 0.6                        | 0.66                          | 0.69       | 0.71       | 0.60       | 0.60       |
| SD     | 0.79             | 0.79                       | 0.74                          | 0.75       | 0.80       | 0.58       | 0.60       |

หมายเหตุ: \*หมายถึงเริ่มรับประทานอาหารได้มากขึ้น

\*\*หมายถึง รับประทานอาหารได้ปกติแล้ว



รูปที่ 1 ค่าเฉลี่ยการบาดเจ็บของผู้ป่วย ก่อนและหลังมีกิจกรรมพัฒนา และติดตามต่อเนื่องทุก 6 เดือน (n=13)

3.2 ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติของผู้ดูแล ซึ่งได้จากแบบทดสอบ ก่อนและหลัง พบว่ามีค่าเฉลี่ยความรู้ และทักษะ สูงขึ้นกว่าก่อนมีกิจกรรมพัฒนา โดยค่าเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 3.23 และ 4.08 ตามลำดับ ส่วนทักษะเท่ากับ 7.92 และ 9.00 ตามลำดับ ด้านการปฏิบัติ ค่าเฉลี่ยก่อนและหลัง 3.77 และ 4.69 ตามลำดับ และเมื่อทดสอบทางสถิติด้วย Wilcoxon signed-rank test หลังมีกิจกรรมพัฒนา ผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะ การปฏิบัติมากกว่าก่อนมีกิจกรรมพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ ทักษะ การปฏิบัติก่อนและหลังการมีกิจกรรมพัฒนา และโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test

| ความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ (N =13) | ค่าทางสถิติ         |                     |                    |
|----------------------------------|---------------------|---------------------|--------------------|
|                                  | $\bar{X}$ ก่อน/หลัง | Z                   | p-value (2-tailed) |
| - ความรู้                        | 3.25/4.08           | -2.810 <sup>a</sup> | 0.005              |
| - ทักษะ                          | 7.92/9.00           | -2.032 <sup>a</sup> | 0.042              |
| - การปฏิบัติ                     | 3.77/4.69           | -2.807 <sup>a</sup> | 0.005              |

<sup>a</sup>Based on negative rank

3.3 ผลกระทบด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการมีกิจกรรมการพัฒนาผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องปวดฟัน จากเศษอาหารติดฟัน ภายหลังปฏิบัติตามคำแนะนำ ไม่มีอาการปวดฟัน ไม่มีปัญหาในการเคี้ยวอาหาร (กรณีรับประทานได้) ผู้ป่วยทุกรายไม่มีกลิ่นปาก ซึ่งเมื่อไม่ปวดฟัน มีความสบายช่องปาก จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตประจำวันที่ดีขึ้น และจากการติดตามในระยะต่อเนื่อง ทุก 6 เดือน ไปอีก 5 ครั้ง พบว่าคุณภาพชีวิตประจำวันดีขึ้น

### อภิปรายผล

จากผลการศึกษา ภายหลังการวิจัยระยะที่ 1 ได้มีกิจกรรมพัฒนาการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย ในการวิจัยระยะที่ 2 ซึ่งเป็นการออกแบบการดูแลเฉพาะราย ตามสภาพปัญหาช่องปากและบริบทของผู้ป่วย กิจกรรมการพัฒนาในผู้ป่วยแต่ละรายจึงมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้ ได้มีการตรวจสอบสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโดยทันตแพทย์ได้ออกเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งมีตัวอย่างของการดูแลเฉพาะกรณีของผู้ป่วยแต่ละรายในการวิจัยครั้งนี้ เช่น ผู้ที่มีปัญหาด้านการสื่อสารแปร่งฟันด้วยตนเองไม่ได้ จะได้รับการสอนหรืออุปกรณ์ที่ต่างจากผู้ป่วยที่สื่อสารได้ปกติ มีการฝึกปฏิบัติจริงของผู้ดูแลกับผู้ป่วย ซึ่งมีความแตกต่างจากการให้ทันตสุขศึกษาทั่วไป ในส่วนของเครื่องมือที่ใช้ในการดูแลสุขภาพช่องปากในการวิจัยนี้ มีการพัฒนาแตกต่างจากมาตรฐานทั่วไป เนื่องจากมีความจำเพาะของผู้ป่วยแต่ละราย กิจกรรมพัฒนามีทั้งเรื่องของการให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติ การมอบคู่มือในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วย ซึ่งเป็นคู่มือที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถอ่าน ทบทวนวิธีการปฏิบัติได้ นอกจากนี้ ยังมีการสนับสนุนอุปกรณ์ในการดูแลรักษาความสะอาดช่องปากเพิ่ม เช่นไหมขัดฟัน แปรงสีฟัน แปรงเชียวซอกฟัน เป็นต้น ซึ่งกรณีนี้ผู้ดูแลสามารถหาซื้อเองได้ แนะนำแหล่งที่จำหน่ายอุปกรณ์ดังกล่าว

จากการพัฒนากิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวมาแล้ว จึงส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ ในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยดีขึ้นกว่าก่อนการมีกิจกรรมพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยมีสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น โดยมีค่าเฉลี่ยดัชนีคราบจุลินทรีย์ ก่อนและหลังการมีกิจกรรมพัฒนา 0.74 และ 0.60 ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีดัชนีคราบจุลินทรีย์ลดลงร้อยละ 53.85 มีดัชนีคงเดิมร้อยละ 46.15 โดยกลุ่มที่มีค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์คงเดิมเนื่องมาจากมีดัชนีเป็น 0 ทั้งก่อนและหลังการลงกิจกรรมการพัฒนา (ร้อยละ 23.07) และได้มีการติดตามต่อเนื่องไปทุก 6 เดือน เป็นเวลาสองปี พบว่า สุขภาพช่องปากส่วนใหญ่มีคราบจุลินทรีย์มีค่าใกล้เคียงเดิม โดยผู้ป่วย 13 ราย เสียชีวิต 1 ราย รายที่เสียชีวิตเก็บข้อมูลต่อเนื่องทุก 6 เดือน ได้ 4 ครั้ง จากทั้งหมด 5 ครั้ง ซึ่งจากผลการวิจัยนี้ พบการเปลี่ยนแปลงเรื่องของการรู้ ทักษะ การปฏิบัติ ในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลสูงขึ้นกว่าเดิม ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากถูกต้อง เหมาะสม จึงทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนากิจกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมในกลุ่มศึกษา มีมากกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งระดับทัศนคติและการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปาก<sup>(5)</sup> อย่างไรก็ตาม การวิจัยครั้งนี้ ยังมีความแตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมา<sup>(5)</sup> เนื่องจากพบว่าปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลงทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การศึกษานี้พบว่า การทำความสะอาดช่องปากที่เหมาะสมของผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลจากประสบการณ์ การได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปาก ความรู้ และทัศนคติในการทำความสะอาดช่องปากของผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วย<sup>(3, 6)</sup> ซึ่งพบว่าการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานได้เพิ่มมากขึ้น และมีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีกว่าเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ การศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การอบรมการตรวจสภาพช่องปากและการทำความสะอาดช่อง

ปากให้แก่อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ทำให้ผู้ดูแลทำความสะอาดช่องปากให้ผู้สูงอายุติดเตียงดีขึ้น ส่งผลให้สุขภาพช่องปากดีขึ้น ค่าเฉลี่ยแผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>(7-8)</sup>

นอกจากนี้ยังพบว่า มีผลการศึกษาที่สอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ โดยเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่พบว่า ภายหลังจากการผ่านโปรแกรมการดูแลช่องปาก ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนต่อการดูแลสุขภาพช่องปากและฟันเทียมในระดับสูง โดยมีความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก มากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>(9-15)</sup> โดยบางการศึกษาได้มีการตรวจคราบจุลินทรีย์ด้วย ซึ่งพบว่าช่องปากของผู้สูงอายุมีคราบจุลินทรีย์ลดลง<sup>(12, 15)</sup>

จากที่กล่าวมา แม้ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการวิจัยครั้งนี้ บางเรื่องอาจจะไม่ใช้การพัฒนาในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงโดยตรง แต่ก็มีส่วนสะท้อนให้เห็นว่า การพัฒนาความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ ในการดูแลสุขภาพช่องปาก ทั้งในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ผู้สูงอายุ หรือกลุ่มผู้ป่วยต่าง ๆ ล้วนส่งผลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยที่ดีขึ้นกว่าเดิม ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการดูแลสุขภาพช่องปาก เป็นเรื่องที่ต้องมีความรู้ และการปฏิบัติที่ถูกต้อง จึงจะส่งผลต่อสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยที่ดีกว่าเดิมนั่นเอง

นอกจากนี้ ด้วยเรื่องของสุขภาพช่องปาก มีผลต่อการดำรงชีวิตของบุคคล ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่จะไม่ทำให้มีโรคที่คุกคามต่อความรู้สึกในการทำหน้าที่ของช่องปาก เช่น การเคี้ยวอาหาร การพูด เป็นต้น<sup>(16)</sup> ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ในด้านผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเฉพาะด้านสุขภาพช่องปาก ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องปวดฟันจากเศษอาหารติด ภายหลังปฏิบัติตามคำแนะนำ ไม่มีอาการปวดอีกเลย และผู้ป่วยไม่มีปัญหาในการเคี้ยวอาหาร (ในกรณีรับประทานได้ทางปากปกติ) และผู้ป่วยทุกรายไม่มีกลิ่นปาก เมื่อไม่มีความเจ็บปวด และความไม่สบายที่ช่องปาก จึงทำให้คุณภาพชีวิตประจำวันผู้ป่วยดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฐิติพร ศิริบุรณนท์<sup>(8)</sup> ที่ศึกษาเรื่อง “ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปาก สำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันเทียม” พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก กล่าวคือ มีปัญหาในการเคี้ยวอาหาร แต่หลังการทดลองที่ผู้ดูแลได้ให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากกับผู้สูงอายุ ส่งผลให้มีปัญหาในเรื่องการเคี้ยวอาหารลดลง และจากการศึกษาของปฐมพงษ์ คำแดง<sup>(17)</sup> ที่ศึกษาเรื่อง “ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ” ซึ่งพบว่า คุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุนั้นจะได้รับผลกระทบในเรื่องการกินมาก กล่าวคือ ผู้ที่มีฟันผุมีโอกาสเกิดผลกระทบในการกินอาหารเป็น 2.48 เท่าของผู้ที่ไม่มีฟันผุ ซึ่งจากการวิจัยครั้งนี้ ผลการวิจัยได้พบปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียงในมิติสุขภาพช่องปาก ในเรื่องของการกินเช่นเดียวกัน และผลจากการมีกิจกรรมพัฒนาการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ก็ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น และลดปัญหาอาการปวดฟันจากการเคี้ยวอาหารได้

ดังนั้น จากการวิจัยครั้งนี้ รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียงที่ผู้วิจัยได้ศึกษา มีผลการวิจัยที่ทำให้ผู้ป่วยติดเตียงมีสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง มีส่วนสำคัญยิ่งในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงให้มีสุขภาพช่องปากที่ดี ซึ่งผลการวิจัยนี้สามารถนำไปพัฒนาการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียงต่อไปได้

### ข้อจำกัดของการศึกษา

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมีเพียง 13 ราย ผู้ดูแลจึงมีเพียง 13 รายเช่นเดียวกัน โดยเป็นจำนวนผู้ป่วยติดเตียงในเขตอำเภอภูผาจำบาก จังหวัดอุดรธานี ทั้งหมดทุกราย ณ ขณะที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวนี้ มีจำนวนไม่มากพอที่จะทำการวิจัยแบบกึ่งทดลองได้ จึงทำการวิจัยที่เน้นในการพัฒนาผู้ดูแลผู้ป่วยแบบเฉพาะรายบุคคล และในการวิจัยเชิงคุณภาพเน้นการสัมภาษณ์เชิงลึกมาใช้

ในการวิเคราะห์ เพื่อออกแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เพื่อเป็นเครื่องมือการพัฒนาของการวิจัยในระยะที่ 2

### สรุปผลการศึกษา

การพัฒนาความรู้ ทักษะ และฝึกการปฏิบัติผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง รวมทั้งมอบอุปกรณ์จำเป็นและมอบคู่มือในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วย มีความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยติดเตียงที่ถูกต้องเหมาะสม จึงส่งผลให้สุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียงดีขึ้นกว่าเดิม

### ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากผู้ป่วยติดเตียงต้องพึ่งพาผู้ดูแล ในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ รวมทั้งการดูแลสุขภาพช่องปากซึ่งมีความสำคัญ ทันตแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุข ควรดำเนินการดังนี้

1. ให้ความรู้ ฝึกการปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องให้กับผู้ดูแล และให้ความรู้ผู้ป่วย กรณีที่สื่อสารรู้เรื่อง รวมทั้งมอบคู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วย เพื่อทบทวนหรือเปิดอ่านทบทวนวิธีการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากได้
2. พิจารณาสับสนุนอุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพความสะอาดช่องปากเพิ่มเติม เช่น ไหมขัดฟัน ไม้พันสำลี แปรงเย็บซอกฟัน หรือกรณีที่ผู้ป่วยสามารถซื้อเองได้ แนะนำแหล่งที่จำหน่ายอุปกรณ์ดังกล่าว
3. มีการประเมินความรู้ และการปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งหากยังไม่ถูกต้องเหมาะสม ก็จะได้ให้ความรู้ คำแนะนำการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป
4. ทันตแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุข ควรประเมินผลการดูแลผู้ป่วย และสุขภาพช่องปากผู้ป่วย ผลกระทบด้านคุณภาพชีวิต เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น
5. นอกจากการพัฒนาความรู้ การปฏิบัติในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงโดยตรงแล้ว ควรขยายการให้ความรู้ การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง เหมาะสม ไปในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อให้มีความรู้ที่จะแนะนำให้กับผู้ป่วยติดเตียง และญาติ ในครอบครัวตนเอง หรือหลังคาเรือนในเขตที่รับผิดชอบ ในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยติดเตียงได้อย่างเหมาะสมได้
6. ควรมีทันตแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุข ออกเยี่ยมให้ความรู้ คำแนะนำ ฝึกปฏิบัติ ในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง ให้กับผู้ป่วยที่สื่อสารได้ และผู้ดูแล รวมทั้งมีการตรวจสอบสุขภาพช่องปากผู้ป่วยตามช่วงเวลาที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งเป็นความต้องการของผู้ป่วยและญาติที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ว่าต้องการให้มีบุคลากรดังกล่าวออกเยี่ยมที่บ้าน
7. ในการวิจัยครั้งต่อไป หากมีกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากพอ อาจทำการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ว่ามีผลของพัฒนาการการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

### เอกสารอ้างอิง

1. สุภาดา คำสุชาติ. ปัญหาและความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย: ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2560;26(6):1156-64.
2. กรมอนามัย. สำนักทันตสาธารณสุข. การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง. เล่มที่ 8. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี. กรม; 2559.
3. อาณัติ มาตระกูล, จริญญา หุ่นศรีสกุล, อัจฉรา วัฒนาภา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำความสะอาดช่องปากผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง โดยผู้ดูแลในจังหวัดกระบี่. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยบัณฑิตศึกษา ระดับชาติและนานาชาติ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2560.

4. โรงพยาบาลกุดจับ. รายงานข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อ อหิวาต์กุดจับ จังหวัดอุดรธานี ณ เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2562. อุดรธานี: โรงพยาบาลกุดจับ; 2562.
5. อาณัติ มาตระกูล. ประสิทธิภาพในการใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดเชื้อ: การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพช่องปาก]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2560.
6. ณิชชาล นาคกุล. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2561;26(2):36–50.
7. ชิสา ตันทกุล. การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ในชุมชนบ้านดอนแสลบ จังหวัดกาญจนบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิทยาศาสตร์ สุขภาพช่องปาก]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2562.
8. กานต์พิชา หนูแก้ว. การพัฒนางานทันตกรรมส่งเสริมป้องกันในกลุ่มผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงเพื่อการป้องกันโรคในช่องปาก ตำบลบ้านฝาย อำเภอน้ำปาด จังหวัดอุดรธานี. รายงานโครงการพัฒนากองทุนสุขภาพตำบล. [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม 2568] เข้าถึงได้จาก: <https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2564/cqi/MA2564-002-03-0000000447-0000000368.pdf>
9. จิตติพร ศิริบุรณนท. ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันเทียม [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2554.
10. ศุภศิลา ดิรัक्षा. ผลของโปรแกรมดูแลสุขภาพช่องปากด้วยการเรียนรู้เชิงกระบวนการสนทนากลุ่มต่อพฤติกรรมดูแลตนเองทางทันตสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตพื้นที่ให้บริการสุขภาพเทศบาลตำบลท่าคันโท อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2557.
11. ประภัสสร ลือโสภา. ผลของโปรแกรมประยุกต์การเฝ้าระวังตนเองทางทันตสุขภาพร่วมกับการดูแลโดยกลุ่มเพื่อนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในตำบลสระบัว อำเภอปทุมรัตน์ จังหวัดร้อยเอ็ด [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2556.
12. ขวัญเรือน ชัยนันท์ และคณะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เทศบาลนครรังสิต จังหวัดปทุมธานี.วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2561;5(1):91-107.
13. ภัทรพร รัตนเกษตรสิน. ประสิทธิภาพของแนวทางการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากต่อสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุไทยที่อาศัยในศูนย์บริการทางสังคม. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาทันตกรรมประดิษฐ์ คณะทันตแพทยศาสตร์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.
14. พรทิพย์ ศุกรเวทย์ศิริ. การดูแลระบบสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เขตเทศบาลเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2564;36(1)149-158.

15. สิริรัตน์ วีระเดช. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ในโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลแสนสุข อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2565;2565(2)119-128.
16. บุญเอื้อ ยงวานิชกร, และ ปิยะดา ประเสริฐสม. ความสัมพันธ์ของปัจจัยสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. วิทยาสารทันตสาธารณสุข. 2554;16(1):57-74.
17. ปฐมพงษ์ คำแดง. ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2559.

## สมรรถนะด้านปฏิบัติการพยาบาลเด็กวิกฤตของนักศึกษาพยาบาล: บทบาทที่ท้าทายของอาจารย์พยาบาล

### Nursing Students' Competency in Pediatric Critical Care Nursing: The Challenging Role of Nursing Instructors

นุชนาถ บุญมาศ

Nutchanad Boonmas

อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก  
มหาสารคาม 44000

Lecturer, Pediatric Nursing Department, Srimahasarakham Nursing College Faculty of Nursing  
Praboromrajchanok Institute, Mahasarakham, 44000

Corresponding Author: \*E-mail: nutchanad@smnc.ac.th

(Received: 4 November 2024 Revised: 4 April 2025 Accepted: 11 April 2025)

#### บทคัดย่อ

การเจ็บป่วยรุนแรงวิกฤตของเด็กอาจนำไปสู่อัตราการตายที่สูงขึ้น ผู้ป่วยเด็กที่เข้าสู่ภาวะวิกฤต ผู้ให้บริการจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสม และเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ เป้าหมายการดูแลสุขภาพจึงต้องเน้นที่ความปลอดภัย (Patient safety) และคุณภาพของการดูแล (Quality of care) พยาบาลมีบทบาทสำคัญทั้งด้านการปกป้องสิทธิผู้ป่วย (Advocating) การสอน (Educating) การจัดการและกำกับระบบการดูแลผู้ป่วย (Management) ดังนั้นสมรรถนะทางการพยาบาลจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่งที่จะบรรลุเป้าหมายดังกล่าว การจัดการศึกษาที่มีคุณภาพสูงจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญในการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาพยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพ อันจะส่งผลต่อการดูแลที่ปลอดภัยและมีคุณภาพของผู้ป่วยเด็ก

การพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาพยาบาล จึงต้องมุ่งเน้นทั้งด้าน 1) ความรู้ ทักษะการปฏิบัติ หัตถการที่สำคัญ 2) มีความเชี่ยวชาญในวิชาชีพหรือมีทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และ 3) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีพฤติกรรมจริยธรรมที่แสดงออกอย่างเหมาะสม ทั้งนี้ควรทำความเข้าใจสาระเกี่ยวกับความหมายของการพยาบาลเด็กวิกฤต สมรรถนะด้านปฏิบัติการพยาบาลเด็กวิกฤต และแนวทางการพัฒนาสมรรถนะ เพื่อเป็นข้อเสนอแนะในการพัฒนาสมรรถนะปฏิบัติการพยาบาลเด็กวิกฤตของนักศึกษาพยาบาล ระดับปริญญาตรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ต่อไป

**คำสำคัญ :** นักศึกษาพยาบาล, ปฏิบัติการพยาบาลเด็กวิกฤต, สมรรถนะ

---

## ABSTRACT

The complexity and criticality of child health regarding infants, children, and adolescents may lead to higher mortality rates. So, critical care nursing goals must include promoting optimal patient safety and quality of care to critically ill patients and their families. Pediatric critical care nurses must be able to provide highly individualized care, early detection, continuously monitor patients for physiological changes, confront problems proactively, assist patients in achieving and maintaining an optimum level of functioning or facilitating recovery, patient-centered, safe, effective, and efficient. Overall, the nursing interventions are expected to be delivered promptly and equitably. Pediatric nurses play a significant role in providing direct nursing care to children and their families, being advocates, educators, and managers. The statement of competencies in the care of the critically ill is a crucial aspect of achieving the goal of providing high-quality education.

Pediatric nurses in critical care units are envisioned to adopt specific competencies in the following three major key responsibility aspects: 1) demonstrating specific knowledge and skills in caring for infants, children, and adolescents in the critical care setting; 2) demonstrating professional clinical critical thinking skills to make appropriate decisions and provide the highest quality care for patients; and 3) demonstrating effective interpersonal interaction, including effective communication, interdisciplinary collaboration, and caring behaviors to facilitate the care and management of patients.

Overall, this essay provides a comprehensive source of information on pediatric nursing care, competency in pediatric critical care, and recommendations for developing Competencies for nursing students' Bachelor's degree at the Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute.

**Keywords :** Competencies, Nursing students, Pediatric critical care nursing

## บทนำ

การดูแลสุขภาพปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงไปและมีความซับซ้อนมากขึ้น จากความก้าวหน้าทาง การแพทย์ ความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยี การใช้ปัญญาประดิษฐ์ (Artificial intelligence; AI) การเผชิญ กับโรคระบาดใหม่ ๆ รวมถึงภัยพิบัติต่าง ๆ ส่งผลกระทบต่อระบบการดูแลสุขภาพและการเจ็บป่วยของเด็กทั้ง ด้านร่างกายและจิตใจ จากข้อมูลการศึกษาอุบัติการณ์การบาดเจ็บในเด็กไทยอายุ 0-15 ปี ที่แผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ปี 2560-2564 พบว่ามีผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษา จำนวน 17,029 คน เสียชีวิต จำนวน 78 คน คิดเป็น ร้อยละ 0.46 สาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุบนท้องถนน อวัยวะที่บาดเจ็บและทำให้เสียชีวิต มากที่สุดคืออวัยวะศีรษะและคอ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิต ได้แก่ ช่วงเวลาที่เกิดเหตุเป็นช่วง กลางคืนหรือเวรดึก และความรุนแรงของการบาดเจ็บ ทำให้เด็กมีเลือดออกมาก มีความจำเป็นที่ต้องรีบให้การ ช่วยเหลือโดยการห้ามเลือด การผ่าตัด และความต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด<sup>(1)</sup> ผลกระทบดังกล่าวทำให้ บุคลากรด้านสุขภาพต้องตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นในการดูแลเด็กที่ต้องเน้นคุณค่า (Value) สิทธิที่เด็กจะมีชีวิตรอด (Right of survival) เด็กควรได้รับการปกป้อง (Protection) เพื่อที่จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ ในอนาคต<sup>(2)</sup>

เด็กป่วยวิกฤตและครอบครัว มีความต้องการการดูแลรักษาทางการแพทย์ การพยาบาล การตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ และอุปกรณ์เทคโนโลยีที่ซับซ้อน ที่ต้องมีการเตรียมพร้อมไว้อย่างดี ภายในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งต้องอาศัยสมรรถนะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤตจึงเป็นสิ่งสำคัญ มีความ จำเป็นต่อวิชาชีพพยาบาล สามารถบ่งบอกถึงความเป็นเลิศในการบริการพยาบาลได้ จากการทบทวน บรรณกรรม พบว่าสมรรถนะการพยาบาลเด็ก ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ สมรรถนะด้านความเชี่ยวชาญ ทางการพยาบาลเด็ก (Professional) สมรรถนะด้านการสอน (Education) สมรรถนะด้านการให้คำปรึกษา (Consultation) สมรรถนะด้านการประสานงาน (Co-ordination) และสมรรถนะด้านการพัฒนาคุณภาพและ การวิจัย (Quality and research)<sup>(3)</sup>

ความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาสมรรถนะ มีความเกี่ยวข้องกับการประเมินผลลัพธ์การพยาบาล ซึ่งพบว่า ขึ้นอยู่กับสมรรถนะของพยาบาลทั้งด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติ อันเป็นสิ่งสำคัญต่อคุณภาพการดูแลและ ความปลอดภัยของผู้ป่วย<sup>(4)</sup> หน่วยการดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤต จึงควรให้การดูแลโดยพยาบาลที่มีสมรรถนะสูง มีคุณสมบัติที่เหมาะสม ที่ให้การสนับสนุนผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาพยาบาลที่ซับซ้อน เป็นสถานะที่คุกคามถึง ชีวิตที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด มีการดูแลโดยยึดหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based care) ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered care)<sup>(5)</sup> พยาบาลจึงเป็นผู้ที่ได้รับการคาดหวังจากสังคม ในการ เป็นผู้ที่มีความรู้เฉพาะทางวิกฤต มีทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และมีความเชี่ยวชาญในทางปฏิบัติการ พยาบาลดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤต

จากที่กล่าวมา การผลิตพยาบาลและความท้าทายในการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยวิกฤตจาก สถาบันการศึกษา เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ต่อนักศึกษาที่ตอบสนองต่อความต้องการของคนในชุมชน สังคม คุณสมบัติที่สำคัญของการพยาบาลเด็กโดยทั่วไป รวมถึงการพัฒนาความรู้และทักษะที่จำเป็น จึงต้องคำนึงถึง การมีความรู้ที่ลึกซึ้งกับการพยาบาลเด็กในแต่ละวัย ทั้งภาวะปกติและเจ็บป่วย มีความรู้เกี่ยวกับการพยาบาล ครอบครัวเพื่อนำมาประยุกต์กับการพยาบาลเด็ก สามารถประเมินพัฒนาการและมีศักยภาพในการส่งเสริม พัฒนาการตามวัย มีคุณธรรม จริยธรรม และจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ และปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐาน การปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ มีทักษะที่จำเป็นที่ควรได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เช่น ทักษะการ ตัดสินใจ ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ การใช้เครื่องมือ ทักษะการทำหัตถการ การสื่อสาร และการ

ประสานงาน(5-6) ทั้งนี้ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของผู้เรียน (Desired outcome of education; DOE) ต้องมีคุณลักษณะสำคัญคือ เป็นผู้เรียนรู้ เป็นผู้ร่วมสร้างสรรค์นวัตกรรม และเป็นพลเมืองที่เข้มแข็งของประเทศตามเป้าหมายของมาตรฐานการศึกษาของชาติ<sup>(7)</sup>

สำหรับนักศึกษาพยาบาลตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ ปี 2560 กำหนดให้วิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการจัดการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นให้ผู้เรียนสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ และมีสมรรถนะเชิงวิชาชีพที่สอดคล้องกับสาขาวิชาชีพและเป็นไปตามความต้องการของสังคม นอกจากนี้ควรมีสมรรถนะด้านทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ คิดแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ มีความพร้อมในการปฏิบัติงาน บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ มีสมรรถนะในด้านการจัดการพยาบาล เป็นต้น นอกจากนี้ หลักสูตรการศึกษาด้านการพยาบาลต้องเพิ่มพูนทักษะที่ซับซ้อนตามลำดับขั้น<sup>(8)</sup> โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤต ที่นักศึกษาพยาบาลต้องมีสมรรถนะในการดูแลที่ซับซ้อนขึ้นเป็นลำดับ

จากความตระหนักในปัญหาดังกล่าว การเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 2 ต้องเพิ่มพูนทักษะทางการปฏิบัติพยาบาลวิกฤตเด็ก เป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต เป็นผู้มีความรู้ความชำนาญ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต โดยเฉพาะการช่วยฟื้นคืนชีพ และการใช้อุปกรณ์การแพทย์ต่าง ๆ จากการต้องเผชิญกับสภาพผู้ป่วยที่มีอาการอยู่ในระยะวิกฤต โดยเมื่อสำเร็จการศึกษา พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตเด็ก (Pediatric critical care nurses) จะต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่อยู่ในภาวะวิกฤตเป็นอย่างดี สามารถทำหัตถการและใช้เทคโนโลยีและอุปกรณ์การแพทย์ที่ทันสมัยในการช่วยชีวิตและเฝ้าระวังการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ของเด็กป่วยวิกฤตได้อย่างปลอดภัย สามารถประเมินภาวะสุขภาพในภาวะวิกฤต และเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงเพื่อค้นหาความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการ ให้เด็กมีสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดีได้อย่างเหมาะสม สามารถวางแผนให้การพยาบาลได้อย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีความรู้ความเข้าใจหลักจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ กฎหมายวิชาชีพ กฎหมาย ที่เกี่ยวข้องและสิทธิเด็ก

ในบทความนี้จะกล่าวถึงหัวข้อตามลำดับดังนี้ 1) แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลเด็กวิกฤต 2) บทบาทและขอบเขตของพยาบาลวิกฤตเด็ก 3) สมรรถนะด้านปฏิบัติการพยาบาลเด็กวิกฤต และ 4) แนวทางการพัฒนาหรือเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิกฤตเด็ก

## 1. แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลเด็กวิกฤต

ความหมายของการพยาบาลเด็กวิกฤต

จากปัญหาการเจ็บป่วยของเด็กอันนำไปสู่อัตราการตายที่สูงขึ้นจากการเจ็บป่วยรุนแรงวิกฤตที่สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาและทุกสถานที่ ไม่จำเพาะแค่ในหน่วยบำบัดวิกฤตของสถานบริการสุขภาพเท่านั้น แต่อาจเป็นเหตุผู้ป่วยทั่วไปในชุมชน หรือแม้แต่ในบ้านของเด็กเอง เป้าหมายการดูแลสุขภาพจึงต้องเน้นที่ความปลอดภัยและคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยเด็ก เป็นสิ่งสำคัญสูงสุด<sup>(2,9)</sup> ดังนั้นสมรรถนะทางการพยาบาลจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่งที่จะบรรลุเป้าหมายดังกล่าว การจัดการศึกษาที่มีคุณภาพสูง จึงเป็นองค์ประกอบสำคัญในการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านวิชาชีพสุขภาพโดยเฉพาะนักศึกษาพยาบาลที่จะจบการศึกษาไปเป็นพยาบาลวิชาชีพในอนาคต

การพัฒนาสมรรถนะ (Competence) ของพยาบาลผู้ดูแลเด็กวิกฤต ให้มีความรู้และทักษะเฉพาะด้าน รวมถึงมีทักษะการใช้เทคโนโลยีที่ซับซ้อน จึงต้องมีประสิทธิภาพและได้มาตรฐาน สอดคล้องตามการคาดหวังของสังคม รวมทั้งบิดา มารดา หรือคนในครอบครัวของเด็กป่วย ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพ คุณภาพ

ชีวิต และความผาสุกของเด็ก (Well-being) การดูแลที่เน้นครอบครัว (Family-centred care; FCC) จะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้ป่วยเด็ก ความพึงพอใจของผู้ปกครอง และคุณภาพของการดูแลสุขภาพ และช่วยให้เกิดการตระหนักถึงบทบาทที่สำคัญของครอบครัวในการเติบโตและพัฒนาการทางร่างกาย สังคม และอารมณ์ของเด็ก<sup>(10)</sup> เด็กและครอบครัวต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลในการเผชิญหน้ากับภาวะวิกฤตที่เกิดจากความเจ็บป่วยของเด็ก ความสำคัญของการให้ครอบครัวผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมให้การดูแลผู้ป่วยและหาแนวทางแก้ไขสาเหตุความต้องการจำเป็น อันจะก่อให้เกิดผลดีทั้งต่อผู้ป่วยเด็ก ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ<sup>(11)</sup>

การพยาบาลเด็ก (Pediatric nursing) คือ การปฏิบัติการดูแลสุขภาพเด็กตั้งแต่วัยทารกแรกเกิดจนถึงวัยรุ่น<sup>(5)</sup> เด็กต้องสามารถเข้าถึงการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีความเข้าใจ มีการประสานการดูแลกับครอบครัว พยาบาลมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพและความผาสุกของเด็กและครอบครัว โดยมีเป้าหมายที่สำคัญคือการพัฒนาสุขภาพเด็กและครอบครัวของเด็ก<sup>(2)</sup> เช่น พ่อ แม่ ผู้ดูแล พี่น้อง รวมถึงกลุ่มเป้าหมายของการพยาบาลเด็ก ได้แก่ ทารกแรกเกิด (Newborn) ทารกขวบปีแรก (Infant) เด็กวัยเตาะแตะ/หัดเดิน (Toddler) เด็กก่อนวัยเรียน (Preschool-age children) เด็กวัยเรียน (School-age children) และเด็กวัยรุ่น (Adolescent) การพยาบาลเด็กวิกฤต (Pediatric critical care nursing) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเด็กที่มีภาวะคุกคามของชีวิตหรืออวัยวะล้มเหลว อันเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยวิกฤตเฉียบพลัน หรือการได้รับบาดเจ็บโดยไม่คาดคิดการล่วงหน้า เพื่อการฟื้นหายจากการเจ็บป่วย<sup>(12)</sup> ทั้งนี้การเจ็บป่วยวิกฤต เป็นการเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงถึงหรือที่มีผลต่อชีวิต หรือการทำงานของอวัยวะสำคัญถึงขั้นที่อาจทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตหรือพิการได้<sup>(13)</sup> พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญทั้งด้านการปกป้องสิทธิผู้ป่วย (Advocating) เช่น การให้ข้อมูลสิทธิการรักษา ปฏิเสธการรักษา การเซ็นยินยอม การรักษาความลับ และคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ บทบาทการสอน (Educating) เช่น การให้ความรู้ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่เด็กและครอบครัว มีทักษะการสื่อสารที่เหมาะสมตามอายุ พัฒนาการเด็ก สำหรับบทบาทพยาบาลด้านการจัดการและกำกับระบบการดูแลผู้ป่วย (Management) มีการประสานงาน การทำงานเป็นทีม พัฒนาระบบการดูแลและการติดตามดูแลเด็กอย่างต่อเนื่อง<sup>(5,14)</sup>

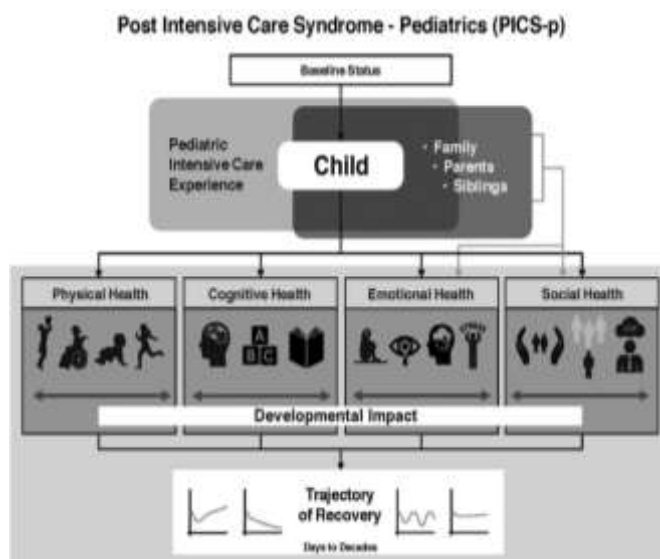
### ลักษณะการพยาบาลเด็กวิกฤต

การให้บริการดูแลในหน่วยเด็กวิกฤต (Pediatric critical care service) เป็นการดูแลทารกและเด็กที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงเป็นอันตรายถึงชีวิต (Life-threatening) การดูแลที่เข้มงวดเนื่องจากภาวะทางการเจ็บป่วยที่ร้ายแรง เช่น ภาวะหายใจล้มเหลว การติดเชื้อในกระแสเลือด ความต้องการการดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด (Close monitoring) จากอุปกรณ์และการใช้เครื่องมือช่วยชีวิต เช่น ท่อช่วยหายใจ เครื่องช่วยหายใจ รวมถึงการได้รับการรักษาด้วยยาความเสี่ยงสูง (High alert drug) เพื่อการพยามและรักษาการทำงานของร่างกายให้เป็นปกติ<sup>(14)</sup> เด็กวิกฤตมีความต้องการด้านการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกับผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่วิกฤต และต้องได้รับการดูแลที่เหมาะสมกับความต้องการเฉพาะ ดังนั้น พยาบาลเด็กวิกฤตจึงต้องมีความรู้เฉพาะทางในการดูแลเด็กที่มีภาวะวิกฤตและครอบครัว มีทักษะการปฏิบัติและการตัดสินใจทางคลินิกที่ดี ต้องได้รับการศึกษาและการฝึกอบรมเฉพาะด้าน

#### ผลกระทบของการเจ็บป่วยวิกฤตในเด็ก

ความเจ็บป่วยและการบาดเจ็บรุนแรงในเด็ก เป็นเรื่องที่สร้างความตึงเครียดซึ่งอาจมีอาการทางจิตใจและอารมณ์ต่อทุกคน รวมถึงสมาชิกในครอบครัว พ่อแม่ ผู้ดูแล พี่น้อง ที่ให้การดูแลและการสนับสนุนที่จำเป็น เช่น การพักผ่อน โภชนาการ การสื่อสาร เป็นต้น ภาวะนี้เรียกว่า Post intensive care syndrome-family

(PICS-F)<sup>(15)</sup> โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบต่อตัวเด็กเอง เด็กที่รอดชีวิตจากการดูแลผู้ป่วยวิกฤต มีความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการหลังการรักษาในภาวะวิกฤตของเด็ก (Post intensive care syndrome-pediatrics; PICS-p) รวมถึงความบกพร่องด้านร่างกาย ความคิด จิตใจ/อารมณ์ และสังคม ที่อาจส่งผลกระทบต่อเด็กและ/หรือครอบครัวและอาจคงอยู่นานหลายสัปดาห์ หลายเดือน หรือหลายปี<sup>(16)</sup> เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง ความจำลดลง มีปัญหาในการคิด ภาวะซึมเศร้า โรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 โรคกลุ่มอาการหลังการรักษาในภาวะวิกฤตของเด็ก (Post intensive care syndrome; PICS-p)  
ที่มา: Manning et al., 2018<sup>(17)</sup>

## 2. บทบาทและขอบเขตของพยาบาลวิกฤตเด็ก

### บทบาทของพยาบาลวิกฤตเด็ก

การดูแลเด็กที่เจ็บป่วยวิกฤตเป็นเรื่องที่ซับซ้อนและท้าทายมาก เด็กที่อยู่ในระยะวิกฤตอาจมีอันตรายถึงชีวิต การจัดการดูแลเด็กที่ป่วยหนักจำเป็นต้องมีการประเมินทางคลินิกอย่างรวดเร็วและเป็นระบบ เพื่อให้สามารถช่วยชีวิตได้ทันเวลารวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต (Critically ill patients) จะมีความผิดปกติของอวัยวะหลายระบบ (Multiple organ dysfunction) การไหลเวียนเลือดที่เปลี่ยนแปลงไม่คงที่ (Hemodynamic instability) และการดูแลรักษาที่ซับซ้อน รวมทั้งการให้ยาความเสี่ยงสูง (High alert drugs) เป็นต้น นอกจากนี้ทั้งสมาชิกในครอบครัว ยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดความเครียดและวิตกกังวลต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นร่วมด้วย<sup>(18)</sup>

ผู้ป่วยเด็กวิกฤตที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วย มีภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรง ซับซ้อน และอาการไม่คงที่ ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงที มีการติดตามอาการอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการดูแลประคับประคองจากระบบต่าง ๆ กลับมาทำงานเป็นปกติ สาเหตุส่วนใหญ่ที่พบมักมีสาเหตุจากภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure) และภาวะการหายใจล้มเหลว (Respiratory failure) อันนำไปสู่การเสียชีวิต การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องอาศัยเทคโนโลยีที่ทันสมัย ได้แก่ เครื่องช่วยหายใจ (Mechanical ventilator) เครื่องพองการทำงานของปอดและหัวใจ (Extracorporeal membrane oxygenation; ECMO) รวมถึงการใช้ยาความเสี่ยงสูง (High alert drug) ที่จะช่วยให้เด็กวิกฤตมีโอกาสรอดชีวิต โดยเฉพาะการพยาบาลทารกแรกเกิด (Neonatal nursing) จะมีความซับซ้อนและมักเปลี่ยนแปลงไป

อย่างรวดเร็ว ท่ามกลางสภาวะแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง พยาบาลทารกแรกเกิดจำเป็นต้องตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป สภาพแวดล้อมของทารกแรกเกิดครอบคลุมทั้งการดูแลผู้ป่วยหนักทางเทคนิคขั้นสูง ไปจนถึงการให้การดูแลที่ใช้เทคโนโลยีและการดูแลรูปแบบใหม่ ดังนั้น การพยาบาลทารกแรกเกิดจึงต้องอาศัยผู้สำเร็จการศึกษาที่มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต<sup>(19)</sup> พยาบาลดูแลผู้ป่วยวิกฤต (Critical care nurses; CCNs) ต้องการผู้ที่มีความสามารถในการบูรณาการความรู้ทางทฤษฎีขั้นสูง ทักษะการปฏิบัติและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลผู้ป่วยวิกฤต การดูแลที่มีประสิทธิภาพโดยพยาบาล ไม่เพียงต้องการการดูแลทางคลินิกโดยตรงและครอบคลุมเท่านั้น แต่ยังต้องอาศัยการทำงานร่วมกันเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ<sup>(20)</sup>

ภาวะวิกฤตของเด็กเป็นสิ่งที่ไม่พึงปรารถนาแก่บุคคลที่เกี่ยวข้องกับเด็ก พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด เช่น การจัดการภาวะหัวใจหยุดเต้นและภาวะหายใจล้มเหลว พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลเด็กแบบองค์รวมตามแผนการรักษาของแพทย์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งครอบครัว ดังนั้นการกำหนดบทบาทของพยาบาลผู้ดูแลเด็กวิกฤต<sup>(2)</sup> จึงมีการกำหนดทิศทางการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยหนักและใช้เป็นหลักในการปฏิบัติงานโดยยึดหลักปฏิบัติ เช่น คำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย ให้การพยาบาลแบบองค์รวม ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน ยึดมั่นในจรรยาบรรณวิชาชีพ มีการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง มีการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นต้น

### ขอบเขตการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตเด็ก

ขอบเขตการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตเด็ก จะมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยภาวะวิกฤตเด็ก พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤต และสภาพแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต (Critical care environment) อันจะนำมาซึ่งผลลัพธ์ของคุณภาพการดูแลผู้ป่วย พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤต ต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการฝึกอบรมและมีคุณสมบัติในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลวิกฤต มีความสามารถมาตรฐานในการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต มีความรับผิดชอบส่วนบุคคล มีความใฝ่รู้ พัฒนาความรู้และทักษะตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อจัดการกับสถานการณ์ที่คุกคามชีวิตซึ่งจะตอบสนองความต้องการทางกาย จิต สังคม วัฒนธรรม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ภายใต้บริบทสภาพแวดล้อมที่มีอุปกรณ์เทคโนโลยีทันสมัย พร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา มีอุปกรณ์ที่เพียงพอ และระบบสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ ตลอดจนความปลอดภัยของผู้ให้บริการและประสิทธิภาพการทำงาน

กล่าวโดยสรุป บทบาทพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตเด็ก ควรมีความรู้ เจตคติ และทักษะความสามารถนำไปสู่การปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวมได้อย่างมีประสิทธิภาพ การจัดการศึกษาที่มุ่งเน้นสมรรถนะที่ครอบคลุมการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family centered care) มีทักษะการปฏิบัติทางคลินิก (Clinical practice) ความเป็นผู้นำและการทำงานเป็นทีม (Leadership and teamwork) ยึดหลักจริยธรรมจรรยาบรรณวิชาชีพ (Ethics and Legal Practice) รวมทั้งการใช้เทคโนโลยีและเครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัยในการรักษา เพื่อเฝ้าระวังและติดตามอาการอย่างทันท่วงที

### 3. สมรรถนะด้านปฏิบัติการพยาบาลเด็กวิกฤต

#### ความหมายสมรรถนะการพยาบาลเด็กวิกฤต

สมรรถนะ (Competencies) หมายถึง คุณลักษณะเชิงพฤติกรรมหรือตัวบ่งชี้ความสามารถที่เป็นผลมาจากความรู้ ทักษะ ค่านิยม เจตคติ หรือคุณลักษณะอื่น ๆ ในการปฏิบัติการพยาบาล<sup>(3)</sup> สำหรับสมรรถนะการพยาบาลวิกฤตเด็ก จะหมายถึง คุณลักษณะเชิงพฤติกรรมในการปฏิบัติการพยาบาลที่จำเป็นในหอผู้ป่วย

วิกฤต การศึกษาเชิงคุณภาพในต่างประเทศ เกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลเด็ก วิกฤต ตามแนวคิดของเบนเนอร์และคณะ<sup>(21)</sup> ประกอบด้วย 9 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการวินิจฉัยความผิดปกติด้าน สรีรวิทยาและดูแลอย่างเหมาะสม 2) ทักษะในการจัดการวิกฤต ความเป็นผู้นำ 3) การดูแลด้านความสุขสบาย การสร้างสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตร 4) การดูแลครอบครัว การให้ข้อมูลกับครอบครัวและการมีส่วนร่วมของ ครอบครัวในการดูแลเด็ก 5) การจัดการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย 6) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการ ดูแลแบบประคับประคอง 7) การจัดการพยาบาลรายกรณี และการทำงานเป็นทีม 8) ด้านความปลอดภัย การ บริหารความเสี่ยง และ 9) ด้านการสอน การให้คำปรึกษาหรือบทบาทเสมือนการเป็นพยาบาลพี่เลี้ยง การ ศึกษาวิจัยในประเทศไทยเกี่ยวกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลทารกแรกเกิดวิกฤตในหอผู้ป่วยหนัก ทารกแรกเกิด ในสมรรถนะหลัก 7 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ความสามารถทางการพยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤต ด้านเทคนิคการปฏิบัติการพยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤต ด้านการประเมิน และวางแผนการพยาบาล ด้านการ บริหารจัดการและภาวะผู้นำ ด้านมนุษยสัมพันธ์และการติดต่อสื่อสาร ทักษะคิด บุคลิกภาพ และคุณลักษณะ นวัตกรรมและวิจัยทางการพยาบาล<sup>(22)</sup>

จากรายงานวิจัยที่สืบค้นจากฐานข้อมูลทางสุขภาพและการแพทย์ จำนวน 50 ฉบับ ซึ่งประกอบด้วย พยาบาลที่ทำงานในหอผู้ป่วยวิกฤตทั้งหมด 7,536 คน จากทั้งหมด 19 ประเทศ พบว่า พยาบาลทารกแรกเกิด วิกฤตเด็ก ประกอบด้วย 4 สมรรถนะ(19) (รูปที่ 2) ได้แก่ 1) ปฏิบัติการดูแลทารกแรกเกิด (Neonatal care intervention) เช่น การช่วยเหลือด้านการหายใจ การเปลี่ยนถ่ายเลือด การช่วยฟื้นคืนชีพ 2) การดูแลทารก ระยะใกล้ตาย (Caring for a dying infant) เช่น การดูแลแบบประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้าย 3) การดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-centered care) เช่น การสัมผัสและการใช้เสียงที่คุ้นเคย และ 4) ปฏิบัติการดูแลทารกแรกเกิดวิกฤต (Neonatal intensive intervention) เช่น การดูแลผิวหนัง การให้อาหารทางสายยาง การป้องกันการติดเชื้อ และการจัดการความปวด เป็นต้น



รูปที่ 2 สมรรถนะที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤต

ที่มา: Talus et al., 2023

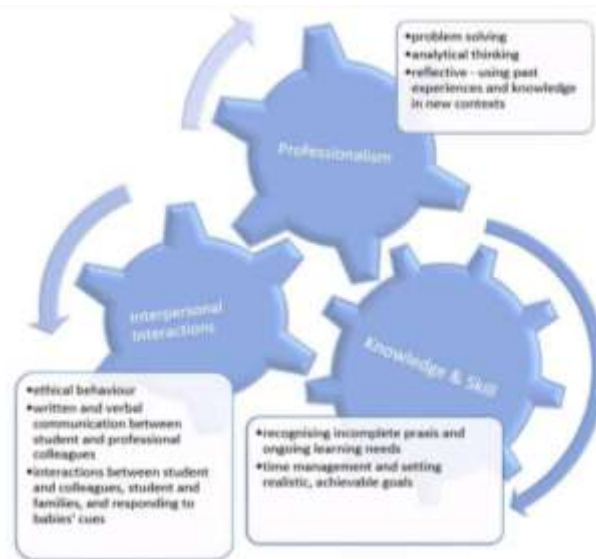
ลักษณะสมรรถนะการพยาบาลเด็กวิกฤตของนักศึกษาพยาบาล

การศึกษาจำเป็นต้องพัฒนาให้นักศึกษาพยาบาลมีทักษะการใช้เหตุผลทางคลินิกที่ได้รับการพัฒนาอย่างดี เพื่อที่จะทำงานอย่างมั่นใจในบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อใช้ประสบการณ์และการคิดวิเคราะห์ (Analytical thinking) ค้นหาวิธีแก้ไขปัญหามาใหม่ๆ อยู่เสมอ สถาบันการศึกษาจำเป็นต้องเตรียมผู้สำเร็จการศึกษาให้มี

ประสิทธิผล เพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศในการพัฒนาสมรรถนะ การได้มาซึ่งความรู้ และการประยุกต์ใช้ความรู้และทักษะต่างๆ ในการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต

สำหรับสมรรถนะพยาบาลเด็กวิกฤตของนักศึกษาพยาบาล มีการทบทวนวรรณกรรมเพื่อศึกษาสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิกฤตทารกแรกเกิด (Neonatal intensive care nurses) (19) พบว่าสมรรถนะมักเกี่ยวข้องกับความสามารถในการปฏิบัติงาน (Performance of tasks)(23) สมรรถนะเป็นการพัฒนาขีดความสามารถ (Capability) ในระยะเริ่มต้น เมื่อนักศึกษาพยาบาลมีความสามารถในงานและทักษะมากขึ้น ความมั่นใจก็จะเพิ่มขึ้น ผู้เรียนจะก้าวหน้าไปสู่คุณลักษณะบัณฑิตที่ต้องการ อย่างไรก็ตาม ท้ายที่สุดเพื่อให้ทำงานได้ดี นักศึกษาพยาบาลจะต้องมีความสามารถและความเชี่ยวชาญทั้งด้านความรู้ (Knowledge) มีทักษะในปฏิบัติงาน (Skills) มีความเชี่ยวชาญในวิชาชีพ (Professionalism) รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal interactions)(24) อันเป็นเครื่องบ่งบอกถึงมีสมรรถนะครบถ้วน มีความพร้อมในการสำเร็จการศึกษา กลไกการขับเคลื่อนเพื่อพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาพยาบาล ดังแสดงในภาพที่ 3 จะอยู่ตรงกลางของวงล้อที่ใช้ในการขับเคลื่อนไปข้างหน้า

ยกตัวอย่างสมรรถนะพยาบาลเด็กวิกฤต เช่น สมรรถนะด้านความรู้ ทักษะการปฏิบัติงาน (Knowledge and skill) นักศึกษาต้องมีความรู้และต้องการการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง สมรรถนะด้านความเชี่ยวชาญในวิชาชีพ ที่ต้องฝึกทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ สมรรถนะด้านการพัฒนาการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal interactions) ที่ต้องมีพฤติกรรมจริยธรรม การยึดมั่นในมาตรฐานจริยธรรม มีความสามารถในการติดต่อสื่อสาร เป็นต้น



รูปที่ 3 แสดงกลไกการขับเคลื่อนในการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาพยาบาล  
ที่มา: Bromley, 2018

ศูนย์กลางในวงล้อคือ ฟันเฟืองการขับเคลื่อน ประกอบด้วยสมรรถนะด้านความเชี่ยวชาญในอาชีพ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความรู้ และทักษะ ซึ่งล้อแสดงถึงตัวกำหนดการพัฒนาสมรรถนะ ซึ่งมี 20 ด้าน<sup>(25)</sup> อย่างเป็นส่วนเชื่อมต่อกับถนน และในการเปรียบเทียบนี้ (ที่ยางกระแทบนถนน) คือการมีส่วนร่วมของนักศึกษาพยาบาลกับการฝึกฝน ความสามารถ ซึ่งตีความจากการสื่อสารทั้งทางวาจาและอวัจนภาษาของพฤติกรรมนักศึกษาพยาบาล มีทักษะการใช้เหตุผลทางคลินิกที่ดีเพื่อช่วยให้นักศึกษาสามารถแก้ไขปัญหา และมีความมั่นใจในการตัดสินใจ

วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ 22 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม – สิงหาคม) พ.ศ. 2568

MAHASARAKHAM HOSPITAL JOURNAL Vol. 22 No. 2 (May – August) 2025

ทางคลินิก นอกจากนี้ยังเป็นความสามารถในการใช้ประสบการณ์ดังกล่าวเป็นโอกาสในการเรียนรู้อีกด้วย เนื่องจากแต่ละส่วนของล้อย่อยอาศัยอีกส่วนหนึ่งในการทำงาน (ซึ่งโดยตรง เกียรติที่ทาน้ำมันอย่างดี และยางที่ดี) ส่วนประกอบแต่ละส่วนของล้อความสามารถ ก็ขึ้นอยู่กับอีกส่วนหนึ่งด้วยเช่นกัน วงล้อความสามารถจะเคลื่อน พยาบาลไปข้างหน้า ตามเส้นทางของความสามารถ ในขณะที่วงล้อดำเนินไป ความสามารถก็ก้าวหน้าไป



รูปที่ 4 วงล้อแห่งความสามารถของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลทารกแรกเกิด  
ที่มา: Bromley, 2018

วงล้อความสามารถ มีประโยชน์ในการสื่อสารเพื่อการพัฒนาสมรรถนะทางวิชาชีพ ช่วยระบุและจัดลำดับ ความสำคัญของการพัฒนาและการเรียนรู้ ช่วยให้พยาบาลทารกแรกเกิดมีโอกาสค้นหาข้อดีของตนเองและ ข้อบกพร่องด้านความรู้และทักษะปฏิบัติ เพื่อวางแผนกลยุทธ์การพัฒนาวิชาชีพต่อไป ตัวอย่างเช่น พยาบาล ทารกแรกเกิดอาจต้องการพัฒนาขีดความสามารถในการช่วยเคลื่อนย้ายทารกแรกเกิดและอุปกรณ์การแพทย์ ภายในหอผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ (CR11) ต้องอาศัยประสบการณ์ทางคลินิกเดิม (CR1) ความรู้จากการอบรม (CR4) มีทักษะที่จำเป็นในการดูแล (CR9) การทำงานเป็นทีมและความเป็นผู้นำ (CR19)

#### 4. แนวทางการพัฒนาหรือเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิกฤตเด็ก

แนวทางการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิกฤตเด็ก ประกอบด้วยกิจกรรมการพัฒนาความรู้และทักษะ ปฏิบัติ การพัฒนาความเชี่ยวชาญในวิชาชีพ และพัฒนาการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

##### ตารางที่ 1 แนวทางการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิกฤตเด็ก

| สมรรถนะ                                         | กิจกรรมการพัฒนา                                                                                                     | ข้อเสนอแนะ/แนวทาง                                                                                                      |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. ความรู้และทักษะปฏิบัติ (Knowledge and skill) | มีความรู้ความสามารถที่ทันสมัย การปฏิบัติการพยาบาลและหัตถการที่สำคัญ การใช้เทคโนโลยีอุปกรณ์ทางการแพทย์ในการช่วยชีวิต | 1. การจัดการศึกษาการพยาบาลวิกฤตเด็กที่ครอบคลุมในหัวข้อ<br>• กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยา<br>• พยาธิวิทยา<br>• เภสัชวิทยา |

| สมรรถนะ | กิจกรรมการพัฒนา                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ข้อเสนอแนะ/แนวทาง                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|         | <p>เฝ้าระวังการทำงานของ<br/>อวัยวะต่าง ๆ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ตระหนักรู้ในทักษะปฏิบัติที่ยังมีข้อบกพร่อง</li> <li>• มีความรู้และต้องการการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง</li> <li>• สามารถบริหารจัดการด้านเวลา</li> <li>• การตั้งเป้าหมายที่เป็นจริงและสามารถทำได้สำเร็จได้</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• การประเมินสภาพทางคลินิก (รวมถึงการวินิจฉัยและแปลผล)</li> <li>• การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล</li> <li>• เวชปฏิบัติทางการแพทย์ (Medical interventions)</li> <li>• การดูแลทางด้านจิตใจ (รวมถึงการให้คุณค่าทางความเชื่อ วัฒนธรรม จิตวิญญาณ)</li> <li>• การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Technology applications)</li> <li>• การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (AI) ในกระบวนการสร้างนวัตกรรม</li> <li>• การให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Patient and family education)</li> <li>• กฎหมายและประเด็นด้านจริยธรรม (Legal and ethical issues)</li> <li>• ประเด็น แนวโน้ม และบทบาทการพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลภาวะวิกฤติ รวมถึงกลยุทธ์ด้านการสอน ภาวะผู้นำ การบริหารจัดการการทำงานเป็นทีม</li> <li>• การวิจัยและการประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์</li> <li>• การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Caring) และการสนับสนุนทางสังคม</li> <li>• การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (Pediatric advanced cardiac life support, newborn resuscitation)</li> </ul> <p>2. จัดประสบการณ์การเรียนรู้การสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ โดยเน้นการวิจัย ภาวะผู้นำ</p> <p>3. ประสานงานร่วมกับแหล่งฝึกภาคปฏิบัติในการพัฒนาประสบการณ์ทางคลินิกที่เหมาะสม</p> <p>4. เน้นการประยุกต์ใช้ความรู้ภาคทฤษฎีลงสู่การปฏิบัติในคลินิก</p> <p>5. มีอาจารย์นิเทศหรืออาจารย์พี่เลี้ยงที่มีประสบการณ์ มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็กวิกฤติ</p> |

| สมรรถนะ                                                      | กิจกรรมการพัฒนา                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ข้อเสนอแนะ/แนวทาง                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2. ความเชี่ยวชาญในวิชาชีพ (Professionalism)                  | มีทักษะการคิดอย่างมี<br>วิจารณ์ญาณ การพัฒนา<br>นักศึกษาให้มีศักยภาพในการ<br>เรียนรู้ด้วยตนเอง และมี<br>ทักษะการคิดขั้นสูงเพื่อใช้ในการ<br>แก้ปัญหา (Problem<br>solving) และการตัดสินใจ<br>ทางคลินิก (Clinical<br>decision making)<br>• การพัฒนาทักษะการ<br>แก้ปัญหา (Problem<br>solving)<br>• การคิดวิเคราะห์<br>(Analytical thinking)<br>• การพัฒนาทักษะการ<br>สะท้อนคิด (Reflective<br>thinking) | การจัดการเรียนการสอนทางคลินิกด้วยรูปแบบ<br>หลากหลาย เช่น 1) กรณีศึกษาเป็นฐาน 2)<br>ปัญหาเป็นฐาน 3) การประชุมปรึกษาภายหลังจาก<br>ให้การพยาบาล และการประชุมปรึกษาการเกิด<br>อุบัติการณ์ 4) การวางแผนการพยาบาล<br>5) แผนผังแนวความคิด 6) สถานการณ์จำลอง<br>(Simulation) 7) การบูรณาการการเรียนการสอน<br>กับการวิจัย/หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-<br>based practice) ในหัวข้อที่เกี่ยวข้อง<br>กับ pediatric early warning signs<br>7) การประเมินสภาพผ่านหุ่นจำลอง AI<br>8) การสอนแบบใช้ VR (Virtual Reality) 9) AI –<br>based Learning <sup>(26)</sup> |
| 3. การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal interactions) | มีเทคนิคการสื่อสารที่มี<br>ประสิทธิภาพ การทำงานเป็น<br>ทีม มีการพิจารณาทาง<br>จริยธรรมหรือยึดมั่นใน<br>มาตรฐานจริยธรรม<br>• พฤติกรรมจริยธรรม<br>(Ethical behavior)<br>• ทักษะการสื่อสาร การมี<br>ปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน<br>และทีมสหสาขาวิชาชีพ                                                                                                                                                | การจัดการศึกษาที่เน้นการพัฒนาทักษะการสร้าง<br>สัมพันธภาพกับเด็กและครอบครัวเชิงบวก กลยุทธ์<br>การเจรจาต่อรอง การให้ข้อมูลบนพื้นฐานความเป็น<br>จริง                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

พยาบาลมีบทบาทสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤต เพราะเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กตลอดเวลา ทราบอาการเปลี่ยนแปลงของเด็กได้เร็วที่สุด รวมทั้งเป็นประสานการทำงานให้กระบวนการดูแลให้เป็นไปตามแผนการรักษาอย่างมีคุณภาพ มีความรู้ เจตคติที่ดี มีทักษะการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อจบไปเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีสมรรถนะและความสามารถด้านการปฏิบัติการพยาบาล อันจะส่งผลต่อคุณภาพการดูแลและความปลอดภัยของเด็กวิกฤต ดังนั้นการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลที่ดูแลเด็กวิกฤตจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ที่ต้องมีการบูรณาการความรู้ทางทฤษฎีขั้นสูง มีทักษะการปฏิบัติ มีความเชี่ยวชาญในวิชาชีพ มีทักษะการติดต่อสื่อสาร การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤต รวมถึงสมาชิกในครอบครัว

## เอกสารอ้างอิง

1. อภิวรรณ ศิริคะณรัตน์. อุบัติเหตุในเด็กและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุของเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. 2566;15(3):181-197.
2. Hockenberry MJ, Wilson D, Rodgers CC. Wong's essentials of pediatric nursing. 12th edition. St. Louis, Missouri: Elsevier, Inc.; 2022.
3. Australian Confederation of Paediatric & Child Health Nurses. Competencies for the specialist paediatric and child health nurse. 2nd ed. Australia: Australian Confederation of Paediatric and Child Health Nurses; 2006.
4. Osman MA, Ibrahim MM, Diab GM. Relationship between Nurses' Competencies and Quality of Patient Care at Intensive Care Units. Menoufia Nursing Journal. 2019;4(2): 1-14.
5. Kyle T, Carman S. Essentials of pediatric nursing. 3rd ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017.
6. สุนตรา แก้ววิเชียร. Role of Nurses in pediatric critical care. ใน: ดุสิต สถาวร และคณะ, บรรณาธิการ. Current Concepts in Pediatric Critical Care. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็กแห่งประเทศไทย; 2548.
7. สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. มาตรฐานการศึกษาของชาติ พ.ศ.2561. กระทรวงศึกษาธิการ; 2561.
8. วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม. หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2565). มหาสารคาม: คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก; 2565.
9. Alzaharani AA, Alsehami KM, Alhawsawi AM, Alamri MM, Alsulami FF, Alwadie MS. Quality in pediatric nursing care. Journal of Population Therapeutics & Clinical Pharmacology. 2022;29(3):1600-1603.
10. McKechnie L. Family-integrated care in the neonatal unit. Infant 2016;12(3):79-81.
11. กฤติญาดา เกื้อวงศ์, สุวิมล ว่องวานิช. การกำหนดและวิเคราะห์ความต้องการจำเป็นด้านการดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญของพยาบาลเด็กและครอบครัว. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย. 2564;14(1):95-108.
12. Barry P, Morris K, Ali T. Paediatric Intensive care. New York: Oxford University Press; 2010.
13. สภาการพยาบาล. ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.2564. กรุงเทพฯ: สภาการพยาบาล; 2564.
14. Morton PG, Thurman P. Critical care nursing: A holistic approach. 12th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkin; 2024.
15. Shudy M, de Almeida ML, Ly S, Landon C, Groft S, Jenkins TL, et al. Impact of Pediatric Critical Illness and Injury on Families: A Systematic Literature Review. PEDIATRICS. 2006;118(3): S203-S218.

16. Perry-Eaddy MA, Dervan LA, Watson RS. Pediatric critical care outcomes: State of the science. *Crit Care Clin* 2023; 39:309–326.
17. Manning JC, Pinto NP, Rennick JE, Colville G, Curley MAQ. Conceptualizing post intensive care syndrome in children – The PICS-P Framework. *Pediatric Critical Care Medicine*. 2018;19(4):298-300.
18. Kelly F, Fong K, Hirsch N, Nolan J. Intensive care medicine is 60 years old: The history and future of the intensive care unit. *Clin Med* 2014; 14:376-379.
19. Talus E, Seppänen H, Mikkonen K, Palomaa A-K, Pölkki T. The competence of neonatal intensive care nurses: A systematic review. *Nurse Education Today* 2023; 128:1-15.
20. Manthous C, Nembhard I, Hollingshead A. Building effective critical care teams. *Crit Care* 2011; 15:307.
21. Benner P, Kyriakidis P, Stannard D. Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach. New York: Springer Publishing Company; 2011.
22. จุไรรัตน์ วัชรอาสน์, วารุณี มีหลาย, อัจฉรา พิทักษ์ศิลป์, พีรภาพ คำแพง. สมรรถนะการพยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤตของพยาบาลวิชาชีพเขตบริการสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. 2560;11(1):99-109.
23. Bromley P. Clinical competence of neonatal intensive care nursing students: how do we evaluate the application of knowledge in students of postgraduate certificate in neonatal intensive care nursing? *J. Neonatal Nurs*. 2014; 20:140–146.
24. Bromley P. Capability: how is it recognised in student nurses undertaking postgraduate studies in neonatal intensive care? *J. Neonatal Nurs*. 2018; 24:142–147.
25. Bromley P. Using eDelphi to identify capability requisites for postgraduate certificate in Neonatal Intensive Care Nursing. *J. Neonatal Nurs*. 2015; 21:224–236.
26. Abdallah ABAA, Sadaka SIH, Ali EI, Bilal SAM, Abdelrahman MO, Mohammed FBF, & Omar M. The Role of Artificial Intelligence in Pediatric Intensive Care: A Systematic Review. *Cureus*. 2025;17(3):1-15.

## ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

## Factors Influencing Mental Health of Postpartum Teenage Mothers

สุริยา ยอดทอง<sup>1</sup>, รุ่งฤดี อุสาหา<sup>2\*</sup>Suriya Yodthong<sup>1</sup>, Rungrudee usaha<sup>2\*</sup>

อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง จังหวัดตรัง 92000

Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Trang, Trang Province 92000

Corresponding author, E-mail address: rungrudee@bcnt.ac.th

(Received: 19 February 2025 Revised: 7 August 2025 Accepted: 12 August 2025)

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด**วิธีการศึกษา :** เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาคลอดปกติ โรงพยาบาลตรัง จำนวน 144 ราย เครื่องมือประกอบด้วย 1) ข้อมูลพื้นฐาน 2) แบบประเมินสุขภาพจิต 3) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และ 4) แบบประเมินความสำเร็จในการดำรงบทบาทการเป็นมารดาวัยรุ่น โดยเครื่องมือทั้งชุดมีค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.89 แบบประเมินชุดที่ 2 3 และ 4 มีค่าเท่ากับ 0.85 0.91 และ 0.87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ**ผลการศึกษา :** สุขภาพจิตของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดอยู่ในระดับเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 90.97 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก (Mean=3.83, SD=0.195) และมีความสำเร็จในการดำรงบทบาทความเป็นมารดาวัยรุ่นในระดับมาก (Mean=3.93, SD=0.216) ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่า การสนับสนุนทางสังคมและความสำเร็จในการดำรงบทบาทความเป็นมารดาวัยรุ่นสามารถทำนายสุขภาพจิตของมารดาหลังคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $R^2=0.242$ ,  $F=2.911$ ,  $p<0.001$ ) โดยการสนับสนุนทางสังคมมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย  $\beta = 0.186$  ( $p<0.05$ ) และความสำเร็จในการดำรงบทบาทความเป็นมารดาวัยรุ่นมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย  $\beta = -0.288$  ( $p<0.05$ )**สรุปผลการศึกษา :** การสนับสนุนทางสังคมและความสำเร็จในการดำรงบทบาทความเป็นมารดาวัยรุ่นสามารถทำนายสุขภาพจิตของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดได้ ดังนั้น การใช้เวลาในการให้ความรู้ การฝึกทักษะ การให้กำลังใจ ตลอดจนการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยบรรเทาปัญหาทางสุขภาพจิตของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด**คำสำคัญ :** ความสำเร็จในการดำรงบทบาทการเป็นมารดาวัยรุ่น, สุขภาพจิตของมารดา, การสนับสนุนทางสังคม, มารดาวัยรุ่นหลังคลอด

## ABSTRACT

**Objective :** To examine the factors influencing the mental health of postpartum teenage mothers.

**Methods :** This predictive correlational study involved 144 postpartum teenage mothers who had delivered normally at Trang Hospital. The research instruments consisted of: 1) demographic data form, 2) Thai Mental Health Indicator, 3) Social Support Questionnaire, and 4) Maternal Role Attainment Questionnaire for adolescent mothers. The overall reliability (Cronbach's alpha) of the instruments was 0.89, with subscale reliabilities of 0.85, 0.91, and 0.87, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple linear regression to identify factors influencing postpartum mental health.

**Results :** A total of 90.97% of the participants had mental health levels comparable to the general population. Social support was at a high level (Mean=3.83, SD=0.195), and maternal role attainment among adolescent mothers was also high (Mean=3.93, SD=0.216). Multiple regression analysis showed that social support and maternal role attainment were significant factors influencing the mental health of postpartum teenage mothers ( $R^2=0.242$ ,  $F=2.911$ ,  $p<0.001$ ). Social support ( $\beta=0.186$ ,  $p<0.05$ ) and maternal role attainment ( $\beta=-0.288$ ,  $p<0.05$ ) were both statistically significant predictors.

**Conclusion :** Social support and maternal role attainment are key influencing factors on the mental health of postpartum teenage mothers. Therefore, healthcare providers should focus on providing knowledge, skills training, emotional support, and promoting family involvement—especially from spouses—to help reduce mental health problems in this vulnerable group.

**Keywords :** Maternal Role Attainment, Mental Health, Social Support, Postpartum Teenage Mothers

## บทนำ

การเป็นมารดาวัยรุ่นเป็นภาวะวิกฤตของวัยรุ่นที่กำลังสู่การเป็นมารดา ซึ่งต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด<sup>(1)</sup> โดยเฉพาะในระยะหลังคลอด เนื่องจากต้องเผชิญบทบาทในการเป็นมารดาเพิ่มขึ้น วัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ซึ่งยังไม่มีภาวะเจริญเติบโตของกระดูกและเชิงกราน ส่งผลต่อการคลอดซึ่งอาจไม่สามารถคลอดปกติได้ อีกทั้งขณะรอคลอดนานมีความเจ็บปวดมากกว่าปกติเนื่องจากเชิงกรานไม่พร้อมสำหรับการตั้งครรภ์ เมื่อมีการคลอดอาจต้องมีการตัดฝีเย็บจากการมีระยะเวลาการคลอดนานขึ้น มารดาวัยรุ่นบางรายมีภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายจากการคลอดบุตร เช่น การตกเลือดหลังคลอด จากการที่กล้ามเนื้อมดลูกยังมีการเจริญเติบโตไม่เต็มที่ การตัดแผลฝีเย็บที่ลึกกว่ามารดาผู้ใหญ่ หรือมีการฉีกขาดบริเวณปากมดลูกหรือช่องทางคลอดเนื่องจากหนทางคลอดไม่ได้สัดส่วนกับร่างกายทารก เป็นต้น<sup>(2)</sup> หากไม่สามารถคลอดได้เองต้องได้รับการช่วยคลอด เช่น การใช้คีม การใช้เครื่องดูดสุญญากาศ และการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องทำให้เกิดความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน ส่วนการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ พบว่ามารดาวัยรุ่นมักมีความรู้สึกว่าการเป็นมารดานำมาซึ่งความยุ่งยากของชีวิต เนื่องจากต้องทำ 3 อย่างพร้อมกัน ทั้งการเป็นมารดา การเป็นภรรยา และการเป็นวัยรุ่น ส่งผลให้มารดาวัยรุ่นเกิดความสับสนในการทำหน้าที่ ไม่รู้ว่าควรทำอะไรก่อนหลัง เกิดความไม่พร้อมทางด้านจิตใจ ความไม่แน่ใจว่าสิ่งที่ทำให้แก่บุตรนั้นถูกต้อง ก่อให้เกิดความเครียด อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิด ในช่วงแรกหลังคลอดมารดาจะมีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ร้องไห้ไม่มีเหตุผล หงุดหงิด นอนไม่หลับเป็นผลทำให้เกิดความเครียดและความผิดปกติทางอารมณ์<sup>(3-4)</sup> บางรายอาจมีปัญหาทางสุขภาพจิต ซึ่งทั้งนี้อาจมาจากการที่มารดาวัยรุ่นยังไม่มีความพร้อมในการเป็นมารดา ขาดความรู้และประสบการณ์ ทำให้มีความไม่มั่นใจ มีความวิตกกังวลในการทำหน้าที่มารดา สุขภาพจิตของมารดาหลังคลอดขึ้นกับความสามารถในการปรับตัวของมารดา ซึ่งมารดาต้องพยายามปรับตัวให้มีประสิทธิภาพทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านบทบาทหน้าที่ใหม่ กระบวนการปรับตัวของมารดาหลังคลอดเริ่มชัดเจนเมื่อมารดาคลอดบุตร ส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ในระยะหลังคลอดได้ ในระยะนี้เป็นระยะที่สำคัญของการเรียนรู้และพัฒนาบทบาทมารดา ส่วนในด้านสังคมมารดาวัยรุ่นต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งแบบแผนการดำเนินชีวิตและบทบาททางสังคม บางรายต้องออกจากสถาบันการศึกษา เพราะไม่สามารถแบ่งเวลาไปเรียนได้ส่งผลต่อการประกอบอาชีพในอนาคต อีกทั้งสัมพันธ์ภาพ การพบปะกับเพื่อนลดลงเพราะต้องใช้เวลาในการดูแลบุตร<sup>(5)</sup> ด้านพฤติกรรม เมื่อมารดาไม่มีความพร้อม ทำให้ขาดประสบการณ์ ขาดความรู้ในการดูแลและสนองตอบต่อความต้องการของบุตร เนื่องจากรู้สึกว่าการดูแลทารกเป็นสิ่งที่ยากและซับซ้อน ส่งผลกระทบต่อทารก อาจทำให้ทารกไม่ได้รับการดูแลที่ดีและถูกต้อง ส่วนผลกระทบต่อบุตรคือ ครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลสุขภาพและค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวช่วยสนับสนุนการเปลี่ยนไปสู่บทบาทมารดาให้ง่าย<sup>(6-10)</sup>

การทำหน้าที่ตามบทบาทต่าง ๆ ของมารดาหลังคลอด (Functional Status after Childbirth) การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) จะส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่นมีสุขภาพจิตที่ดี มีความแข็งแรงทางจิตใจ สามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตตามบทบาทหน้าที่การเป็นมารดาได้อย่างปกติสุข เป็นต้น การที่มารดาหลังคลอดต้องปรับตัวในทุก ๆ ด้านนั้น ถือเป็นความท้าทายอย่างมากในการส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดสามารถทำหน้าที่ในบทบาทมารดาได้อย่างมีประสิทธิภาพส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ในช่วงเวลานี้จะส่งผลให้มารดาที่มีสุขภาพจิตที่ดีได้ แต่หากมารดาทำไม่ได้ก่อให้เกิดปัญหาเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจ กลัวที่จะทำในระยะหลังคลอดช่วยเหลือตนเองได้น้อย ดูแลบุตรได้ไม่เต็มที่ แสดงบทบาทการเป็นมารดาไม่ได้ตามที่คาดหวังก็ทำให้เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ส่งผลให้เกิดภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตหลังคลอด<sup>(11)</sup> นอกจากนี้ปัญหาทางสังคมอาจ

ส่งผลทางด้านจิตใจได้ เช่น มารดาที่มีสัมพันธภาพกับคู่สมรสที่ไม่ดีไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ภายหลังคลอด มารดาที่มีทารกที่มีลักษณะเลี้ยงยาก ร่วมกับภายหลังคลอดทารกมีการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างบ่อย ส่งผลให้เกิดความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร อีกทั้งหากครอบครัวไม่ยอมรับการตั้งครรภ์และการคลอด ยิ่งทำให้ขาดการสนับสนุนด้านจิตใจอย่างมาก รวมทั้งเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในระยะหลังคลอด ที่มารดาต้องเผชิญ ทำให้เกิดภาวะจิตใจหลังคลอด นอกจากนี้พบว่ามารดาหลังคลอดที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่น้อย มีโอกาสที่เกิดภาวะทางจิตใจหลังคลอดได้สูง<sup>(12)</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าในประเทศไทยมีรายงานความชุกของภาวะปัญหาสุขภาพจิตหลังคลอดอยู่ระหว่างร้อยละ 10.30–23.50<sup>(5)</sup> จึงเป็นเรื่องนี้มีความสำคัญ สามารถที่จะใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมให้มารดาหลังคลอด ให้สามารถทำหน้าที่ในบทบาทมารดาได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การมีสุขภาพจิตที่ดีได้ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของมารดาหลังคลอด ซึ่งผลการศึกษาสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยเฉพาะในด้านการสนับสนุนทางสังคม และยังสามารถเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับพยาบาลในการวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตของมารดาหลังคลอดต่อไป

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสุขภาพจิตของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมและความสำเร็จในการดำรงบทบาทการเป็นมารดาวัยรุ่นหลังคลอด กับสุขภาพจิตของมารดาหลังคลอด

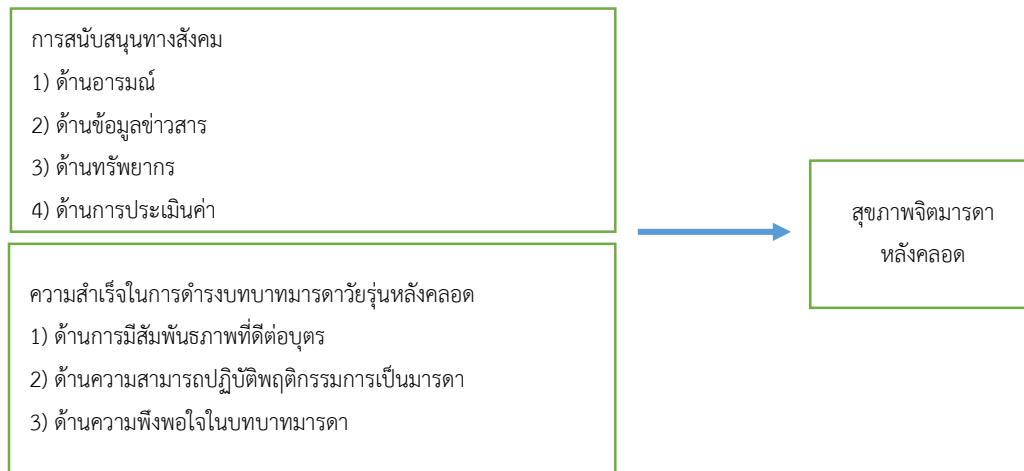
### กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าสุขภาพจิตมารดาหลังคลอด มีหลายปัจจัยที่ส่งผลกระทบ ปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม โดยได้นำแนวคิด House (1981)<sup>(13)</sup> การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ส่งผลให้เกิดความรัก ความห่วงใย การดูแล และการช่วยเหลือ เพื่อให้บุคคลสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามต้องการ การสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลในหลายด้าน เช่น ช่วยลดความเครียด เพิ่มความมั่นใจในการทำงาน และช่วยให้บุคคลรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมนี้สามารถแบ่งออกเป็น 4 ประเภท

1. ด้านอารมณ์ (Emotional Support) การได้รับความรัก ความห่วงใย การเห็นอกเห็นใจ และการได้รับกำลังใจจากคนรอบข้าง
2. ด้านการประเมินค่า (Esteem/Appraisal Support) การได้รับคำชมเชย การให้ข้อเสนอแนะ และการได้รับการยอมรับจากคนรอบข้าง
3. ด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) การได้รับคำแนะนำ ข้อมูล และคำปรึกษาที่เป็นประโยชน์จากคนรอบข้าง
4. ด้านทรัพยากร (Tangible/Instrumental Support) การได้รับความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ เช่น การเงิน สิ่งของ หรือความช่วยเหลือในด้านอื่น ๆ

ความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา โดยได้นำแนวคิดของ Mercer (1985)<sup>(14)</sup> การดำรงบทบาทมารดาในมารดาวัยรุ่นเป็นกระบวนการที่มารดาวัยรุ่นมีความสำเร็จในการกระทำบทบาทมารดาและสามารถผสมผสานพฤติกรรมของมารดากับบทบาทอื่นได้อย่างมีความสุข จนกระทั่งรู้สึกสบายใจ พึงพอใจในการแสดงบทบาทการเป็นมารดาโดยมีองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ คือ 1) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุตร 2)

ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมการเป็นมารดา และ 3) ความพึงพอใจในบทบาทมารดา โดยนำทั้ง 2 ปัจจัยมาเป็นแนวทางในการศึกษา มีผลต่อสุขภาพจิตมารดาหลังคลอด ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการหาความสัมพันธ์เชิงทำนายด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple linear regression)

ประชากรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ มารดาหลังคลอด

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาวัยรุ่นหลังคลอดครรภ์แรก อายุ 12-19 ปี หลังคลอดปกติ และพักรักษาตัวที่แผนกหลังคลอด โรงพยาบาลต่ง 1-2 วันและไม่มีอาการผิดปกติหรือแทรกซ้อนใด ๆ 2) บุตรเกิดคลอดครบกำหนด โดยได้รับการประเมินจากแพทย์ผู้ดูแลด้วยเกณฑ์ประเมินของบาร์ลาร์ด (Ballard Score) จำนวน 230 คน (เดือนตุลาคม 2563 ถึง กันยายน 2564) จากสถิติเวชระเบียนโรงพยาบาลต่ง 2564 ใช้ตารางการประเมินค่าตัวอย่างของเครจซี่และมอร์แกน โดยมีการประเมินค่าของขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 144 ราย ตามตารางโดยดูค่าจากตารางคำนวณกลุ่มตัวอย่าง<sup>(15)</sup>

## เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ แหล่งรายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ความพร้อมในการมีบุตร บุคคลที่ดูแล/อาศัยหลังคลอด ปัญหาสุขภาพกายระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอด ทั้งมารดาและทารก 2) ปัจจัยหลังคลอด ได้แก่ ประสบการณ์การคลอด วิธีคลอด ภาวะแทรกซ้อน สุขภาพบุตร และผู้ช่วยเหลือดูแลบุตรหลังคลอด

ตอนที่ 2

1. แบบประเมินสุขภาพจิตเป็นดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต คนไทยฉบับสมบูรณ์ (Thai Mental Health Indicator; TMHI-55) ที่พัฒนาขึ้นโดยอภิชัย มงคล และคณะ<sup>(16)</sup> ใช้ประเมินคัดกรองของสุขภาพจิตในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ มีจำนวน 55 ข้อ คะแนน 179-220 คะแนน หมายถึง มีสุขภาพจิตดีมากกว่าคนทั่วไป (Good) คะแนน 158-178 คะแนน หมายถึง มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (Fair) คะแนน 157 คะแนนหรือน้อยกว่า หมายถึง มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (Poor)

2. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของมารดาหลังคลอด โดยนลินี สิทธิบุญมา (2563)<sup>(17)</sup> พัฒนาสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิด House<sup>(13)</sup> จำนวน 37 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ 8 ข้อ 2) ด้านข้อมูลข่าวสาร 10 ข้อ 3) ด้านทรัพยากร 10 ข้อ 4) ด้านการประเมินค่า 9 ข้อ การให้คะแนน 1-5 คะแนน แบบลิเกิร์ต (Likert's Scale) การให้คะแนนใช้มาตราส่วนระดับ 1-5 คะแนน โดยคะแนนรวมอยู่ในช่วงระหว่าง 37-185 คะแนน หากมารดาหลังคลอดมีคะแนนรวมอยู่ในระดับสูง หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก ในทางกลับกัน หากมีคะแนนรวมอยู่ในระดับต่ำ หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย

3. แบบประเมินความสำเร็จในการดำรงบทบาทการเป็นมารดาวัยรุ่น MRAS-Form B ผู้แปลโดยศรีสมร ภูมณสกุล (2547)<sup>(18)</sup> ตามกรอบแนวคิดของ Mercer (1985)<sup>(14)</sup> จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน 1) ด้านความสามารถหรือความมั่นใจในการแสดงพฤติกรรมการเป็นมารดา 13 ข้อ 2) ด้านการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อบุตร 10 ข้อ 3) ด้านความพึงพอใจในบทบาทการเป็นมารดา 7 ข้อ ลักษณะข้อคำถามใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้คะแนน 1-5 คะแนน และเป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด คะแนนรวมทั้งหมดของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 30-150 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มารดารับรู้ถึงความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาได้ดี

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา เป็นอาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านมารดาทารก โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ IOC (Index of Item-Objective Congruence) โดยค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไปนำมาใช้ และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. ในการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามฉบับที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามดังกล่าวไปทดลองใช้กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการวิจัยจริง จำนวน 30 ชุด ณ โรงพยาบาลห้วยยอด เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือทั้งชุด โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ผลการวิเคราะห์พบว่า แบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89 ซึ่งอยู่ในระดับดี นอกจากนี้ยังได้ทำการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินรายด้าน ได้แก่ แบบประเมินสุขภาพจิต แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินความสำเร็จในการดำรงบทบาทการเป็นมารดาวัยรุ่น โดยได้ค่าความเที่ยงจากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.85 0.91 และ 0.87 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือแต่ละด้านมีความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับดีถึงดีมาก เหมาะสมสำหรับนำไปใช้ในการวิจัย

### การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ ได้แก่

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยหาความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ระดับสุขภาพจิตของมารดาวัยรุ่น โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม และความสำเร็จในการดำรงบทบาทการเป็นมารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีผลต่อสุขภาพจิตของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด โดยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป วิเคราะห์อำนาจการทำนายด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple linear regression)

## การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำโครงการวิจัย เสนอการพิจารณาจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของโรงพยาบาลตรัง เลขที่ 054/11-2566 ลงวันที่ 29 พฤศจิกายน 2566 ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 144 ราย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 17 ปี ร้อยละ 31.94 ค่าเฉลี่ย อายุ 17.07 ปี (SD 1.77) สถานภาพของสามี-ภรรยา สมรส ร้อยละ 66.70 แหล่งรายได้ที่ได้รับจากบิดามารดามากที่สุด ร้อยละ 56.6 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 44.40 ลักษณะครอบครัวอยู่รวมกับครอบครัวบิดามารดา ร้อยละ 63.20 ระดับการศึกษา ระดับมัธยมปลาย ร้อยละ 31.90 มีการวางแผนการมีบุตร ร้อยละ 60.40 บุคคลที่ช่วยดูแลเป็นบิดามารดา ร้อยละ 79.80 ปัญหาสุขภาพมารดาระยะตั้งครรภ์ ไม่มีปัญหา ร้อยละ 79.20 วิธีการคลอด คลอดปกติ ร้อยละ 47.90 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ร้อยละ 92.40 สุขภาพบุตรหลังคลอดไม่มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 85.40 การพักอาศัยหลังคลอดส่วนใหญ่กับบิดามารดา ร้อยละ 79.80

2. ระดับภาวะสุขภาพจิตของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด  
เมื่อพิจารณาโดยรวม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับภาวะสุขภาพจิตของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด จำนวน 131 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.97 (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** แสดงจำนวนและร้อยละของระดับภาวะสุขภาพจิตของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด (n=144)

| ระดับสุขภาพจิต               | จำนวน (ราย) | ร้อยละ (%) |
|------------------------------|-------------|------------|
| มีสุขภาพจิตดีมากกว่าคนทั่วไป | 10          | 10.69      |
| มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป   | 131         | 90.97      |
| มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป   | 3           | 2.08       |

3. การสนับสนุนทางสังคม ในภาพรวม พบว่าคะแนนค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (Mean=3.83, SD=0.195) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าข้อที่ค่าเฉลี่ยที่สูงที่สุด ได้แก่ บุคคลใกล้ชิดช่วยเหลือท่านในการดูแลสุขภาพในระยะหลังคลอดและการเลี้ยงดูบุตร (Mean=4.23, SD=0.51) รองลงมา บุคคลใกล้ชิดในครอบครัวชมเชยท่านในเรื่องการดูแลสุขภาพในระยะหลังคลอด และการเลี้ยงดู (Mean=4.01, SD=0.75) ข้อที่ค่าเฉลี่ยที่น้อยที่สุด ได้แก่ ท่านได้รับการเตือนและให้ข้อมูลเพิ่มเติมเมื่อปฏิบัติกรดูแลสุขภาพของตนเองในระยะหลังคลอดไม่ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน (Mean=3.62, SD=0.99) ข้อที่ค่าเฉลี่ยที่น้อยรองลงมา คือ ท่านได้รับการเตือนให้ตระหนักถึงประโยชน์ของการตรวจสุขภาพของตนเองเมื่อครบ 6 สัปดาห์หลังคลอด (Mean=3.69, SD=0.85)

4. ความสำเร็จในการดำรงบทบาทการเป็นมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ในภาพรวม พบว่าคะแนนค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (Mean=3.93, SD=0.216) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่ค่าเฉลี่ยที่สูงที่สุด ได้แก่ ฉันรู้สึกมีความสุขที่ได้เลี้ยงลูกด้วยนมตนเอง (Mean=4.31, SD=0.61) รองลงมา สิ่งแรกที่ฉันทำเมื่อกลับไปถึงบ้านคือการตรงไปหาลูก (Mean=4.26, SD=1.04) ข้อที่ค่าเฉลี่ยที่น้อยที่สุด ได้แก่ ฉันรู้ว่าเมื่อไรลูกต้องการการการพักผ่อน (Mean=3.57, SD=0.72) ข้อที่ค่าเฉลี่ยที่น้อยรองลงมา คือ ฉันรู้ว่าลักษณะเสียงร้องของลูกมีความหมายว่าอย่างไร (Mean=3.62, SD=0.89)

5. ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมและความสำเร็จในการดำรงบทบาทการเป็นมารดาวัยรุ่นหลังคลอดต่อสุขภาพจิตของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

กลุ่มตัวอย่าง มีการสนับสนุนทางสังคม ความสำเร็จในการดำรงบทบาทการเป็นมารดา

วัยรุ่น สามารถร่วมกันทำนายสุขภาพจิตของมารดาหลังคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $R^2=0.242$ ,  $F=2.911$ ,  $p<0.001$ ) การสนับสนุนทางสังคม ( $\beta=0.186$ ,  $p<0.05$ ) ความสำเร็จในการดำรงบทบาทการเป็นมารดาวัยรุ่น ( $\beta=-0.288$ ,  $p<0.05$ ) (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเดียว ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา (N=144)

| ปัจจัยทำนาย                          | B      | SE(b) | Beta   | t      | p-value |
|--------------------------------------|--------|-------|--------|--------|---------|
| ค่าคงที่ (constant)                  | 2.688  | 0.393 | -      | 6.789  | <0.001  |
| การสนับสนุนทางสังคม                  | 0.184  | 0.082 | 0.186  | 2.239  | 0.027   |
| ความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาวัยรุ่น | -0.238 | 0.114 | -0.288 | -2.093 | 0.038   |

$R^2=0.242$ , Overall  $F=2.911$ , Sig  $F=<0.001$

## อภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตมารดาวัยรุ่นหลังคลอดผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

วัตถุประสงค์ ข้อ 1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิต ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

จากผลการศึกษาพบว่าภาวะสุขภาพจิตของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 78.44 ภาวะทางด้านสุขภาพจิต จะเกิดขึ้นได้โดยเฉพาะหลังคลอดในระยะเวลา 2 สัปดาห์แรก ซึ่งเป็นช่วงที่ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนมากที่สุด จะมีผลต่ออารมณ์มารดา จึงส่งผลให้มารดาวัยรุ่นมีความเครียด วิตกกังวล หรือมีปัญหาทางสุขภาพจิต แต่เมื่อมารดามีความพร้อมและการยอมรับจากครอบครัว หรือการสนับสนุนให้กำลังใจจากบิดามารดาและสามี การรับรู้ว่าคุณเองจะมีรอบข้างคอยช่วยเหลือ และให้กำลังใจจะทำให้มารดามีความมั่นใจมากขึ้น ไม่กลัวหรือวิตกกังวลกับบทบาทหน้าที่ใหม่ ซึ่งครอบครัวเป็นแรงสำคัญในการช่วยเหลือบุตร มารดารู้สึกสบายใจ โล่งใจ หรือวางใจได้ เมื่อมีความต้องการการช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา การยอมรับจากครอบครัว จะมีผลต่อจิตใจมากเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ไม่ถูกทอดทิ้ง และที่สำคัญผู้ให้การสนับสนุนสามารถบรรเทาความเหนื่อยล้าในการทำหน้าที่บทบาทมารดาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุพรรณิกา และคณะ<sup>(19)</sup> เรื่องปัจจัยด้านการปรับตัวที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของมารดาหลังคลอดซึ่งศึกษาในมารดาวัยรุ่น ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้มีช่วงอายุในวัยรุ่นตอนปลาย มีความตั้งใจในการตั้งครรภ์ และมีสถานภาพสมรสคู่ ซึ่งบ่งบอกถึงสภาพของครอบครัวที่สมบูรณ์ มีความพร้อมต่อการเป็นมารดา มีความพร้อมในการเลี้ยงดูบุตร ซึ่งจากผลการศึกษาตัวแปรที่สามารถทำนายสุขภาพจิตของมารดาหลังคลอด การวางแผนการมีบุตรเป็นส่วนสำคัญทำให้เกิดการยอมรับตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ มีการเตรียมใจให้พร้อมในการเผชิญสถานการณ์ต่าง ๆ มีการสืบเสาะหาข้อมูลมีการเตรียมข้าวของเครื่องใช้ ทำให้ไม่คับข้องใจหรือกังวลเมื่อเข้าสู่ระยะหลังคลอด<sup>(20)</sup> อีกทั้งมารดาและบุตรไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ทำให้สุขภาพจิตของมารดาดีขึ้น ไม่เครียด สามารถปรับตัวได้ การคลอดเป็นสถานการณ์ที่หญิงตั้งครรภ์วิตกกังวลมาก เพราะมีทั้งความเสี่ยงต่อชีวิต มีความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน นอกจากจะกลัวตนเองแล้วยังกังวลถึงทารกในครรภ์ว่าจะคลอดปลอดภัย แข็งแรงสมบูรณ์หรือไม่ ดังนั้นหากมารดามีปัญหาในการคลอด ส่งผลด้านจิตใจได้ ส่วนทารกหากมีปัญหามารดาไม่สามารถให้การดูแลช่วยเหลือบุตรได้ ทำให้มารดามีสุขภาพจิตที่ไม่ดีได้ ในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีปัญหาดังกล่าวน้อยทำให้สุขภาพจิตมารดาอยู่ในระดับปานกลางได้

วัตถุประสงค์ ข้อ 2. การสนับสนุนทางสังคมและความสำเร็จในการดำรงบทบาทการเป็นมารดาวัยรุ่น  
 หลังคลอด ต่อสุขภาพจิตมารดาหลังคลอด

กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนของสามีหรือครอบครัว อยู่ในระดับสูง จากข้อมูลพบว่าบุคคลที่ช่วยดูแล  
 ส่วนใหญ่ บิดามารดา ร้อยละ 79.8 การพักอาศัยหลังคลอดส่วนใหญ่กับบิดามารดา ร้อยละ 79.8  
 การสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่าด้านข้อมูล และด้านทรัพยากร หาก  
 มารดาวัยรุ่นได้พักอาศัยกับครอบครัว ก็สามารถได้รับการสนับสนุนทั้ง 4 ด้าน ช่วยให้กำลังใจ ช่วยเหลือและ  
 แก้ปัญหาได้ โดยเฉพาะสามีซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิดที่สุด ทำให้มารดาวัยรุ่นมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันกับบุคคลใน  
 ครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริรัตน์<sup>(21)</sup> แนวทางส่งเสริมความสำเร็จในการดำรงบทบาทการเป็น  
 มารดาวัยรุ่น: กรณีศึกษาจังหวัดนครพนม พบว่าการสนับสนุนจากรอบครัวมีผลต่อความสำเร็จในการดำรง  
 บทบาทการเป็นมารดาวัยรุ่นมากที่สุด และผลของการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมต่อบทบาทการเป็น  
 มารดาในสตรีตั้งครรภ์ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม มีคะแนนเฉลี่ยบทบาท  
 การเป็นมารดาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) การทำให้สัมพันธภาพภายในครอบครัว  
 ใกล้ชิดกันดี มีความเอื้ออาทร ห่วงใย มีความเอาใจใส่ และให้ความช่วยเหลือกันในการช่วยทำงานแทนในภาระ  
 บทบาท ภายในครอบครัว และร่วมมือกันช่วยรับผิดชอบในการเลี้ยงดูทารก เช่น การอาบน้ำ การให้นม  
 การเปลี่ยนเสื้อผ้า หรือแม้กระทั่งการเตรียมอาหารประจำวันของมารดา สัมพันธภาพระหว่างกันกับสามี<sup>22</sup>  
 มารดาวัยรุ่นหลังคลอดรับรู้ถึงความช่วยเหลือการดูแลเอาใจใส่ในหลังคลอด ส่งผลให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอด  
 สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม และสามารถดำรงบทบาทการเป็นมารดาได้ ช่วยส่งเสริมความมั่นใจใน  
 ความสามารถในการเป็นมารดาวัยรุ่น ถ้าครอบครัวได้ให้ความร่วมมือในการเลี้ยงดูบุตรจะทำให้มารดาวัยรุ่น  
 รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าในตน และมีความสามารถในการดูแลบุตรได้<sup>(11)</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาของ บุศรา  
 แสงสว่าง และคณะ<sup>(23)</sup> บทบาทของการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและผดุงครรภ์ ป้องกันการเกิดภาวะ  
 ซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นได้หรือไม่? การศึกษานำร่องถึงความเป็นไปได้ พบว่าโปรแกรมการสนับสนุน  
 ทางสังคมโดยการนำของพยาบาลมีความเป็นไปได้ ความยอมรับได้ และแสดงผลเบื้องต้นในการป้องกันภาวะ  
 ซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น การดูแลของพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยสนับสนุนทางสังคมให้แก่มารดา  
 จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมและความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาวัยรุ่น  
 สามารถร่วมทำนายสุขภาพจิตของมารดาหลังคลอดได้ อย่างมีนัยสำคัญ ( $R^2 = 0.495$ ,  $F = 24.093$ ,  $p = 0.001$ )  
 สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวลักษณ์ เสียงนันท<sup>(24)</sup> ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองใน  
 การปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดาต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น พบว่าโปรแกรมการส่งเสริมความ  
 มีคุณค่าในตนเองในการปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดามีผลทำให้มารดาวัยรุ่นประสบความสำเร็จในการปฏิบัติ  
 บทบาทการเป็นมารดา รู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น มีผลลดภาวะซึมเศร้าในมารดาวัยรุ่นในระยะหลัง  
 คลอดลดลง เนื่องจากในระยะหลังคลอดมารดาวัยรุ่นและทารกจะอยู่ใกล้ชิดกันตลอด ภายใต้การดูแลของ  
 พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งได้ส่งเสริมกิจกรรมต่าง ๆ การดูแลทารกได้ดีและต่อเนื่อง การที่มารดา  
 มีโอกาสได้สัมผัสทารก ได้อุ้ม ทารก ได้อาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้าแม้กระทั่งเมื่อทารกร้อง ทำให้มารดา  
 มีความคุ้นเคยกับทารก และรู้สึกมีความมั่นใจในการดูแลทารกแรกเกิด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาครั้งแรก และ  
 ส่วนใหญ่มีการยอมรับการตั้งครรภ์ มีความตั้งใจในการตั้งครรภ์ มีการได้รับการช่วยเหลือจากญาติ จึงได้รับการ  
 ดูแลเอาใจใส่มากกว่าปกติ ถึงแม้ว่าจะเกิดความเครียด วิตกกังวลใด ๆ ก็จะได้รับ การดูแลอย่างใกล้ชิดจากญาติ  
 และบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งจะส่งผลทางด้านสุขภาพจิตและการทำหน้าที่ในบทบาทมารดาได้ดี

### ข้อจำกัดในการศึกษา

1. การใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างอาจมีกิจกรรมในการดูแลบุตร ทำให้มารดาอาจไม่ตั้งใจได้ในการตอบ หรือเข้าใจข้อคำถามชัดเจน
2. กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย และมีข้อคัดออก ทำให้ต้องใช้เวลาในเก็บข้อมูลเพื่อเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง

### สรุปผลการศึกษา

ค่าเฉลี่ยของสุขภาพจิตของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดอยู่ในระดับปานกลาง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ความสำเร็จในการดำรงบทบาทการเป็นมารดาวัยรุ่นอยู่ในระดับมาก ผลการวิเคราะห์ถดถอยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมและความสำเร็จในการดำรงบทบาทความเป็นมารดาวัยรุ่นสามารถทำนายสุขภาพจิตของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดได้ ดังนั้น การใช้เวลาในการให้ความรู้ การฝึกทักษะ การให้กำลังใจ ตลอดจนการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยบรรเทาปัญหาทางสุขภาพจิตของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

### ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำผลของการศึกษาพัฒนาบทบาทของพยาบาลและผู้ดูแลเพื่อป้องกันปัญหาความผิดปกติทางจิตของมารดาหลังคลอด
2. ด้านบริหารทางการพยาบาล เป็นแนวทางให้ผู้บริหารทางการพยาบาล ในการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลให้มีความรู้ ความเข้าใจ และเกิดความตระหนักในการให้การ พยาบาลเพื่อส่งเสริมมารดาวัยรุ่นมีสุขภาพจิตที่ดี
3. ด้านการวิจัย ผู้วิจัยใช้เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของมารดาหลังคลอดในประเด็นอื่น ๆ ต่อไป เช่น มารดาวัยรุ่นที่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอด ได้รับสูติศาสตร์หัตถการ มารดาที่มีภาวะโรคแทรกซ้อน ติดยาเสพติด หรือทารกที่มีความผิดปกติ และมีการศึกษาสุขภาพจิตในระยะยาว 6 เดือน ถึง 1 ปีหลังคลอด

### เอกสารอ้างอิง

1. ช่อผกา คงต้นกุล, ฉวี เบาทรวง, พรณพิไล ศรีอาภรณ์. ทศนคติการเป็นมารดา ความอ่อนล้าและความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่น. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2565;49(3):364-75.
2. Pillitteri A. Maternal and child nursing. 8<sup>th</sup>ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins Publication; 2022.
3. วรัญญา มูลธิโต, พรณพิไล ศรีอาภรณ์, ฉวี เบาทรวง. ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่น. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2560;44(2):23-33.
4. สุริยา ยอดทอง, รุ่งฤดี อูสาหะ, อาภรณ์ ภูพิชยากร. ความเครียดและการเผชิญความเครียดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกหลังคลอด. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2563;35(2):381-91.
5. ฎพารณ อภินันต์ดา, เกษตรชัย หีม, ฤทัยชนนี สิทธิชัย. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดในการ เลี้ยงดูบุตรของแม่วัยรุ่นที่รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดในจังหวัดพัทลุง. วารสารปาริชาติ มหาวิทยาลัยทักษิณ. 2565;35:69-82.

6. Guintivano J, Manuck T, Meltzer-Brody S. Predictors of Postpartum Depression: A Comprehensive Review of the Last Decade of Evidence. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2018;61(3):591–603.
7. Rahmadhani W, Kusumastuti K, Chamroen P. Prevalence and Determinants of Postpartum Depression Among Adolescent Mothers: A Cross-sectional study. *International Journal of Health Sciences*. 2022;6(2):533-44.
8. Roberts KJ, Smith C, Cluver L, Toska E, Sherr L. Understanding mental health in the context of adolescent pregnancy and HIV in sub-Saharan Africa: A systematic review identifying a critical evidence gap. *AIDS and Behavior*. 2021;25(7):2094-107.
9. Sunthorn W, Thapinta D, Panuthai S, Xuto P. Factors explaining postpartum depression among Thai adolescent mothers. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*. 2021;25(1):48-59.
10. Tembo CP, Burns S, Portsmouth L. Protocol: Maternal mental health of adolescent Mothers : a cross-sectional mixed-method study protocol to determine cultural and social factors and mental health needs in Lilongwe, Malawi. *The British Medical Journal*. 2022;12(5):1-8.
11. รุ่งฤดี อุสาหะ, อิงหทัย คำจตุ, สุริยา ยอดทอง. ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด การสนับสนุนทางสังคม และการดำรงบทบาทมารดาของมารดาวัยรุ่น หลังคลอด. สัปดาห์วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (สทวท.). 2566;10(1):79-97.
12. กุสุมา แสนบุญมา, ธัญญมล สุริยนิมิตสุข, กิตติพร ประชาศรัยสรเดช, นวพร มามาก. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในมารดาครรภ์แรก. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*. 2564;31(2):128-39.
13. Mercer, R.T. The process of maternal role attainment over the first year. *Nursing Research*. 1985;34(4):198-204.
14. House, J.S. *Work stress and social support*. MA : Addison -Wesley;1981
15. Krejcie, & D.W. Morgan. *Determining Sample Size for Research Activities*. *Educational and Psychological Measurement*. 1970;30(3):607-610.
16. อภิชัย มงคล, ยงยุทธ วงศภิรมยสานต์, ทวี ตั้งเสรี, วชิร หัตถพนม, ไพรวลัย รมชาย, วรวรรณ จุฑา. แบบประเมินดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ (55ข้อ). [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 18 พ.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmh.go.th/test/thaihapnew/thi54.asp>.
17. นลินี สิทธิบุญมา, กรณิการ์ กันธะรักษา, บังอร ศุภวิทิตพัฒนา. ความเครียดการสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาครรภ์แรก. *พยาบาลสาร*. 2563;47(2):169-179.
18. ศรีสมร ภูมณสกุล, อรพรรณ สมบูรณ์ทรัพย์, อุษา ศิริวัฒนโชค. การพัฒนาแบบวัดความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา. *วารสารพยาบาลศาสตร์*. 2547;22(1):28-38.
19. สุพรรณิกา ปานศรี, วรณา พาหุพัฒนกร, ฉวีวรรณ อยู่สำราญ, วิมลนันท์ พุฒนิขพงศ์. ปัจจัยด้านการปรับตัวที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของมารดาหลังคลอด. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 2562;20(2):160-169.

20. อนุชิตา आयูยืน, วรณีย์ เดียววิเศษ, ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี. ความชุกและรูปแบบของการเกิดภาวะ  
อารมณ์เศร้าในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยบูรพา. 2563;28(4):1-11.
21. ศิริรัตน์ อินทรเกษม, พยอม สีนุศิริ, ดารุณีย์ สวัสดิ์โชติดี, ดัชนี สุวรรณคม, จรินทร์ โคตรพรม,  
วรณัฐ ไชยวาน. แนวทางในการส่งเสริมความสำเร็จในการดำรงบทบาทการเป็นมารดาวัยรุ่น:  
กรณีศึกษาจังหวัดนครพนม. วารสารพยาบาลทหารบก. 2562;20(1):128-37.
22. พิมพ์ศิริ พรหมใจษา, กรรณิการ์ กันธะรักษา, จันทรัตน์ เจริญสันติ. ผลของการส่งเสริมการ  
สนับสนุนทางสังคมต่อบทบาทการเป็นมารดาในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น. พยาบาลสาร  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2557;41(2):97-106.
23. บุศรา แสงสว่าง, วรณีย์ เดียววิเศษ, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์. บทบาทของการสนับสนุนทางสังคมจาก  
ครอบครัวและผดุงครรภ์ ป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นได้หรือไม่? การศึกษา  
นำร่องถึงความเป็นไปได้. วารสารเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ. 2564;16(2):109-19.
24. เสาวลักษณ์ เสียงนันท์. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองในการปฏิบัติบทบาทการ  
เป็นมารดาต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น. [วิทยานิพนธ์ พยาบาล  
ศาสตรมหาบัณฑิต]. ปทุมธานี:มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2561

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง  
ด้วยการระดมพลังทางสังคมร่วมกับการจัดการรายกรณี อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

Development of Care Model for Serious Mental illness High Risk to Violence (SMIV) with  
Social Mobilization Together with Case Management in Mueang District, Maha Sarakham  
Province

นันทพญาน์ พิมพ์บุตร์<sup>1\*</sup>, นิตยา ฤทธิศรี<sup>2</sup>

Nanpaya Pimboot<sup>1\*</sup>, Nittaya Ritsri<sup>2</sup>

<sup>1\*</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม 44000

<sup>2</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม 44000

<sup>1\*</sup> Professional Nurse, Community Nursing Work Group, Maha sarakham Hospital,  
Maha sarakham Province 44000

<sup>2</sup> Senior Professional Nurse, Community Nursing Work Group, Maha sarakham Hospital,  
Maha sarakham Province 44000

Corresponding Author : \*E-mail : pimboot2016@gmail.com

(Received: 26 May 2025 Revised: 6 August 2025 Accepted: 10 August 2025)

#### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม 2) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย และ 3) ศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น

**รูปแบบและวิธีวิจัย :** วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ระยะเวลาวิจัย มกราคม 2565– เมษายน 2567 กลุ่มเป้าหมายและผู้ร่วมวิจัย 151 คน ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด ญาติหรือผู้ดูแล แกนนำชุมชน ตำรวจเรือนจำ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พระภิกษุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสหวิชาชีพ ในโรงพยาบาลมหาสารคามและเครือข่าย เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติจำนวน ร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา

**ผลการศึกษา :** 1) ปี 2564-2565 ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงอำเภอเมืองมหาสารคามมีจำนวนเพิ่มขึ้น และขาดรูปแบบเชื่อมโยงการดูแลตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจนถึงการดูแลต่อเนื่องในชุมชน 2) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง อำเภอเมืองมหาสารคาม ดังนี้ ศึกษาสถานการณ์ ประสานแผนงานคณะกรรมการยาเสพติดระดับอำเภอ ประชุม และดำเนินกิจกรรมตามแผน นำผลที่ได้ รวมทั้งปัญหาอุปสรรคไปแก้ไข และปรับปรุงในวงรอบต่อไป จนวงรอบที่ 3 ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยการระดมพลังทางสังคมร่วมกับการจัดการรายกรณี ดังนี้ การดูแลก่อนถึงโรงพยาบาลร่วมกับบูรณาการ 3 หมอ การดูแลในโรงพยาบาลรับบริการในหน่วยบริการ และการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย 3) ปี 2567 ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดรับการดูแลไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ ร้อยละ 98.97

**สรุปผลการศึกษา :** รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยการระดมพลังทางสังคมร่วมกับการจัดการรายกรณี เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองส่งต่อ บำบัดรักษา และติดตามดูแลต่อเนื่องอย่างเหมาะสม

**คำสำคัญ :** การพัฒนารูปแบบการดูแล, การระดมพลังทางสังคม, นักจัดการรายกรณี, ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด

---

**ABSTRACT**

**Objectives :** 1) To assess the situation of care for Serious Mental illness High Risk to Violence (SMIV) in Mueang District, Maha Sarakham Province; 2) Develop a comprehensive care model for these patients; and 3) Evaluate its effectiveness.

Research Design and

**Methods :** This study employed a participatory action research (PAR) approach from January 2022 to April 2024. The study involved 151 participants, including serious mental illness high risk to violence, their relatives or caregivers, community leaders, law enforcement officers, prison staff, local administrative representatives, monks, healthcare professionals, and multidisciplinary teams from Maha Sarakham Hospital and its network. Data were collected using mixed methods: quantitative data were analyzed using descriptive statistics (frequencies and percentages), while qualitative data were analyzed using thematic content analysis.

**Results :** 1) The number of serious mental illness high risk to violence in Mueang District, Maha Sarakham, increased during 2021-2022. There was a lack of an integrated care model connecting initial care to continuous community care. 2) The developed care model was created through situation analysis, coordination with the District Narcotics Control Committee, stakeholder meetings, planned activities, and iterative problem-solving across three cycles. The final model combined social mobilization with case management, including pre-hospital care ("Three Doctors" approach - collaboration between doctors in hospitals, community, and traditional healers), in-hospital care, and post-hospital care. 3) By 2024, 98.97% of these patients were effectively managed without recurrent violent incidents.

**Conclusion :** A care model for serious mental illness high risk to violence, using social mobilization and case management, is an effective tool to ensure appropriate screening, referral, treatment, and follow-up care.

**Keywords :** Development of care model, Social mobilization, Case management, Serious mental illness high risk to violence (SMIV)

## ความเป็นมาหรือปัญหา

ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาหนึ่งที่ส่งผลกระทบในหลายด้านทั้งด้านสาธารณสุข เศรษฐกิจ สังคม และอาชญากรรม องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ในปี ค.ศ. 2017<sup>(1)</sup> มีผู้เสียชีวิตจากการใช้ยาเสพติดทั่วโลก 585,000 คน จากการสำรวจของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงมากถึงร้อยละ 27.6 ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence; SMI-V) คือ ผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรม ความเจ็บป่วยทางจิตเวสดังกล่าว ส่งผลต่อความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงหรือทำให้เกิดความทุกข์ทรมานรุนแรง มีผลรบกวนการใช้ชีวิตปกติ จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและดูแลเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ มากกว่าผู้ป่วยที่วินิจฉัยโรคเดียวกัน ความรุนแรงของอาการป่วยทางจิตในผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย และทำให้เกิดเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด ได้กลายเป็นประเด็นสำคัญ ที่สังคมต้องตระหนัก และให้การดูแลร่วมกัน ไม่เพียงแต่การรักษาในโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการทางสุขภาพเท่านั้น ในประเทศไทย ปี 2559 คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติดได้ทำการสำรวจครัวเรือนเพื่อคาดการณ์จำนวนผู้ใช้ยาเสพติดในประเทศไทย พบว่า มีผู้ใช้ยาเสพติดประมาณ 1.4 ล้านคน และอนุมานว่าผู้ใช้ยาเสพติดประมาณ 3 แสนคน เป็นกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษา ซึ่งใกล้เคียงกับข้อมูลของกรมสุขภาพจิตในปี 2564 พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการด้านจิตเวชเป็นผู้ติดสารเสพติด จำนวน 360,615 ราย โดยจำนวนผู้ป่วยจิตเวชจากการเสพยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการรักษา ประมาณครึ่งหนึ่งเป็นผู้ก่อความรุนแรง ซึ่งผู้เข้ารับการรักษาเป็นเยาวชนอายุระหว่าง 15-24 ปี มีสัดส่วนมากถึงร้อยละ 50<sup>(2)</sup> จังหวัดมหาสารคาม ในปี 2565 พบผู้ป่วยผู้ยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 1,090 คน ลักษณะการก่อความรุนแรง ได้แก่ มีการทำร้ายตนเองและผู้อื่น มีการใช้อาวุธที่อันตราย และทำลายทรัพย์สิน<sup>(3)</sup> ในอำเภอเมืองมหาสารคาม ปี 2564-2565 พบผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 239 และ 447 คน ตามลำดับ โดยพบว่าแนวโน้มเพิ่มขึ้น<sup>(4)</sup>

การดูแลต่อเนื่องในชุมชนยังพบปัญหาผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ อีกทั้งในอำเภอเมืองมหาสารคาม ยังขาดผู้รับผิดชอบที่สามารถเชื่อมโยงประสานการดูแลตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจนถึงการดูแลต่อเนื่องในชุมชนในระดับพื้นที่ ขาดเจ้าภาพหลักในการเชื่อมประสานงานในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในพื้นที่ ยังไม่มีแนวทางปฏิบัติร่วมระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในหน่วยบริการสาธารณสุขมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่แตกต่างกันออกไป การบำบัดร่วมกับการดูแลหลังจำหน่ายโดยบูรณาการกับทุกภาคส่วนจึงมีความจำเป็น

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ในอำเภอเมืองมหาสารคาม ด้วยแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยเชื่อมโยงการระดมพลังทางสังคมร่วมกับระบบการจัดการรายกรณี ซึ่งการมีส่วนร่วมจะส่งผลให้ผู้ป่วยยาเสพติดให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงร่วมกับใช้ยาเสพติดสามารถดำเนินการได้ด้วยชุมชนอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตสามารถกลับมาอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้ปกติสุข

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

## รูปแบบและวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) โดยใช้แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988)<sup>(5)</sup> ประกอบด้วย 3 ระยะ ระยะที่ 1 ระยะศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 1) การวางแผนการปฏิบัติงาน 2) การลงมือปฏิบัติตามแผน 3) การติดตามสังเกตการณ์ และ 4) การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล ระยะเวลาวิจัย 1 มกราคม 2565–30 เมษายน 2567 ในอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

กลุ่มเป้าหมายและผู้ร่วมวิจัย เลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด 20 คนญาติหรือผู้ดูแล 20 คน แกนนำชุมชน 42 คนเจ้าหน้าที่ตำรวจ 6 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอเมือง/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง และเรือนจำ 24 คน ตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 16 คน ทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาสารคาม 15 คน เจ้าหน้าที่ปกครองอำเภอ 5 คน พระภิกษุ 3 รูป รวม 151 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่เข้าและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2 2) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale; OAS) ของกระทรวงสาธารณสุข 3) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 2Q 9Q และ 8Q ของกระทรวงสาธารณสุข 4) แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง/ยาเสพติดที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ในชุมชน 10 ด้าน ของกระทรวงสาธารณสุข 5) แบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม 6) แนวคำถามการประชุมและการสนทนากลุ่ม 7) แบบคัดกรองโรคจิต (Brief Psychiatric Rating Scale; BPRS) ของกระทรวงสาธารณสุข 8) แบบบันทึกกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดรายกรณี ของกระทรวงสาธารณสุข

## การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data) ได้แก่ การประชุมและสนทนากลุ่ม นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ ความถูกต้อง จัดหมวดหมู่โดยการวิเคราะห์โครงสร้าง และเนื้อหา (Content analysis)

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative data) ได้แก่ ข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงได้รับการติดตามต่อเนื่องระยะ 1 ปี และข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต จำแนกตามกลุ่มที่ได้รับการติดตามเยี่ยมประเมินผล วิเคราะห์โดยค่าจำนวนและร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การศึกษานี้ ได้ผ่านการรับรองการดำเนินการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่ MSKH\_REC 64-01-062

## ผลการศึกษา

1. สภาพปัญหา/บริบทของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

สถานการณ์ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จังหวัดมหาสารคาม ในปี 2565 พบผู้ป่วยจำนวน 1,090 คน ลักษณะของการก่อความรุนแรง ได้แก่ มีการทำร้ายตนเองและผู้อื่น มีการใช้อาวุธที่อันตราย และทำลายทรัพย์สิน ส่วนสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ในอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม เป็นพื้นที่ที่ตั้งของโรงพยาบาลมหาสารคามซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปประจำจังหวัด มีความพร้อมด้านบุคลากรเฉพาะทาง และสถานที่ในการดูแลผู้ป่วย มีการให้บริการดูแลตรวจรักษาผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยเริ่มให้การดูแลและรวบรวมรายชื่อผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ตั้งแต่ปี 2564 พบจำนวน 239 คน ในปี 2565 เพิ่มขึ้นเป็น 447 คน ลักษณะของการก่อความรุนแรง ได้แก่ มีการทำร้ายตนเองและผู้อื่น 47 คน มีการใช้อาวุธที่อันตราย และทำลายทรัพย์สิน 109 คน พุดคนเดียวและเดินไปมาตลอดวัน มีการลักขโมย และเข้าไปในบ้านเรือนผู้อื่นโดยไม่ได้รับอนุญาต 138 คน นอกจากนั้นเป็นกลุ่มเสพยาเสพติด ร่วมกับลักเล็กขโมยน้อย เป็นประจำ 294 คน ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้สร้างความรู้สึกไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน และความวิตกกังวล แก่คนชุมชน กลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้กระจายอยู่ในทุกหมู่บ้านทั้งหมด 185 หมู่บ้าน และ 30 ชุมชนเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม นอกจากนั้นยังพบว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบซ้ำมาจากปัญหาการกลับไปเสพยาเสพติด การดูแลต่อเนื่องในชุมชนยังพบปัญหาผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ อีกทั้งในอำเภอเมืองมหาสารคาม ขาดผู้รับผิดชอบหลักที่สามารถเชื่อมโยงประสานการดูแลตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจนถึงการดูแลต่อเนื่องในชุมชนในระดับพื้นที่ โดยแต่ละหน่วยงานทำตามภารกิจของตนเอง

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

ดำเนินการพัฒนารูปแบบโดยใช้วงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

วงรอบที่ 1 (มกราคม ถึง 30 เมษายน 2565)

1. การวางแผน (Plan: P1)

- ประชุมผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดจากโรงพยาบาลมหาสารคาม หน่วยงานสาธารณสุขอำเภอเมืองมหาสารคาม และศูนย์ปฏิบัติการเพื่อป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดอำเภอเมืองมหาสารคาม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินงาน และขอความร่วมมือในการวิจัย

- ศึกษาข้อมูลสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ครอบครัวทุกหมู่บ้านและชุมชนในอำเภอเมืองมหาสารคาม

- ประชุมประสานแผนการดำเนินงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอและตำบล เพื่อวางแผนการปฏิบัติงาน

2. การลงมือปฏิบัติตามแผน (Action: A1)

- จัดประชุมเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานยาเสพติดจากโรงพยาบาลมหาสารคาม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่ายในอำเภอเมืองมหาสารคาม รวมทั้งหมด 21 แห่ง เพื่อคืนข้อมูลสถานการณ์ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดปี 2564 และหารือแนวทางการลงพื้นที่

- ประสานงานกับคณะกรรมการยาเสพติดระดับอำเภอเพื่อจัดตั้งคณะกรรมการยาเสพติดระดับตำบล 14 ตำบล ประกอบด้วยกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

- จัดสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อแลกเปลี่ยนแนวทางการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบัน

### 3. การติดตามสังเกตการณ์ (Observe: O1)

- รวบรวมรายชื่อผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในทุกหมู่บ้าน ร่วมกับตำรวจและฝ่ายปกครอง ก่อนลงพื้นที่ปฏิบัติงาน

- ผู้วิจัยสังเกตการณ์ และจดบันทึกขั้นตอนและรายละเอียดระหว่างลงพื้นที่ เพื่อวิเคราะห์และปรับปรุงการปฏิบัติงาน

- จัดประชุมกลุ่มย่อยติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

### 4. การสะท้อนผลและประเมินการปฏิบัติงาน (Reflect: R1)

- รวบรวมข้อมูลสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค และผลลัพธ์จากการสังเกตการณ์และการบันทึกวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูล เพื่อกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

- นำเสนอผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรคในการประชุมคณะกรรมการยาเสพติดระดับอำเภอเพื่อรับข้อเสนอแนะและคำปรึกษาจากผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นำไปปรับปรุงพัฒนาการดำเนินงานในวงรอบถัดไป

ผลที่ได้จากการวิจัยในวงรอบที่ 1

- สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงเพิ่มขึ้นต่อเนื่องโดยจำนวนผู้ป่วยในปี 2564 อยู่ที่ 239 คน และเพิ่มเป็น 447 คนในปี 2565 ในปี 2565 เกิดเหตุความรุนแรงในชุมชน 85 ครั้ง แม้จะมีทีมตำรวจและทีมไม่ก้าว (ทีมเจ้าหน้าที่ตำรวจหรือฝ่ายความมั่นคง ที่ได้รับการฝึกอบรมเฉพาะทางในการเข้าควบคุม ระวังเหตุฉุกเฉิน หรือควบคุมตัวผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยใช้อุปกรณ์ “ไม้ก้ำม” ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ช่วยยึดร่างกายผู้ป่วยในระยะปลอดภัย เพื่อลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของทั้งผู้ป่วยและผู้ควบคุม) เข้าระงับเหตุ แต่ยังพบผู้ป่วยอาการกำเริบ ขาดยารักษา และกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่มีอาชีพ รายได้ต่ำ ครอบครัวขาดการดูแลและตระหนักถึงปัญหา ชุมชนมีทัศนคติตีตราผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่เข้ารับการรักษาต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชนโดยรวม

- รูปแบบการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ ทีมแพทย์พยาบาลจากโรงพยาบาลมหาสารคาม ร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และฝ่ายปกครอง ลงเยี่ยมบ้านติดตามให้การรักษาและระงับความรุนแรงฉุกเฉิน โดยมีการแจ้งเหตุผ่านสายด่วน 191 เพื่อส่งตัวผู้ป่วยไปโรงพยาบาลมหาสารคาม แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำหลังจำหน่าย สร้างความเดือดร้อนและอันตรายต่อครอบครัวและชุมชน

- การดำเนินโครงการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community-Based Treatment; CBTx) มีการใช้เงินบำรุงจากโรงพยาบาลและงบประมาณท้องถิ่นเพื่อดำเนินการค้นหา คัดกรอง บำบัดฟื้นฟู และติดตามผู้ป่วยในชุมชนที่มีความพร้อมและยาเสพติดแพร่ระบาด

- ผลการคืนข้อมูลแก่คณะกรรมการชุมชน พบว่า คณะกรรมการยาเสพติดระดับอำเภอและตำบลทุกแห่ง เห็นว่าเป็นปัญหาสำคัญ แต่ไม่กล้ายุ่งเนื่องจากหวาดกลัวอันตราย และอิทธิพลผู้ค้ายาในพื้นที่ โดยมองว่าการดูแลผู้ป่วยควรเป็นหน้าที่ของตำรวจและแพทย์มากกว่า

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรคที่พบแนวทางแก้ไขปัญหาในพื้นที่ที่ได้ดำเนินการ ผลลัพธ์ที่ได้มาวิเคราะห์ จัดหมวดหมู่ และสังเคราะห์เพื่อนำสู่การพัฒนาในรอบที่ 2

วงรอบที่ 2 (1 พฤษภาคม 2565 ถึง 30 เมษายน 2566)

#### 1. การวางแผนการปฏิบัติงาน (Plan: P2)

- ประชุมทีมวิจัยรวบรวมข้อเสนอแนะจากวงรอบที่ 1 เพื่อวางรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด ความเสี่ยงสูงต่อความรุนแรงในพื้นที่อำเภอเมืองมหาสารคาม

- วางแผนจัดทำโครงการและขอสนับสนุนงบประมาณจากโรงพยาบาลมหาสารคาม

- ประสานงานคณะกรรมการยาเสพติดระดับอำเภอและตำบล เตรียมจัดประชุมกลุ่มในพื้นที่

- จัดทำแผนอบรมพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงาน

#### 2. การลงมือปฏิบัติตามแผน (Action: A2)

- จัดประชุมเชิงปฏิบัติการกลุ่มคณะกรรมการยาเสพติดระดับอำเภอ (ทีม 4 ประสาน: จิตแพทย์ ตำรวจ ฝ่ายปกครอง และแกนนำชุมชน)

- ประชุมคณะกรรมการยาเสพติดอำเภอเพื่อความร่วมมือในทุกตำบล

- ส่งเจ้าหน้าที่อบรมนักจัดการรายกรณียาเสพติดระดับอำเภอ จำนวน 5 คน

- แบ่งบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องและสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกับชุมชน

- อบรมแกนนำ อสม. บัดดี้เพื่อนซี้ ดูแลผู้ป่วย 1 คน ต่อ อสม. 2-3 คน

- จัดประชุมสร้างกฎกติกาชุมชนและมาตรการงดจำหน่ายแอลกอฮอล์แก่ผู้ป่วย

- สร้างความเข้าใจและบูรณาการงานดูแลร่วมกับบริการ 3 หมอในพื้นที่

- อบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการใช้แบบประเมินยาเสพติดและอาการก้าวร้าวรุนแรง รวมทั้ง อสม./ แกนนำชุมชนในแนวทางคัดกรอง

#### 3. การติดตามสังเกตการณ์ (Observe: O2)

- กำหนดบทบาทวิชาชีพต่าง ๆ และติดตามเยี่ยมแบบสหวิชาชีพ พร้อมประชุมกลุ่มย่อยเพื่อ ติดตามผล

- ผู้วิจัยลงพื้นที่สังเกตการณ์การปฏิบัติงานและร่วมกิจกรรมกับเจ้าหน้าที่/อาสาสมัคร/แกนนำ ชุมชน/ตำรวจ พร้อมบันทึกสถานการณ์

#### 4. การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflect: R2)

- รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ผลลัพธ์ ปัญหาอุปสรรค ความเสี่ยง และแนวทางแก้ไขจากการปฏิบัติจริง

- ประชุมคณะกรรมการยาเสพติดระดับอำเภอ เพื่อเสนอผลลัพธ์และขอข้อเสนอแนะในการพัฒนา งาน

- ประเมินประสิทธิผลทั้งเชิงปริมาณ (ลดระดับอาการรุนแรง และเยี่ยมติดตามตามเกณฑ์) และเชิง คุณภาพ (การช่วยเหลือจากชุมชน การสร้างอาชีพและจ้างงาน)

- รับข้อเสนอแนะสำหรับวงรอบที่ 3

ผลที่ได้จากการวิจัยในวงรอบที่ 2

- บูรณาการงานดูแลผู้ป่วยร่วมกับบริการ 3 หมอในพื้นที่ คือ หมอ 1 คือ อสม. สาขายาเสพติด หมอ 2 คือ เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และหมอ 3 คือ แพทย์สุขภาพจิตชุมชน/จิตแพทย์ จากโรงพยาบาลมหาสารคาม

- อบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ 14 ตำบล ครอบคลุมการใช้แบบประเมินยาเสพติดและอาการก้าวร้าวรุนแรง พร้อมอบรม อสม./แกนนำชุมชนเรื่องการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยเสี่ยงสูง
- กำหนดบทบาทนักจัดการรายกรณีระดับอำเภอ 2 คน (พยาบาลชุมชน 1 คน และพยาบาลสุขภาพจิต 1 คน) เชื่อมโยงการดูแลรายกรณีตั้งแต่ก่อนเข้าโรงพยาบาลจนถึงการติดตามในชุมชน
- แบ่งบทบาททีม 4 ประสาน ร่วมกับนักจัดการรายกรณีระดับอำเภอ มี อสม. บัณฑิตยาเสพติดในทุกหมู่บ้าน (อสม. 2-3 คนดูแลผู้ป่วย 1 คน) พร้อมแนวปฏิบัติคัดกรองและส่งต่อร่วมกันทุกฝ่าย
- ทุกตำบลจัดประชาคมสร้างกฎกติกาชุมชน ควบคุมการจำหน่ายแอลกอฮอล์แก่ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด

- ประชุมติดตามประเมินผลประจำทุกเดือน มีนายอำเภอเมืองมหาสารคามเป็นประธาน ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรคที่พบแนวทางแก้ไขปัญหาที่พื้นที่ได้ดำเนินการ ผลลัพธ์ที่ได้มาวิเคราะห์ จัดหมวดหมู่ และสังเคราะห์เพื่อนำสู่การพัฒนาในรอบที่ 3

วงรอบที่ 3 (1 พฤษภาคม 2566 ถึง 30 เมษายน 2567)

#### 1. การวางแผนและการเตรียมการ (Plan: P3)

ทีมวิจัยได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลและข้อเสนอแนะจากการปฏิบัติงานในวงรอบที่ 2 โดยศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค ตลอดจนความครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อความรุนแรง ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ พร้อมทั้งวางแผนงานเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างเป็นระบบ รวมถึงขอรับสนับสนุนงบประมาณจากโรงพยาบาลมหาสารคามอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ จำนวน 151 คน เพื่อเก็บข้อมูลเชิงลึกผ่านการประชุมกลุ่ม

#### 2. การลงมือปฏิบัติตามแผน (Action: A3)

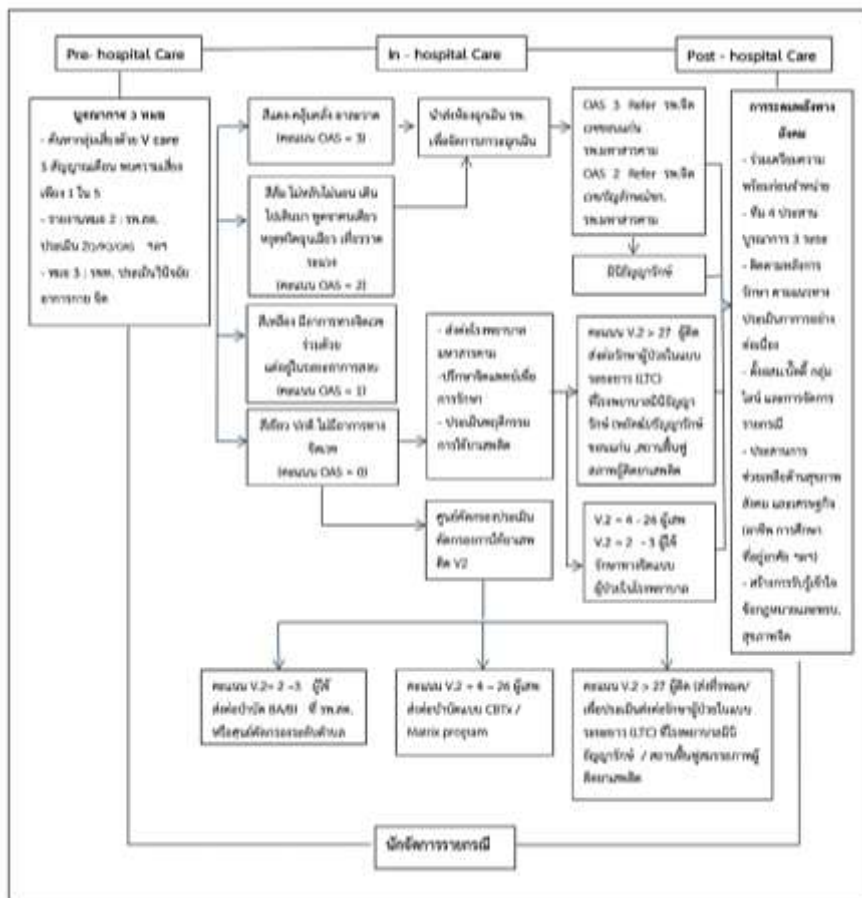
มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการกับกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วย ญาติ อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ตำรวจ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อระดมข้อมูลปัญหาและแนวทางการดูแลในชุมชน โดยเน้นบทบาทของแต่ละกลุ่มและความร่วมมือในการติดตามและดูแลผู้ป่วย ภายใต้รูปแบบการระดมพลังทางสังคม ร่วมกับการจัดการรายกรณี ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เป็นรูปแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ และนำเสนอเพื่อรับข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการยาเสพติดระดับอำเภอและผู้บริหารที่เกี่ยวข้องก่อนปรับปรุงให้สมบูรณ์

#### 3. การติดตามสังเกตการณ์ (Observe: O3)

ผู้วิจัยลงพื้นที่ติดตามการดำเนินงานและการใช้รูปแบบการติดตามผู้ป่วยหลังการบำบัดในทุกตำบล พร้อมเป็นพี่เลี้ยงในการใช้ทักษะทางการพยาบาล ประสานงานแก้ไขปัญหาลดอุปสรรค และเชื่อมโยงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งติดตามบันทึกข้อมูลในระบบของกระทรวงสาธารณสุขและจัดประชุมกลุ่มย่อยเพื่อติดตามผลเป็นระยะ

#### 4. การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflect: R3)

ผู้วิจัยและทีมงานรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์ของรูปแบบการติดตามผู้ป่วยหลังการบำบัดอย่างครบถ้วน โดยเน้นอัตราการคงอยู่ในระบบติดตามการรักษา (Retention rate) และอัตราการได้รับการช่วยเหลือที่เพิ่มขึ้นในทุกปี นำเสนอผลสรุปในการประชุมเวทีระดับอำเภอ โดยมีผู้บริหารและตัวแทน ภาคส่วนต่าง ๆ เข้าร่วม เพื่อเสนอให้นโยบายและรูปแบบนี้ไปปฏิบัติจริงอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมทุกพื้นที่ในอำเภอเมืองมหาสารคาม ผลการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อความรุนแรง ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงด้วยการระดมพลังทางสังคม ร่วมกับการจัดการรายกรณี อำเภอเมืองมหาสารคาม

จากรูปที่ 1 ผลการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อความรุนแรงรูปแบบการดูแลแบ่งออกเป็น 3 ระยะสำคัญ ได้แก่

### 1) ระยะก่อนเข้าโรงพยาบาล (Pre-hospital Care)

- การบูรณาการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโดยทีม 3 หมอ (อสม./แกนนำชุมชน เจ้าหน้าที่รพ.สต./ศูนย์แพทย์ชุมชน แพทย์ และทีมความมั่นคง)
- ใช้เกณฑ์ 5 สัญญาณเตือนและคะแนน OAS เพื่อคัดแยกระดับความรุนแรง และส่งต่อรักษาตามระดับความรุนแรง พร้อมค้นหาผู้นำในพื้นที่ช่วยสนับสนุนดูแลกลุ่มเสี่ยง

### 2) ระยะรักษาในโรงพยาบาล (In-hospital Care)

- เตรียมความพร้อมทีมแพทย์และระบบความปลอดภัยในโรงพยาบาล
- ใช้ระบบส่งต่อผู้ป่วยอย่างเป็นระบบไปยังโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นหรือโรงพยาบาลรัฐรักษา ขอนแก่น

- มีบริการผู้ป่วยในและดูแลผู้ป่วยที่บ้านในระยะ Acute Phase อย่างต่อเนื่อง

### 3) ระยะหลังออกจากโรงพยาบาล Post-hospital Care

- การระดมพลังทางสังคมและการติดตามแบบบูรณาการโดยทีม 4 ประสาน
  - จัดอบรม. บัณฑิตดูแลในชุมชนตามแบบติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคจิต (2ย+1ส)
  - การสร้างความรู้ความเข้าใจในชุมชนเกี่ยวกับกฎหมายยาเสพติดและ พรบ. สุขภาพจิต
  - การจัดการรายกรณีร่วมกับเครือข่ายและใช้ช่องทางสื่อสารผ่านไลน์กลุ่ม เพื่อการสื่อสารและแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างรวดเร็ว

ในการดูแลผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะ จะมีนักจัดการรายกรณีระดับอำเภอซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพงานการพยาบาลชุมชนในการบำบัดรักษายาเสพติดและพยาบาลจากกลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวช ดำเนินงานประสาน เชื่อมต่อกับนักจัดการรายกรณีระดับตำบล ซึ่งมาจากพยาบาล ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีทักษะเฉพาะด้านในการจัดการรายกรณี ผ่านการอบรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง เป็นกระบวนการทำงานที่ต้องอาศัยความร่วมมือในการประเมิน วางแผน ดำเนินการ การประสานงาน การติดตามกำกับงาน และการประเมินทางเลือกของบริการที่สอดคล้อง จากการพัฒนาการดำเนินงานสามารถสรุปรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงด้วยการระดมพลังทางสังคม ร่วมกับการจัดการรายกรณี อำเภอเมืองมหาสารคาม

3. ประสิทธิภาพของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการก่อความรุนแรงด้วยการระดมพลังทางสังคม ร่วมกับการจัดการรายกรณี อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

**ตารางที่ 1** จำนวน และร้อยละ ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ได้รับการดูแลต่อเนื่องในระยะ 1 ปี (Retention rate) อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ปี 2565-2567

| ปี   | ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง |                         |        | หมายเหตุ                                                                |
|------|------------------------------------------------------------|-------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------|
|      | ทั้งหมด<br>(คน)                                            | ได้รับการติดตาม<br>(คน) | ร้อยละ |                                                                         |
| 2565 | 447                                                        | 401                     | 89.70  | ครอบครัวยกปิดข้อมูล ชุมชนไม่กล้าเข้าไปดูแลก่อเหตุซ้ำ 46 ราย             |
| 2566 | 325                                                        | 301                     | 92.61  | ก่อเหตุซ้ำนอกพื้นที่ 14 ราย และออกจากพื้นที่ 7 ราย จำคุก 3 ราย          |
| 2567 | 195                                                        | 193                     | 98.97  | ก่อเหตุซ้ำ 2 ราย เป็นผู้ป่วยนิติจิตเวช 2 รายถูกดำเนินคดีและต้องโทษจำคุก |

จากตารางที่ 1 สามารถคัดกรองค้นหาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง และให้การดูแลได้เพิ่มมากขึ้น จากปี 2565 จำนวน 447 คน ได้รับการดูแล และติดตามช่วยเหลือ 401 คน ปี 2566 จำนวน 325 คน ได้รับการดูแลและติดตามช่วยเหลือเพิ่มขึ้น 321 คน และภายหลังได้มีการนำใช้รูปแบบในระหว่างปี 2567 เกิดการบูรณาการ การดำเนินงานตั้งแต่ระยะก่อนเข้าโรงพยาบาลโดยบูรณาการร่วมกับ 3 หมอ มีระบบการประเมินคัดกรอง แยกประเภท เพื่อเชื่อมโยงเครือข่ายในการรับส่งต่อผู้ป่วยให้เข้าถึงบริการรักษาตามสภาพปัญหาอย่างปลอดภัย และรับการวินิจัยรักษา อย่างเหมาะสม พบว่าในปี 2567 ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง 195 คน ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ในระยะ 1 ปี

และเฝ้าระวังเพื่อไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ 193 คน คิดเป็นร้อยละ 98.97 (ผู้ป่วยนิติจิตเวช 2 คนถูกดำเนินคดีและต้องโทษจำคุก)

นอกจากนั้น ในปี 2567 มีการระดมพลังทางสังคม จากทุกภาคส่วนรวมถึงเครือข่ายในชุมชนร่วมเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและเตรียมความพร้อมของครอบครัว ชุมชนเตรียมรับผู้ป่วย โดยทีม 4 ประสาน ร่วมติดตามหลังการรักษาตามแนวทาง โดยมีนักจัดการรายกรณีร่วมติดตามดูแลต่อเนื่อง ช่วยประสานการช่วยเหลือด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ (อาชีพ การศึกษาที่อยู่อาศัย ฯลฯ) ทำให้อัตราการผู้ป่วยที่ต้องการได้รับการดูแลช่วยเหลือ ด้านเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา การจ้างงานและรายได้ พบว่ามีผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือด้านอาชีพ จำนวน 39 ราย ได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งหมด จำนวน 39 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 และพบการก่อความรุนแรงซ้ำในผู้ป่วยนิติจิตเวชจำนวน 2 รายและถูกดำเนินคดีและต้องโทษจำคุก ซึ่งนักจัดการรายกรณีได้ประสานการรักษาให้ได้รับยา และได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องในเรือนจำจังหวัดมหาสารคาม

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต จำแนกตามกลุ่มสีของกระทรวงสาธารณสุข<sup>(6)</sup> ที่ได้รับการติดตามเยี่ยมประเมินผล อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ปี 2567

| จำแนกตามกลุ่มสี | จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต |                            |        |
|-----------------|--------------------------------------|----------------------------|--------|
|                 | ทั้งหมด (คน)                         | ติดตามเยี่ยมประเมินผล (คน) | ร้อยละ |
| แดง             | 27                                   | 27                         | 100    |
| ส้ม             | 49                                   | 49                         | 100    |
| เหลือง          | 53                                   | 53                         | 100    |
| เขียว           | 64                                   | 64                         | 100    |
| อยู่ในเรือนจำ   | 2                                    | 2                          | 100    |
| รวม             | 195                                  | 195                        | 100    |

จากตารางที่ 2 ในปี 2567 มีการนำเกณฑ์การแบ่งกลุ่มตามระดับความรุนแรง กลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงและผู้ใช้ยาเสพติดของกระทรวงสาธารณสุข<sup>(6)</sup> โดยผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต ทั้งหมด 195 คน จำแนกตามกลุ่มสีเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ 1) กลุ่มรุนแรงน้อย (สีเขียว) 64 คน 2) กลุ่มรุนแรงปานกลาง (สีเหลือง) 53 คน 3) กลุ่มรุนแรง 49 คน (สีส้ม) และ 4) กลุ่มรุนแรงมาก (สีแดง) 27 คน อยู่ในเรือนจำ 2 คน พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการ ทางจิตได้รับการติดตามเยี่ยมประเมินผลทุกราย

### อภิปรายผล

จากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชร่วมกับการใช้ยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม พบว่าตั้งแต่ปี 2565 มีการดำเนินงานโดยเน้นการระงับเหตุจากการแจ้งเหตุผ่านสายด่วน 191 โดยตำรวจชุดไม่ถ่วง การบำบัดรักษาในโรงพยาบาลมหาสารคามหรือส่งต่อไปยังโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น และการติดตามหลังการรักษาโดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับทีมปกครองอำเภอและแกนนำชุมชน ผ่านการลงเยี่ยมบ้าน ส่งผลให้สามารถติดตามผู้ป่วยได้มากขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังพบปัญหาการก่อเหตุรุนแรงซ้ำ และอุปสรรคจากการที่ครอบครัวกักปิดขังหรือชุมชนไม่กล้าเข้าไปดูแลผู้ป่วย ในปี 2566 จึงมีการพัฒนารูปแบบการดูแลโดยประยุกต์ใช้แนวทางบริการ "3 หมอ" ร่วมกับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในระดับตำบลและอำเภอให้เป็นนักจัดการรายกรณี และอบรมแกนนำชุมชนเกี่ยวกับการจัดการภาวะฉุกเฉิน ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 92.61 แต่ยังคงมีผู้ป่วยก่อเหตุรุนแรงซ้ำจำนวน 14 ราย

วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ 22 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม – สิงหาคม) พ.ศ. 2568

MAHASARAKHAM HOSPITAL JOURNAL Vol. 22 No. 2 (May – August) 2025

ในปี 2567 ได้นำแนวคิดการระดมพลังทางสังคม (Social Mobilization) มาใช้ร่วมกับการให้ความรู้แก่ประชาชนและการสร้างการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อน พ.ร.บ. สุขภาพจิต พ.ศ. 2562<sup>(7)</sup> และประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564<sup>(8)</sup> เมื่อบูรณาการร่วมกับบริการ "3 หมอ" และนักจัดการรายกรณี สามารถครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยในทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนเข้าโรงพยาบาล ระยะรักษาในโรงพยาบาล และระยะจำหน่ายกลับสู่ชุมชน ผลการดำเนินงานแสดงให้เห็นว่าอัตราการติดตามดูแลหลังการรักษาเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 98.97 และจำนวนผู้ก่อเหตุรุนแรงชำน้อยลงจาก 46 รายในปี 2565 เหลือเพียง 2 รายในปี 2567 สะท้อนถึงประสิทธิผลของการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในทุกระดับ การระดมพลังทางสังคมถือเป็นกลไกสำคัญที่สามารถเพิ่มทุนทางสังคม (Social Capital) และความไว้วางใจในชุมชน อันนำไปสู่การขับเคลื่อนชุมชนในการร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อความรุนแรงอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของประครอง ประภีระนระ และคณะ (2566) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถลดความรุนแรงซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญ<sup>(9)</sup> นอกจากนี้ การจัดการบริการแบบ Case Management โดยนักจัดการรายกรณียังช่วยให้เกิดการวางแผนดูแลแบบเฉพาะบุคคล การติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ ซึ่งส่งผลดีต่อกลไกระบบบริการและคุณภาพชีวิตผู้ป่วย สอดคล้องกับงานวิจัยของ กนกศรี จาดเงิน และคณะ (2565)<sup>(10)</sup> ที่พัฒนารูปแบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยใช้กิจกรรมเตรียมชุมชน และการเสริมสร้างบทบาทหน้าที่ของเครือข่าย อสม. ขวากาญจน์ ชาลีรัตน์ และยอดชาย สุวรรณวงษ์ (2565)<sup>(11)</sup> ยังได้เน้นบทบาทของการเรียนรู้จากประสบการณ์และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด โดยแสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่ดีทั้งในระดับบุคคลและเครือข่าย รวมถึงงานของรัศมี ชุตินิมา (2565)<sup>(12)</sup> ที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยสร้างระบบเฝ้าระวัง การอบรมทักษะผู้ดูแล และสร้างนวัตกรรมจากพื้นที่ต้นแบบ สอดคล้องกับแนวทางของธงชัย เสรีรัตน์ (2566)<sup>(13)</sup> ที่เสนอการบูรณาการเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดในจังหวัดร้อยเอ็ด การระดมพลังทางสังคมเป็นกลไกสำคัญที่เพิ่มทุนทางสังคม (Social capital) และความไว้วางใจ (Trust) ของประชาชนในพื้นที่ ส่งผลให้ชุมชนมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ตามแนวคิดการทำงานร่วมกันแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยการสร้างความเข้าใจและการระดมทรัพยากรทั้งเงินและทรัพยากรอื่น ๆ ข้อมูลสอดคล้องกับการศึกษาของสมชาย ทองสุข และคณะ ที่ชี้ให้เห็นว่าการบูรณาการภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่สามารถลดอัตราการกลับมาใช้บริการฉุกเฉินของผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างมีนัยสำคัญ<sup>(14)</sup> อีกทั้งการใช้ระบบการจัดการรายกรณีเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้เกิดการดูแลติดตามอย่างใกล้ชิด ร่วมวางแผนการรักษาที่เหมาะสมกับแต่ละสถานการณ์ ส่งผลดีทั้งต่อตัวผู้ป่วยและระบบบริการสุขภาพ นอกจากนี้การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการติดตามประเมินผล ยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและความแม่นยำในการดูแล รวมทั้งเพิ่มความรวดเร็วในการประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของวิไลวรรณ ศรีสุขและคณะ<sup>(15)</sup> ที่พบว่าการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศช่วยลดอัตราการกลับมาใช้บริการซ้ำและเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว

### ข้อจำกัดของการศึกษา

1. ด้านบริบทพื้นที่ การศึกษานี้ดำเนินการเฉพาะในอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งเป็นพื้นที่กึ่งเมือง มีโรงพยาบาลศูนย์และบุคลากรสหวิชาชีพพร้อม จึงอาจไม่สามารถนำผลลัพธ์ไปใช้ในพื้นที่ชนบทหรือเขตเมืองใหญ่ที่มีความแตกต่างทั้งด้านทรัพยากรและโครงสร้างบริการได้โดยตรง
2. ด้านกลไกความร่วมมือภาคีเครือข่าย ความสำเร็จของรูปแบบขึ้นอยู่กับความร่วมมือของหน่วยงานในพื้นที่ ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละตำบล บางพื้นที่ยังมีความเกรงกลัวการเข้าไปดูแลผู้ป่วยหรือยังไม่มีเจ้าภาพหลักที่ชัดเจนในการประสานงาน ส่งผลให้รูปแบบอาจมีประสิทธิผลต่างกันในแต่ละบริบท

3. ด้านระยะเวลาในการติดตามผล การประเมินประสิทธิผลดำเนินการในช่วงระยะเวลา 1 ปี อาจยังไม่เพียงพอต่อการวัดความยั่งยืนของผลลัพธ์ เช่น การลดพฤติกรรมก่อความรุนแรงในระยะยาว หรือการกลับเข้าสู่การใช้ยาเสพติดซ้ำ

4. ข้อจำกัดด้านการประเมินผลที่อาศัยข้อมูลรายงาน ข้อมูลบางส่วนพึ่งพาการรายงานจากญาติ ผู้ดูแล หรือทีมในพื้นที่ ซึ่งอาจมีอคติหรือข้อจำกัดในการสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยโดยตรง

### สรุปผลการศึกษา

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ด้วยการระดมพลังทางสังคมร่วมกับการจัดการรายกรณี อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ส่งผลให้อัตราการคงอยู่ในระบบติดตามการรักษา (Retention rate) และอัตราการได้รับการช่วยเหลือเพิ่มขึ้นในทุกปี โดยรูปแบบที่ได้มีความครอบคลุมการดำเนินงาน ทั้ง Pre-hospital In-hospital และ Post – hospital ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง และประสานส่งต่อไปยังหน่วยงานที่ดูแลครอบคลุมทุกด้าน ส่งผลให้เป็นรูปแบบการแก้ไขปัญหาสังคมในมุม การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง มีความเหมาะสมกับบริบทสังคมกึ่งเมืองในลักษณะอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. กระทรวงสาธารณสุข ควรรับรองและขยายผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อความรุนแรงนี้สู่ระดับนโยบาย โดยบรรจุในแนวทางของกรมสุขภาพจิต และพัฒนาคู่มือการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ควรจัดให้มีหน่วยงานประสานงานหลักในระดับอำเภอและตำบล เช่น ศูนย์จัดการรายกรณีจิตเวช ร่วมกับพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) เพื่อรองรับการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
3. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต./เทศบาล) ควรสนับสนุนงบประมาณสำหรับกิจกรรมเฝ้าระวัง คัดกรอง เยี่ยมบ้านและบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยในชุมชน รวมถึงการสร้างอาชีพให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ
4. ตำรวจและฝ่ายปกครอง ควรร่วมมือกับหน่วยบริการสุขภาพในการระงับเหตุฉุกเฉิน และร่วมในทีมสหวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ โดยจัดทำ MOU ร่วมระหว่างหน่วยงาน เพื่อความต่อเนื่องของระบบบริการ
5. โรงพยาบาลมหาสารคาม ควรขยายบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในฐานะนักจัดการรายกรณีระดับอำเภอ และประสานการฝึกอบรมบุคลากรใน รพ.สต. ให้มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในระยะยาว

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ผู้วิจัยควรศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะต่างจากอำเภอเมือง เช่น พื้นที่ชนบทหรือเมืองใหญ่ เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบในบริบทที่หลากหลาย
2. ผู้วิจัยควรวิจัยเชิงเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ที่มีการนำรูปแบบไปใช้กับพื้นที่ที่ยังไม่มี เพื่อประเมินผลกระทบเชิงระบบ เช่น อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ อัตราการก่อเหตุรุนแรง และภาระงานของหน่วยบริการ

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). Drugs (psychoactive) [Internet]. [cited 2023 Jul 18]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/drugs-psychoactive>
2. กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 18 ก.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmh.go.th/ebook/files/รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต%20ปีงบประมาณ202564.pdf>
3. ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด จังหวัดมหาสารคาม. สรุปผลการดำเนินงานยาเสพติด. มหาสารคาม: เอกสารอัดสำเนา; 2565.
4. กลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด โรงพยาบาลมหาสารคาม. สรุปผลการดำเนินงานยาเสพติดอำเภอเมืองมหาสารคาม. มหาสารคาม: เอกสารอัดสำเนา; 2565.
5. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Geelong, Australia: Deakin University; 1988.
6. สำนักงานเลขาธิการ คณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด, กระทรวงสาธารณสุข. เกณฑ์ของผู้ป่วยที่ต้องแยกเป็น 4 กลุ่ม ตามเกณฑ์ OAS Score [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; ไม่ระบุปี. [เข้าถึงเมื่อ 4 ม.ค. 2567]. Available from: [https://ncmc.moph.go.th/home/index/detail/30565?utm\\_source](https://ncmc.moph.go.th/home/index/detail/30565?utm_source)
7. กลุ่มงานเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต. พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 [Internet]. คลังความรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต; [เข้าถึงเมื่อ 6 ม.ค. 2567]. Available from: <https://www.dmh-elibrary.org/items/show/705>
8. สำนักงานอัยการสูงสุด. พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 [Internet]. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 138 ตอนที่ 73; 8 พ.ย. 2564. [เข้าถึง 6 ม.ค 2567]. Available from: [https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2564/A/073/T\\_0001.PDF](https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2564/A/073/T_0001.PDF)
9. ประครอง ประภีระน และคณะ. แนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงในการก่อความรุนแรงโดยชุมชนมีส่วนร่วม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2566;8(3):912-25.
10. กนกศรี จาดเงิน และคณะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2565;7(4): 123-135.
11. ชฎากาญจน์ ชาลีรัตน์, ยอดชาย สุวรรณวงษ์. การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดด้วยพลังภาคีเครือข่าย. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา. 2565;2(1):49-68.
12. รัศมี ชุตินิมา. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2565;16(3):851-867.
13. ธงชัย เสรีรัตน์. การพัฒนารูปแบบการบูรณาการเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ใช้สารเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชในจังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี. 2567;32(3):127-140.

14. สมชาย ทองสุข และคณะ. การบูรณาการภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่เพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง. วารสารสุขภาพจิตชุมชน. 2566;10(2):45-56.
15. วิไลวรรณ ศรีสุข และคณะ. การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการติดตามและประเมินผล การดูแลผู้ป่วยจิตเวช. วารสารเทคโนโลยีสาธารณสุข. 2567;12(1):23-34.

**ผลลัพธ์การให้บริการเภสัชกรรมผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพรินขณะนอนโรงพยาบาลมหาสารคาม**  
**Outcomes of pharmaceutical care services for patients using warfarin during**  
**Mahasarakham hospital admission**

**เพชรรัตน์ดา ราชดา<sup>1\*</sup>, ลือรัตน์ อนูรัตน์พานิช<sup>2</sup>**  
**Petchradda Rachada<sup>1\*</sup>, Luerat Anuratpanich<sup>2</sup>**

<sup>1\*</sup>เภสัชกรชำนาญการ, งานเภสัชกรรมผู้ป่วยใน กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม 44000

<sup>2</sup>รองศาสตราจารย์, ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 10400

<sup>1\*</sup>Pharmacist, Professional level, Inpatient Pharmacy Department, Mahasarakham Hospital 44000

<sup>2</sup>Pharmacist, Associate Professor, Department of Pharmacy, Faculty of Pharmacy, Mahidol University 10400

Corresponding Author:\*E-mail: Petchradda123456@gmail.com

Received: 31 May 2025 Revised: 11 August 2025 Accepted: 15 August 2025

**บทคัดย่อ**

**วัตถุประสงค์ :** ศึกษาผลลัพธ์การบริการเภสัชกรรมในการแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา และปัจจัยที่มีแนวโน้มสัมพันธ์กับระดับ INR ของผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพรินขณะนอนรักษาในโรงพยาบาล

**รูปแบบและวิธีวิจัย :** การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง ให้การบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพรินทุกรายร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ตั้งแต่ 1 กันยายน 2567 ถึง 31 มีนาคม 2568 ค้นหาปัญหาจากการใช้ยาและประเมินความรู้เรื่องยาแอสไพรินโดยการสัมภาษณ์ ประเมินค่างานเภสัชกรรมในการแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา (SumRwDTP) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 26

**ผลการศึกษา :** ผู้ป่วย 527 ราย พบปัญหาจากการใช้ยา 221 ครั้ง เภสัชกรแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาได้ 180 ครั้ง (ร้อยละ 81.45) พบมากคือ การปรับขนาดยาสูง แก้ไขได้ 62 ครั้ง (ร้อยละ 87.32), การเกิดอันตรกิริยากับยา อาหาร สมุนไพร แก้ไขได้ 34 ครั้ง (ร้อยละ 53.12) และความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยแก้ไขได้ 46 ครั้ง (ร้อยละ 100) ในกลุ่ม INR เป้าหมาย 2.00-3.00 ค่า INR อยู่ในช่วงเป้าหมายเพิ่มขึ้นจากวันแรก ร้อยละ 29.09 เป็นร้อยละ 78.81 ในวันกลับบ้าน และ ในกลุ่ม INR เป้าหมาย 2.50-3.50 พบว่าจากร้อยละ 12.50 เพิ่มขึ้นเป็น 87.50 ปัจจัยที่มีแนวโน้มสัมพันธ์กับระดับ INR ได้แก่ การปรับขนาดยา ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา และผู้ป่วยแอสไพรินรายเก่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**สรุปผลการศึกษา :** การบริการเภสัชกรรมช่วยแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีแนวโน้มสัมพันธ์กับระดับ INR ร่วมกับมีระบบส่งต่อไปโรงพยาบาลเครือข่าย ช่วยให้ผู้ป่วยมีระดับ INR เข้าสู่ช่วงเป้าหมายมากขึ้น

**คำสำคัญ :** การบริการเภสัชกรรม, ปัญหาจากการใช้ยา, ยาแอสไพริน

---

## ABSTRACT

**Objective :** To evaluate the outcomes of pharmaceutical care services and the factors likely associated with INR levels in patients receiving warfarin during hospital admission.

**Methods :** This was a cross-sectional study following all patients receiving warfarin from September 1, 2024, to March 31, 2025 during their hospital admission at Mahasarakham Hospital. Pharmaceutical care services were provided by a clinical pharmacist collaborating with doctors and nurses. DRPs were assessed and knowledge of warfarin use was measured by using questionnaires. SumRwDTP was also evaluated. All data were analyzed by using SPSS software package version 26.

**Results :** A total of 527 patients were included, among whom 221 DRPs were identified. Pharmacists successfully resolved 81.45% (n=180) of these problems. The most common DRPs resolved were inappropriate dose adjustments (too high), with 62 cases resolved (87.32%); interactions with drugs, food, or herbs, with 34 cases resolved (53.12%); and patient non-compliance, with 46 cases resolved (100%). The percentage of patients with an INR in the target range increased from day one to the day of discharge: from 29.09% to 78.81% for the 2.00-3.00 target range, and from 12.50% to 87.50% for the 2.50-3.50 target range. factors likely associated with INR levels were medication adherence, drug adjustment, and old warfarin patients.

**Conclusion :** Pharmaceutical care helps resolve drug related problems, which are factors associated with INR levels, along with having a referral system to network hospitals, facilitate the achievement of reaching INR target of individual patients.

**Keywords :** Pharmaceutical care, Drug Related Problems (DRPs), Warfarin

## บทนำ

ยาวาร์ฟารินเป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูง แต่เป็นยาที่มีความเสี่ยงสูงเนื่องจากมีช่วงการรักษาแคบ มีเภสัชจลนศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ที่ซับซ้อน จึงเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาและสมุนไพรได้มาก รวมถึงการเลือกใช้และปรับขนาดยาให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละรายต้องพิจารณาปัจจัยหลายอย่าง ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินจึงควรได้รับการดูแลที่เหมาะสม เพื่อให้การใช้ยามีประสิทธิภาพและปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อน มีการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินโดยทีมสหวิชาชีพ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ยาและลดภาวะแทรกซ้อนได้ ในกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยเภสัชกรมีระดับ INR อยู่ในช่วงเป้าหมายได้มากกว่า การเกิดภาวะเลือดออกและภาวะอุดตันน้อยกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ดูแลปกติ<sup>(1)</sup> ผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟารินจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง เป้าหมายที่สำคัญในการรักษาด้วยยาวาร์ฟารินคือการควบคุมระดับ INR ให้อยู่ในช่วงการรักษาการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อที่สถานพยาบาลอื่นต่อ อาจเกิดปัญหาความไม่ต่อเนื่องในการรักษาดังนั้นเพื่อให้กระบวนการดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่อง จำเป็นต้องมีการส่งต่อข้อมูลไปยังทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยต่อ โดยการสร้างเครือข่ายโรงพยาบาล เพื่อให้สามารถติดตามผลลัพธ์ของการรักษา อาการไม่พึงประสงค์ และสามารถนำปัญหาจากการใช้ยาที่พบมาแก้ไขเชิงระบบได้

มีการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับ INR ของผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟาริน พบว่าความร่วมมือในการรับประทานยา มีความสัมพันธ์กับค่า INR อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>(2-3)</sup> ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะระดับยาวาร์ฟารินเกินขนาด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ โรคร่วมอื่น ๆ เช่น โรคตับ ไตวายเรื้อรัง ภาวะไทรอยด์เป็นพิษ ภาวะโลหิตจาง ภาวะเลือดออกในอดีต ปัญหาการบำบัดทางยา การเกิดอันตรกิริยาของยา การใช้สมุนไพร และความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย<sup>(4-6)</sup>

โรงพยาบาลมหาสารคามดำเนินงานบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยในที่ใช้ยาวาร์ฟาริน โดยมีเภสัชกรติดตามผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับยาวาร์ฟารินขณะนอนรักษา ปัญหาการใช้ยาวาร์ฟารินที่พบบ่อยที่เป็นสาเหตุให้นอนโรงพยาบาล คือ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา การเกิดอันตรกิริยากับยา สมุนไพร และอาหารเสริม การปรับขนาดยาสูงค่า INR สูงไม่ลดขนาดยาหรือหยุดยา การลดขนาดยาผิดวัน และการขาดความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาวาร์ฟารินของผู้ป่วย ยังพบปัญหาตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลลัพธ์การบริหารเภสัชกรรมในการแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา และปัจจัยที่มีแนวโน้มสัมพันธ์กับระดับ INR ของผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลมหาสารคาม และพัฒนาระบบเครือข่ายการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดมหาสารคาม เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้ยาและเกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษา

## วัตถุประสงค์การวิจัย

ศึกษาผลลัพธ์การบริหารเภสัชกรรมในการแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา และปัจจัยที่มีแนวโน้มสัมพันธ์กับระดับ INR ของผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลมหาสารคาม

## นิยามศัพท์เฉพาะ

การให้บริหารเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟารินขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลหมายถึง การที่เภสัชกรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินในระหว่างที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยเภสัชกรให้การบริหารเภสัชกรรม ได้แก่ ค้นหา เฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา (Drug Related Problems

(DRPs)) ที่เกิดขึ้นหรืออาจจะเกิดขึ้นได้ในอนาคต ให้คำปรึกษาประสานงานกับทีมแพทย์และพยาบาล และส่งต่อข้อมูลด้านยาที่จำเป็นแก่ทีมสหวิชาชีพสำหรับช่วยทีมในการตัดสินใจวางแผนการรักษาและให้การรักษาผู้ป่วย การให้คำปรึกษาและให้ความรู้กับผู้ป่วย การติดตามและประเมินผลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสม ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพการวัดผลการบริหารเภสัชกรรมในการแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา ได้แก่ ปัญหาจากการใช้ยา, ความรู้เรื่องการใช้อย่างถูกต้อง, SumRwDTP และระดับ INR ในช่วงการรักษา

### รูปแบบและวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Cross sectional analytical research) แบบเก็บข้อมูลไปข้างหน้า งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์โรงพยาบาลมหาสารคาม รหัสโครงการเลขที่ MSKH\_REC 67-01-060

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพรินที่เข้ารับการรักษาก่อนเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาสารคาม

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพรินที่มีอายุมากกว่า 18 ปี ที่เข้ารับการรักษาก่อนเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาสารคาม ระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2567 ถึง 31 มีนาคม 2568 มีเภสัชกรติดตามการใช้ยาผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการรักษาก่อนในโรงพยาบาล ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายกลับบ้าน และ/หรือส่งไปนอนรักษาต่อยังโรงพยาบาลเครือข่าย

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพรินทุกรายที่เข้ารับการรักษาก่อนในโรงพยาบาลมหาสารคาม หรือส่งไปนอนรักษาต่อโรงพยาบาลเครือข่าย

2. ผู้ป่วยและ/หรือญาติ สามารถสื่อสารได้ ได้ยินชัดเจน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ขอยกจากการศึกษา ระหว่างเข้าร่วมวิจัย

2. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามผล INR ได้

3. ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการศึกษาก่อน

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ใช้แบบติดตามผู้ป่วยแอสไพริน (Warfarin patient profile) และสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยตรง เก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ข้อบ่งชี้การใช้ยาแอสไพริน โรคร่วม ข้อมูลการใช้ยาแอสไพริน ข้อมูล INR แรกเริ่ม ปัญหาจากการใช้ยา ข้อมูลการแทรกแซงทางเภสัชกรรม (Pharmacy Intervention) ใช้แนวทางการปรับขนาดยาแอสไพรินที่ได้จากการประชุมทีมสหวิชาชีพประกอบด้วยแพทย์อายุรกรรมโรคหัวใจ เภสัชกรที่ผ่านการอบรมเรื่องการใช้อย่างถูกต้อง และทีมพยาบาลประจำหอผู้ป่วยอภิบาลโรคหัวใจโดยอ้างอิงแนวทางการปรับขนาดยาจากแนวทางการรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ 2553<sup>(7)</sup> ใช้แผ่นพับแนะนำเรื่องยา สมุนไพร อาหารที่มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยาแอสไพรินพัฒนาขึ้นใช้ในการปฏิบัติงานบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพรินอ้างอิงจากฐานข้อมูลอันตรกิริยาระหว่างสมุนไพรกับยาแผนปัจจุบัน สำนักงานข้อมูลสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล<sup>(8)</sup> ใช้แบบส่งต่อติดตามค่า INR ที่โรงพยาบาลชุมชนในกรณีส่งต่อผู้ป่วยรายใหม่ และผู้ป่วยที่มียาที่เกิดอันตรกิริยาระหว่างยา

2. ประเมินความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาว่าฟาริน โดยดัดแปลงจากคำถามที่ใช้ในการประเมินความรู้เรื่องว่าฟารินของสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาลประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ได้แก่ 1) ยาว่าฟารินคืออะไร 2) รับประทานยาอย่างไร 3) ทำไมถึงจำเป็นต้องเจาะเลือด 4) ยานี้มีอาการข้างเคียงอย่างไร 5) อาการลิ้มเลือดดูดดื่มมีอาการอย่างไร 6) หากลิ้มรับประทานยาจะอย่างไร 7) หากไปพบแพทย์หรือทันตแพทย์ด้วยปัญหาอื่นต้องแจ้งอะไรบ้าง 8) หากมีบาดแผลหรือเกิดอุบัติเหตุควรทำอย่างไร 9) ในกรณีที่จะซื้อยารับประทานเองหรือต้องการใช้สมุนไพรหรืออาหารเสริมจะต้องทำอย่างไร 10) ขณะรับประทานยานี้มีข้อห้ามอะไรบ้าง เช่น การรับประทานนม ผักใบเขียว ให้เลือกตอบว่าใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบได้ 0 คะแนน เมื่อประเมินความรู้ของผู้ป่วยแล้วจะนำคะแนนมาแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (มันติวีร์ นิมวรพันธ์, สาวิตรี เหล่าไพบูลย์กุล และคณะ)<sup>(9-10)</sup>

คะแนน 0 – 4 หมายถึง ระดับความรู้น้อย

คะแนน 5 – 7 หมายถึง ระดับความรู้ปานกลาง

คะแนน 8 – 10 หมายถึง ระดับความรู้มาก

การตรวจสอบความตรง (Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความรู้ยาว่าฟารินที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญ 2 ท่าน คือ เภสัชกรประจำคลินิกว่าฟาริน 2 ท่าน นำไปปรับปรุงคำถามจนเป็นที่ยอมรับว่ามีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาจึงนำไปใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยดำเนินการทดสอบนำแบบประเมินความรู้ยาว่าฟารินกับกลุ่มตัวอย่าง (Try Out) จำนวน 30 คน ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จากนั้นวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปได้ผลวิเคราะห์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74

3. ติดตามการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยว่าฟารินกับโรงพยาบาลเครือข่าย ได้แก่ ค่า INR ปัญหาจากการใช้ยาต่อที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาสารคาม หรือโรงพยาบาลชุมชนต้นสังกัด รายละเอียดดังนี้ 1) ผู้ป่วยรายใหม่ที่อยู่ในช่วงปรับยา 2) ผู้ป่วยที่มีการใช้คุยาที่เกิดอันตรกิริยาระหว่างยา 3) ผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะว่าฟารินเกินขนาด (Warfarin Overactivity) ที่เกิดจากปัญหาการใช้ยา โดยเภสัชกรระบุวันนัดให้มาเจาะเลือดเพื่อติดตามค่า INR ส่งพบเภสัชกร และปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาปรับขนาดยา

4. ประเมินค่างานทางเภสัชกรรมด้านการจัดการปัญหาเภสัชบำบัดและประเมินคะแนนคุณภาพการจัดการผลรวมค่าน้ำหนักสัมพัทธ์การจัดการปัญหาเภสัชบำบัด (Sum Relative Weight for Drug Therapy Problem; SumRwDTP) อ้างอิงจาก อัญชกรณ์ คำสาร และคณะ<sup>(11)</sup> หมายถึงการประเมินค่างานทางเภสัชกรรมด้านเภสัชบำบัดโดยเป็นการบันทึกการวินิจฉัยประเภทปัญหาเภสัชบำบัด ระดับความรุนแรง วิธีการจัดการปัญหาของเภสัชกร และผลลัพธ์ในการจัดการ

SumRwDTP = ผลรวมของคะแนนระดับความรุนแรงของปัญหา (Harm Severity Score: 1-5) X คะแนนผลลัพธ์การจัดการ (DTP Outcomes Status Score: 1-5) X คะแนนคุณภาพการบันทึกทางเภสัชกรรม (Pharmacy Documentation Quality Score: 1-3)

คะแนนคุณภาพการจัดการปัญหาเภสัชบำบัด (CmiDTP) =  $\text{SumRwDTP}/N$  ( $N$  = จำนวนปัญหาเภสัชบำบัดที่ได้รับการจัดการแก้ไขป้องกัน) อ้างอิงจากอัญชกรณ์ คำสาร และคณะ<sup>(11)</sup>เกณฑ์การให้คะแนนระดับคุณภาพการจัดการปัญหาด้านยา (Drug Therapist Level)

ระดับ 1: คะแนน < 15 หมายถึง ระดับพื้นฐานหรือปฏิบัติการ (Basic Level/ Practitioner Level)

ระดับ 2: คะแนน 16-30 หมายถึง ระดับชำนาญการ (Experience Level/ Professional Level)

ระดับ 3: คะแนน 31-45 หมายถึง ระดับก้าวหน้าหรือเชิงลึก (Advance Level/ Senior Professional Level)

ระดับ 4: คะแนน 46-60 หมายถึง ระดับเชี่ยวชาญ (Expert Level)

ระดับ 5: คะแนน 61-75 หมายถึง ระดับเชี่ยวชาญพิเศษหรือทรงคุณวุฒิ (Advisory Level)

### สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การศึกษาใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ปัญหาจากการใช้ยา-warfarin คะแนนความรู้เรื่องยา-warfarin ค่า INR ในรูปแบบความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การหาปัจจัยที่มีแนวโน้มสัมพันธ์กับระดับ INR ใช้ Chi-square test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ประมวลผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS for WINDOWS ver. 26 ตัวแปรตามคือ ค่าระดับ INR ตัวแปรต้น คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ได้รับยา โรคร่วม ปัญหาจากการใช้ยา เช่น การเกิดอันตรกิริยากับยา-warfarin และความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

### ผลการวิจัย

การศึกษาปัญหาจากการใช้ยาและปัจจัยที่มีแนวโน้มสัมพันธ์กับระดับ INR ของผู้ป่วยที่ได้รับยา-warfarin ได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ แบ่งออกเป็น 4 ส่วนดังนี้

#### 1. ข้อมูลทั่วไป

การศึกษานี้มีผู้ป่วยจำนวน 527 คน มีสัดส่วนของเพศหญิงและเพศชายใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 46.67 และ ร้อยละ 53.32) อายุเฉลี่ย  $66.60 \pm 13.45$  ปี ช่วงอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไปมากที่สุด คือ ร้อยละ 41.94

ข้อบ่งใช้ในการใช้-warfarin ส่วนใหญ่ คือ Atrial Fibrillation (ร้อยละ 59.77) รองลงมาคือ Embolic stroke (ร้อยละ 15.55) ผู้ป่วยร้อยละ 96.96 ใช้-warfarin โดยมี INR เป้าหมายที่ 2.00-3.00 ดังตารางที่ 1

สาเหตุของการเข้ารับการรักษาคือภาวะ-warfarin เกินขนาด 131 ครั้ง (ร้อยละ 24.85) พบภาวะเลือดออกแบบรุนแรง 6 ครั้ง ได้แก่ Upper Gastrointestinal Bleeding (UGIB) 5 ครั้ง และ Subdural hemorrhage 1 ครั้ง ภาวะเลือดออกไม่รุนแรง 22 ครั้ง ได้แก่ Ecchymosis, Hematoma, Bleed per gum, Epistaxis, Hematuria, Hemoptysis และพบภาวะลิ่มเลือดอุดตันซ้ำ (Recurrence embolic stroke) 17 ครั้ง เป็นผู้ป่วยรายใหม่เพิ่งเริ่มสั่งใช้-warfarin ขณะนอนโรงพยาบาล 157 ราย (ร้อยละ 29.78) ผู้ป่วยรายเก่าโรงพยาบาลมหาสารคาม 235 ราย (ร้อยละ 44.59) และเป็นผู้ป่วยรายเก่าโรงพยาบาลเครือข่าย 135 ราย (ร้อยละ 25.62)

**ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพริน (n=527)**

| ข้อมูลทั่วไป                            | จำนวน (ร้อยละ) |
|-----------------------------------------|----------------|
| <b>เพศ</b>                              |                |
| ชาย                                     | 281 (53.32)    |
| หญิง                                    | 246 (46.68)    |
| <b>อายุ</b>                             |                |
| น้อยกว่า 60 ปี                          | 124 (23.53)    |
| 60-70 ปี                                | 182 (34.53)    |
| มากกว่า 70 ปี                           | 221 (41.94)    |
| อายุ (ปี), Mean±SD                      | 66.60±13.45    |
| <b>ข้อบ่งใช้ในการใช้ยาแอสไพริน</b>      |                |
| Atrial Fibrillation                     | 315 (59.77)    |
| Embolitic stroke                        | 82 (15.55)     |
| Deep Vein Thrombosis                    | 39 (7.40)      |
| Pulmonary embolism                      | 19 (3.61)      |
| Left Ventricular thrombosis             | 21 (3.99)      |
| Mechanical valve replacement            | 16 (3.04)      |
| Double Valve Replacement                | 9 (1.71)       |
| อื่น ๆ เช่น protein s deficiency        | 26 (4.93)      |
| <b>โรคร่วม</b>                          |                |
| ไม่มี                                   | 23 (4.36)      |
| มี                                      | 504 (95.64)    |
| <b>โรคร่วม (Co-morbid disease)</b>      |                |
| Congestive Heart Failure                | 186 (35.29)    |
| Diabetes Mellitus                       | 112 (21.25)    |
| Chronic Kidney Disease                  | 61 (11.58)     |
| Hypertension                            | 40 (7.59)      |
| Thrombocytopenia                        | 5 (0.95)       |
| อื่น ๆ                                  | 123 (23.34)    |
| <b>กลุ่มผู้ป่วยแบ่งตาม INR เป้าหมาย</b> |                |
| 2.00-3.00                               | 511 (96.96)    |
| 2.50-3.50                               | 16 (3.04)      |

**2. ผลลัพธ์ด้านการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมในการแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพรินขณะนอนรักษาในโรงพยาบาล**

จากการศึกษาพบปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยทั้งหมด 221 ครั้ง โดยเภสัชกรสามารถแก้ไขปัญหาการใช้ยาได้ทั้งหมด 180 ครั้ง (ร้อยละ 81.45) ปัญหาการใช้ยาที่พบมากที่สุด ได้แก่ ปัญหาขนาดยาสูงเกินไป จำนวน 71 ครั้ง เภสัชกรแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาได้ 62 ครั้ง (ร้อยละ 87.32) ปัญหาอันตรกิริยาระหว่างยาแอสไพรินกับยาอื่น/สมุนไพร/อาหาร/แอลกอฮอล์/สภาวะโรค จำนวน 64 ครั้ง แก้ไขปัญหาจากการใช้ยาได้ 34 ครั้ง (ร้อยละ 53.12) และปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย จำนวน 46 ครั้ง แก้ไขปัญหาจากการใช้ยาได้ทั้งหมด 46 ครั้ง (ร้อยละ 100) ดังตารางที่ 2

ปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยที่พบในวันแรก จำนวน 83 ครั้ง เกสัชกรสามารถแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาได้ทั้งหมด 83 ครั้ง (ร้อยละ 100) ที่เป็นสาเหตุให้เข้านอนรักษาในโรงพยาบาล ปัญหาจากการใช้ยาที่พบบ่อยที่สุด คือ ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา 46 ครั้ง (ร้อยละ 55.43) ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิด Recurrent Embolic Stroke 17 ครั้ง จากการที่ผู้ป่วยไม่รับประทานยา รองลงมาคือ ปัญหาอันตรกิริยาระหว่างยารักษาโรคร่วมกับยาอื่น/ยาสมุนไพร/อาหาร/แอลกอฮอล์/สภาวะโรค 30 ครั้ง (ร้อยละ 36.15) ได้แก่ ยาชุดแก้ปวด ยาแก้ปวดกลุ่มกลุ่ม NSAIDs ยาแก้อาการแพ้ภูมิแพ้ ยาน้ำสมุนไพรยี่ห้อหนึ่ง มะม่วงสุก มะละกอสุก ส้ม งามดำ จึงเป็นต้น เกสัชกรให้คำแนะนำผู้ป่วยที่พบปัญหาจากการใช้ยาเหล่านี้ เมื่อติดตามต่อเนื่องไม่พบการกลับเข้ามานอนโรงพยาบาลด้วยปัญหาดังกล่าวอีก และพบปัญหาการได้รับขนาดยาสูงเกินไปจากโรงพยาบาลชุมชนและแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 6 ครั้ง (ร้อยละ 7.22) เกสัชกรค้นหาปัญหาจากการใช้ยา เสนอแนวทางให้แพทย์เพื่อพิจารณาปรับขนาดยา แพทย์ยอมรับการปรับขนาดยาร้อยละ 100 ดังตารางที่ 2

ปัญหาจากการใช้ยาขณะนอนรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด 72 ครั้ง เกสัชกรสามารถแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาได้ 48 ครั้ง (ร้อยละ 66.66) ซึ่งปัญหาจากการใช้ยาที่พบบ่อยที่สุด คือ ปัญหาขนาดยาสูงเกินไป ได้แก่ ผู้ป่วยรายใหม่เริ่มใช้ยาได้ 3 วันค่า INR สูงปรึกษาปรับลดยา แต่แพทย์ยืนยันให้ต่อเนื่องไม่ลดขนาดยาพบ 42 ครั้ง (ร้อยละ 58.34) แก้ไขปัญหาจากการใช้ยาได้จำนวน 33 ครั้ง (ร้อยละ 78.57) ปัญหาอันตรกิริยาระหว่างยารักษาโรคร่วมกับยาอื่น ๆ พบ 15 ครั้ง (ร้อยละ 20.83) เกสัชกรสามารถแก้ไขได้ 1 ครั้ง (ร้อยละ 6.66) และปัญหาการไม่สังเกตตรวจค่า INR 15 ครั้ง (ร้อยละ 20.83) เกสัชกรสามารถแก้ไขได้ 14 ครั้ง (ร้อยละ 93.33) การแก้ไขปัญหานาขนาดยาสูงเกินไป เกสัชกรปรึกษาขอหยุดยาชั่วคราว และลดขนาดยาลง ส่วนปัญหาอันตรกิริยาระหว่างยารักษาโรคร่วมกับยาอื่น ๆ เกสัชกรปรึกษาการใช้ยาคู่กัน หากแพทย์ยืนยันใช้คู่กัน ติดตามค่า INR ต่อตามแนวทางการติดตามคู่มือ DI ดังตารางที่ 2

ปัญหาจากการใช้ยารับกลับบ้านและส่งไปนอนรักษาต่อโรงพยาบาลชุมชน จำนวนรวม 66 ครั้ง ปัญหาจากการใช้ยาพบบ่อยที่สุด คือ ปัญหาขนาดยาสูงเกินไป พบจำนวน 23 ครั้ง (ร้อยละ 34.85) เกสัชกรสามารถแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาได้ 23 ครั้ง (ร้อยละ 100) ปัญหาอันตรกิริยาระหว่างยารักษาโรคร่วมกับยาอื่น 19 ครั้ง (ร้อยละ 28.78) เกสัชกรสามารถแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาได้จำนวน 3 ครั้ง (ร้อยละ 15.78) และการไม่ได้สั่งใช้ยาเดิม 16 ครั้ง (ร้อยละ 24.26) เกสัชกรสามารถแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาได้ 16 ครั้ง (ร้อยละ 100) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2 ปัญหาจากการใช้ยาและการแก้ไขปัญหโดยเภสัชกร (n=221)**

| ประเภทปัญหาจากการใช้ยา                | จำนวนครั้งของปัญหาจากการใช้ยาที่แก้ไขโดยเภสัชกร/จำนวนปัญหาจากการใช้ยาทั้งหมด (ร้อยละ) |                  |                  |                 |                    |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------|-----------------|--------------------|
|                                       | วันแรกรับ                                                                             | ขณะรักษา         | วันกลับบ้าน      | ส่งต่อ รพข.     | รวม                |
| <b>การปรับขนาดยา</b>                  |                                                                                       |                  |                  |                 |                    |
| ขนาดยาสูงเกินไป                       | 6/6 (100)                                                                             | 33/42<br>(78.57) | 21/21 (100)      | 2/2 (100)       | 62/71<br>(87.32)   |
| ขนาดยาดำเกินไป                        | 0/0                                                                                   | 0/0              | 3/3(100)         | 0/0             | 3/3 (100)          |
| <b>ความร่วมมือในการใช้ยา</b>          |                                                                                       |                  |                  |                 |                    |
| รับประทานยาผิด                        | 6/6                                                                                   | 0/0              | 0/0              | 0/0             | 6/6 (100)          |
| ไม่รับประทานยา                        | (100)40/40<br>(100)                                                                   | 0/0              | 0/0              | 0/0             | 40/40 (100)        |
| <b>อันตรกิริยาระหว่างยารวาร์ฟาริน</b> |                                                                                       |                  |                  |                 |                    |
| อันตรกิริยากับยาอื่น                  | 9/9 (100)                                                                             | 1/15(6.66)       | 0/4 (0)          | 3/15(20)        | 13/43<br>(30.23)   |
| อันตรกิริยากับอาหาร                   | 7/7 (100)                                                                             | 0/0              | 0/0              | 0/0             | 7/7(100)           |
| อันตรกิริยากับสภาวะโรค                | 7/7 (100)                                                                             | 0/0              | 0/0              | 0/0             | 7/7(100)           |
| อันตรกิริยากับสมุนไพร                 | 4/4 (100)                                                                             | 0/0              | 0/0              | 0/0             | 4/4 (100)          |
| อันตรกิริยากับแอลกอฮอล์               | 3/3 (100)                                                                             | 0/0              | 0/0              | 0/0             | 3/3 (100)          |
| ไม่ได้สั่งใช้ยาเดิม                   | 0/0                                                                                   | 0/0              | 16/16(100)       | 0/0             | 16/16<br>(100)     |
| <b>ปัญหาอื่นที่พบ</b>                 |                                                                                       |                  |                  |                 |                    |
| การไม่ส่งตรวจ INR                     | 1/1 (100)                                                                             | 14/15<br>(93.33) | 2/2<br>(100)     | 0/0             | 17/18<br>(94.44)   |
| ผู้ป่วยรายใหม่มีน้ำหนัก 1 เดือน       | 0/0                                                                                   | 0/0              | 2/3<br>(66.66)   | 0/0             | 2/3<br>(66.66)     |
| รวม                                   | 83/83<br>(100)                                                                        | 48/72<br>(66.66) | 44/49<br>(89.79) | 5/17<br>(29.41) | 180/221<br>(81.45) |

ผู้ป่วยที่มีสภาวะโรคที่เกิดอันตรกิริยากับยารวาร์ฟารินจำนวน 7 ครั้ง พบมากที่สุด ได้แก่ Congestive Heart Failure, Chronic Kidney Disease และ Cancer พบจำนวน 4, 2 และ 1 ครั้ง ตามลำดับ ผู้ป่วยได้รับยาที่เกิดอันตรกิริยากับยารวาร์ฟารินจำนวน 43 ครั้ง ได้แก่ Levofloxacin 7 ครั้ง Azithromycin 6 ครั้ง Rifampicin 4 ครั้ง Co-trimoxazole 4 ครั้ง Amiodarone 3 ครั้ง 5-Fluorouracil 3 ครั้ง Ciprofloxacin 3 ครั้ง Ibuprofen 2 ครั้ง Phenytoin 2 ครั้ง Paracetamol 3 ครั้ง Clarithromycin 1 ครั้ง Mefenamic 1 ครั้ง และยาชุดแก้ปวด 4 ครั้ง เภสัชกรปรึกษาการใช้ยากู้กัน แพทย์ยืนยันใช้คู่กันและบางคู่หยุดใช้ยา และติดตามค่า INR ต่อ

พบปัญหาอันตรกิริยาระหว่างยารวาร์ฟารินกับสมุนไพร 4 ครั้ง โดยผู้ป่วยให้ประวัติทานขิงสกัด งาดำ ยาแก้ไอมะขามป้อม และยาน้ำสมุนไพรยี่ห้อหนึ่งที่มีส่วนผสมของสมุนไพร เช่น โสม กระชายดำ เห็ดหลินจือ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีค่า INR ที่สูงกว่าเป้าหมายการรักษา พบปัญหาอันตรกิริยาระหว่างยารวาร์ฟารินกับอาหารจำนวน 7 ครั้ง ได้แก่ มะม่วงสุก มะละกอสุก ส้ม และพบปัญหาอันตรกิริยาระหว่างยารวาร์ฟารินกับแอลกอฮอล์

จำนวน 3 ครั้ง โดยผู้ป่วยให้ประวัติดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมาก ๆ ครั้งเดียว ในช่วง 1-2 วันก่อนมานอนโรงพยาบาล

ส่วนปัญหาอันตรกิริยาระหว่างยารักษาโรคกับยาอื่นเภสัชกรปรึกษาเพื่อพิจารณาสั่งจ่ายยาด้วยกันมีคยาที่จำเป็นต้องใช้คู่กันต่อ มีระบบติดตามค่า INR และส่งต่อข้อมูลคยาที่ใช้ร่วมกัน กำหนดวันติดตามค่า INR ใช้แบบฟอร์มติดตามค่า INR นัดติดตามผลที่โรงพยาบาลมหาสารคามและโรงพยาบาลชุมชนใกล้เคียง ติดตามต่อจนครบการรักษาค่า INR อยู่ในช่วงเป้าหมายร้อยละ 65.62 ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ผลลัพธ์การจัดการปัญหาจากการใช้ยา ด้วยการแทรกแซงทางเภสัชกรรม (Pharmacy Intervention) (n=221)

| การจัดการปัญหาจากการใช้ยา    | จำนวนครั้ง (ร้อยละ) | Pharmacy Intervention, ครั้ง (ร้อยละ) |            | ค่า INR อยู่ในช่วงเป้าหมาย, ครั้ง (ร้อยละ) |            |
|------------------------------|---------------------|---------------------------------------|------------|--------------------------------------------|------------|
|                              |                     | ยอมรับ                                | ไม่ยอมรับ  | ในช่วง                                     | นอกช่วง    |
| ขนาดยาสูงเกินไป              | 71 (100)            | 62 (87.32)                            | 9 (12.68)  | 59 (83.09)                                 | 12 (16.90) |
| ขนาดยาดำเกินไป               | 3 (100)             | 3 (100)                               | 0 (0)      | 1 (33.33)                                  | 2 (66.67)  |
| ความร่วมมือในการใช้ยา        | 46 (100)            | 46 (100)                              | 0 (0)      | 46 (100)                                   | 0(0)       |
| อันตรกิริยาระหว่างยารักษาโรค | 64 (100)            | 34 (53.12)                            | 30(46.88)  | 42 (65.62)                                 | 22 (34.38) |
| ไม่ได้รับยาที่สมควรได้รับ    | 16 (100)            | 16 (100)                              | 0 (0)      | 16 (100)                                   | 0 (0)      |
| การไม่สังเกต INR             | 18 (100)            | 17 (94.44)                            | 1 (5.56)   | 17 (94.44)                                 | 1 (5.56)   |
| ผู้ป่วยรายใหม่กลับบ้าน       | 3 (100)             | 2 (66.67)                             | 1 (33.33)  | 2 (66.67)                                  | 1 (33.33)  |
| นัดนาน 1 เดือน               |                     |                                       |            |                                            |            |
| รวม                          | 221 (100)           | 180 (81.45)                           | 41 (18.55) | 183 (82.80)                                | 38 (17.20) |

### 3. ผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพการรักษา

ในวันแรกผู้ป่วยมีค่า INR อยู่ในช่วงเป้าหมาย 2.00-3.00 ร้อยละ 29.09 และ ค่า INR อยู่ในช่วงเป้าหมาย 2.50-3.50 ร้อยละ 12.50 ในระหว่างนอนโรงพยาบาล เภสัชกรได้ค้นหาปัญหา ให้ข้อมูลแพทย์เพื่อพิจารณาปรับขนาดยารักษาโรค แก้ไขจัดการปัญหาจากการใช้ยา จนถึงจำหน่ายจากโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยมีค่า INR อยู่ในช่วงเป้าหมายเพิ่มขึ้น ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ค่า INR ของผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงเป้าหมายในวันแรกและวันกลับบ้าน

| ค่า INR เป้าหมาย | ค่า INR ที่อยู่ในช่วงเป้าหมาย (ร้อยละ) |             |
|------------------|----------------------------------------|-------------|
|                  | วันแรกรับ                              | วันกลับบ้าน |
| 2.00-3.00        | 29.09                                  | 78.81       |
| 2.50-3.50        | 12.50                                  | 87.50       |

### 4. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีแนวโน้มสัมพันธ์กับระดับ INR

ผลการศึกษาพบว่า ความร่วมมือในการใช้ยามีแนวโน้มสัมพันธ์กับระดับ INR อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยาจะมีระดับ INR อยู่ในช่วงเป้าหมาย ร้อยละ 69.35 ในขณะที่ผู้ป่วย

ที่ไม่มีความร่วมมือในการใช้ยาจะมีระดับ INR อยู่ในช่วงเป้าหมายร้อยละ 30.80 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ผู้ป่วยที่รับประทานยาถูกต้องมีแนวโน้มสัมพันธ์กับระดับ INR ในช่วงเป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.01$ ) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยผู้ป่วยวาร์ฟารินรายเก่า และการปรึกษาปรับขนาดยาที่มีผลต่อระดับ INR ในช่วงเป้าหมาย ดังแสดงในตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** ปัจจัยที่มีแนวโน้มสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ กับค่า INR

| ตัวแปร                    | INR            |                 | $\chi^2$ | P    |
|---------------------------|----------------|-----------------|----------|------|
|                           | อยู่ในเป้าหมาย | อยู่นอกเป้าหมาย |          |      |
| เพศ                       |                |                 |          |      |
| หญิง                      | 169 (68.69)    | 77 (31.31)      | 0.08     | 0.77 |
| ชาย                       | 196 (69.75)    | 85 (30.25)      |          |      |
| อายุ                      |                |                 |          |      |
| <60 ปี                    | 90 (72.58)     | 34 (27.42)      | 2.23     | 0.59 |
| 60-70 ปี                  | 128 (70.33)    | 54 (29.67)      |          |      |
| >70 ปี                    | 147 (66.52)    | 74 (33.48)      |          |      |
| ชนิดของผู้ป่วย            |                |                 |          |      |
| New case                  | 56 (35.67)     | 101 (64.33)     | 11.49    | 0.01 |
| Old case                  | 305 (82.44)    | 65 (17.56)      |          |      |
| ภาวะโรคร่วม               |                |                 |          |      |
| ไม่มี                     | 362 (69.35)    | 160 (30.65)     | 0.09     | 1.00 |
| มี                        | 3 (60.00)      | 2 (40.00)       |          |      |
| ความร่วมมือในการใช้ยา     |                |                 |          |      |
| ไม่มี                     | 105 (30.80)    | 236 (69.20)     | 1.50     | 0.01 |
| มี                        | 129 (69.35)    | 57 (30.65)      |          |      |
| อันตรกิริยากับวาร์ฟาริน   |                |                 |          |      |
| ไม่มี                     | 343 (69.44)    | 151 (30.56)     | 1.69     | 0.24 |
| มี                        | 22 (66.67)     | 11 (33.33)      |          |      |
| ปรึกษาปรับขนาดยาวาร์ฟาริน |                |                 |          |      |
| ไม่มี                     | 282 (61.84)    | 174 (38.16)     | 10.43    | 0.01 |
| มี                        | 59 (83.09)     | 12 (16.91)      |          |      |

### ผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาวาร์ฟาริน

ผู้ป่วยทั้งหมด 527 รายเป็นผู้ป่วยรายเก่า 370 ราย และผู้ป่วยรายใหม่ 157 ราย ในกรณีผู้ป่วยรายใหม่เภสัชกรให้คำแนะนำเรื่องยา ให้แผ่นพับแนะนำยาวาร์ฟาริน แล้วประเมินหลังจากให้คำแนะนำ พบว่าผู้ป่วยทั้งหมดมีคะแนนความรู้เฉลี่ย เท่ากับ  $6 \pm 1.76$  โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้ในการใช้ยาวาร์ฟาริน อยู่ในระดับมาก 213 ราย (ร้อยละ 40.50) ระดับปานกลาง 190 ราย (ร้อยละ 36.20) และระดับน้อย 124 ราย (ร้อยละ 23.30) ประเด็นความรู้ที่กลุ่มผู้ป่วยยังไม่ทราบ คือ สมุนไพร อาหารที่มีผลต่อวาร์ฟาริน เช่น มะม่วง

สุก มะละกอสุก น้ำสมุนไพร และการชื้อยาแก้ปวดรับประทานเอง ผู้ป่วยไม่ทราบและตอบผิดร้อยละ 60.50 รองลงมา คือ อาการลิ้มเลือดอุดตันมีอาการอย่างไร ผู้ป่วยไม่ทราบและตอบผิดร้อยละ 58.25 เกสักรได้แนะนำและให้แผ่นพับการใช้ยารวาร์ฟารินที่มีคู่มือ อาหาร สมุนไพรที่ใช้ในชีวิตประจำวันให้ผู้ป่วยทราบ หลังจากเกสักรให้คำแนะนำและติดตามผล ไม่พบการเกิดปัญหาจากการใช้ยาจากการเกิดอันตรกิริยากับอาหารหรือสมุนไพรอีก

### การส่งต่อโรงพยาบาลเครือข่าย

กรณีส่งไปนอนรักษาต่อโรงพยาบาลชุมชนจะมีระบบส่งต่อข้อมูลผ่านกลุ่ม “COP warfarin สารคาม” เป็นชุมชนเกสักรที่ดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยารวาร์ฟารินในจังหวัดมหาสารคามของแต่ละโรงพยาบาล เมื่อพบปัญหาจากการใช้ยา หรือผู้ป่วยถูกส่งกลับไปนอนรักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชน เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับยาที่เกิดอันตรกิริยากับยารวาร์ฟาริน ผู้ป่วยรายใหม่นัดไปเจาะ INR อีก 3 วันที่โรงพยาบาลชุมชน ผู้ป่วยที่หยุดยาชั่วคราว หรือผู้ป่วยที่ได้ปรับขนาดยารวาร์ฟาริน จะมีการกำกับติดตามผล INR ต่อ ซึ่งเป็นตัวอย่างการดูแลผู้ป่วยแบบสร้างเครือข่ายในระดับจังหวัดมีการส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลเครือข่าย รายละเอียดดังนี้

1. ติดตามคู่มือที่เกิดอันตรกิริยา 15 ราย ได้แก่ Amiodarone 2 ราย Co-trimoxazole 1 ราย Ciprofloxacin 2 ราย Azithromycin 3 ราย Rifampicin 2 ราย Clarithromycin 2 ราย และ Levofloxacin 3 ราย ผลคือ INR อยู่ในช่วงเป้าหมาย 2.00-3.00 จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 53.34)  $INR < 1.9$  จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 33.34)  $INR$  มากกว่า 3 จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 6.66) และไม่สามารถติดตามได้เนื่องจากผู้ป่วยไม่สะดวกมา 1 ราย (ร้อยละ 6.66)
2. ผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 109 ราย นัดไปเจาะ INR ที่โรงพยาบาลชุมชน หรือนอนรักษาต่อโรงพยาบาลชุมชน เกสักรส่งต่อข้อมูลวันเริ่มใช้ยา ขนาดยาที่ได้ วันที่นัดเจาะ INR เพื่อให้โรงพยาบาลชุมชนติดตามต่อ พบว่าเมื่อติดตาม INR วันที่ 3 จากเริ่มใช้ยา แล้วค่า INR สูงได้แนะนำให้ปรับลดขนาดยา
3. ผู้ป่วยรายเก่าจำนวน 50 ราย เป็นการติดตามหลังหยุดยาชั่วคราว ปรับลดหรือเพิ่มขนาดยารวาร์ฟาริน ส่งต่อข้อมูลวันเริ่มใช้ยา ขนาดยาที่ได้ วันที่นัดติดตาม INR เพื่อให้โรงพยาบาลชุมชนติดตามต่อ พบว่าช่วยให้ปรับขนาดยาได้เหมาะสมขึ้น

จากการศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดแนวทางดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยารวาร์ฟารินที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วย ซึ่งได้จากการกำหนดนโยบายด้านยาเรื่องแนวทางการส่งและจ่ายยารวาร์ฟารินต้องมีผล INR ในวันแรกทุกครั้ง และจากการประชุมทีมสหวิชาชีพในการทบทวนกรณีศึกษา 2 เรื่อง คือ เรื่องแนวทางการจ่ายยาและติดตามคู่มือที่เกิดอันตรกิริยาระหว่างยารวาร์ฟาริน และเรื่องแนวทางการจ่ายยาและติดตามการใช้ยารวาร์ฟารินในผู้ป่วยมีภาวะ Thrombocytopenia ทบทวนในระหว่างทำการศึกษาสามารถนำไปปรับใช้กับโรงพยาบาลอื่นได้

แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับหรือเคยได้รับวาร์ฟารินที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วย

1. กรณีที่ผู้ป่วยเคยได้รับวาร์ฟาริน แล้วเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วย
  - 1.1 ให้ส่งตรวจ PT/INR เมื่อแรกรับทุกราย
  - 1.2 เมื่อมีการสั่งใช้วาร์ฟาริน เมื่อแรกรับให้รอผล PT/INR แล้วยืนยันการให้ยากับแพทย์ผู้รักษาก่อนให้ยา
  - 1.3 เมื่อมีการบริหารยานหอผู้ป่วย ให้ลงข้อมูล PT/INR ในบันทึกการบริหารยาก่อนบริหารยาทุกราย
2. กรณีผู้ป่วยได้รับยาที่เกิดอันตรกิริยาระหว่างวาร์ฟารินกับยาอื่น
  - 2.1 ให้โทรปรึกษาแพทย์เพื่อยืนยันคำสั่งใช้ยา หากยืนยันใช้คู่กันให้พิมพ์ใบติดตาม Drug Interaction ขึ้นไปแนบในแฟ้มผู้ป่วย และติดตามผล INR ตามแนวทางของคู่มือที่ใช้ร่วมกันขณะนอนรักษา
  - 2.2 หากสั่งใช้ยาร่วมกันวันจำหน่ายกลับบ้านให้โทรปรึกษาแพทย์เพื่อยืนยันคำสั่งใช้ยาหากยืนยันใช้คู่กันให้พิมพ์ใบติดตาม Drug Interaction และนัดติดตามผล INR ที่แผนกผู้ป่วยนอกหรือโรงพยาบาลชุมชน
  - 2.3 รายการยาต่อไปนี้ให้ติดตาม INR อย่างใกล้ชิดเมื่อจำเป็นต้องใช้ร่วมกัน ได้แก่ ยากลุ่ม Quinolone Macrolide Antifungal และ NSAIDs
3. กรณีผู้ป่วยได้รับวาร์ฟารินและมีภาวะเกร็ดเลือดต่ำ (Thrombocytopenia) น้อยกว่า  $50,000 \text{ cell/mm}^3$ 
  - 3.1 ให้เภสัชกรโทรปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาปรับขนาดยาวาร์ฟาริน
  - 3.2 แจ้งเตือน Drug-lab alert ในรายการยาดังต่อไปนี้ Warfarin Aspirin Clopidogrel Cilostazol NOACs และติดตามผลการรักษา
4. กรณีส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลเครือข่าย ให้ส่งต่อข้อมูลรายการยา สิ่งที่ต้องติดตาม ค่า INR การปรับขนาดยา ระบุวันนัดติดตาม ผล INR และแนวทางแก้ไขเมื่อค่า INR สูงเกินเป้าหมาย

### รูปที่ 1 แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับหรือเคยได้รับวาร์ฟารินที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วย

**ผลรวมค่าน้ำหนักสัมพัทธ์การจัดการปัญหาเภสัชบำบัด (SumRwDTP)**ตัวอย่างการคำนวณ ดังนี้

$\text{SumRwDTP} = \text{Harm Severity Score} \times \text{DTP Outcomes Status Score} \times \text{Pharmacy Documentation}$

ตัวอย่างการคำนวณ เช่น ผู้ป่วยรายใหม่ขณะนอนโรงพยาบาลปรับขนาดยาวาร์ฟารินได้ 33 mg/wk INR 2.00-3.00 วันกลับบ้านแพทย์นับขนาดยาวาร์ฟารินที่ได้ในช่วงการปรับขนาดยาเกินสั่งใช้ 51 mg/wk ได้ปรึกษาแพทย์และแพทย์ปรับขนาดยาตามเภสัชกรแนะนำ นัดติดตามอีก 1 สัปดาห์ผลพบว่าค่า INR เท่ากับ 2.60 ดังนั้น ผลรวม SumRwDTPเมื่อคำนวณจากสูตร คือ  $2 \times 5 \times 2$  เท่ากับ 20 คะแนน

ผลรวมของการจัดการปัญหาเภสัชบำบัดทั้งหมด เท่ากับ 5,020 คะแนน

**คะแนนคุณภาพการจัดการปัญหาเภสัชบำบัด (CmiDTP) = SumRwDTP/N** (ปัญหาการใช้ยาทั้งหมด)

เมื่อนำคะแนน SumRwDTPที่ได้มาคำนวณจากสูตร  $5,020/221$  ครั้งเท่ากับ 22.74 คะแนน การแปลผล ถ้าคะแนนได้ 16-30 หมายถึง การจัดการปัญหาเภสัชบำบัดในงานบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยที่ใช้วาร์ฟารินอยู่ในระดับ 2: ระดับชำนาญการ (Experience Level/ Professional Level) แสดงว่าการบริหารเภสัชกรรมในการศึกษานี้มีคุณภาพอยู่ในระดับดี ช่วยแก้ไขปัญหามาจากการใช้ยาได้

## อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีแนวโน้มสัมพันธ์กับระดับ INR ในผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพรินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความร่วมมือในการใช้ยา ผู้ป่วยแอสไพรินรายเก่า และการปรับขนาดยาซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจารุวัลย์ พรหมคง<sup>(2)</sup> ที่พบว่าความร่วมมือในการรับประทานยา มีความสัมพันธ์กับค่า INR อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับระดับ INR ที่อยู่ในช่วงการรักษา ผู้ป่วยที่ไม่รับประทานยาหรือรับประทานยาไม่ถูกต้องมีค่า INR อยู่นอกช่วงรักษามากกว่าร้อยละ 90 สอดคล้องกับการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่มีผลต่อค่า INR นอกช่วงการรักษา (สาวิตรี เหล่าไพบุลย์กุล และคณะ)<sup>(10)</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาของสุกัลยา ธรรมวันตา<sup>(12)</sup> ที่พบว่าความร่วมมือในการใช้ยาส่งผลต่อระดับ INR เป้าหมาย

สำหรับปัจจัยเรื่องเพศ อายุ โรคหรือสภาวะเจ็บป่วยร่วม ยาที่ใช้ร่วม การศึกษานี้ให้ผลไม่สัมพันธ์กับระดับ INR ที่อยู่ในช่วงการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sombat และคณะ<sup>(13)</sup> และจารุวัลย์ พรหมคง<sup>(2)</sup> ที่พบว่าอายุดัชนีมวลกาย เพศ โรคหรือสภาวะเจ็บป่วยร่วม ยาที่ใช้ร่วม ไม่สัมพันธ์กับระดับ INR ในช่วงการรักษา ปัญหาการบำบัดทางยาเป็นปัจจัยที่มีแนวโน้มสัมพันธ์กับค่า INR ที่อยู่ในช่วงเป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ยาที่เกิดอันตรกิริยากับยาแอสไพริน (NSAIDs, Antibiotic, Fluoroquinolone, การหยุดยา Rifampicin) อาหารหรือสมุนไพร (มะม่วงสุก มะละกอสุก โสม เห็ดหลินจือ ชิง) ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (การทานยาผิด ไม่ทานยาต่อเนื่อง) มีผลทำให้ INR อยู่นอกเป้าหมายซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทิพย์สุมล รักศีลธรรม<sup>(4)</sup> ที่พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะระดับแอสไพรินเกินขนาดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ภาวะโลหิตจาง ประวัติเลือดออกในอดีต ปัญหาการบำบัดทางยา การเกิดอันกิริยาระหว่างยา การใช้สมุนไพร และการไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง ส่วนปัจจัยระยะเวลาการเริ่มใช้แอสไพรินพบว่าผู้ป่วยรายเก่าที่ใช้แอสไพรินมีโอกาสที่ INR อยู่นอกช่วงเป้าหมายน้อยกว่าผู้ป่วยรายใหม่ที่อยู่ในช่วงเริ่มและปรับยา สอดคล้องกับการศึกษาของธัญชนก ไทยชนะและคณะ<sup>(14)</sup> ที่พบว่าระยะเวลาเริ่มรับยาในช่วง 1-3 เดือนแรกเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะเลือดออกรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นในกลุ่มนี้ควรมีการติดตาม INR อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งและถี่กว่านั้นในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น ภาวะโรคตับ โรคโลหิตจาง ภาวะเกร็ดเลือดต่ำ เป็นต้น ข้อจำกัดงานวิจัยคือผลลัพธ์การรักษาเป็นผลจากหลายปัจจัย ได้แก่ แพทย์ปรับขนาดยา เภสัชกรแนะนำปรับขนาดยาผู้ป่วยปรับพฤติกรรมและความร่วมมือในการใช้ยา อาจไม่ใช่ผลจากการแทรกแซงของเภสัชกรอย่างเดียว และเป็นการเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาสั้นควรติดตามผลต่อในระยะยาว การติดตามผลเมื่อนัดผู้ป่วยมาติดตามค่า INR มีข้อกีดคือผู้ป่วยไม่มาตามนัด จึงประเมินผลลัพธ์ในบางรายได้ยากเป็นข้อเสนอแนะในงานวิจัยพัฒนาต่อไป

## สรุปผลการศึกษา

การพัฒนาระบบการบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดในโรงพยาบาลและการมีระบบส่งต่อโรงพยาบาลเครือข่าย โดยมีเภสัชกรดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ช่วยส่งผลให้ป้องกันการเกิดปัญหาจากการใช้ยา ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับค่า INR ให้อยู่ในช่วงเป้าหมายได้ รูปแบบการพัฒนาและผลที่ได้จากการศึกษานี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับโรงพยาบาลอื่นได้

## ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาพบปัญหาดังนี้ การไม่ปรับขนาดยาต้านการแข็งตัวของเลือด การไม่เจาะติดตาม INR ตามแนวทาง การนัดติดตามผู้ป่วยรายใหม่นาน 1 เดือน ทำให้ผู้ป่วยมีค่า INR สูงเกินเป้าหมายและได้รับการแก้ไขโดยนอนโรงพยาบาลนานขึ้นเสนอให้นำแนวทางการติดตามผู้ป่วยที่ได้จากการศึกษานี้เข้าที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบยาและกำหนดเป็นนโยบายออกมา เช่นเดียวกับที่เคยกำหนดนโยบายให้เจาะ INR แรกทุกครั้ง

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาในอนาคตให้เน้นการติดตามในกลุ่มผู้ป่วยรายใหม่ ผู้ป่วยที่มีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา ผู้ป่วยที่ค่า INR สูงไม่ปรับลดยา ผู้ป่วยมีการใช้ยาที่เกิดอันตรกิริยากับยาต้านการแข็งตัวของเลือด โดยนำระบบส่งต่อข้อมูลกับโรงพยาบาลเครือข่ายหรือแผนกผู้ป่วยนอก นำแผนพับให้คำแนะนำ ยา สมุนไพร อาหารเสริมที่สร้างขึ้น นำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่เสนอไว้ มาใช้ในงานวิจัยต่อไปและพัฒนาต่อยอดเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล

## เอกสารอ้างอิง

1. เจนจิรา ตันติวิญญานิช. การบูรณาการคลินิกการฟารินและพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพด้วยการบริหารทางเภสัชกรรม จังหวัดปัตตานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564;30(1):129-134.
2. จารุวัลย์ พรหมคง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับ INR ของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดในโรงพยาบาล สมุทร. วารสารมหาจุฬานาครธรรม. 2566;10(10):273-282.
3. กิตติศักดิ์ พนมพงศ์, พัชรียา โทหงษา. ปัจจัยทำนายขนาดยาต้านการแข็งตัวของเลือดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับไอเอ็นอาร์ของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด โรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนาวัฒนธรรมทางสุขภาพ. 2564;2(3):109-120.
4. ทิพย์สุดา รักศีลธรรม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับยาต้านการแข็งตัวของเลือดของคลินิกการฟาริน โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์. วารสารแพทย์เขต. 4-5 2566;42(3):381-394.
5. Davis NJ, Billett HH, Cohen HW, et al. Impact of adherence, knowledge, and quality of life on anticoagulation control. Ann Pharmacother. 2005;39(4):632-636.
6. Oral A, Basci S, Kostek O, et al. Clinical Characteristics and overdose risk factors of patients hospitalized due to warfarin overdose. FNG & Demiroglu Bilim Tip Dergisi. 2019;5(2):63-71.
7. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือด ชนิดรับประทาน พ.ศ. 2553. กรุงเทพมหานคร: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์; 2553.
8. ศูนย์ข้อมูลสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. ฐานข้อมูลอันตรกิริยาระหว่างสมุนไพรกับยาแผนปัจจุบัน [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://medplant.mahidol.ac.th/herb-drug/?pn=%A1>

9. มันทวีร์ นิมวรพันธุ์. ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมค่าการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยนอกที่ได้รับการรักษาด้วยยาแอสไพริน โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2550.
10. สาวิตรี เหล่าไพบูลย์กุล, อังคณา ช่วยชัย, ศิวกร บันลือพีช และคณะ. ปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยนอกที่ได้รับยาแอสไพรินที่มีค่า INR นอกช่วงการรักษาโดยการเยี่ยมบ้านในอำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช. การประชุมวิชาการระดับชาติ “วลัยลักษณ์วิจัย” ครั้งที่ 11 วันที่ 27-28 มีนาคม 2562.
11. อัญชกรณ คำสาร, ศุภลักษณ์ วงศ์ปาลี และจินดาวิทย์ อิศระโชติ. การพัฒนาระบบงานเภสัชสนเทศเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพพระบยา โรงพยาบาลลำพูน ปี 2558 – 2562. วารสารคัมครองผู้บริโภคนด้านสุขภาพ. 2023;3(1):33-51.
12. สุกัลยา ธรรมวันตา, รุ่งทิพา หมื่นปา. ขนาดยาแอสไพรินที่เหมาะสม ปัจจัยที่ใช้ในการทำนายขนาดยาและปัจจัยที่ส่งผลให้ไม่ได้ INR ตามเป้าหมาย. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล. 2553;20(3): 199-209.
13. Sombut B, Tongkaew S, Nilwaranon A, et al. Incidence and risk factors of warfarin therapy complications in community hospitals, central and eastern regions, Thailand: a retrospective, multicenter, cohort study. BMC research notes. 2023;16(1):1-8.
14. ธันย์ชนก ไทยชนะ, อรินทยา พรหมนิธิกุล, ชิดชนก เรือนก้อน และคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดเลือดออกรุนแรงในผู้ป่วยไทยที่ได้รับยา warfarin. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2562;12(4):954-968.

ผลการพัฒนาระบบการบริหารคลังเวชภัณฑ์ยาอายุ โดยใช้ข้อมูลการสั่งจ่ายยาของแพทย์

งานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม

Development of Medical Supply Management by Using Prescribing Data from  
Outpatient Department at Maha Sarakham Hospital

วรรณา ฉายแก้วมณี

Wanna Chaikaewmanee

เภสัชกรชำนาญการ งานบริหารเวชภัณฑ์ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม 44000

Pharmacist, Professional level, Department of pharmacy Mahasarakham Hospital, Mahasarakham Province 44000

Corresponding Author: Wanna Chaikaewmanee \*E-mail: wannanakai@gmail.com

Received: 30 May 2025 Revised: 8 August 2025 Accepted: 13 August 2025

#### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อพัฒนาระบบการบริหารจัดการคลังยาอายุ งานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก โดยใช้ข้อมูลการสั่งจ่ายยาของแพทย์

**รูปแบบและวิธีวิจัย :** เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ช่วง 1 ตุลาคม 2567 - 31 มีนาคม 2568 โดยร่วมกันประชุมหารือในกลุ่มงาน เพื่อปรับระบบการเบิกยาใหม่ด้วยหลักการลีน (Lean) และนำข้อมูลสารสนเทศและเทคโนโลยีมาใช้พัฒนาระบบ โดยเก็บข้อมูลจำนวนครั้ง และรายการเบิกยาด่วนฉุกเฉิน มูลค่าการสำรองยา เวลาที่ใช้ในการทำงาน มูลค่าการเบิกยา จำนวนรายการยาที่เบิก และจำนวนใบเบิกต่อสัปดาห์ ข้อมูลจะถูกวิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test เปรียบเทียบ ก่อนและหลังการพัฒนาระบบการเบิกยา

**ผลการศึกษา :** สามารถลดขั้นตอนการเบิกยาไป 3 ขั้นตอนโดยใช้โปรแกรม Inventory (INV) ในการพัฒนาการเบิกยา ในการศึกษาที่มีใบเบิกยาทั้งหมด 438 ใบ 14,194 รายการ พบว่าการเบิกยาด่วนฉุกเฉินลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.05$  จาก 95 ครั้งเหลือ 35 ครั้ง (ร้อยละ 63.16) จำนวนรายการ 251 รายการ ลดเหลือ 48 รายการ (ร้อยละ 80.88) มูลค่าการสำรองยาลดลง 8,571,134.49 บาท (ร้อยละ 32.81) และเวลาที่ใช้ในการทำงานลดลง 37 ชั่วโมง/เดือน หรือ 9.25 ชั่วโมง/สัปดาห์ (ร้อยละ 33.95) เปรียบเทียบผลการเบิกยาด่วนฉุกเฉินคลังยาอายุห้องอื่นที่ยังใช้ระบบเดิม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.05$  เช่นกัน ทั้งจำนวนครั้ง และจำนวนรายการยา

**สรุปผลการศึกษา :** การนำข้อมูลการสั่งจ่ายยาของแพทย์ สามารถใช้คำนวณปริมาณความต้องการยาสำรองที่คลังยาอายุได้อย่างเหมาะสม เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารเวชภัณฑ์คลังยาอายุ ทั้งยังสามารถขยายผลและพัฒนาเป็นต้นแบบสำหรับทุกคลังยาอายุภายในโรงพยาบาลได้ในอนาคต

**คำสำคัญ :** การบริหารคลังยา, คลังยาอายุ, เบิกยาด่วน, โปรแกรมบริหารเวชภัณฑ์, สำรองยา

---

**ABSTRACT**

**Objective :** To develop a substock inventory management system for the outpatient dispensing unit by utilizing physicians' prescription data.

**Research Design and Methods:** This study used an action research methodology conducted from October 1, 2024, to March 31, 2025. Collaborative meetings were held among relevant departments to redesign the drug requisition process using Lean principles, integrated with information systems and technology. Data were collected on out-of-cycle drug requisition frequency and item counts, inventory value, work time, total requisition value, number of requisitioned items, and weekly requisition forms. Statistical analysis was performed using paired t-tests to compare pre- and post-intervention outcomes.

**Results :** The revised system reduced the drug requisition process by three steps through the implementation of the INV program. A total of 438 requisition forms comprising 14,194 items were analyzed. Out-of-cycle drug requisitions significantly decreased ( $p < 0.05$ ), with the number of requisitions dropping from 95 to 35 times (a 63.16% reduction) and item counts decreasing from 251 to 48 items (an 80.88% reduction). The total inventory value decreased by 8,571,134.49 THB, representing a 32.81% reduction. Work time was reduced by 37 hours per month or 9.25 hours per week, equivalent to a 33.95% reduction. Comparisons with other substock units still using the original system revealed statistically significant differences ( $p < 0.05$ ) in both out-of-cycle drug requisition frequency and the number of out-of-cycle drug items.

**Conclusion :** Physicians' prescription data can be effectively used to calculate drug inventory needs for substock pharmacy units, improving pharmaceutical supply chain management efficiency. This system can be expanded and adapted for implementation across all hospital substock pharmacies.

**Keywords :** drug inventory, out-of-cycle drug requisition, pharmacy inventory management, pharmacy management system, substock pharmacy

## บทนำ

เวชภัณฑ์ยาเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่เป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์เรา หากเกิดการเจ็บป่วย จำเป็นต้องได้รับการรักษา โรงพยาบาลเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่ประชาชนนึกถึงเป็นลำดับต้น ๆ ที่จะมาใช้บริการ ผู้มารับบริการส่วนใหญ่คาดหวังว่าจะได้รับการบริการที่ดี ได้มาตรฐาน ได้รับการบริการที่ปลอดภัย รวดเร็ว ทันเวลา ได้ยาดี มีคุณภาพ โรงพยาบาลจึงมีส่วนสำคัญในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย กระบวนการต่าง ๆ ควรมีประสิทธิภาพและมีความปลอดภัยสูงสุด ทั้งจากการรักษาและการใช้ยา ระบบการกำกับดูแลด้านยา จึงเป็นอีกหนึ่งระบบที่สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลได้กำหนดเพื่อใช้ในการประเมินคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ โรงพยาบาลเองต้องสร้างความมั่นใจในระบบการจัดการด้านยาที่ปลอดภัย เหมาะสม และได้ผล รวมทั้งการมียาที่มีคุณภาพสูง พร้อมใช้ สำหรับผู้ป่วย ผ่านกลไกกำกับดูแลการจัดการด้านยา สิ่งแวดล้อมสนับสนุน และการจัดหาและเก็บรักษายา ซึ่งการบริหารจัดการคลังเวชภัณฑ์ยาที่มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้ได้ยาที่มีคุณภาพสูง พร้อมใช้ การเก็บสำรองยาเหมาะสมปลอดภัย โดยผ่านกระบวนการหลายกระบวนการ ประกอบด้วย การจัดการองค์กรและการวางแผน การคัดเลือกและการจัดหา การเก็บรักษา การสั่งใช้ยาและการถ่ายทอดคำสั่ง การเตรียมและการกระจายยา การบริหารยา การติดตาม และการประเมินผลด้านยา<sup>(1-2)</sup> ซึ่งการบริหารคลังเวชภัณฑ์ยาเป็นส่วนหนึ่งในขั้นตอนการคัดเลือกและการจัดหาการสำรองยา อีกทั้งกระทรวงสาธารณสุขได้ปฏิรูป และออกมาตรการในการบริหารคลังเวชภัณฑ์ให้มีประสิทธิภาพในทุกสถานพยาบาล เพิ่มการหมุนเวียนยาดีขึ้น ลดปริมาณยาสำรองในคลังลง เพื่อลดต้นทุนการสำรองยาและการบริหารยา<sup>(3)</sup> เพื่อให้มีประสิทธิภาพสูงสุดการนำแนวคิดแบบลีน (Lean thinking)<sup>(4-5)</sup> มาใช้ในการบริหารเวชภัณฑ์ซึ่งเป็นกระบวนการในการบริหารจัดการ ลดการสูญเสียในทุกกระบวนการทำงาน เพื่อให้ทำงานน้อยแต่ได้ผลงานมากกว่า การออกแบบระบบการทำงานใหม่ และการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีค่อนข้างหลากหลายมาใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารเวชภัณฑ์ ลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ ใช้เวลาน้อยลงในการเตรียมยาให้พร้อมใช้ในการให้บริการผู้ป่วย

เนื่องจากแต่ละโรงพยาบาลมีบริบทและข้อจำกัดของการบริหารงานที่ไม่เหมือนกันย่อมส่งผลให้มีแนวทางปฏิบัติในการบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์แตกต่างกัน<sup>(6)</sup> การดูแลระบบยาแต่ละโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ทุกโรงพยาบาลกำกับดูแลรับผิดชอบโดยคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmacy and Therapeutic Committee; PTC) โดยมีงานเภสัชกรรมเป็นผู้รับผิดชอบหลัก มีบทบาทในการวางแผน จัดซื้อ และเตรียมเวชภัณฑ์ยาสำหรับให้บริการผู้ป่วย โดยนำหลายระบบมาใช้ในการจัดการยา เพื่อคาดการณ์ปริมาณในการสั่งยา<sup>(1)</sup> เนื่องจากความต้องการยาแต่ละรายการแตกต่างกัน ยาบางรายการเป็นยาช่วยชีวิตที่มีความสำคัญมาก การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารคลังเวชภัณฑ์ยามีส่วนสำคัญมาก ถ้าไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควรอาจส่งผลเสีย ไม่ว่าจะเป็นการเกิดเหตุการณ์ยาไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย ยาบางรายการเป็นยาเสริมหรือยาทางเลือก อาจมีปริมาณคงคลังที่มากเกินไป เกิดภาวะยาล้นคลัง (Overstock) ได้ รวมถึงการมีอัตราสำรองยารวมทุกรายการมากเกินไป ส่งผลต่อสถานที่เก็บยาไม่เพียงพอรวมถึงสถานะทางบัญชีและการเงินของโรงพยาบาลเช่นกัน

จากรายงานแผนการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีงบประมาณ 2568 ของโรงพยาบาลมหาสารคาม พบว่าได้รับการจัดสรรงบประมาณในการจัดซื้อยาตามแผนเงินบำรุง จำนวน 250,000,000 บาท (คิดเป็นร้อยละ 51.55) จากงบประมาณที่ใช้ในการจัดสรรจัดซื้อจัดจ้างทั้งหมดของโรงพยาบาล จำนวน 485,000,000 บาท<sup>(7)</sup> สะท้อนให้เห็นว่าทางโรงพยาบาลได้ให้ความสำคัญในการจัดซื้อจัดหายา ทั้งนี้จากการปฏิบัติงานของผู้วิจัยพบว่า มีอัตราการสำรองยาก่อนข้างมาก ในปีงบประมาณ 2566 และ 2567 มีมูลค่าการสำรองยามากถึง

48,521,305.05 บาท และ 68,356,470.48 บาท ตามลำดับ โรงพยาบาลได้เล็งเห็นปัญหาและให้ความสำคัญดังกล่าว ได้ทบทวนแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2568 ซึ่งมีเนื้อหาที่สอดคล้องกันกับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ 3 (พัฒนาระบบบริหารจัดการภายในให้มีประสิทธิภาพ) เป้าประสงค์ที่ 7 (มีการจัดเก็บรายได้และเพิ่มเสถียรภาพการเงินการคลัง) กลยุทธ์ที่ 20 (พัฒนาระบบคลังให้มีประสิทธิภาพ) ตัวชี้วัดที่ 87 ร้อยละของหน่วยงานที่มีระบบบริหารจัดการคลังตามเกณฑ์ ไม่เกิน 60 วัน<sup>(8)</sup> นอกจากนี้ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงแนวทางในการรักษา ส่งผลทำให้เกิดปัญหาขาดแคลน และเสี่ยงต่อการสูญเสียค่าใช้จ่ายเนื่องจากยาหมดอายุ รวมทั้งปัญหาจากคลังยาย่อย อาจพบว่ามียาไม่เพียงพอ จำเป็นต้องติดต่อเบิกยาฉุกเฉินด่วน ก่อนรอบเบิกยาตามปกติที่กำหนดไว้ เพิ่มภาระงานจากเดิม ผู้ป่วยต้องรอนานขึ้น อัตราการใช้ยาของคลังยาย่อยแต่ละห้องยาส่งผลกระทบต่ออัตราการใช้จ่ายรวมทั้งโรงพยาบาล หากข้อมูลที่ได้ไม่ถูกต้องหรือไม่ได้แสดงข้อมูลอัตราการใช้จ่ายจริง ส่งผลต่อการกระบวนการจัดซื้อเวชภัณฑ์ยาที่ไม่เหมาะสมได้ ทำให้เกิดปัญหาไม่เพียงพอต่อการให้บริการ หรือ Overstock ได้เช่นกัน การบริหารคลังยาให้มีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องใช้เครื่องมือและวิธีการที่เหมาะสมเพื่อช่วยในการป้องกันปัญหาต่าง ๆ ได้ การนำข้อมูลการจ่ายยาของแพทย์ผู้รักษาเป็นข้อมูลจริงที่นำไปสู่อัตราการใช้จ่ายที่ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อนำไปกำหนดความต้องการปริมาณสำรองยาที่เหมาะสมและเบิกยาในลำดับถัดไป

### วัตถุประสงค์

1. ศึกษาข้อมูลการสั่งใช้ยาของแพทย์ต่อจำนวนครั้งการเบิกยาด่วนฉุกเฉิน จำนวนรายการในการเบิกยาด่วนฉุกเฉิน ระยะเวลาการเบิกยา มูลค่าการเบิกยาต่อสัปดาห์ จำนวนรายการยาที่เบิกต่อสัปดาห์ และมูลค่าการสำรองยาของคลังยาย่อยงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก

2. เพื่อพัฒนาระบบการบริหารจัดการคลังเวชภัณฑ์ยาย่อย โดยใช้ข้อมูลการสั่งใช้ยาของแพทย์

### รูปแบบและวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนาระบบการบริหารคลังเวชภัณฑ์ยา มีระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2567 ถึง เดือนมีนาคม 2568

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** ได้แก่ รายการเวชภัณฑ์ยาที่อยู่ในรอบบัญชียา ปี 2567 และปี 2568 โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

**กลุ่มตัวอย่าง** รายการเวชภัณฑ์ยาที่ถูกสั่งจ่ายโดยแพทย์ คลังยาย่อยงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม ระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึงเดือนมีนาคม 2568 รวม 6 เดือน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการบริหารคลังเวชภัณฑ์ยาทั้งระบบ ได้แก่ ระบบฐานข้อมูล และรายงานการจ่ายยาให้บริการผู้ป่วยนอก และระบบฐานข้อมูลและรายงานโปรแกรมบริหารเวชภัณฑ์ Inventory (INV) โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม รวมถึงแบบบันทึกการประชุม

### การวิเคราะห์ข้อมูล

สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยวิเคราะห์สภาพปัญหาอุปสรรครวมทั้งขั้นตอนต่าง ๆ ในการดำเนินงานบริหารเวชภัณฑ์ คลังเวชภัณฑ์ยาย่อย ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และผลต่างของจำนวนรายการในการเบิกยาด่วนฉุกเฉิน ระยะเวลาที่คลังยาย่อยใช้ในการเบิกยาจากคลังยาใหญ่ มูลค่าการเบิกยาต่อสัปดาห์ จำนวนรายการยาที่เบิกยาต่อสัปดาห์ และมูลค่าการสำรองยาของคลังยาย่อย วิเคราะห์ข้อมูล 2 ระยะ คือ Phase I (1 ตุลาคม

2567 ถึง 31 ธันวาคม 2567) และ Phase II (1 มกราคม 2568 ถึง 31 มีนาคม 2568) และวิเคราะห์เชิงสถิติ อนุमान โดยเปรียบเทียบจำนวนครั้งและจำนวนรายการการเบี่ยงเบนคุณภาพ จำนวนรายการการเบี่ยงเบนต่อ สัปดาห์ และมูลค่าการเบี่ยงเบนต่อสัปดาห์ โดยใช้สถิติ Paired t-test เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาระบบ การเบี่ยงเบนของ Phase I ก่อนและหลังการพัฒนาระบบการเบี่ยงเบนของ Phase II

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาสารคามเลขที่ MSKM\_REC 67-01-061

### วิธีการดำเนินงาน

#### 1. Plan

จัดกิจกรรมประชุมร่วมปรึกษาหารือกันทั้งคลังยาใหญ่และคลังยาย่อยทุกครั้ง ผู้เข้าร่วมเป็นหัวหน้า กลุ่มงาน หัวหน้างาน และผู้รับผิดชอบเบี่ยงเบนแต่ละคลังยาย่อยรวมทั้งหมด 18 คน เพื่อศึกษาและวิเคราะห์ สภาพปัญหา อุปสรรคในการพัฒนางานบริหารเวชภัณฑ์ ทั้งจากคลังยาใหญ่และคลังยาย่อยของกลุ่มงานเภสัช กรรม เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ในที่ประชุมมีมติให้นำหลักการสั้น และข้อมูลสารสนเทศและเทคโนโลยีมา ช่วยในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ

#### 2. Action

จากการประชุมมีมติให้เริ่มนำร่องที่คลังยาย่อย งานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกก่อน ซึ่งประกอบด้วย คลังยาย่อย 2 คลัง คือ คลังยาย่อยห้องยาผู้ป่วยนอกชั้น 1 และคลังยาย่อยห้องยาศูนย์แพทย์สามัคคี ร่วมกัน จัดทำแนวทางการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ใหม่ โดยใช้แนวคิดแบบสั้น ลดกระบวนการสูญเสียเปล่าออก และใช้ข้อมูลการ สั่งจ่ายให้แก่ผู้ป่วยแต่ละราย โดยประมวลผลจากฐานข้อมูลโปรแกรมการให้บริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก นำข้อมูลการจ่ายยาทุกรายการให้ผู้ป่วยแต่ละคลังมาตัดจ่ายออกจากข้อมูลการสำรองยาที่มีอยู่ในโปรแกรมการ บริหารคลัง INV ทุกสัปดาห์ก่อนทำการเบิกยาเพิ่ม โดยโปรแกรม INV ได้คำนวณปริมาณที่ต้องการเบิกแต่ละ รายการให้ แล้วให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบจำนวนรายการ และปริมาณการเบิกที่ต้องการอีกครั้ง และสามารถ ปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขก่อนส่งเบิกยาได้ แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 Phase ดังนี้

##### 2.1 Phase I (1 ตุลาคม 2567 ถึง 31 ธันวาคม 2567)

ให้โปรแกรม INV ใช้สูตรคำนวณปริมาณที่ต้องการขอเบิก ให้สำรองยานาน 2 เท่าของรอบ เบิก (รอบเบิกปกติสำหรับคลังยาผู้ป่วยนอกชั้น 1 นาน 1 สัปดาห์ คลังยาห้องยาศูนย์แพทย์สามัคคี นาน 4 สัปดาห์) และใช้ฐานข้อมูลการประมวลผลจากอัตราการจ่ายจริง 120 วันที่ผ่านมา

##### 2.2 Phase II (1 มกราคม 2568 ถึง 31 มีนาคม 2568)

ให้โปรแกรม INV ใช้สูตรคำนวณปริมาณที่ต้องการขอเบิก ให้สำรองยานาน 1 เท่าของรอบ เบิก (รอบเบิกปกติสำหรับคลังยาผู้ป่วยนอกชั้น 1 นาน 1 สัปดาห์ คลังยาห้องยาศูนย์แพทย์สามัคคี นาน 4 สัปดาห์) และใช้ฐานข้อมูลการประมวลผลจากอัตราการจ่ายจริง 120 วันที่ผ่านมา

#### 3. Observe

เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ จำนวนครั้งในการเบี่ยงเบนคุณภาพ จำนวนรายการในการเบี่ยงเบน ฉุกเฉิน ระยะเวลาที่คลังยาย่อยใช้ในการเบิกยาจากคลังยาใหญ่ มูลค่าการเบี่ยงเบนต่อสัปดาห์ จำนวนรายการยา ที่เบี่ยงเบนต่อสัปดาห์และมูลค่าการสำรองยา รวมทั้งการเก็บข้อมูลของคลังยาที่ยังใช้ระบบเดิมอยู่คือคลังยาห้อง จ่ายยาผู้ป่วยใน ได้แก่ จำนวนครั้งในการเบี่ยงเบนคุณภาพ จำนวนรายการในการเบี่ยงเบนคุณภาพ จากนั้น บันทึกข้อมูลทั้งหมดเข้าระบบคอมพิวเตอร์ด้วยโปรแกรม Microsoft Excel

#### 4. Reflect

ติดตามประเมินผลการเบิกจ่ายตามแนวทางการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ใหม่และการเบิกจ่ายในโปรแกรมบริหารเวชภัณฑ์ INV ของคลังยาย่อยทั้งสองคลัง ได้แก่ จำนวนครั้งในการเบิกยาด่วนฉุกเฉิน จำนวนรายการในการเบิกยาด่วนฉุกเฉิน ระยะเวลาที่คลังยาย่อยใช้ในการเบิกยาจากคลังยาใหญ่ มูลค่าการเบิกยาต่อสัปดาห์ จำนวนรายการยาที่เบิกยาต่อสัปดาห์ และมูลค่าการสำรองยา รวมถึงประเมินผลข้อมูลจำนวนครั้งในการเบิกยาด่วนฉุกเฉิน จำนวนรายการในการเบิกยาด่วนฉุกเฉินของอีกคลังยาย่อยที่ยังไม่ได้ปรับเปลี่ยนแนวทางปฏิบัติใหม่ คือ คลังยาย่อยห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน นำข้อมูลมาวิเคราะห์การศึกษา ดังนี้

4.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์สภาพปัญหาอุปสรรครวมทั้งขั้นตอนต่าง ๆ ในการดำเนินงานบริหารเวชภัณฑ์ คลังเวชภัณฑ์ยาย่อย โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

4.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ก่อนและหลังการพัฒนา ระบบ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ปริมาณการเปลี่ยนแปลงของจำนวนครั้งในการเบิกยาด่วนฉุกเฉิน จำนวนรายการในการเบิกยาด่วนฉุกเฉิน ระยะเวลาที่คลังยาย่อยใช้ในการเบิกยา มูลค่าการเบิกยาต่อสัปดาห์ จำนวนรายการยาที่เบิกยาต่อสัปดาห์ และมูลค่าการสำรองยาของคลังยาย่อย วิเคราะห์ข้อมูล 2 ระยะ คือ Phase I (1 ตุลาคม 2567 ถึง 31 ธันวาคม 2567) และ Phase II (1 มกราคม 2568 ถึง 31 มีนาคม 2568)

4.3 สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบจำนวนครั้งและจำนวนรายการการเบิกยาด่วนฉุกเฉิน จำนวนรายการการเบิกยาต่อสัปดาห์ มูลค่าการเบิกยาต่อสัปดาห์ โดยใช้สถิติ Paired t-test เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาระบบการเบิกยาของ Phase I และ Phase II

#### ผลการศึกษา

ผลการประชุมผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด ได้แก่ หัวหน้างาน และผู้รับผิดชอบการปฏิบัติงานในการสำรองยา ทั้งคลังยาใหญ่และคลังยาย่อยทุกคลัง ได้ศึกษาและวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคในการพัฒนางานบริหารเวชภัณฑ์ ได้แก่ ยาขาดคลังเบิกยาไม่ได้ตามที่ต้องการ พื้นที่การจัดเก็บยาน้อยไม่เพียงพอ มูลค่าการสำรองยามาก การสำรองยาไม่เพียงพอ ปัญหาการสำรองยาไม่เพียงพอ จำเป็นต้องเบิกยาด่วนฉุกเฉินจากคลังยาใหญ่ เป็นปัญหาที่สำคัญควรได้รับการแก้ไขปัญหาย่างเร่งด่วน ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา ทุกด้านทั้งจากคน วิธีการ เครื่องมือ วัตถุดิบ และด้านอื่น ๆ ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 ผลการวิเคราะห์สาเหตุปัญหาการเบิกยาด่วนฉุกเฉินของคลังยาย่อย

หลังจากวิเคราะห์หาสาเหตุแล้ว ได้ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงแนวทางการเบิกยาใหม่โดยลดขั้นตอนกระบวนการที่สูญเปล่า และนำข้อมูลการจ่ายยาจริงจากโปรแกรมจ่ายยาผู้ป่วยนอกมาใช้ในการตัดจ่ายปริมาณการจ่ายยาจากโปรแกรมการบริหารคลัง INV มีการลดกระบวนการดังนี้ การตัดจ่ายยาที่ใช้ สำรวจยาคงเหลือ คำนวณปริมาณการเบิกยาแต่ละรายการเอง ดังรูปที่ 2 ซึ่งสามารถลดกระบวนการได้ 3 ขั้นตอน คิดเป็นร้อยละ 25 ของกระบวนการทั้งหมด



รูปที่ 2 ขั้นตอนการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ยาจากคลังยาใหญ่และคลังยาย่อยระบบเดิมและระบบใหม่

จากการศึกษาการเบิกยาของคลังยาย่อยทั้งหมด 438 ใบเบิก มีการเบิกยา 14,194 รายการ ในภาพรวมคลังยาย่อยที่ให้บริการผู้ป่วยนอกทุกห้อง รวมทั้ง Phase I และ Phase II เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการพัฒนาระบบการเบิกยา พบว่ามีการเบิกยาด่วนฉุกเฉินลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.05$  ทั้งจำนวนครั้งเบิกยาด่วนฉุกเฉินลดลงจาก 95 ครั้งเป็น 35 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 63.16 จำนวนรายการเบิกยาด่วนฉุกเฉินลดลงจาก 251 รายการ เป็น 48 รายการ คิดเป็นร้อยละ 80.88 ดังตารางที่ 1 มูลค่าการสำรองยาลดลงจาก 26,122,583.02 บาท เป็น 8,571,134.49 บาท คิดเป็นร้อยละ 32.81 และเวลาที่ใช้ในการทำงานลดลง 37 ชั่วโมง/เดือน หรือ 9.25 ชั่วโมง/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 33.95

**ตารางที่ 1** ผลการศึกษาารวมทุก Phase ของคลังยาย่อยห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอกทุกห้องยา

| ข้อมูล                                         | คลังยาย่อยห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอกทุกห้องยา |                    |        |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------|--------|
|                                                | Baseline ก่อนพัฒนา                      | การเปลี่ยนแปลง (%) | p      |
| จำนวนครั้งการเบิกยาฉุกเฉิน (ครั้ง)             | 95.00                                   | -60.00 (63.16)     | <0.001 |
| จำนวนครั้งการเบิกยาฉุกเฉินเฉลี่ย/เดือน (ครั้ง) | 15.83±4.49                              | -10.00 (63.17)     | <0.001 |
| จำนวนรายการเบิกยาฉุกเฉิน (รายการ)              | 251.00                                  | -203.00 (80.88)    | <0.001 |
| จำนวนรายการเบิกยาฉุกเฉินเฉลี่ย/เดือน (รายการ)  | 41.83±14.52                             | -33.83 (80.88)     | <0.001 |

นอกจากนี้ยังพบว่าคลังยาย่อยห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอกชั้น 1 ข้อมูลทั้ง Phase I และ Phase II มีการเบิกยาด่วนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.05$  เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนาระบบการเบิกยา ทั้งจำนวนครั้งเบิกยาด่วนฉุกเฉินลดลงร้อยละ 69.77 และ 55.82 ตามลำดับ จำนวนรายการเบิกยาด่วนฉุกเฉินลดลง 83.04 และ 79.46 ตามลำดับ จำนวนใบเบิกต่อสัปดาห์ลดลง ร้อยละ 21.75 และ 4.32 ตามลำดับ มูลค่าการเบิกยาแต่ละสัปดาห์เฉลี่ยลดลง 320,264.78 บาท และ 137,836.02 บาท ตามลำดับ มูลค่าการสำรองยาจาก 23,853,948.78 บาท ลดลงเป็น 5,466,030.24 บาท และ 7,741,484.46 คิดเป็นร้อยละ 22.91 และ 32.45 ตามลำดับ แต่จำนวนรายการที่เบิกต่อสัปดาห์เพิ่มขึ้นร้อยละ 12.14 และ 11.45 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2 และข้อมูลรวมทั้ง Phase I และ Phase II เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนาระบบการเบิกยามีเวลาที่ใช้ในการทำงานแต่ละสัปดาห์ลดลง 8 ชั่วโมง 30 นาที คิดเป็นลดลงร้อยละ 34.00

**ตารางที่ 2** ผลการศึกษา Phase I และ Phase II คลังยาย่อยห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก ชั้น 1

|                                                | Baseline<br>ก่อนพัฒนา       | Phase I               |       | Phase II              |       |
|------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
|                                                |                             | การเปลี่ยนแปลง<br>(%) | p     | การเปลี่ยนแปลง<br>(%) | p     |
| จำนวนครั้งการเบิกยาฉุกเฉิน (ครั้ง)             | 43.00                       | - 30 (69.77)          | 0.020 | -24 (55.82)           | 0.020 |
| จำนวนครั้งการเบิกยาฉุกเฉินเฉลี่ย/เดือน (ครั้ง) | 14.33±6.11                  | -10 (69.78)           | 0.020 | -8 (55.83)            | 0.020 |
| จำนวนรายการเบิกยาฉุกเฉิน (รายการ)              | 112.00                      | -93 (83.04)           | 0.003 | -89 (79.46)           | 0.002 |
| จำนวนรายการเบิกยาฉุกเฉินเฉลี่ย/เดือน (รายการ)  | 37.33±19.12                 | -31 (83.04)           | 0.003 | -29.66 (79.45)        | 0.002 |
| จำนวนใบเบิกเฉลี่ย/สัปดาห์ (ใบ)                 | 6.71±1.73                   | -1.46 (21.75)         | 0.012 | -0.29 (4.32)          | 0.710 |
| จำนวนรายการเบิกเฉลี่ย/สัปดาห์ (รายการ)         | 147.14±35.88                | 17.86 (12.14)         | 0.130 | 16.86 (11.45)         | 0.080 |
| มูลค่าการเบิกเฉลี่ย/สัปดาห์                    | 2,427,812.58±<br>506,423.47 | -320,264.78 (13.19)   | 0.080 | -137,836.02<br>(5.68) | 0.990 |

การศึกษาการพัฒนาการบริหารเวชภัณฑ์ยาคล้อยยาศูนย์แพทย์สามัคคี พบว่าข้อมูลทั้ง Phase I และ Phase II มีการเบิกยาด่วนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.05$  เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนา ระบบการเบิกยา ทั้งจำนวนครั้งเบิกยาด่วนฉุกเฉินลดลงร้อยละ 33.33 และ 66.67 ตามลำดับ จำนวนรายการ เบิกยาด่วนฉุกเฉินลดลง ร้อยละ 28.57 และ 85.71 ตามลำดับ มูลค่าการสำรองยาลดลงจาก 2,268,634.24 บาท เป็น 729,868.68 บาท และ 829,650.03 บาท คิดเป็นร้อยละ 32.17 และ 36.57 ตามลำดับ จำนวนใบ เบิกต่อเดือนลดลงร้อยละ 20.12 และ 60.06 ตามลำดับ ทั้งนี้ทั้งสอง Phase มีผลแตกต่างกันมาก เนื่องจากได้ มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายการขนส่งยาจากคลังยาในโรงพยาบาลไปคลังยาศูนย์แพทย์สามัคคีโดยบริษัท ไปรษณีย์ไทย จากเดือนละ 2 ครั้ง เหลือเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อลดรายจ่ายค่าขนส่งยา แต่มูลค่าการเบิกยาในแต่ ละเดือนเพิ่มขึ้นร้อยละ 50.77 และ 56.50 ตามลำดับ จำนวนรายการที่เบิกต่อเดือนเพิ่มขึ้น ร้อยละ 75.08 และ 25.86 ตามลำดับ ดังที่แสดงในตารางที่ 3 และข้อมูลรวมทั้ง Phase I และ Phase II เมื่อเปรียบเทียบกับ ก่อนการพัฒนาระบบการเบิกยามีเวลาที่ใช้ในการทำงานในแต่ละเดือนลดลง 3 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 33.33

**ตารางที่ 3** ผลการศึกษา Phase I และ Phase II คล้อยยาศูนย์แพทย์สามัคคี

| ข้อมูล                                         | Baseline ก่อนพัฒนา | Phase I            | p     | Phase II           | p     |
|------------------------------------------------|--------------------|--------------------|-------|--------------------|-------|
|                                                |                    | การเปลี่ยนแปลง (%) |       | การเปลี่ยนแปลง (%) |       |
| จำนวนครั้งการเบิกยาฉุกเฉิน (ครั้ง)             | 3.00               | -1 (33.33)         | 0.120 | -2 (66.67)         | 0.003 |
| จำนวนครั้งการเบิกยาฉุกเฉินเฉลี่ย/เดือน (ครั้ง) | 1.00±0             | -0.33 (33.00)      | 0.120 | -0.67 (67.00)      | 0.003 |
| จำนวนรายการเบิกยาฉุกเฉิน (รายการ)              | 7.00               | -2 (28.57)         | 0.230 | -6 (85.71)         | 0.007 |
| จำนวนรายการเบิกยาฉุกเฉินเฉลี่ย/เดือน (รายการ)  | 2.33±0.58          | -0.66 (28.32)      | 0.230 | -2 (85.84)         | 0.007 |
| จำนวนใบเบิกเฉลี่ย/เดือน (ใบ)                   | 3.33±2.51          | -0.67 (20.12)      | 0.890 | -2 (60.06)         | 0.040 |
| จำนวนรายการเบิกเฉลี่ย/เดือน (รายการ)           | 107±68.04          | 80.33 (75.08)      | 0.037 | 27.67 (25.86)      | 0.130 |
| มูลค่าการเบิกเฉลี่ย/เดือน                      | 440,306.13±        | 223,524.41         | 0.430 | 248,766.73         | 0.090 |
|                                                | 188203.25          | (50.77)            |       | (56.50)            |       |

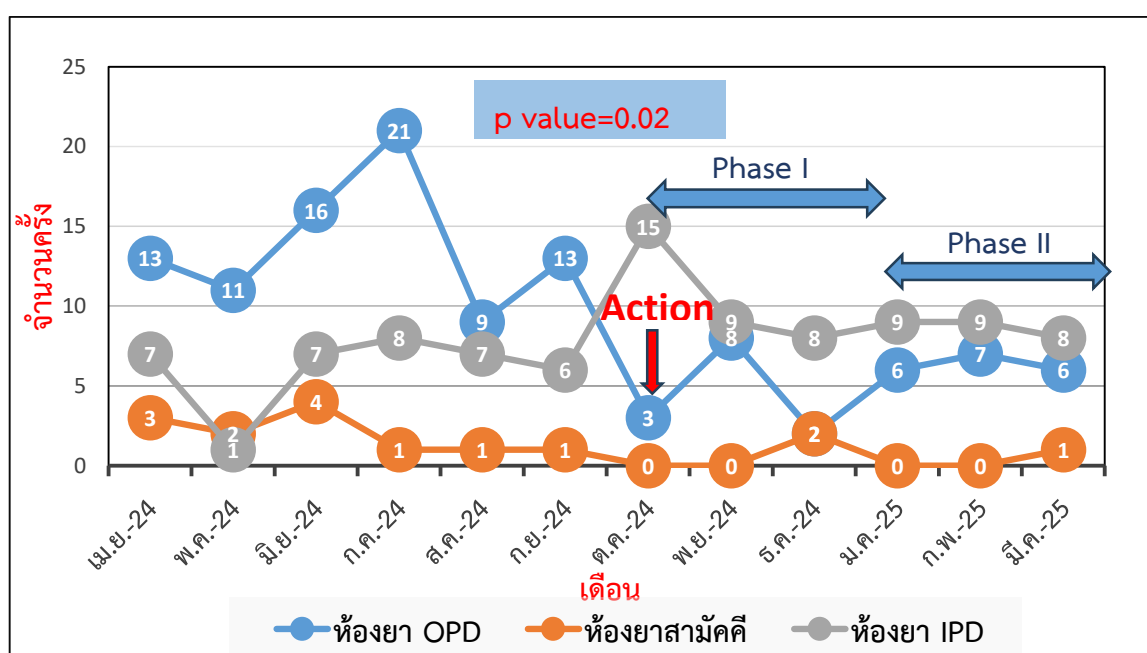
การศึกษานี้ยังได้วิเคราะห์ผลในภาพรวมทั้งหมดทุก Phase การศึกษาและทั้งสองคล้อยยาศูนย์พบว่า ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.05$  เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนาระบบการเบิกยา ยกเว้นจำนวนใบ เบิกเฉลี่ยต่อเดือน,จำนวนรายการเบิกยาเฉลี่ยต่อเดือน,มูลค่าการเบิกเฉลี่ยต่อเดือนที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แสดง ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ผลการศึกษารวมทุก Phase ของคล้อยยาศูนย์ทุกคลัง งานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก

| ข้อมูล                                         | คลังยาห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอกชั้น 1 |                    |       | คล้อยยาศูนย์แพทย์สามัคคี |                    |       |
|------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------|-------|--------------------------|--------------------|-------|
|                                                | Baseline ก่อนพัฒนา               | การเปลี่ยนแปลง (%) | p     | Baseline ก่อนพัฒนา       | การเปลี่ยนแปลง (%) | p     |
| จำนวนครั้งการเบิกยาฉุกเฉิน (ครั้ง)             | 83.00                            | -51 (61.45)        | 0.009 | 12.00                    | -9.0 (75.00)       | 0.010 |
| จำนวนครั้งการเบิกยาฉุกเฉินเฉลี่ย/เดือน (ครั้ง) | 13.83±4.22                       | -8.5 (61.46)       | 0.009 | 2.00±1.26                | -1.5 (75.00)       | 0.010 |
| จำนวนรายการเบิกยาฉุกเฉิน (รายการ)              | 226.00                           | -184 (81.42)       | 0.002 | 25.00                    | -19.0 (76.00)      | 0.030 |
| จำนวนรายการเบิกยาฉุกเฉินเฉลี่ย/เดือน (รายการ)  | 37.67±14.72                      | -30.67 (81.42)     | 0.002 | 4.17±2.40                | -3.17 (76.02)      | 0.030 |

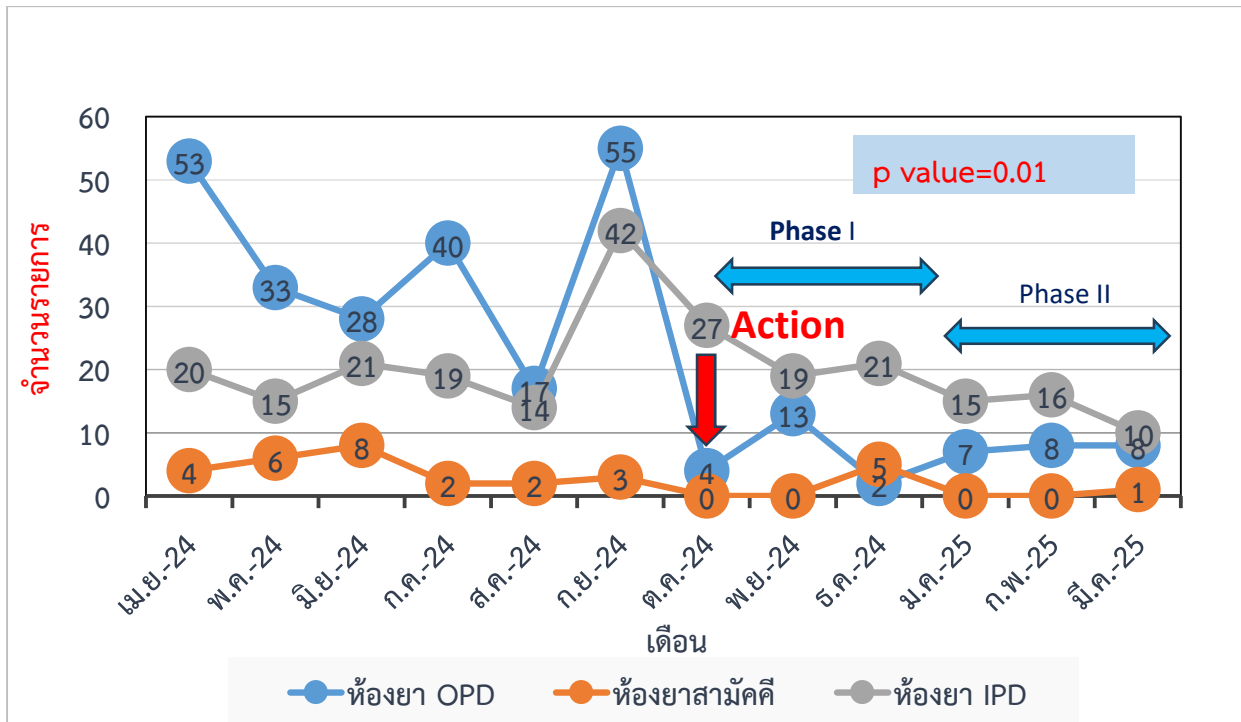
| ข้อมูล                               | คลังยาห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอกชั้น 1 |                       |       | คลังยาศูนย์แพทย์สามัญ      |                       |      |
|--------------------------------------|----------------------------------|-----------------------|-------|----------------------------|-----------------------|------|
|                                      | Baseline<br>ก่อนพัฒนา            | การเปลี่ยนแปลง<br>(%) | p     | Baseline<br>ก่อนพัฒนา      | การเปลี่ยนแปลง<br>(%) | p    |
| จำนวนใบเบิกเฉลี่ย/เดือน (ใบ)         | 7.23±2.47                        | -1.04 (14.38)         | 0.090 | 2.67±1.75                  | -0.84(31.46)          | 0.33 |
| จำนวนรายการเบิกเฉลี่ย/เดือน (รายการ) | 142.96±<br>39.57                 | 21.62 (15.12)         | 0.040 | 139±12.82                  | 22 (15.83)            | 0.10 |
| มูลค่าการเบิกเฉลี่ย/เดือน            | 2,287,088.26±7<br>61,781.29      | 81,309.59<br>(3.56)   | 0.700 | 490,543.15<br>±144,490 .92 | 185,908.55<br>(37.90) | 0.07 |

นอกจากนี้ได้ศึกษาข้อมูลจำนวนครั้งในการเบิกยาด่วนฉุกเฉิน เปรียบเทียบกับคลังยาย่อยห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน ซึ่งยังใช้ระบบเดิม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p<0.05$  เมื่อเทียบกับคลังยาย่อยงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกที่พัฒนาระบบการเบิกยาใหม่ ดังรูปที่ 3



รูปที่ 3 จำนวนครั้งการเบิกยาด่วนฉุกเฉินคลังยาย่อยทุกคลังในโรงพยาบาลมหาสารคาม

รวมถึงยังได้ศึกษาข้อมูลจำนวนรายการในการเบิกยาด่วนฉุกเฉิน เปรียบเทียบกับคลังยาย่อยห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน ซึ่งยังใช้ระบบเดิม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p<0.05$  เมื่อเทียบกับคลังยาย่อยงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกที่พัฒนาระบบการเบิกยาใหม่ ดังรูปที่ 4



รูปที่ 4 จำนวนรายการเบิกยาด่วนฉุกเฉิน คลังยาอยู่ทุกคลังในโรงพยาบาลมหาสารคาม

## อภิปรายผล

ผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พบว่าการพัฒนาระบบการบริหารคลังเวชภัณฑ์ยาอยู่ โดยใช้ข้อมูลการสั่งใช้ยาของแพทย์ งานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก นำข้อมูลมาใช้ในการคำนวณปริมาณความต้องการยาสำรองของคลังยาอยู่เพื่อนำไปเบิกยาเตรียมพร้อมการบริการให้ผู้ป่วยนอกได้ สามารถลดเวลาการทำงานได้ 9.25 ชั่วโมง/สัปดาห์ สอดคล้องกับการศึกษาของจักริน สมบูรณ์จันทร์<sup>(9)</sup> ได้ทำการศึกษานำเรื่องสั้น และระบบดิจิทัลมาใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพการเบิกยา ที่คลังยาอยู่ของโรงพยาบาลวังทอง เพื่อลดขั้นตอนในการการเติมยา และลดภาระงานของเจ้าพนักงานเภสัชกรรม พบว่าระบบการเติมยาให้คลังย้อยจากข้อมูลโปรแกรมบริการเป็นแนวคิดที่ดี ช่วยให้ระบบมีความกระชับ รวดเร็ว และคล่องตัวขึ้น ลดเวลาได้ 3-4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ จากการศึกษาได้ลดการสูญเปล่าที่เกิดขึ้นในขั้นตอนการทำงาน และการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการกระบวนการเบิกยา มียาพร้อมใช้ ทำให้ลดการเบิกยาด่วนฉุกเฉินทั้งจำนวนครั้งและจำนวนรายการเบิกยาด่วน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังส่งผลให้ลดเวลาที่ใช้ในการเบิกยาลดลง มูลค่าการสำรองยาลดลง 8,571,134.49 บาท ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรณิดา จิตมณี<sup>(10)</sup> ได้ศึกษาเปรียบเทียบระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ ในกระบวนการเบิกจ่ายยาและเวชภัณฑ์ต่อรอบการเบิก ก่อนและหลังพัฒนา โดยนำเทคโนโลยีสารสนเทศ และระบบการบริหารสินค้าคงคลังโดยผู้ขาย Vendor Managed Inventory มาประยุกต์ใช้ ณ สถาบันราชประชาสมาสัย มีผลทำให้ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาที่ใช้ในกระบวนการเบิกจ่ายยา และเวชภัณฑ์ต่อรอบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสามารถลดระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในกระบวนการทำงานได้ 2,455 นาที และมีมูลค่าสำรองยาและเวชภัณฑ์เฉลี่ย 3,797,706.25 บาทต่อเดือน ลดเหลือ 1,851,835.88 บาทต่อเดือน คิดเป็นมูลค่า 1,945,870.37 บาทต่อเดือน (ลดลงร้อยละ 51.23) นอกจากนี้ ศุภชัยและพิชญา<sup>(11)</sup> ได้ศึกษาการเบิกยาด่วนภายในห้องจ่ายยาอยู่ ห้องยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ พบว่าการเบิกยาด่วนเป็นกระบวนการที่ไม่เพิ่มคุณค่า ซึ่งสามารถแก้ไขได้จากการนำข้อมูล

อัตราการใช้จ่ายมาจัดการบริหารคลังให้มีประสิทธิภาพ โดยการปรับลดจำนวนรายการ จำนวนยาคลัง ให้เหมาะสมกับอัตราการใช้จริง ในระยะเวลา 6 เดือน การเบิกยาด่วนมีแนวโน้มลดลงร้อยละ 23 นอกจากนี้ยังพบว่ามูลค่าการเบิกยาต่อสัปดาห์ และจำนวนรายการยาที่เบิกยาต่อสัปดาห์ มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเล็กน้อย

### ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อจำกัด ได้แก่ ในกรณีที่มีการใช้ยาหรือยืมยาข้ามห้องยาที่ให้บริการ จำเป็นต้องโอนข้อมูลทั้งชื่อยา จำนวนยา และเลขการผลิตยาในโปรแกรมการบริหารคลังเวชภัณฑ์ (INV) ให้ครบถ้วนและถูกต้อง มิฉะนั้นยาจะยังคงปรากฏอยู่ในคลังของโปรแกรม INV ทำให้ปริมาณการเบิกที่คำนวณได้ต่ำกว่าความเป็นจริง และไม่มีข้อมูลการจ่ายยาจากคลังนั้น ๆ ส่งผลให้อัตราการใช้จ่ายที่คำนวณได้ต่ำกว่าความเป็นจริง โดยเฉพาะนอกเวลาราชการที่คลังไม่ได้เปิดให้บริการ อาจเป็นไปได้ยากที่จะได้ข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์ อย่างไรก็ตาม ปริมาณยาที่ตลาดเคลื่อนดังกล่าวนั้นมีจำนวนน้อย นอกจากนี้ ในกรณีห้องยาศูนย์แพทย์สามัคคี ซึ่งเป็นห้องยาระดับตติยภูมิ กรอบบัญชียาน้อยกว่าห้องยาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ บางครั้งผู้รับบริการมาติดต่อขอรับยาตามที่แพทย์เฉพาะทางสั่ง ซึ่งไม่ได้สำรองไว้ในคลังยาศูนย์แพทย์สามัคคี จึงจ่ายได้เฉพาะยาที่อยู่ในกรอบบัญชีตติยภูมิ และให้ผู้รับบริการนำสติกเกอร์ยาและเอกสารส่งต่อไปรับยาเพิ่มเติมที่ห้องยาในโรงพยาบาล โดยไม่ต้องผ่านห้องตรวจใหม่ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลในระบบจ่ายยาผู้ป่วยนอกจะประมวลผลว่ามีการให้บริการที่ห้องยาสามัคคี แต่จะไม่ตัดสต็อกจากคลังยาย่อยของห้องยาผู้ป่วยนอก ทำให้ปริมาณยาจริงต่ำกว่าที่แสดงในโปรแกรมบริหารเวชภัณฑ์ ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกรณีการใช้ยาหรือยืมยาข้ามห้อง ดังนั้น หากสามารถปฏิบัติได้ ควรมีการบันทึกข้อมูลดังกล่าวให้ครบถ้วน แล้วจึงนำมาโอนตัดจ่ายในโปรแกรม INV ต่อไป

### สรุปผลการศึกษา

การใช้ข้อมูลการสั่งใช้ยาของแพทย์ สามารถนำมาใช้ในการคำนวณปริมาณความต้องการยาสำรองที่คลังยาย่อยได้อย่างเหมาะสม เป็นปัจจุบัน รวมถึงการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงกระบวนการการทำงานใหม่ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารเวชภัณฑ์คลังยาย่อย ลดขั้นตอนกระบวนการสูญเสียเปล่า ลดเวลา ลดภาระงาน มียาที่สำรองเพียงพอในการให้บริการ และลดมูลค่าการสำรองยา ทั้งยังสามารถขยายผลและพัฒนาเป็นต้นแบบสำหรับทุกคลังยาย่อยภายในโรงพยาบาลได้ในอนาคต

### ข้อเสนอแนะ

จากการพัฒนาระบบการบริหารคลังเวชภัณฑ์ คลังยาย่อยห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก โดยใช้ข้อมูลการสั่งใช้ยาของแพทย์ มาเป็นข้อมูลอ้างอิงเพื่อกำหนดปริมาณที่ต้องการใช้ แต่ยังคงต้องใช้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบประมาณการปริมาณที่จะเบิกยาเพื่อนำมาสำรองให้เพียงพอ ใช้เวลาในการเบิกยา หากสามารถนำเทคโนโลยีหรือโปรแกรมสำเร็จมาใช้ในการเบิกยาแทนโดยไม่จำเป็นต้องให้เจ้าหน้าที่คลังยาย่อยเบิกยา คลังยาใหญ่เติมยาเพิ่มเฉพาะในส่วนที่มีการใช้จริง และปรับระบบการเบิกจ่ายให้จ่ายยาจริงตรงกับข้อมูลที่ตัดจ่ายในระบบโปรแกรมจ่ายยาผู้ป่วยนอก เป็นที่น่าสนใจว่า จะสามารถลดอัตราคลังและลดภาระงาน หรือลดขั้นตอนการทำงานของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานได้หรือไม่ รวมถึงจะสามารถลดมูลค่าสำรองยาได้มากขึ้น ผู้วิจัยจึงควรมีการศึกษาในประเด็นนี้เพื่อนำมาพัฒนาประสิทธิภาพของการบริหารคลังเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาล รวมทั้งผู้เกี่ยวข้องควรขยายผลนำไปเป็นแนวทางปฏิบัติทุกคลังยาย่อยทั้งโรงพยาบาลต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย). มาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมโรงพยาบาล พ.ศ. 2566-2570. [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 14 มิถุนายน 2567] เข้าถึงได้จาก: <https://heyzine.com/flip-book/918a88b264.html>
2. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2564.
3. ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุขDMSIC. นโยบายการพัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหารเวชภัณฑ์. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 25 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmsic.moph.go.th/>
4. งานบริหารทรัพยากรสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. หลักการสำคัญ 5 ประการของแนวคิด Lean. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 14 พฤษภาคม 2567] เข้าถึงได้จาก: <https://www.si.mahidol.ac.th/th/division/um/>
5. โกศล ดีศีลธรรม. เพิ่มศักยภาพการแข่งขันด้วยแนวคิดลีน. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ซีเ็ด; 2547.
6. บรรณสรณ์ เตชะจำเริญสุขและชัชชินทร์ อัจฉานนท์. การบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์เพื่อคุณภาพระบบยาและความปลอดภัยโรงพยาบาล. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: [https://www.researchgate.net/publication/343808847\\_Review\\_article\\_karbriharkhlangyalaeawechphanthpheuxkhunphaphrabbyalaeakhwamplxdphayrongphyabal\\_bthkhwamkarsuksatxneuxngthangphesachsastr/link/5f408f0ca6fdcccc43e48dc5/download](https://www.researchgate.net/publication/343808847_Review_article_karbriharkhlangyalaeawechphanthpheuxkhunphaphrabbyalaeakhwamplxdphayrongphyabal_bthkhwamkarsuksatxneuxngthangphesachsastr/link/5f408f0ca6fdcccc43e48dc5/download)
7. โรงพยาบาลมหาสารคาม. บันทึกขออนุมัติเผยแพร่ประกาศแผนปฏิบัติการที่ได้รับอนุมัติประจำปี 2568. [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 23 กันยายน 2567] เข้าถึงได้จาก: <https://www.mkh.moph.go.th/th/>
8. งานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ. แผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2568. ครั้งที่ 1. มหาสารคาม: โรงพยาบาลมหาสารคาม; 2567.
9. จักริน สมบูรณ์จันทร์. การปรับปรุงระบบการเติมคลังยาย่อย. วารสารสมาคมเวชสารสนเทศไทย. 2564;1:35-40.
10. รมิดา จิตมณี. การพัฒนาระบบบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ สถาบันราชประชาสมาสัย. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. 2566;7(2):24-38.
11. ศุภชัย อนุรัตน์พานิช และพิชญา โตเลิศมงคล. ลดปริมาณการเบิกยาด่วนภายในห้องยาย่อย โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์. ใน Survival of Hospital in an Era of Pharmacy Shortages; การประชุมวิชาการสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย); 14-16 พฤษภาคม 2568; กรุงเทพมหานคร. สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย); 2568.
12. ลักขณา รินทะไชย. การพัฒนาระบบบริหารคลังเวชภัณฑ์ยา โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2565-2566. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8(4):834-841.

13. ชมพูนุท พัฒนจักร. สถานการณ์และปัญหาการปฏิบัติงานของการบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: กรณีศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม.เภสัชกรรมคลินิก.2566;29(1): 39-49.
14. Jean Mcniff and Jack Whitehead.You and your action research project.3<sup>rd</sup> ed.New York:Routledge;2010.
15. ดนุสิน เจริญ.Action Research สำหรับการวิจัยการเปลี่ยนแปลงองค์กร.บริหารธุรกิจ นิда. 2550;3(1):43-53.
16. วีระยทธ ชาศะกาญจน์.การวิจัยเชิงปฏิบัติการ .วิชา วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครศรีธรรมราช. 2553;29(1):1-7.

## ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลการคลอดปกติของพยาบาลห้องคลอด Factors Predicting the Behaviors of Evidence-based Practice in Normal Labor Care of Intrapartum Nurses

วิลาลินี บุตรศรี<sup>1\*</sup>, เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย<sup>2</sup>, จันทิมา นวมะวัฒน์<sup>3</sup>

Wilasinee Bootsri<sup>1</sup>, Premruetai Noimuenwai<sup>2</sup>, Juntima Nawamawat<sup>3</sup>

<sup>1</sup>นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

<sup>2</sup>ปร.ด. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

<sup>3</sup>ส.ด. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

<sup>1</sup>Master's Student in Nursing Science, School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University

<sup>2</sup>Ph.d., Assistant Professor, School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University

<sup>3</sup>Dr.P.H., Assistant Professor, Bormrajonani College of Nursing Sawanpracharak Nakhonsawan, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute

Corresponding Author: \*wilasinee0590@gmail.com

Received: 16 December 2024 Revised: 13 August 2025 Accepted: 16 August 2025

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลการคลอดปกติของพยาบาลห้องคลอด

**รูปแบบและวิธีวิจัย :** การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Analytical Cross-sectional Study) กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลห้องคลอดในเขตสุขภาพที่ 3 จำนวน 155 คน ที่ได้จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น ระหว่าง 1 มิถุนายน 2567 ถึง 31 กรกฎาคม 2567 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ (1) ข้อมูลส่วนบุคคล (2) ทักษะ (3) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (4) การรับรู้ความสามารถในการควบคุม (5) ความรู้เกี่ยวกับใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และ (6) พฤติกรรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอน

**ผลการศึกษา :** กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมอยู่ในระดับสูง ส่วนความรู้เกี่ยวกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และพฤติกรรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ อยู่ในระดับปานกลาง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายความแปรปรวนของพฤติกรรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ได้ร้อยละ 11 ( $R^2=0.11$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.001$ )

**สรุปผลการศึกษา :** การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการดูแลการคลอดปกติสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลการคลอดปกติ

**คำสำคัญ :** การดูแลการคลอดปกติ, พยาบาลห้องคลอด, พฤติกรรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

---

**ABSTRACT**

**Objective :** To identify factors predicting evidence-based practice (EBP) behaviors in normal labor care among intrapartum nurses.

**Methods :** This analytical cross-sectional study employed stratified random sampling to recruit 155 delivery room nurses from Health Region 3 between June 1, 2024 and July 31, 2024. Data were collected using a structured questionnaire consisting of six parts: (1) Personal information, (2) Attitudes, (3) Conformity to reference groups, (4) Perceived behavioral control, (5) Knowledge regarding EBP, and (6) EBP behaviors. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression.

**Results :** Participants demonstrated high levels of attitude towards reference groups and perceived behavioral control, whereas knowledge of EBP and EBP behaviors were at moderate levels. Conformity to reference groups significantly predicted 11% of the variance in EBP behaviors ( $R^2=0.11$ ,  $p<0.001$ ).

**Conclusion :** Conformity to reference groups in normal labor care is a significant predictor of EBP behaviors among intrapartum nurses.

**Keywords :** Evidence-based practice, Intrapartum nurses, Normal labor care

## บทนำ

สุขภาพของมารดาและทารกเป็นดัชนีชี้วัดสำคัญของคุณภาพระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ จากการสำรวจของกรมอนามัยในปีงบประมาณ 2566 พบว่าอัตราการเสียชีวิตของมารดาในเขตสุขภาพที่ 3 สูงถึงร้อยละ 47.42 ซึ่งจัดว่าเป็นอันดับหนึ่งของประเทศ<sup>(1)</sup> การวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มมารดาทารกในเขตสุขภาพที่ 3 เผยให้เห็นว่าสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของมารดาทารกส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71.43) มาจากสาเหตุทางอ้อมที่หลากหลาย ซึ่งรวมถึงปัญหาจากระบบบริการและการตัดสินใจเข้าถึงบริการของผู้ป่วย บุคลากรขาดทักษะและประสบการณ์ในการตัดสินใจและการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ การปรับมาตรฐานการดูแลการฝากครรภ์ที่ส่งผลให้การปฏิบัติไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด และการขาดการติดตามประเมินผลเพื่อให้ได้มาตรฐานงานอย่างต่อเนื่อง<sup>(2)</sup> ปัจจัยเหล่านี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการยกระดับคุณภาพของการดูแลมารดาและทารก เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต และส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น

หนึ่งในแนวทางสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยคือการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice; EBP) มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล EBP เป็นกระบวนการที่เน้นการบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดที่ได้จากงานวิจัยที่มีการออกแบบอย่างดี หรือหลักฐานอื่น ๆ ที่น่าเชื่อถือ ร่วมกับข้อมูลค่านิยม ความเชื่อของผู้รับบริการหรือผู้ป่วย และความเชี่ยวชาญทางคลินิกของผู้ปฏิบัติการ เพื่อประกอบการตัดสินใจเลือกการดูแลที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ<sup>(3)</sup> ผู้ให้บริการจึงต้องมีความรู้อย่างชัดเจน และสามารถให้การดูแลที่สอดคล้องกับบริบทและทรัพยากรที่มีอยู่<sup>(4)</sup> สถานพยาบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญนี้ โดยได้กำหนดไว้ในมาตรฐานการพยาบาล พ.ศ. 2562 ว่าพยาบาลต้องมีความสามารถในการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการวางแผนการพยาบาล การแก้ปัญหาด้านสุขภาพของผู้รับบริการ รวมถึงการประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับความรู้ด้านวิจัยในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>(5)</sup>

แม้ว่า EBP จะมีความสำคัญอย่างยิ่ง แต่การนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาปรับใช้ในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพยังคงเผชิญกับความท้าทาย การแสดงพฤติกรรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลนั้น มีปัจจัยกำหนดหลายประการ ทั้งปัจจัยภายในที่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคลทางการพยาบาล เช่น ทักษะ และปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม การที่พยาบาลวิชาชีพยังไม่สามารถนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาปรับใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างเต็มที่ อาจเป็นส่วนหนึ่งที่ส่งผลต่อคุณภาพของการดูแลการคลอดปกติ และเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาอัตราการเสียชีวิตของมารดาได้

เพื่อทำความเข้าใจพฤติกรรมการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ให้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น งานวิจัยนี้จึงได้นำแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior; TPB) ของ Ajzen<sup>(6)</sup> มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาทฤษฎี TPB อธิบายว่าการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมใด ๆ นั้น จะมีปัจจัยที่เป็นตัวกำหนด 3 ประการหลัก ได้แก่ 1) ทักษะต่อพฤติกรรม (Attitude toward the behavior) 2) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective norm) และ 3) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived behavioral control) นอกจากนี้ปัจจัยเหล่านี้แล้วความรู้อย่างยิ่งถือเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย<sup>(7)</sup> กรอบแนวคิดนี้ช่วยให้สามารถวิเคราะห์และทำความเข้าใจปัจจัยที่ขับเคลื่อนหรือเป็นอุปสรรคต่อการนำ EBP ไปปฏิบัติในบริบททางคลินิกได้ครอบคลุมยิ่งขึ้น

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติงาน และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลการคลอดปกติของพยาบาลห้องคลอดโรงพยาบาลในสังกัดเขตสุขภาพที่ 3 โดยการศึกษาจะใช้แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ซึ่งประกอบด้วยตัวแปร ได้แก่ ทักษะ

ต่อการดูแลการคลอดปกติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการดูแลการคลอดปกติ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการดูแลการคลอดปกติ และความรู้เกี่ยวกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ในการวางแผนกลยุทธ์เพื่อพัฒนาคุณภาพในการดูแลการคลอดปกติให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ส่งเสริมให้พยาบาลมีการปฏิบัติการดูแลผู้คลอดปกติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มากขึ้น และเตรียมความพร้อมขององค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาบูรณาการร่วมกับการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่องในอนาคต

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลการคลอดปกติของพยาบาลห้องคลอด

### รูปแบบและวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Analytical Cross-sectional Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลห้องคลอด โรงพยาบาลในสังกัดเขตสุขภาพที่ 3 จำนวน 24 แห่ง 168 คน  
 กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลห้องคลอด ที่ไม่ใช่หัวหน้างานและปฏิบัติงานที่ห้องคลอดมากกว่า 1 ปี คำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G\*Power 3.1.9.7 กำหนดค่า Effect size ระดับกลาง=0.15  $\alpha$ =0.05 Power=0.95 Number of predictors=4 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 129 คน และเพื่อป้องกันการได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วน หรือการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกอย่างน้อยร้อยละ 20 รวมทั้งสิ้นเท่ากับ 155 คน ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณตามสัดส่วนของพยาบาลแต่ละโรงพยาบาล โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ตามขนาดของโรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง ขนาดใหญ่ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ หลังจากนั้นสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับสลากเลขลำดับสายการบังคับบัญชาของพยาบาลห้องคลอดแต่ละโรงพยาบาล แบบไม่ใส่คืน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 6 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ขนาดของโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน การอบรมหลักสูตรเฉพาะทางด้านการผดุงครรภ์ระยะสั้น 4 เดือน การอบรมเชิงปฏิบัติการด้านการวิจัย หรือ R2R ประสบการณ์การทำงานในห้องคลอด และตำแหน่งงาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติต่อการดูแลการคลอดปกติ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของ Ajzen<sup>(6)</sup> ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม มีคำถามจำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยคำถามทั้งเชิงบวก 6 ข้อ และเชิงลบ 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 7 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ค่อนข้างไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยพอ ๆ กัน เห็นด้วยเล็กน้อย ค่อนข้างเห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนนตั้งแต่ 1-7 คะแนน คำถามเชิงลบให้คะแนนตรงกันข้ามกับเชิงบวก คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 10-70 คะแนน คะแนนยิ่งมาก หมายถึง มีทัศนคติต่อการดูแลการคลอดปกติอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการดูแลการคลอดปกติ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของ Ajzen<sup>(6)</sup> ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยคำถามจำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 7 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ค่อนข้างไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย เห็นด้วยและไม่เห็นด้วย

ด้วยพอ ๆ กัน เห็นด้วยเล็กน้อย ค่อนข้างเห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 4-28 คะแนน คะแนนยิ่งมาก หมายถึง มีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการดูแลการคลอดปกติอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการดูแลการคลอดปกติ ผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดของ Ajzen<sup>(6)</sup> ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยคำถามจำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 7 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ค่อนข้างไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยพอ ๆ กัน เห็นด้วยเล็กน้อย ค่อนข้างเห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 4-28 คะแนน คะแนนยิ่งมาก หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการดูแลการคลอดปกติอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม มีคำถามจำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเชิงบวก 8 ข้อ คำถามเชิงลบ 2 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น ถูก ผิด และไม่แน่ใจ การให้คะแนน ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่แน่ใจให้ 0 คะแนน คำถามเชิงลบให้คะแนนตรงกันข้ามกับเชิงบวก ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน คะแนนยิ่งมาก หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลการคลอดปกติ ผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดของ Ajzen<sup>(6)</sup> ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยคำถามจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 3 ระดับ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบโดยการ ให้คะแนนตั้งแต่ 1-3 คะแนน คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 20-60 คะแนน คะแนนยิ่งมาก หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลการคลอดปกติอยู่ในระดับสูง

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) ได้ดังนี้ แบบสอบถามทัศนคติต่อการดูแลการคลอดปกติ เท่ากับ 1.00 แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการดูแลการคลอดปกติ เท่ากับ 0.93 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการดูแลการคลอดปกติ เท่ากับ 1.00 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เท่ากับ 1.00 และแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลการคลอดปกติ เท่ากับ 0.96 การหาความเที่ยงของเครื่องมือการวิจัย (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการพิจารณาความตรงตามเนื้อหา และผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลเขตติดต่อกับโรงพยาบาลในสังกัดเขตสุขภาพที่ 3 จำนวน 30 คน แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ นำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson 20; KR-20) ได้ค่าเท่ากับ 0.84 ส่วนแบบสอบถามทัศนคติต่อการดูแลการคลอดปกติ แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการดูแลการคลอดปกติ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการดูแลการคลอดปกติ และแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลการคลอดปกติ นำมาคำนวณ หาค่าของความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) และได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.87, 0.82, 0.95, และ 0.96 ตามลำดับ

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการดำเนินการโดย จัดทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล ส่งหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลพร้อมแนบตัวอย่างแบบสอบถาม และเอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ติดต่อกับหัวหน้างาน

ห้องคลอด เพื่อให้หัวหน้างานห้องคลอดส่งลิงก์ (Link) แบบสอบถามออนไลน์ (Google Forms) ไปยังพยาบาลห้องคลอดที่ถูกสุ่มให้ทำแบบสอบถาม ซึ่งในแบบสอบถามออนไลน์จะมีคำชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของการตอบแบบสอบถาม การพิทักษ์สิทธิ์ในการเข้าร่วมวิจัย และขอความยินยอมก่อนตอบแบบสอบถาม พร้อมกับแจ้งหัวหน้างานห้องคลอดขอปิดรับการตอบแบบสอบถามภายในเวลา 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นนำออกข้อมูล (Export) ที่ได้จากการตอบแบบสอบถามออนไลน์มารวบรวมเพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วน และนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$  โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลทัศนคติต่อการดูแลการคลอดปกติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการดูแลการคลอดปกติ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการดูแลการคลอดปกติ ความรู้เกี่ยวกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และพฤติกรรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลการคลอดปกติ ใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย

3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลการคลอดปกติ ใช้สถิติการถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก (SPRNW-REC 006/2024) และโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ (CEO37/2567)

### ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 145 คน อายุเฉลี่ย 37 ปี ( $SD=9.23$ ) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 97.20 ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการคิดเป็นร้อยละ 62.76 รองลงมาปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการคิดเป็นร้อยละ 33.79 สถานที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ ร้อยละ 40 มีประสบการณ์การทำงานในห้องคลอดเป็นระยะเวลา 1-10 ปี ร้อยละ 46.9 ส่วนใหญ่ไม่เคยผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะสาขากการผดุงครรภ์ระยะสั้น 4 เดือน และการอบรมเชิงปฏิบัติการด้านการวิจัย หรือ R2R คิดเป็นร้อยละ 89.70 และ 78.60 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติต่อการดูแลการคลอดปกติในระดับสูง ( $\bar{x}=53.22$ ,  $SD=8.68$ ) ค่าเฉลี่ยคะแนนการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการดูแลการคลอดปกติในระดับสูง ( $\bar{x}=21.45$ ,  $SD=4.45$ ) ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการดูแลการคลอดปกติในระดับสูง ( $\bar{x}=22.57$ ,  $SD=4.37$ ) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}=7.27$ ,  $SD=2.18$ ) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลการคลอดปกติในระดับปานกลาง ( $\bar{x}=36.32$ ,  $SD=9.85$ ) ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิสัย และระดับของทัศนคติต่อการดูแลการคลอดปกติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการดูแลการคลอดปกติ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการดูแลการคลอดปกติ ความรู้เกี่ยวกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และพฤติกรรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลการคลอดปกติ (n=145)

| ตัวแปรที่ศึกษา                                          | Range    |        | $\bar{x}$ | SD   | ระดับ   |
|---------------------------------------------------------|----------|--------|-----------|------|---------|
|                                                         | Possible | Actual |           |      |         |
| - ทัศนคติต่อการดูแลการคลอดปกติ                          | 10-70    | 17-70  | 53.22     | 8.68 | สูง     |
| - การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการดูแลการคลอดปกติ           | 4-28     | 9-28   | 21.45     | 4.45 | สูง     |
| - การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการดูแลการคลอดปกติ      | 4-28     | 4-28   | 22.57     | 4.37 | สูง     |
| - ความรู้เกี่ยวกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์             | 0-10     | 2-10   | 7.27      | 2.18 | ปานกลาง |
| - พฤติกรรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลการคลอดปกติ | 20-60    | 20-60  | 36.32     | 9.85 | ปานกลาง |

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการดูแลการคลอดปกติเป็นเพียงตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลการคลอดปกติได้ร้อยละ 11 ( $R^2=0.113$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p<0.001$  ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลการคลอดปกติ (n=145)

| ปัจจัย                                                        | R     | $R^2$ | B     | Beta  | t     | p-value |
|---------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|---------|
| การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการดูแลการคลอดปกติ                   | 0.337 | 0.113 | 0.149 | 0.337 | 4.277 | <0.001  |
| ค่าคงที่=1.016, Adjusted $R^2=0.107$ , $F=18.294$ , $p<0.001$ |       |       |       |       |       |         |

## อภิปรายผล

### การศึกษาเชิงพรรณนา

1) พยาบาลห้องคลอดมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติต่อการดูแลการคลอดปกติอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x}=53.22$ ,  $SD=8.68$ ) อาจเนื่องจากพยาบาลห้องคลอดมีความเชื่อว่าการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลการคลอดปกติจะเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้คลอด กล่าวคือลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน แสดงให้เห็นถึงการพยาบาลที่มีคุณภาพ มีมาตรฐาน ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Alqahtani et al.<sup>(8)</sup> ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ ทัศนคติ และการนำ EBP ไปใช้ของพยาบาลพยาบาลในซาอุดีอาระเบีย และ Al-Busaidi et al.<sup>(9)</sup> ได้ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และการนำแนวปฏิบัติที่อิงหลักฐาน EBP ไปใช้ในพยาบาลประเทศโอมาน ซึ่งพบว่า ทัศนคติต่อการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับสูง

2) พยาบาลห้องคลอด มีค่าเฉลี่ยคะแนนการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการดูแลการคลอดปกติอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x}=21.45$ ,  $SD=4.45$ ) อาจเนื่องจากพยาบาลห้องคลอดรับรู้ความต้องการหรือความคาดหวังของกลุ่ม

อ้างอิง ว่าต้องการให้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลการคลอดปกติ จึงเกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามความต้องการหรือความคาดหวังนั้น ถ้าเพื่อนร่วมงานในห้องคลอด เพื่อนพยาบาลในแผนกอื่น แพทย์ อาจารย์พยาบาลและนักศึกษาที่ฝึกปฏิบัติงาน ต่างใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาลหรือการรักษาคนไข้ ก็จะทำให้การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์กลายเป็นส่วนสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ภานุพงศ์ ศรีทิพย์และคณะ<sup>(10)</sup> ได้ศึกษาความตั้งใจและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย พบว่าการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับสูง

3) พยาบาลห้องคลอดมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการดูแลการคลอดปกติโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x}=22.57$ ,  $SD=4.37$ ) อาจเนื่องจากพยาบาลห้องคลอดเชื่อว่าสามารถแสดงพฤติกรรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ได้ เช่น สามารถที่จะสืบค้นข้อมูลงานวิจัยจากทางอินเทอร์เน็ต เนื่องจากปัจจุบันการเข้าถึงข้อมูลต่าง ๆ สามารถทำได้ง่าย มีการศึกษาเอกสารเพื่อใช้ในการดูแลผู้คลอดจากคู่มือปฏิบัติการพยาบาล (Nursing handbook) คู่มือการพยาบาล (Nursing protocol) แผนการดูแล (Care map) และแนวทางปฏิบัติการพยาบาล (Clinical nursing practice guidelines) นอกจากนี้การได้พูดคุยแลกเปลี่ยนกับแพทย์ผู้ร่วมปฏิบัติงานรวมถึงอาจารย์พยาบาลที่มาดูแลนักศึกษาขณะฝึกปฏิบัติงาน ส่งเสริมให้พยาบาลห้องคลอดเกิดความมั่นใจในการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการดูแลการคลอดปกติ สอดคล้องกับงานวิจัยของมารีสา ลาภเพิ่มทรัพย์ และคณะ<sup>(11)</sup> ได้ศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดของหญิงครรภ์แรก พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอดอยู่ในระดับสูง

4) พยาบาลห้องคลอดมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}=7.27$ ,  $SD=2.18$ ) พบว่าจำนวนพยาบาลร้อยละ 56.55 มีความรู้เกี่ยวกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์อยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก สภาการพยาบาลของประเทศไทยได้มีการกำหนดบทบาทและสมรรถนะหลักของวิชาชีพพยาบาล ให้มีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยตั้งแต่ปี 2552 และหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตได้บรรจุเรื่องการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาลไว้ในการเรียนรู้การสอน<sup>(12)</sup> จึงทำให้พยาบาลห้องคลอดมีความรู้เรื่องการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และจากข้อมูลส่วนบุคคล พบว่าพยาบาลห้องคลอดอายุอยู่ระหว่าง 20-30 ปี ร้อยละ 31.7 อายุอยู่ระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 30.3 รวมเป็นร้อยละ 62 เป็นกลุ่มคนที่อยู่ระหว่างหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตได้บรรจุเรื่องการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาลไว้ในการเรียนรู้การสอน ค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์โดยรวมอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรลดา อารังกาญจน์ และคณะ<sup>(13)</sup> ศึกษาหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการดูแลการคลอดปกติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่าความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลห้องคลอดอยู่ในระดับสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Li et al.<sup>(14)</sup> ได้ศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมต่อการปฏิบัติการพยาบาลโดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการศึกษา EBP ของพยาบาลจิตเวชชาวจีน และ Kaseka & Mbakaya<sup>(15)</sup> ศึกษาความรู้ ทักษะ และการนำแนวปฏิบัติ EBP ไปใช้ของพยาบาลผดุงครรภ์ที่ประเทศมาลาวี พบว่าความรู้เกี่ยวกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลจิตเวชและพยาบาลผดุงครรภ์อยู่ในระดับดี

5) พฤติกรรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลการคลอดปกติ พบว่าพยาบาลห้องคลอดมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลการคลอดปกติอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}=36.32$ ,  $SD=9.85$ ) อาจอธิบายได้ว่า พฤติกรรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลการคลอดปกติในพยาบาลห้องคลอด ต้องสามารถอ่านงานวิจัย ทำการวิเคราะห์/สังเคราะห์ และประเมินคุณภาพหลักฐานเชิง

ประจักษ์งานวิจัยทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ซึ่งการใช้ภาษาอังกฤษเป็นอุปสรรคของการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ กิตติยารัตน์ ต้นสุวรรณ และคณะ<sup>(16)</sup> ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ทศนคติและประสบการณ์การวิจัยต่อการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่าสิ่งที่เป็อุปสรรคมากที่สุดคืองานวิจัยที่เป็นภาษาอังกฤษเพราะเข้าใจยาก เช่นเดียวกับการศึกษาของ Khammarnia et al.<sup>(17)</sup> ศึกษาเกี่ยวกับอุปสรรคในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในโรงพยาบาลเมืองซาเฮดาน ประเทศอิหร่าน พบว่าพยาบาลไม่มีความชำนาญในการใช้ภาษาอังกฤษ และสอดคล้องกับจากการศึกษาสภาพการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมทักษะศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี ของกมลรัตน์ เทอร์เนอร์และคณะ<sup>(18)</sup> พบว่านักศึกษาพยาบาลมีทักษะภาษาอังกฤษไม่ดีนัก โดยเฉพาะการอ่านและการเขียนภาษาอังกฤษ และจากการติดตามประเมินผลคุณภาพบัณฑิตพยาบาลหลังสำเร็จการศึกษาจากโรงพยาบาลต่าง ๆ พบว่า บัณฑิตมีสมรรถนะด้านภาษาอังกฤษระดับน้อยถึงปานกลาง

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลการคลอดปกติ

1) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการดูแลการคลอดปกติ ผลการวิจัย พบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการดูแลการคลอดปกติ สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลการคลอดปกติ ได้ร้อยละ 11 ( $R^2=0.11$ ,  $p<0.001$ ) ผลการศึกษานี้เป็นไปตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen<sup>(6)</sup> นั่นคือพยาบาลห้องคลอดที่มีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการดูแลการคลอดปกติสูง จะมีพฤติกรรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลการคลอดปกติสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากนโยบายการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาลของกลุ่มการพยาบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล ซึ่งในแต่ละโรงพยาบาลต้องการเป็นองค์กรที่ต้องการการรับรองกระบวนการคุณภาพมาตรฐานจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (Healthcare Accreditation) ทำให้พยาบาลเกิดแรงกดดันทางสังคม หมายความว่า หากกลุ่มเพื่อนร่วมงาน ให้ความสำคัญกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ พยาบาลก็จะมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมปฏิบัติตาม เนื่องจากต้องการได้รับการยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kelly et al.<sup>(19)</sup> พบว่าการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการรักษาผู้ติดยาเสพติดสามารถทำนายพฤติกรรมความตั้งใจการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของผู้ปฏิบัติงานในสถานบำบัดผู้ติดยาเสพติดได้ ส่วน Korteisto et al.<sup>(20)</sup> พบว่าเพื่อนร่วมวิชาชีพ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความตั้งใจของพยาบาลในการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2) ทศนคติต่อการดูแลการคลอดปกติ ผลการวิจัย พบว่าทศนคติต่อการดูแลการคลอดปกติไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลการคลอดปกติได้ ผลการศึกษานี้ไม่เป็นไปตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen<sup>(6)</sup> นั่นคือพยาบาลห้องคลอดมีทศนคติต่อการดูแลการคลอดปกติสูง แต่ไม่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลการคลอดปกติ ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kelly et al.<sup>(19)</sup> ที่พบว่า ทศนคติสามารถทำนายพฤติกรรมความตั้งใจการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของของผู้ปฏิบัติงานในสถานบำบัดผู้ติดยาเสพติดได้ และงานวิจัยของ Korteisto et al.<sup>(20)</sup> ที่พบว่า ทศนคติเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจของพยาบาลในการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Li et al.<sup>(14)</sup> ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลจิตเวช พบว่าทศนคติเป็นปัจจัยที่ช่วยทำนายพฤติกรรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ทั้งนี้อาจเนื่องจาก พยาบาลห้องคลอดมีมุมมองต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ ถึงแม้ว่าภาพรวมจะมีทศนคติต่อการดูแลการคลอดปกติระดับสูง แต่มีบางประเด็นที่มุมมองต่อการใช้

หลักฐานเชิงประจักษ์ไม่สูง เช่น การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้คลอดเป็นสิ่งยุ่งยากสำหรับพยาบาล การดูแลผู้คลอดโดยใช้ผลงานวิจัยใหม่ ๆ มีความยุ่งยากเสียเวลา การที่พยาบาลห้องคลอดมองว่าเป็นสิ่งยุ่งยาก และเสียเวลา อาจเนื่องมาจากการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ต้องประกอบด้วย การสืบค้นงานวิจัย การอ่านงานวิจัยที่เป็นภาษาอังกฤษ ซึ่งพยาบาลค่อนข้างมีภาระงานมาก ประกอบกับไม่ชำนาญภาษาอังกฤษ แม้จะมีทัศนคติที่ดีแต่ก็อาจส่งผลให้ไม่แสดงพฤติกรรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ได้ เนื่องจากทัศนคติเป็นความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ และการรับรู้ของบุคคลกับแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมได้ตอบในทางใดทางหนึ่งที่มีต่อข้อมูล ซึ่งพัฒนามาจากภูมิหลัง และสภาพแวดล้อมของแต่ละบุคคล หรือพยาบาลห้องคลอดมีทัศนคติต่อการดูแลการคลอดปกติไม่แตกต่างกัน จึงทำให้ปัจจัยนี้ไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนพฤติกรรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลการคลอดปกติได้ แต่ทั้งนี้ไม่ได้หมายความว่า พยาบาลห้องคลอดมีทัศนคติต่อการดูแลการคลอดปกติในเชิงบวกมากหรือน้อย ซึ่งเป็นข้อจำกัดในเรื่องการแปรผลการวัดของ เครื่องมือที่ใช้วัดตัวแปรนี้

3) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการดูแลการคลอดปกติ ผลการวิจัยพบว่า ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลการคลอดปกติได้ ซึ่งไม่เป็นไปตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen<sup>(6)</sup> นั่นคือ พยาบาลห้องคลอดมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการดูแลการคลอดปกติสูง แต่ไม่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลการคลอดปกติ ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลมีการรับรู้มีความมั่นใจในการดูแลการคลอดปกติ จากการปฏิบัติที่ได้เรียนรู้และสืบทอดกันมาจากรุ่นสู่รุ่นโดยอาศัยประสบการณ์จากการปฏิบัติงาน จึงทำให้รู้สึกว่ามี ความมั่นใจและรับรู้ความสามารถในการควบคุมการดูแลการคลอดปกติได้ จากการศึกษานี้ของ ลัดดาวัลย์ พุทธิรักษา และคณะ<sup>(21)</sup> เรื่องปัจจัยสู่ความสำเร็จของการนำหลักฐานไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล พบว่าปัจจัยด้านลักษณะพยาบาลมีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยอาศัยการปฏิบัติที่ได้จากการเรียนรู้และประสบการณ์ที่สืบทอดกันมา และพยาบาลมีปัญหาและอุปสรรคในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น ปัญหาเกี่ยวกับทัศนคติต่อกระบวนการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ ขาดทักษะและไม่มีเวลาในการสืบค้นข้อมูล รวมถึงอุปสรรคด้านภาษาอังกฤษ แม้พยาบาลจะมีความมั่นใจในการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการดูแลการคลอดปกติ แต่ปัญหาและอุปสรรคที่กล่าวมาจึงทำให้ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลการคลอดปกติได้ ผลการวิจัยนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Ominyi & Agom<sup>(22)</sup> ที่ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปปฏิบัติการพยาบาล พบว่า ความเชื่อ ความมั่นใจในความสามารถของตนเองนำไปสู่การวิเคราะห์/การสังเคราะห์ และการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วย และการศึกษาของ Guo et al.<sup>(23)</sup> ได้ศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารจัดการองค์กรทางด้านสุขภาพโดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) พบว่าการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมความตั้งใจในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดการบริหารองค์กร การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการดูแลการคลอดปกติไม่ถูกเลือกเข้าสมการทำนาย อาจเกิดจากพยาบาลห้องคลอดแต่ละคนมีการรับรู้มีความมั่นใจในการดูแลการคลอดปกติไม่แตกต่างกัน จึงทำให้ปัจจัยนี้ไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนพฤติกรรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลการคลอดปกติได้ แต่ทั้งนี้ไม่ได้หมายความว่า พยาบาลห้องคลอดมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการดูแลการคลอดปกติในเชิงบวกมากหรือน้อย ซึ่งเป็นข้อจำกัดในเรื่องการแปรผลการวัดของเครื่องมือที่ใช้วัดตัวแปรนี้

4) ความรู้เกี่ยวกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลการคลอดปกติได้ อาจเนื่องมาจากพฤติกรรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลการคลอดปกติของพยาบาล ไม่ได้เกิดขึ้นจากการมีความรู้เพียงอย่างเดียว พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เกิดจากได้ศึกษาอบรม และได้รับการบอกกล่าว เนื่องจากการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เป็นข้อกำหนดของสภาการพยาบาลว่าพยาบาลต้องมีสมรรถนะการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงนโยบายการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาลของกลุ่มการพยาบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล ทำให้พยาบาลคุ้นเคยเรื่องการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ แต่ไม่สามารถแสดงพฤติกรรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น การไม่มีเวลา ภาระงานมาก การสับสนงานวิจัย การอ่านงานวิจัยที่เป็นภาษาอังกฤษ การประเมินวิเคราะห์/สังเคราะห์งานวิจัย การพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้/ประสบการณ์กับผู้เชี่ยวชาญ เพราะขาดทักษะและความชำนาญการใช้ภาษาอังกฤษ ขาดทักษะทางด้านวิจัย ไม่เข้าใจในเรื่องสถิติ หรือการประเมินความน่าเชื่อถือของผลงานวิจัย ขาดทักษะในการสืบค้น ขาดโอกาสในการแลกเปลี่ยนความรู้ด้านวิจัยกับผู้ร่วมงาน ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่าพยาบาลห้องคลอดส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 97.2 ไม่เคยการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะสาขาการผดุงครรภ์ระยะสั้น 4 เดือน ร้อยละ 89.7 และไม่เคยอบรมเชิงปฏิบัติการด้านการวิจัย หรือ R2R ร้อยละ 78.6 การศึกษาของ Kaseka & Mbakaya<sup>(15)</sup> พบว่า การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์การวิจัยและระดับการศึกษา และจากการศึกษาของ Aynalem et al.<sup>(24)</sup> พบว่าการอบรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นปัจจัยทำนายการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการผดุงครรภ์ระยะสั้น 4 เดือน จะมีประเด็นเรื่องการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการอบรมด้วย ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Ominyi & Agom<sup>(22)</sup> ที่พบว่าความรู้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลที่มีทักษะและมีความรู้ จะสามารถใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ Li et al.; Aynalem et al.; Alqahtani et al.<sup>(8, 14, 24)</sup> พบว่าความรู้เป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาล ความรู้เกี่ยวกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ไม่ถูกเลือกเข้าสมการทำนาย อาจเกิดจากพยาบาลห้องคลอดแต่ละคนมีความรู้เกี่ยวกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ไม่แตกต่างกัน จึงทำให้ปัจจัยนี้ไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนพฤติกรรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลการคลอดปกติได้ แต่ทั้งนี้ไม่ได้หมายความว่าพยาบาลห้องคลอดมีความรู้เกี่ยวกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มากหรือน้อย ซึ่งเป็นข้อจำกัดในเรื่องการแปรผลการวัดของเครื่องมือที่ใช้วัดตัวแปรนี้

#### ข้อจำกัดของการศึกษา

- 1) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาจำกัดอยู่เฉพาะพยาบาลห้องคลอดในเขตสุขภาพที่ 3 อาจไม่สามารถสรุปอ้างอิงไปยังประชากรกลุ่มอื่นนอกเหนือจากบริบทดังกล่าว
- 2) ตัวแปรด้านทัศนคติการดูแลการคลอดปกติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการดูแลการคลอดปกติ การรับรู้ความสามารถในการควบคุม และความรู้เกี่ยวกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ถูกวัดด้วยเครื่องมือแบบสอบถามที่เป็นการประเมินตนเอง ซึ่งอาจไม่สามารถสะท้อนพฤติกรรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกิดขึ้นจริงในบริบทการปฏิบัติงานได้อย่างครบถ้วนตามความเป็นจริง
- 3) ระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลห้องคลอดไม่มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนระหว่างบุคคล ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดของเครื่องมือวัดที่อาจไม่สามารถจำแนกระดับความรู้ที่แตกต่างกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นคะแนนจากแบบสอบถามในตัวแปรเหล่านี้ อาจไม่สอดคล้องกับพฤติกรรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่พยาบาลแสดงออกจริงในสถานการณ์การดูแลผู้คลอด

4) ผลการวิเคราะห์โมเดลสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนชี้ให้เห็นว่าปัจจัยทำนายที่ใช้สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ได้เพียงประมาณร้อยละ 11 ( $R^2=0.113$ ) นั่นหมายความว่าปัจจัยส่วนใหญ่ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดังกล่าวยังไม่ได้ถูกรวมกลุ่มในการวิจัยนี้ และยังมีปัจจัยแทรกแซงอื่น ๆ อีกหลายประการที่ไม่ได้ถูกรวมศึกษาอยู่ในโมเดล ดังนั้นอำนาจในการทำนายของปัจจัยที่ค้นพบจึงค่อนข้างจำกัด

### สรุปผลการศึกษา

1. ทักษะคิดต่อการดูแลการคลอดปกติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการดูแลการคลอดปกติ และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการดูแลการคลอดปกติอยู่ในระดับสูง ส่วนความรู้เกี่ยวกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และพฤติกรรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลการคลอดปกติ อยู่ในระดับปานกลาง

2. การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการดูแลการคลอดปกติเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายความแปรปรวนของพฤติกรรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลการคลอดปกติ

### ข้อเสนอแนะ

ผู้บริหารทางการพยาบาลควรเล็งเห็นความสำคัญและสร้างทัศนคติที่ดีต่อการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ เช่น การจัดสรรในระยะเวลา การส่งเสริมให้พยาบาลในองค์กรมีพฤติกรรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยสนับสนุนให้เข้าร่วมประชุมอบรมเกี่ยวกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ทักษะด้านการวิจัย การใช้เทคโนโลยีในการสืบค้นงานวิจัย การใช้โปรแกรมเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์/ปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence; AI) ช่วยแปลภาษาอังกฤษ รวมทั้งสนับสนุนให้แต่ละหน่วยงานด้านการพยาบาลได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้เกิดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาล การทำวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาความสัมพันธ์/ปัจจัยทำนาย ระหว่างปัจจัยด้านอื่น ๆ กับพฤติกรรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลการคลอดปกติ หรือพัฒนาโปรแกรมเพื่อให้พยาบาลห้องคลอดมีพฤติกรรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลการคลอดปกติ

### เอกสารอ้างอิง

1. กองแผนงาน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน. [อินเทอร์เน็ต]; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 26 ธ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/mmr/index?year=2023>
2. ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์. รายงานการประเมินมาตรฐานการให้บริการงานอนามัยแม่และเด็ก ปีงบประมาณ 2567 [ข้อมูลภายใน]. นครสวรรค์: ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์; 2567.
3. พงศ์คำ ตีลกสกุลชัย. การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์: หลักการและวิธีปฏิบัติ = Evidence-based nursing : principle and method. 6 ed. กรุงเทพฯ: พรี่-วัน.; 2554.
4. Dawes M, Summerskill W, Glasziou P, Cartabellotta A, Martin J, Hopayian K, et al. Sicily statement on evidence-based practice. BMC Med Educ. 2005;5(1):1. doi:10.1186/1472-6920-5-1
5. สภาการพยาบาล. ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง มาตรฐานการพยาบาล พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา. 2562; เล่ม 136 ตอนพิเศษ 97 ง:30-36.
6. Ajzen I. The theory of planned behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes. 1991;50(2):179-211.

7. Megersa Y, Dechasa A, Shibru A, Mideksa L, Tura MR. Evidence-based practice utilisation and its associated factors among nurses working at public hospitals in West Shoa zone, central Ethiopia: A cross-sectional study. *BMJ Open*. 2023;13(1):e063651. doi:10.1136/bmjopen-2022-063651.
8. Alqahtani N, Oh KM, Kitsantas P, Rodan M. Nurses' evidence-based practice knowledge, attitudes and implementation: A cross-sectional study. *J Clin Nurs*. 2020;29(1-2):274-83. doi: 10.1111/jocn.15097
9. Al-Busaidi IS, Al Suleimani SZ, Dupo JU, Al Sulaimi NK, Nair VG. Nurses' Knowledge, Attitudes, and Implementation of Evidence-based Practice in Oman: A Multi-institutional, Cross-sectional Study. *Oman Med J*. 2019;34(6):521-7. doi: 10.5001/omj.2019.95.
10. ภาณุพงศ์ ศรีทิพย์, อภิรติ นันทศุภวัฒน์, เพชรสุณีย์ ทั้งเจริญกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย. *วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข*. 2567;4(1):1-17.
11. มาริสา ลาภเพิ่มทรัพย์, พิริยา ฐภศรี, สุปิต ศรีอนุรัตน์. ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดของหญิงครรภ์แรก. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*. 2565;30(4):102-15.
12. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์. หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2555). นครสวรรค์: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์; 2555.
13. พัชรลดา อารังกาญจน์, วรณิ เดียว อิศเรศ, ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการดูแลการคลอดปกติ ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลห้องคลอด. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*. 2562;27(1):42-8.
14. Li C, Li L, Wang Z. Knowledge, attitude and behaviour to evidence-based practice among psychiatric nurses: A cross-sectional survey. *Int J Nurs Sci*. 2022;9(3):343-9. doi: 10.1016/j.ijnss.2022.06.016
15. Kaseka PU, Mbakaya BC. Knowledge, attitude and use of evidence based practice (EBP) among registered nurse-midwives practicing in central hospitals in Malawi: a cross-sectional survey. *BMC Nurs*. 2022;21(1):144. doi: 10.1186/s12912-022-00916-z.
16. กิตติยารัตน์ ต้นสุวรรณ, นันทวัน สุวรรณรูป, นันทิยา วัฒนาย. การรับรู้อุปสรรค การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ทศนคติและประสบการณ์การวิจัย ต่อการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*. 2562;25(2):25-40.
17. Khammarnia M, Haj Mohammadi M, Amani Z, Rezaeian S, Setoodehzadeh F. Barriers to implementation of evidence based practice in zahedan teaching hospitals, iran, 2014. *Nurs Res Pract*. 2015;2015:357140. doi: 10.1155/2015/357140

18. กมลรัตน์ เทอร์เนอร์, สมพร รักความสุข, จิตาภา เรือนใจมั่น, จิตรา สุขเจริญ, ธัญญมล สุริยานิมิตร สุข. สภาพการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมทักษะศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2559;26(2):128-41.
19. Kelly PJ, Deane FP, Lovett MJ. Using the theory of planned behavior to examine residential substance abuse workers intention to use evidence-based practices. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2012;26(3):661-4. doi:10.1037/a0027582
20. Kortteisto T, Kaila M, Komulainen J, Mäntyranta T, Rissanen P. Healthcare professionals' intentions to use clinical guidelines: a survey using the theory of planned behaviour. *Implementation Science*. 2010;5:1-10. doi:10.1186/1748-5908-5-51
21. ลัดดาวัลย์ พุทธิรักษา, รัชนีภรณ์ ทรัพย์กรานนท์, ประนอม โอทกานนท์. ปัจจัยสู่ความสำเร็จในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2559;24(3):94-103.
22. Ominyi J, Agom D. A scoping systematic review of factors influencing evidence-based practice implementation in nursing. *World Journal of Advanced Research and Reviews*. 2020;5:090-113. doi: 10.30574/wjarr.2020.5.3.0040
23. Guo R, Berkshire SD, Fulton LV, Hermanson PM. Predicting intention to use evidence-based management among US healthcare administrators: Application of the theory of planned behavior and structural equation modeling. *International Journal of Healthcare Management*. 2019;12(1):25-32. doi:10.1080/20479700.2017.1374690
24. Aynalem ZB, Yazew KG, Gebrie MH. Evidence-based practice utilization and associated factors among nurses working in Amhara Region Referral Hospitals, Ethiopia. *PLOS ONE*. 2021;16(3):e0248834. doi:10.1371/journal.pone.0248834