

กระทรวงสาธารณสุข
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

E – ISSN: 2985-1823

วารสารวิชาการ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

Journal of the Office of Disease Prevention and Control 9 Nakhon Ratchasima

ปีที่ 32 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – เมษายน 2569 (Volume 32 Number 1 January – April 2026)

- ผลของการใช้รูปแบบกิจกรรมศิลปะประดิษฐ์เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงวัย สุขใจ ใกล้บ้าน
- การพัฒนาระบบการจัดบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลาง ในโรงพยาบาลชุมชน อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ของผู้บาดเจ็บ ที่มารักษาในโรงพยาบาลรัฐ จังหวัดศรีสะเกษ พ.ศ. 2567
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความตั้งใจรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ พื้นที่เขตสุขภาพที่ 5
- การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคหนองในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ พ.ศ. 2562–2566
- การพัฒนารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในการรองรับพระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 สำหรับโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 7
- ผลการใช้นวัตกรรมกระเป๋าเตือนรับประทานยาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มวัยทำงานชาติพันธุ์ปกาเกอะญอ ตำบลแม่ยวม อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ประเทศไทย

TCI ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย Thai-Journal Citation Index Centre

วารสารผ่านการรับรองคุณภาพจากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่บทความวิชาการที่เกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และเพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างนักวิชาการและบุคลากรทางด้านสาธารณสุข

สำนักงาน

กลุ่มพัฒนานวัตกรรมและวิจัย
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9
อ.เมือง จ.นครราชสีมา
โทร. 044–212900 ต่อ 418
โทรสาร 044–218018
E-mail : journaldpc9@gmail.com
Website: http://odpc9.ddc.moph.go.th/

ที่ปรึกษา

นพ.กฤษฎา มโหทาน

บรรณาธิการ

นพ.ทวีชัย วิษณุโยธิน

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางอินท์ฉัตร สุขเกษม

ฝ่ายจัดการ

1. นางสาวนันท์นภัส สุขใจ
2. นางสาวทิพยรัตน์ สิงห์ทอง
3. นางสาวกรรณิกา บัวทะเล
4. นางสาวฉัตรสุดา ลัดสูงเนิน
5. นายอนุพงศ์ สุขใจ

กำหนดออกเผยแพร่ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – เมษายน
ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม – สิงหาคม
ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน – ธันวาคม

เผยแพร่

https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9/index

ลิขสิทธิ์

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา http://odpc9.ddc.moph.go.th/

กองบรรณาธิการนอกหน่วยงาน

1. รศ.ดร.โยธิน แสวงดี	มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รศ.ดร.มณฑา เก่งการพานิช	มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รศ.ดร.ทัศนีย์ ศิลาวรรณ	มหาวิทยาลัยมหิดล
4. รศ.ดร.จรณิต แก้วกังวาล	มหาวิทยาลัยมหิดล
5. รศ.ดร.ไกรชาติ ตันตระการอาภา	มหาวิทยาลัยมหิดล
6. รศ.ดร.สารนาถ ล้อพูลศรี	มหาวิทยาลัยมหิดล
7. อ.ดร.พลัง โคตรศิริ	มหาวิทยาลัยมหิดล
8. อ.ดร.สังสิทธิ์ สังวรโยธิน	มหาวิทยาลัยมหิดล
9. รศ.ดร.ธีระวุธ ธรรมกุล	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
10. รศ.ดร.เชษฐา งามจรัส	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
11. รศ.ดร.สมรภพ บรรหารักษ์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
12. ผศ.ดร.หนึ่งฤทัย ขอผลกลาง	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
13. ผศ.ดร.ชลาลัย หาญเจนลักษณ์	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
14. ผศ.ดร.ชัยยา นรเคชานันท์	มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม
15. ผศ.ดร.ฐาวรี พจนามธุรส	มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น
16. ผศ.ดร.อักษรา ทองประชุม	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
17. ผศ.ดร.สุชาดา รัชชุกูล	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
18. ผศ.ดร.วัลลภ ดิษสุวรรณ์	มหาวิทยาลัยทักษิณ
19. รศ.ดร.อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
20. อ.ดร.ศิวาพร มหาทำนุโชค	มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน
21. อ.ดร.สมร นุ่มผ่อง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
22. ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
23. รศ.ดร.อรุณ จิรวัฒน์กุล	นักวิชาการอิสระ
24. ผศ.ดร.ศุภวรรณ มโนสุนทร	นักวิชาการอิสระ
25. นพ.สุรชัย ศิลาวรรณ	นักวิชาการอิสระ
26. นพ.บุญเลิศ ศักดิ์ชัยนานนท์	นักวิชาการอิสระ
27. พญ.เพชรวรรณ พึ่งรัศมี	นักวิชาการอิสระ
28. นพ.เกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์	นักวิชาการอิสระ
29. นพ.ธีรวัฒน์ วลัยเสถียร	นักวิชาการอิสระ
30. นายยุทธิชัย เกษตรเจริญ	นักวิชาการอิสระ
31. นางสาวศศินัดดา สุวรรณโณ	นักวิชาการอิสระ
32. นางอัญชนา ประศาสน์วิทย์	นักวิชาการอิสระ
33. ดร.ศิมาลักษณ์ ดิถีสวัสดิ์เวทย์	นักวิชาการอิสระ
34. นายอภิรัตน์ โสกำปัง	นักวิชาการอิสระ

กองบรรณาธิการในหน่วยงาน

1. นพ.วีรวัฒน์ มโนสุทธิ	สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค
2. ดร.ธนิษฐา ดิษสุวรรณ์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา
3. ดร.บัณฑิต วรรณประพันธ์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นม.
4. พญ.คนึงนิจ เยื่อใย	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นม.
5. พญ.นันท์นภัส ประดุจเดชา	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นม.
6. นางนันทนา แต้ประเสริฐ	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นม.

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ตีพิมพ์ปีละ 3 ฉบับ (ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – เมษายน, ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม – สิงหาคม, ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน – ธันวาคม) เผยแพร่บทความวิชาการเกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ รายละเอียดเกี่ยวกับการส่งบทความหรือรายงานการวิจัยเพื่อลงตีพิมพ์ ศึกษาได้จากคำแนะนำสำหรับผู้เขียน ซึ่งอยู่ด้านท้ายของวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ทุกฉบับ ทางกองบรรณาธิการจะไม่พิจารณาตีพิมพ์บทความหรือรายงานการวิจัย ถ้าไม่ได้เขียนในรูปแบบคำแนะนำ และบทความที่ได้ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ไม่สามารถนำไปเผยแพร่ในวารสารวิชาการอื่น ๆ ได้

สารบัญ / Content

ปีที่ 32 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – เมษายน 2569 (Volume 32 Number 1 January – April 2026)

1. ผลของการใช้รูปแบบกิจกรรมศิลปะประดิษฐ์เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงวัย สุขใจ ใกล้บ้าน
   The Effect of an Arts and Crafts Activity Model on the Quality of Life of Older Adults at Suk-Jai Klai-Ban Elderly School
   วิษณุ ปิ่นคำ*, วัชรากรณ์ เพ็งขุนทด, เบญจมาศ มาลานนท์..... 6
2. การพัฒนาระบบการจัดบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลาง ในโรงพยาบาลชุมชน อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู
   The Development of HIV/AIDS Patient-centered Service Delivery System in Community Hospital Si Bunrueang District, Nong Bua Lamphu Province
   คมสันต์ เตือนจันทึก*, ธิตาพร ดาวเศรษฐ์, ภัทรสุดา วิเศษศรี, จรุณี ทำมิ..... 17
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ของผู้บาดเจ็บที่มารักษาในโรงพยาบาลรัฐ จังหวัดศรีสะเกษ พ.ศ. 2567
   Factors Associated with Fatality from Motorcycle Accidents among Injured Patients Treated at Public Hospitals in Sisaket Province, 2024
   ชัยนันต์ บุตรกาล..... 33
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความตั้งใจรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ พื้นที่เขตสุขภาพที่ 5
   Factors Associated with Behavioral Intention for Antiretroviral Drug Adherence among Newly Diagnosed HIV Patients in Health Region 5
   ปิยนุช เทพยสุวรรณ*, อรวรรณ วังลึก..... 45
5. การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคหนองในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ พ.ศ. 2562–2566
   Evaluation of the Gonorrhea Surveillance System at a Hospital in Chaiyaphum Province, 2019–2023
   พิมพ์ฤทัย จงกระโทก*, เจษฎาภรณ์ งามบุญช่วย, ณิชกุล พิสิฐพยัต, ศตวรรษ แสนใหม่, ขนิษฐา ภู่บัว, จิราภรณ์ พรมมงคล, จารุวรรณ มะลัยคำ, โรจกร ลือมงคล..... 57
6. การพัฒนารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในการรองรับพระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 สำหรับโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 7
   Development of an Occupational Health and Environmental Medicine Service Delivery Model to Support the Control of Occupational Diseases and Environmental Diseases Act B.E. 2562 for Community Hospitals in Health Region 7
   กังสดาล สุวรรณรงค์*, ประณัฐพงศ์ กับกระโทก, ชุติมา วัชรกุล, ธมลวรรณ จันเต, ปวีณา จังภูเขียว, ธเนศ นนท์ศรีราช, ภัทราวดี ภักดีแพง..... 71
7. ผลการใช้นวัตกรรมกระเป๋าเตือนรับประทานยาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
   Effects of a Medication Reminder Bag Innovation on Older Adults with Non-Communicable Diseases
   อรทัย พรมแก้ว*, พรรณวดี บุญมานันท์, พรวดี อิ่มบูรณ์, พราวพิไล จงวิทำ, พลอยไพลิน วงษ์ภักดี, พวงทอง คำเสียง..... 86

สารบัญ / Content

ปีที่ 32 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – เมษายน 2569 (Volume 32 Number 1 January – April 2026)

8. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มวัยทำงานชาติพันธุ์ปกาเกอะญอ ตำบลแม่ยวม อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ประเทศไทย
Factors Influencing Food Consumption Behaviors among the Working-Age Paka-Kyaw Ethnic Group in Mae Yuam Subdistrict, Mae Sariang District, Mae Hong Son Province, Thailand
อนาวิน ภัทรภาคินวรกุล*, ฉัตรศิริ วิภาวิน, ทัศน์กร อินทจักร์, มงคล นราศรี, ขวัญชัย ไชยวุฒิ..... 97
คำแนะนำสำหรับผู้เขียน..... 113

บรรณาธิการแถลง

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ดำเนินงานเผยแพร่เข้าสู่ปีที่ 32 ฉบับที่ 1 (เดือนมกราคม – เมษายน ปี พ.ศ. 2569) ยังคงมุ่งเน้นสร้างองค์ความรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรคให้กับผู้อ่าน โดยนำเสนอบทความทางวิชาการหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ วิจัยเชิงปริมาณ วิจัยเชิงคุณภาพ มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม รายงานการสอบสวนโรค รวมถึงงานเชิงระบบ เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างนักวิชาการและบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ทุกบทความถูกประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน/บทความ เพื่อให้บทความมีคุณภาพและน่าสนใจ โดยวารสารฉบับนี้ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับโรคและภัยคุกคามสุขภาพทุกมิติ ตัวอย่างบทความ เช่น ผลของการใช้รูปแบบกิจกรรมศิลปะประดิษฐ์เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงวัย สุขใจ ใกล้บ้าน, การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคหนองในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ พ.ศ. 2562–2566, การพัฒนารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในการรองรับพระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 สำหรับโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 7

กองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้นิพนธ์ทุกท่านที่ส่งบทความวิชาการมาเผยแพร่ และขอเชิญชวนท่านที่สนใจส่งบทความวิชาการเพื่อเผยแพร่ ผ่านระบบการยื่นบทความออนไลน์ (online submission) ทางเว็บไซต์ https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9/index ยิ่งไปกว่านั้นกองบรรณาธิการขอแสดงความขอบคุณผู้อ่านทุกท่านที่ให้ความสนใจ และเลือกอ่านบทความวิชาการในวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา และขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่เสียสละเวลาอันมีค่า ข้อเสนอแนะของท่านมีประโยชน์อย่างยิ่งในการพัฒนาคุณภาพบทความ ท้ายนี้ขอขอบพระคุณผู้บริหารและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่มิได้กล่าวถึง ณ ที่นี้ กองบรรณาธิการรู้สึกภูมิใจและเป็นเกียรติอย่างยิ่ง หากเนื้อหาในบทความวิชาการนี้ถูกนำไปใช้ประโยชน์ในการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพให้กับประชาชนต่อไป

นายแพทย์ทวีชัย วิษณุโยธิน
บรรณาธิการ

กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control
ISSN 2985–1823 (Online)
วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา
Homepage: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9
ปีที่ 32 ฉบับที่ 1 (มกราคม – เมษายน 2569) หน้า [6–16]

ผลของการใช้รูปแบบกิจกรรมศิลปะประดิษฐ์เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในโรงเรียนผู้สูงวัย สุขใจ ใกล้บ้าน

The Effect of an Arts and Crafts Activity Model on the Quality of Life of Older Adults at Suk-Jai Klai-Ban Elderly School

วิษณุ ปิ่นคำ[1*], วัชรากรณ์ เพ็งขุนทด[2], เบญจมาศ มาลานนท์[3]
Wisanu Pinkham[1*], Watcharakorn Pengkhunthod[2], Benjamas Malanont[3]
[1]คลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
[2]โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัวตะเกียด ตำบลหนองบัวตะเกียด อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา
[3]โรงเรียนราชสีมาวิทยาลัย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
[1]Mahachai Community Health Clinic, Mueang District, Nakhon Ratchasima
[2]Nong Bua Ta Kiet Subdistrict Health Promoting Hospital, Dan Khun Thot District, Nakhon Ratchasima
[3]Ratchasima Witthayalai School, Mueang District, Nakhon Ratchasima
*Corresponding author: Widsanupin@gmail.com
(Received: Dec 24, 2024 / Revised: Feb 23, 2026 / Accepted: Mar 5, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบศึกษากลุ่มเดียว (one group pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้กิจกรรมศิลปะประดิษฐ์เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงวัย สุขใจ ใกล้บ้าน โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60–79 ปี จากโรงเรียนผู้สูงวัย สุขใจ ใกล้บ้าน คลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 38 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 4 ส่วนคือ 1) รูปแบบการจัดกิจกรรมศิลปะประดิษฐ์ 2) แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 3) แบบประเมินทักษะการปฏิบัติงาน และ 4) แบบสอบถามความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมศิลปะประดิษฐ์มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.22, SD = 0.63) 2) การวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านการศึกษาและพัฒนาอาชีพ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.69, SD = 0.79) 3) ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.52, SD = 0.50) และ 4) ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมศิลปะประดิษฐ์ เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงวัย สุขใจ ใกล้บ้าน กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากการศึกษาดังกล่าว การเข้าร่วมกิจกรรมศิลปะประดิษฐ์ ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างชัดเจน ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งถัดไป ควรมีการบูรณาการกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรม เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงกับประเพณี และวัฒนธรรมของชุมชนนั้น รวมถึงเป็นการสร้างแรงจูงใจให้กลุ่มเป้าหมายสนใจและเข้ามามีส่วนร่วมมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, โรงเรียนผู้สูงวัย สุขใจ ใกล้บ้าน, กิจกรรมศิลปะประดิษฐ์

Abstract

The study was a quasi-experimental research study, using a one-group pretest-posttest design. The objective of this study was to examine the effects of an arts and crafts activity model on enhancing the quality of life among older adults at the Suk-Jai Klai-Ban Elderly School. A sample of 38 older adults, aged 60–79 years, was selected from the Suk-Jai Klai-Ban Elderly School at the Mahachai Community Health Clinic, Nai Mueang Sub-district, Mueang District, Nakhon Ratchasima Province, using a purposive sampling method. The research tools consisted of four parts: 1) the arts and crafts activity model, 2) a quality of life scale for older adults, 3) a practical skills assessment form, and 4) a satisfaction questionnaire regarding activity participation. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics. The results revealed that: 1) older adults who participated in the arts and crafts activities reported a high overall level of quality of life ($\bar{X}$ = 4.22, SD = 0.63); 2) the dimension of education and career development showed the highest level ($\bar{X}$ = 4.69, SD = 0.79); 3) participants expressed the highest level of satisfaction with the activities ($\bar{X}$ = 4.52, SD = 0.50); and 4) following participation in the arts and crafts activities, the older adults' mean quality of life scores were significantly higher than those before the experiment ($p < 0.05$). This study demonstrates that participating in arts and crafts activities clearly contributes to the enhancement of the quality of life among older adults. For future studies, it is recommended that activities be integrated with socio-cultural contexts to align with local traditions and culture. Such integration would foster a stronger connection to the community and further motivate the target group to participate in these programs.

Keywords: Older Adults, Suk-Jai Klai-Ban Elderly School, Arts and Crafts Activities

บทนำ

ประเทศไทยเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (complete aged society) โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20.0 ของประชากรทั้งหมด มีการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างด้านประชากร โดยมีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น แต่ขณะเดียวกันประชากรวัยทำงานและอัตราการเกิดเด็กกลับลดลง ส่งผลให้กลุ่มประชากรวัยทำงานแบกรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุส่วนหนึ่งยังคงทำงานหาเลี้ยงชีพ เพื่อช่วยลดภาระในครัวเรือน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังมีสุขภาพแข็งแรงและสามารถทำงานได้ แต่การทำงานของผู้สูงอายุอาจนำมาซึ่งความเสี่ยงต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ลดลง ภาครัฐจึงควรส่งเสริมและสนับสนุนการทำงานของผู้สูงอายุ เช่น การส่งเสริมและสนับสนุนการจัดตั้งระบบสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในด้านการเงินและสุขภาพ การสนับสนุนการพัฒนางานและสภาพแวดล้อมการทำงานที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ รวมถึงการการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนักรู้เกี่ยวกับบทบาทและการให้เกียรติผู้สูงอายุในสังคม เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน[1]

สำนักงานสถิติแห่งชาติได้สำรวจประชากรผู้สูงอายุทุก 3 ปี และการสำรวจครั้งล่าสุดในเดือนเมษายนถึงมิถุนายน พ.ศ. 2567 พบว่า ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเพิ่มจากร้อยละ 6.8 ในปี พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 20.0 ในปี พ.ศ. 2567 ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ร้อยละ 57.9 และ 42.1 ตามลำดับ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยสูงอายุตอนต้น อายุ 60–69 ปี ร้อยละ 59.3 และน้อยที่สุดคือกลุ่มวัยสูงอายุตอนปลาย อายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 10.9[2]

เขตสุขภาพที่ 9 มีผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 19.8 พบมากในจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีจำนวนประชากรมากที่สุด สูงถึงร้อยละ 20.2 ของประชากรทั้งจังหวัด ซึ่งมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยของประเทศ[3] ปัจจุบันมีความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ช่วยเพิ่มศักยภาพในการบำบัดรักษาและส่งเสริมสุขภาพ ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าผู้สูงอายุจะมีอายุยืนยาวขึ้น แต่กลับต้องเผชิญกับปัญหาด้านสุขภาพที่ซับซ้อนขึ้นด้วยเช่นกัน จากการสำรวจการเข้าถึงระบบบริการทางสังคมของประชากรในครัวเรือนก่อนวัยสูงอายุและผู้สูงอายุที่มีรูปแบบการอยู่อาศัยต่างกัน เพื่อนำไปสู่แนวทางการสนับสนุนการบริการที่เหมาะสม พบว่า ผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อภาวะถดถอย 9 ด้าน ได้แก่ 1) ความคิดความจำ 2) การเคลื่อนไหวของร่างกาย 3) ภาวะขาดสารอาหาร 4) การมองเห็น 5) การได้ยิน 6) ภาวะซึมเศร้า 7) ความสามารถในการกลั้นปัสสาวะ 8) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ 9) ปัญหาสุขภาพช่องปาก ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและต่อเนื่อง จะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาสุขภาพที่รุนแรงมากขึ้น และอาจส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ผู้สูงวัยต้องอยู่กับความเหงาและโดดเดี่ยว สูญเสียคุณค่าในตนเอง และส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา โดยในปีพ.ศ. 2566 พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 84.9 มีความสุขในระดับที่ดี แต่ความสุขของผู้สูงอายุจะลดน้อยลงตามวัย ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดกิจกรรมและบทบาททางสังคม[4]

คลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เป็นหน่วยงานสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ จัดตั้งขึ้นภายใต้แนวคิด “บริการใกล้บ้าน ใกล้ใจ” เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง ลดความแออัด และกระจายการให้บริการไปสู่ในระดับชุมชน ในปี พ.ศ. 2567 ที่ผ่านมาคลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย ได้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 1,975 คน ร้อยละ 12.4 ของประชากรทั้งหมด จากการตรวจคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุทั้ง 9 ด้าน พบว่า ผู้สูงอายุกำลังเผชิญกับภาวะถดถอยโดยเฉพาะปัญหาด้านความคิดความจำ ร้อยละ 2.4 การเคลื่อนไหว ร้อยละ 1.7 และภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 0.2 ซึ่งเป็นสัญญาณบ่งชี้ถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการดูแลและส่งเสริมคุณภาพ หากไม่ได้รับการแก้ไข อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า การนำ

ศิลปะบำบัดมาใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุส่งผลกระทบโดยตรงด้านบวกต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ทั้งนี้เมื่อผู้สูงอายุสามารถปรับตัวให้เกิดความสมดุลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ได้รับการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างเต็มศักยภาพมองเห็นคุณค่าในตนเอง ภาวะพึ่งพาย่อมลดลง นำมาซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในทุก ๆ ด้าน ประกอบด้วย ด้านร่างกายจิตใจ สัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับเป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุที่มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุทุกคนสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่าและมีคุณภาพชีวิตที่ดีจนเข้าสู่วาระบั้นปลายของชีวิต[5]

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าการใช้กิจกรรมศิลปะประดิษฐ์ เข้ามาช่วยในการเสริมสร้างและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น โดยให้ผู้สูงอายุได้สร้างสรรค์ผลงานจากจินตนาการ ฝึกสมาธิ และกระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อ รวมถึงการเคลื่อนไหวของข้อต่อในร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาของสมชาย สุพิสาร[6] และอรทยา สารมาศ[7] ที่ยืนยันว่าศิลปะสามารถเป็นสื่อกลางในการสร้างคุณค่าและส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ทางสังคมได้ นอกจากนี้การทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นยังช่วยลดความเหงาและความโดดเดี่ยว ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้สร้างมิตรภาพใหม่ๆ และใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างมีความสุขและยั่งยืน

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้ทำวิจัยเรื่อง ผลการใช้รูปแบบการจัดกิจกรรมศิลปะประดิษฐ์ เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงวัย สุขใจใกล้บ้านขึ้น เพื่อศึกษาผลการใช้กิจกรรมศิลปะประดิษฐ์เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงวัย สุขใจ ใกล้บ้าน มุ่งเน้นการส่งเสริม สุขภาวะทั้งทางกาย ใจ สังคม และปัญญาของผู้สูงอายุ ผ่านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสร้างสรรค์ที่เหมาะสมกับวัยและศักยภาพของแต่ละบุคคล

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการใช้กิจกรรมศิลปะประดิษฐ์เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงวัย สุขใจ ใกล้บ้าน

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบศึกษากลุ่มเดียว (one group pretest-posttest design) ใช้ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่เดือนมีนาคม–เมษายน พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลา 8 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60–79 ปี จากโรงเรียนผู้สูงวัย สุขใจ ใกล้บ้าน คลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 42 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60–79 ปี จากโรงเรียนผู้สูงวัย สุขใจ ใกล้บ้าน คลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Taro Yamane[8] มีสูตรในการคำนวณดังนี้ คือ

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

กำหนดให้

n คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N คือ ขนาดประชากรทั้งหมด

e = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ร้อยละ 5

แสดงวิธีการคำนวณดังนี้

$n = 42/(1+42(0.05)^2)$

$n = 42/1.105 = 37.99$

ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 38 คน จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบ simple random sampling โดยพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

1. เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60–79 ปี จากโรงเรียนผู้สูงวัย สุขใจ ใกล้บ้าน คลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

2. สามารถพูดคุยและสื่อสารได้ดี และช่วยเหลือตนเองได้

3. ยินดีเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria)

1. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องตามที่กำหนด

2. มีปัญหาด้านสุขภาพหรือภาวะเจ็บป่วยกะทันหัน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่ม วัดผลก่อนทดลองและหลังการทดลอง มีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 รูปแบบกิจกรรมศิลปะประดิษฐ์ ต่อการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงวัย สุขใจ ใกล้บ้าน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้รูปแบบกระบวนการศิลปะบำบัด BOVORNKITI Art Therapy Model[9] เน้นการปฏิบัติที่สามารถช่วยพัฒนาทักษะและเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในด้านสุขภาพร่างกาย ด้านสุขภาพจิต และด้านสังคม ใช้ระยะเวลาในการศึกษา จำนวน 8 สัปดาห์ โดยมีรูปแบบกิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ชี้แจงกิจกรรม และเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ได้แก่ แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ แบบสอบถามความพึงพอใจ และแบบวัดทักษะการปฏิบัติงาน จากนั้นเข้าสู่กิจกรรมการให้ความรู้ ร่วมกับการจัดกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงวัย สุขใจ ใกล้บ้าน ศิลปะเพื่อการสร้างสรรค์ กิจกรรม “ทักทายกับศิลปะ” ผู้สูงอายุแนะนำตนเองผ่านป้ายชื่อที่สร้างสรรค์ด้วยลายเส้นศิลปะและกิจกรรม “ก่อร่างสร้างตน” ผู้สูงอายุปั้นสิ่งที่ตนเองนึกถึงโดยใช้ดินน้ำมัน ใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรม “ระบายใจ” เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย มองเห็นคุณค่าในตนเอง ผ่อนคลายความเครียด และปรับตัวเข้ากับสิ่งที่ไม่คุ้นเคย ใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรม “ปะติดปะต่อ” เป็นกิจกรรมฟื้นฟูระบบการทำงานของสมอง กระตุ้นความคิดสร้างสรรค์ ส่งเสริมการยอมรับตนเองและการยอมรับสังคม ใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรม “ลูบ คลำ ขยำ สัมผัส” กิจกรรมให้ผู้สูงอายุปิดตา สัมผัสกับดินน้ำมัน ส่งเสริมการฟื้นฟู สมรรถภาพทางร่างกาย กระตุ้นประสาทสัมผัส และผ่อนคลายความเครียด ใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรม “แต่งองค์ทรงเครื่อง” โดยให้ผู้สูงอายุเลือกอุปกรณ์นำมาประดิษฐ์ตุ๊กตา เพื่อส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างร่างกาย จิตใจ สมอง มองเห็นจุดแข็ง จุดอ่อนของตนเอง ใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรม “ออกแบบโลโก้” โดยให้ผู้สูงอายุนึกถึงสิ่งที่สำคัญในชีวิตตนเอง บ่งบอกถึงความเป็นตัวเอง เพื่อนำมาสร้างเป็นโลโก้ประจำตัว เพื่อส่งเสริมการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 7 กิจกรรม“นิทรรศการศิลปะ”กิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุนำผลงาน/ชิ้นงานที่ตนเองได้สร้างสรรค์ขึ้นมาจัดแสดง ส่งเสริมการมองเห็นคุณค่าในตนเองและการมีทัศนคติที่ดีต่อการดำรงชีวิต ใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 8 กิจกรรม “ผลงานความภาคภูมิใจในชิ้นงานของตนเอง” และเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองด้วยแบบสอบถามชุดเดียวกับก่อนการทดลอง ใช้ระยะเวลา 3.30 ชั่วโมง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลจากแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะประชากร จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบหลายตัวเลือก (checklist) และเติมข้อความลงในช่องว่างให้สมบูรณ์

ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (WHO QOL-BREF-THAI) พัฒนาโดยสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ[10] ปรับปรุงพัฒนาแบบสอบถามให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่และประชากรที่ศึกษา ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านประชากร 2) ด้านเศรษฐกิจ

3) ด้านสังคม 4) ด้านสิ่งแวดล้อม 5) ด้านสุขภาพ และ 6) ด้านจิตใจ เกณฑ์การแปลความหมายจะพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยรวมของทั้ง 6 องค์ประกอบ โดยมีเกณฑ์ในการแปลผลดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00–2.33 หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34–3.66 หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.67–5.00 หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจ มี 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านวิทยากร 2) ด้านวันเวลาและสถานที่ 3) ด้านสื่อและอุปกรณ์ในการปฏิบัติกิจกรรม 4) ด้านรูปแบบการดำเนินกิจกรรม และ 5) ด้านหัวข้อกิจกรรม ด้านละ 5 ข้อ รวม 25 ข้อ ลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ตามแบบของไลเคิร์ท (Likert's scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์ดังนี้

คะแนนระหว่าง 1.00–1.80 ระดับน้อยที่สุด

คะแนนระหว่าง 1.81–2.60 ระดับน้อย

คะแนนระหว่าง 2.61–3.40 ระดับปานกลาง

คะแนนระหว่าง 3.41–4.20 ระดับมาก

คะแนนระหว่าง 4.21–5.00 ระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบวัดผลการประเมินทักษะ เพื่อวัดทักษะและความสามารถของผู้สูงอายุในการเข้าร่วมกิจกรรมศิลปะประดิษฐ์ ประเมินโดยวิทยากร จำนวน 2 ครั้ง คือ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ ดังนี้

5 คะแนน หมายถึง ดีมาก สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง และสร้างสรรค์ผลงานได้อย่างโดดเด่น

4 คะแนน หมายถึง ดี สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง มีความประณีตเรียบร้อย แต่ยังขาดความสร้างสรรค์

3 คะแนน หมายถึง ปานกลาง สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองบ้างเล็กน้อย ต้องได้รับการแนะนำเพิ่มเติม

2 คะแนน หมายถึง พอใช้ ต้องได้รับคำแนะนำหรือความช่วยเหลือจากผู้อื่นอย่างต่อเนื่อง

1 คะแนน หมายถึง ควรปรับปรุง ไม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือทั้งหมด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การวิจัยนี้ได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน มีค่า IOC (index of item-objective congruence) อยู่ระหว่าง 0.53–0.94 จากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดสอบกับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 และค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.64–0.95 และแบบสอบถามความพึงพอใจ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค เท่ากับ 0.86 และค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.62–0.97

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้ใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย 1) ข้อมูลลักษณะประชากร วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ 2) แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ แบบสอบถามความพึงพอใจ และแบบวัดทักษะการปฏิบัติงาน ภายในกลุ่มใช้สถิติ pair t-test

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้คำนึงถึงหลักจริยธรรมในการวิจัยกับมนุษย์อย่างเคร่งครัด โดยไม่มีการแทรกแซงใด ๆ ที่จะส่งผลกระทบเชิงลบต่อผู้เข้าร่วมวิจัย เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสมัครใจเข้าร่วม ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการวิจัยให้ผู้เข้าร่วมทราบอย่างชัดเจน และได้รับความยินยอมด้วยความเต็มใจจากผู้เข้าร่วมทุกคน ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จะถูกนำเสนอเป็นการประเมินผลโครงการภาพรวมเท่านั้น ไม่สามารถระบุตัวตนของผู้เข้าร่วมได้ และเก็บรักษาไว้เป็นความลับอย่างสูงสุด

ผลการวิจัย

จากผลการศึกษาข้อมูลลักษณะประชากรกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.05 อายุเฉลี่ย 62.53 ปี (SD = 5.48) มีระดับการศึกษา

ประถมศึกษาหรือต่ำกว่าร้อยละ 34.21 ประกอบอาชีพพ่อบ้าน/แม่บ้าน ร้อยละ 44.74 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะประชากร

ข้อมูลลักษณะประชากร	กลุ่มตัวอย่าง (n = 38)	
	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	11	28.95
หญิง	27	71.05
อายุ (ปี)	$\bar{X}$ = 62.53, SD = 5.48, min = 60, max = 73	
การศึกษา		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	13	34.21
มัธยมศึกษาตอนต้น	7	18.42
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	8	21.05
อนุปริญญา/ปวส.	7	18.42
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	3	7.90
อาชีพ		
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	17	44.74
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	14	36.84
เกษตรกรรม	3	7.89
รับจ้างทั่วไป	4	10.53

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม พบว่า คุณภาพชีวิตด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ด้านการศึกษาและพัฒนาอาชีพ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.69, SD = 0.79) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านสัมพันธภาพสังคม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.88, SD = 0.44) รายละเอียดดังตารางที่ 2

จากการศึกษาความพึงพอใจของการเข้าร่วมกิจกรรมศิลปะประดิษฐ์ของผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในภาพรวมมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.52, SD = 0.50) เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจมากที่สุด คือด้านวิทยากร ($\bar{X}$ = 4.61, SD = 0.39) และด้านสื่อและอุปกรณ์ในการปฏิบัติกิจกรรม ($\bar{X}$ = 4.61, SD = 0.64) ส่วนด้านที่มีความพึงพอใจน้อยที่สุดคือ ด้านวัน เวลา และสถานที่ ($\bar{X}$ = 4.36, SD = 0.48) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

องค์ประกอบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านร่างกาย	3.89	0.67	มาก
ด้านจิตใจ	4.38	0.43	มาก
ด้านสัมพันธภาพสังคม	3.88	0.44	มาก
ด้านสิ่งแวดล้อม	4.51	0.62	มากที่สุด
ด้านเศรษฐกิจ	4.02	0.83	มาก
ด้านการศึกษาและพัฒนาอาชีพ	4.69	0.79	มากที่สุด

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการเข้าร่วมกิจกรรมศิลปะประดิษฐ์

ความพึงพอใจของผู้สูงอายุ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านวิทยากร	4.61	0.39	มากที่สุด
ด้านวัน เวลา และสถานที่	4.36	0.48	มาก
ด้านสื่อและอุปกรณ์ในการปฏิบัติกิจกรรม	4.61	0.64	มากที่สุด
ด้านรูปแบบการดำเนินกิจกรรม	4.45	0.37	มาก
ด้านหัวข้อกิจกรรม	4.58	0.64	มากที่สุด
รวม	**4.52**	**0.50**	**มากที่สุด**

จากการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการจัดกิจกรรมศิลปะประดิษฐ์ เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงวัย สุขใจ ใกล้บ้าน โดยมีการวัดผลและประเมินทักษะ พบว่า ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุมีทักษะและความสามารถการเข้าร่วมกิจกรรมฯ มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.89 (SD = 0.28) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 4.06 (SD = 0.47) มีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.15 คะแนน ($p < 0.05$) สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของรูปแบบกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างเต็มศักยภาพ ซึ่งเป็นการยกระดับคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ทักษะการปฏิบัติงานของผู้สูงอายุก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม

คะแนนทักษะการปฏิบัติงาน (n = 38)	$\bar{X}$	SD	Mean difference	*p*-value
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	2.89	0.28	0	< 0.05
หลังเข้าร่วมกิจกรรม	4.06	0.47	1.15	

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาการวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมมีคุณภาพชีวิตที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ด้านการศึกษาและพัฒนาอาชีพ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.69, SD = 0.79) สอดคล้องกับการศึกษาของเหมือนฝัน คงสมแสวง[10] เนื่องจากมีการจัดกิจกรรมที่ใช้ระยะเวลาเหมาะสมและนำเทคนิคใหม่ ๆ มาใช้ในการประดิษฐ์ผลงาน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสนใจและมีแรงจูงใจในการเรียนรู้สิ่งใหม่ อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของนงนาถ จวนแจ้ง[11] ที่พบว่าโปรแกรมศิลปะบำบัดสามารถเพิ่มคะแนนแบบประเมินภาวะสมองเสื่อม (mini-mental state examination, MMSE) ในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการออกแบบรูปแบบกิจกรรมศิลปะที่เหมาะสมและน่าสนใจ ไม่เพียงแต่ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้และสร้างความเพลิดเพลิน แต่ยังเป็นเครื่องมือสำคัญในการป้องกันและชะลอภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งควรได้รับการส่งเสริมให้เป็นกิจกรรมหลัก ภายใต้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุอย่างจริงจัง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมเหล่านี้ยังนำไปสู่การพัฒนาทักษะเชิงอาชีพ หรือทักษะการประกอบอาชีพเสริม เช่น การจำหน่ายผลงานหัตถกรรม ซึ่งควรได้รับการส่งเสริมให้เป็นกิจกรรมหลัก ภายใต้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุอย่างจริงจัง โดยเน้นที่การบูรณาการระหว่างการดูแลสุขภาพ การศึกษา และโอกาสทางอาชีพ

จากการศึกษาความพึงพอใจของการเข้าร่วมกิจกรรมศิลปะประดิษฐ์ของผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในภาพรวมมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.52, SD = 0.50) สอดคล้องกับการศึกษาของญาดารัตน์ บาลจ่าย[12] เนื่องจากกิจกรรมดังกล่าวเป็นพื้นที่ให้ผู้สูงอายุได้พบปะ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ร่วมกัน ซึ่งช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและส่งเสริมความผูกพันในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกัน อีกทั้งกิจกรรมศิลปะที่เน้นความง่ายและความเพลิดเพลิน เช่น การระบายสี ช่วยสร้างความสุขและความผ่อนคลายให้แก่ผู้สูงอายุได้ นำไปสู่ความภาคภูมิใจในผลงานและก่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ร่วมกิจกรรม ศิลปะถือเป็นสื่อกลางที่ช่วยสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคมอย่างเป็นธรรมชาติ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ก่อให้เกิดความผูกพันและมิตรภาพที่ยั่งยืนในสังคม เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่า ด้านที่ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจมากที่สุด คือด้านวิทยากร ($\bar{X}$ = 4.61, SD = 0.39) และด้านสื่อและอุปกรณ์ในการปฏิบัติกิจกรรม ($\bar{X}$ = 4.61, SD = 0.64) สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติ์นิธิ เกตุแก้ว[13] เนื่องจากกิจกรรมนี้ได้ประยุกต์ใช้วัสดุและอุปกรณ์ที่สามารถหาได้ง่ายในท้องถิ่น เพื่อสร้างสรรค์ผลงานศิลปะ การนำวัตถุดิบจากธรรมชาติมาทำเป็นสีสำหรับจัดกิจกรรม ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการใช้วัสดุในท้องถิ่นเพื่อต่อยอดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ ช่วยให้การจัดกิจกรรมศิลปะประดิษฐ์มีความยั่งยืนและนำไปใช้ได้จริงในบริบทของชุมชนท้องถิ่น

จากการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการจัดกิจกรรมศิลปะประดิษฐ์ เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงวัย สุขใจ ใกล้บ้าน พบว่า ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของสมชาย สุพิสาร[6] เนื่องจากการใช้ศิลปะเป็นสื่อกลาง สามารถสร้างคุณค่าให้ผู้สูงอายุได้ อีกทั้งยังเป็นกลยุทธ์สำคัญในการแสดงออกทางอารมณ์ และการสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งนำไปสู่ความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ช่วยพัฒนาสุขภาวะของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการลดปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม เนื่องจากกิจกรรมศิลปะส่งเสริมการทำงานกลุ่ม การแสดงออก และการสร้างทัศนคติเชิงบวก ทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวและสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตในด้านร่างกายอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งถัดไป

1. ควรกำหนดวันและเวลาการจัดกิจกรรมศิลปะให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและกิจวัตรประจำวัน

ของผู้สูงอายุ โดยหลีกเลี่ยงการจัดกิจกรรมในวันสำคัญทางศาสนา

2. ควรมีการออกแบบรูปแบบกิจกรรม โดยการบูรณาการเข้ากับบริบททางวัฒนธรรม ให้มีความเชื่อมโยงกับประเพณีหรือเทศกาลต่าง ๆ เพื่อเพิ่มแรงจูงใจและความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กลุ่มตัวอย่าง ผู้บริหาร บุคลากรจากคลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา คณาจารย์ วิทยากรโรงเรียนผู้สูงวัย สุขใจ ใกล้บ้านทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมและสนับสนุนให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. บทสรุปผู้บริหาร การสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ธันวาคม 18]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20241003145311_65007.pdf
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. ผู้สูงอายุกับเรื่องสุขภาพจิต [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ธันวาคม 18]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dop.go.th/th/know/15/412
3. กรมอนามัย. ระบบสารสนเทศสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ธันวาคม 19]. เข้าถึงได้จาก: https://dashboard.anamai.moph.go.th/population/pop-y60up/region?year=2024&rg=09
4. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. Research Brief การเข้าถึงระบบบริการทางสังคมของประชากรในครัวเรือนก่อนวัยสูงอายุและผู้สูงอายุ ที่มีรูปแบบการอยู่อาศัยต่างกัน เพื่อนำไปสู่แนวทางการสนับสนุนการบริการที่เหมาะสม [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ธันวาคม 19]. เข้าถึงจาก: https://ipsr.mahidol.ac.th/wp-content/uploads/2022/07/Research-brief-EAP-updated_compressed.pdf
5. คลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย. การคัดกรองภาวะถดถอย 9 ด้านประจำปี 2567. นครราชสีมา: คลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย; 2567.
6. สมชาย สุพิสาร, ชัยชาญ วงศ์กระจ่าง, สิริโสภา องคณานุวงศ์. ศิลปะสำหรับการบำบัดผู้สูงอายุ กรณีศึกษา กลุ่มประเทศนอร์ดิกส์ เอสโตเนีย สวีเดนและฟินแลนด์. วารสารวิศวกรรมศาสตร์และสถาปัตยกรรมศาสตร์อุเทนถวาย 2567;1(1):12–25.
7. อรทยา สารมาศ, ปุณณรัตน์ พิชญไพบูล, โสมฉาย บุญญานันต์. การใช้ศิลปะเป็นฐานเพื่อพัฒนาสุขภาวะของผู้สูงอายุ: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารวิชาการเครือข่ายบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏภาคเหนือ 2562;9(2):17–32.
8. Yamane T. Statistics: An introductory analysis. 2nd ed. New York: Harper and Row; 1967.
9. Bovornkitti L. Art therapy and human development and program BOVORN-KITTIArt Therapy Model. Art Therapy Conference; 2016 July 6; Impact Forum Muang Thong Thani. Nonthaburi; 2017.
10. เหมือนฝัน คงสมแสวง, บวรสรรค์ เจี่ยดำรง. แนวทางการสื่อสารศิลปะนาอีฟเพื่อสร้างสมาธิของผู้เตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ. วารสารการสื่อสารมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย 2567;7(1):175–214.
11. นงนาถ จวนแจ้ง. ประสิทธิผลโปรแกรมศิลปะบำบัดต่อการป้องกันและชะลอภาวะสมอง

เสื่อมในผู้สูงอายุ. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2567;14(1):161–74.
12. ญาดารัตน์ บาลจ่าย, แสงอุษณีษ์ นวะมะรัตน์, พัชรินทร์ สุคนธาภิรมย์, สิริรัก สินอุดมผล, สุดคะนึง ดารานิษร. ประสิทธิผลของโปรแกรมศิลปะบำบัดต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในสังคมเมือง ชมรมผู้สูงอายุ. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง 2562;63(6):443–54.
13. กิตติ์นิธิ เกตุแก้ว, โสมฉาย บุญญานันต์. สีธรรมชาติเพื่อการสร้างสรรค์ศิลปะภาพพิมพ์สำหรับผู้สูงอายุ. Journal of Roi Kaensarn Academi 2566;8(10):283–96.

กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

ISSN 2985–1823 (Online)

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

Homepage: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9
ปีที่ 32 ฉบับที่ 1 (มกราคม – เมษายน 2569) หน้า [17-32]

การพัฒนาระบบการจัดบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลาง ในโรงพยาบาลชุมชน อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

The Development of HIV/AIDS Patient-centered Service Delivery System in Community Hospital Si Bunrueang District, Nong Bua Lamphu Province

คมสันต์ เตือนจันทึก*, ธิตาพร ดาวเศรษฐ์, ภัทรสุดา วิเศษศรี, จรุณี ทำมิ
Komsun Tuanchanthuek*, Thitaphon Daoset, Pattarasuda Wisetsri, Jarunee Thummi
โรงพยาบาลศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู
Si Bunrueang hospital, Nong Bua Lamphu Province
*Corresponding author: Komsun_333@hotmail.com
(Received: Feb 23, 2025/ Revised: Feb 26, 2026 / Accepted: Mar 16, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการจัดบริการ และประเมินผลการพัฒนาด้านอาการและผลลัพธ์การดูแลรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในโรงพยาบาลชุมชน อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู ดำเนินการในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลา 4 เดือน กลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ทางคลินิก โรงพยาบาลศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู จำนวน 25 คน และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำนวน 233 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Wilcoxon signed ranks test และ t-test ผลการศึกษาพบว่า ผลการพัฒนาระบบการจัดบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วย 13 แนวทาง ดังนี้ 1) การพัฒนาความรู้ในการจัดบริการ 2) การเตรียมผู้ป่วย 3) การตรวจปริมาณเชื้อเอชไอวี 4) การประเมินก่อนเริ่มยาต้านเอชไอวี 5) การรักษาผลข้างเคียงจากการรักษาและภาวะแทรกซ้อน 6) การดูแลหญิงตั้งครรภ์ 7) บริการ index partner testing 8) การค้นหาประชากรเป้าหมาย 9) การป้องกัน 10) การติดตาม 11) การจัดบริการ 12) การส่งเสริมสุขภาพ และ 13) เกณฑ์การส่งต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ภายหลังการพัฒนา บุคลากรมีความรู้ในการจัดบริการผู้ติดเชื้อ HIV โดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทักษะในการบริการโดยรวมของบุคลากรเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมการพัฒนาบุคลากร และผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ปริมาณ viral load ตรวจครั้งหลังสุดอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 96.1 adherence index score อยู่ในเป้าหมาย ร้อยละ 75.1 ผลลัพธ์การดูแลรักษาดีขึ้น ร้อยละ 81.5 ดังนั้นการจัดบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นศูนย์กลาง ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครอบคลุมทุกด้าน ทำให้มีผลลัพธ์การดูแลรักษาดีขึ้น

คำสำคัญ: การจัดบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์, ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง, โรงพยาบาลชุมชน

Abstract

This action research aimed to develop a service delivery system and evaluate treatment outcomes among people living with HIV/AIDS (PLWHA) at a community hospital in Si Bunrueang District, Nong Bua Lamphu Province. The study was conducted over a four-month period, from October 2024 to January 2025. The participants included 25 clinical quality improvement staff members and 233 HIV/AIDS patients. Data were collected via questionnaires and analyzed using descriptive statistics, the Wilcoxon signed-ranks test, and the t-test. The results revealed 13 core components of the developed patient-centered service delivery system for PLWHA: 1) professional knowledge development in service delivery, 2) patient preparation, 3) viral load monitoring, 4) clinical assessment prior to ART (antiretroviral therapy) initiation, 5) management of treatment-related side effects and complications, 6) care for pregnant women, 7) Index Partner Testing services, 8) target population screening, 9) prevention, 10) follow-up systems, 11) service delivery, 12) health promotion, and 13) specialist doctor referral protocols. Following the intervention, healthcare personnel showed a statistically significant increase in their knowledge of service delivery for PLWHA ($p < 0.05$). Similarly, the overall service skills of the healthcare staff reached significantly higher levels compared to the pre-intervention ($p < 0.05$). Moreover, PLWHA showed a significant improvement in overall health literacy ($p < 0.05$). Clinical indicators showed that 96.1% of patients achieved suppressed viral load levels at their most recent follow-up. Additionally, 75.1% of the participants attained the target adherence index score, while 81.5% of the total study group experienced an overall improvement in treatment outcomes. Therefore, implementing a comprehensive, patient-centered service delivery system for PLWHA within the hospital setting ensures holistic care, which ultimately leads to significantly enhanced treatment outcomes.

Keywords: HIV/AIDS Service Delivery, Patient-centered Care, Community Hospital

บทนำ

โรคเอดส์ (acquired immune deficiency syndrome, AIDS) เป็นอาการระยะสุดท้ายของการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี (human immunodeficiency virus, HIV) เป็นปัญหาสำคัญของโลก ในปี 2567 พบผู้ป่วย จำนวน 40.8 ล้านคน เป็นผู้ติดเชื้อใหม่ จำนวน 1.3 ล้านคน โดยมีอัตราการป่วยและอัตราการตายสูง มีการแพร่กระจายในประชากรกลุ่มต่าง ๆ ทั่วโลกอย่างรวดเร็ว และยังไม่สามารถรักษาให้หายได้ มีแต่ยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการลุกลามของเชื้อเอชไอวีโดยใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี[1] ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็นผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง เมื่อระยะเวลาการดำเนินโรคนานขึ้น ด้านจิตใจและอารมณ์ผู้ป่วยมีความวิตกเครียดเป็นระยะตามการเปลี่ยนแปลงของโรค จากการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ดูแลสุขภาพไม่สม่ำเสมอ จึงทำให้เกิดการเจ็บป่วยติดเชื้อฉวยโอกาส[2] ข้อมูลศูนย์ควบคุมโรคจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา ปี พ.ศ. 2527 รายงานว่า เชื้อไวรัสที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีภาวะของโรคเอดส์ ชื่อว่า HTLV-III หรือปัจจุบันคือ เชื้อเอชไอวี (human immunodeficiency virus, HIV)[3] ต่อมาองค์การอนามัยโลก กำหนดให้วันที่ 1 ธันวาคมของทุกปี เป็นวันเอดส์โลก (World AIDS Day) เพื่อรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์ และสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะเยาวชนที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างความตระหนักในการป้องกัน และเป็นส่วนสำคัญในการขับเคลื่อน ซึ่งจะนำไปสู่การยุติปัญหาเอดส์ได้ภายในปี 2573[4]

ปัจจุบันในหลายประเทศ ได้นำระบบบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ รูปแบบ Differentiated Care for ART Service Delivery ไปปรับใช้รูปแบบที่ดำเนินการ เช่น การจ่ายยาต้านไวรัสนาน 6 เดือน (6-month multi-month dispensing, MMD) โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีอาการคงที่มารับยาเพิ่มจากเดิมทุกเดือนเปลี่ยนมาเป็นทุก 6 เดือน และเพิ่มช่องทางการรับยาให้สะดวก รวดเร็วมากขึ้น โดยไม่ต้องพบแพทย์ และการให้บริการยาต้านไวรัสโดยกลุ่มแกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยการนัดพบติดตามการรักษา รูปแบบ Differentiated Care ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี และการดูแลด้านอื่น ๆ ซึ่งลดความแออัด และส่งผลต่อคุณภาพการบริการและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น[5] ปัจจุบันกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลายเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคเรื้อรังที่จะต้องส่งเสริมให้คงอยู่ในระบบการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายที่สำคัญคือ การลดระดับเชื้อไวรัสในเลือด (HIV viral load) และเพิ่มจำนวนเซลล์เม็ดเลือดขาว (CD4 count) ให้อยู่ในระดับที่ควบคุมได้ รวมถึงสามารถลดอาการแทรกซ้อน/โรคร่วม ลดอัตราการเจ็บป่วยและอัตราตายได้ การดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีโดยการจัดบริการรูปแบบ differentiated care จึงจำเป็นต้องทำควบคู่กันเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุด[6]

จากการวิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการในคลินิกรับยาต้านไวรัสของโรงพยาบาลศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า มีการให้บริการตรวจคัดกรองแก่ประชาชนที่เข้ามาขอรับการตรวจ ยังไม่มีการค้นหากลุ่มเสี่ยงในชุมชน การประชาสัมพันธ์และช่องทางการสื่อสารยังมีน้อย รวมถึงยังขาดแนวทางปฏิบัติงานทางคลินิกด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (clinical practice guideline, CPG) ที่ชัดเจน ขาดการติดตามกรณีไม่มาตรวจตามนัด การประเมินการกินยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง (adherence) รายบุคคลทำโดยเภสัชกรเฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยมารับยาด้วยตนเอง กรณีมีผลดื้อยาในรอบ 1 ปี ยังไม่ได้ส่งไปรับบริการให้คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (consult HIV expert) เพื่อปรับเปลี่ยนสูตรยา จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาการเข้าถึงบริการ โรงพยาบาลศรีบุญเรือง ข้อมูลผลงานบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ปีงบประมาณ 2567 พบว่า มีผู้มารับบริการทั้งหมด 484 คน เป็นกลุ่มประชาชนทั่วไป จำนวน 418 คน หญิงตั้งครรภ์ จำนวน 4 คน กลุ่มโรคเรื้อรัง จำนวน 62 คน โดยพบผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่สามารถลดปริมาณไวรัสได้มีปริมาณ

≤ 1,000 copies/mL ร้อยละ 86.9[7]

จากการทบทวนปัญหาการพัฒนาระบบการจัดบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลางดังกล่าว จะเห็นได้ว่ามีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นในกลุ่มประชาชนทั่วไป ส่วนบุคลากรยังขาดองค์ความรู้ในการจัดบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีคุณภาพและบูรณาการการดำเนินงานป้องกันที่มีประสิทธิผลให้เข้มข้นและยั่งยืน รวมทั้งยังขาดศักยภาพทั้งในด้านการบริหารจัดการและด้านวิชาการในการดำเนินงานตามตัวชี้วัดต่าง ๆ จึงได้จัดทำวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบการจัดบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลาง ในโรงพยาบาลชุมชน อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภูขึ้น โดยประยุกต์ใช้การจัดบริการรูปแบบ differentiated care เพื่อลดระบบขั้นตอนการรับบริการ และกระบวนการจัดการบำบัดด้านยามาดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย[6]

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการจัดบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลาง ในโรงพยาบาลชุมชน

2. เพื่อประเมินผลเปรียบเทียบความแตกต่างของอาการและผลการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) แบบใช้วงจร PAOR[8] ทำการศึกษาในโรงพยาบาลศรีบุญเรือง อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู ใช้ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2567–เดือนมกราคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ

1. ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ทางคลินิก ในโรงพยาบาลศรีบุญเรืองและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอศรีบุญเรือง ประกอบด้วย บุคลากรใน HIV Clinic โรงพยาบาลศรีบุญเรือง ได้แก่ 1) แพทย์ 2) พยาบาลวิชาชีพ 3) เภสัชกร 4) ผู้ช่วยเภสัชกร 1 คน 5) แกนนำอาสาสมัครช่วยเหลือ และ 6) บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองใหม่ จำนวน 18 แห่ง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากตัวแทนแต่ละกลุ่มและยินดีเข้าร่วมโครงการ จำนวน 25 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ เลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ทางคลินิกทั้งหมด และเกณฑ์การคัดอาสาสมัครออก คือ ผู้ที่ตอบแบบสอบถามไม่ครบตามตัวแปรที่ศึกษา 2 ครั้ง

2. กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลศรีบุญเรือง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ระหว่างปี พ.ศ. 2566–2567 จำนวน 484 คน คำนวณขนาดตัวอย่างและปรับขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรประมาณค่าเฉลี่ยประชากร (กรณีทราบประชากรทั้งหมด) ได้จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 233 คน ในกลุ่มตัวอย่างนี้จะทำการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่รับยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลศรีบุญเรือง รหัส ICD10-B20 สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยวิธีการประมาณค่าเฉลี่ยประชากรกรณีทราบขนาดประชากรทั้งหมด[9] ดังนี้

$$n = \frac{N Z^2_{\alpha/2} \sigma^2}{d^2(N-1) + Z^2_{\alpha/2}\sigma^2}$$

N = ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยติดเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ทั้งหมดมีจำนวน 484 คน

Z = กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95 % ($Z_{\alpha/2} = Z_{0.05/2} = 1.96$)

σ^2 = ค่าความแปรปรวน ผู้วิจัยอ้างอิงจากการศึกษาของ โกวิทย์ ทองละมุล[10] ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยติดเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีต่อความสม่ำเสมอในการใช้ยาต้านไวรัส ในโรงพยาบาลศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาก่อนเริ่มโปรแกรมเท่ากับ 90.55 คะแนน (SD = 2.14) และหลังจบโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 96.16 คะแนน (SD = 1.72) ดังนั้นกำหนดค่าความแปรปรวน 2.14–1.72 = 0.42

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ผู้วิจัยกำหนดที่ = 0.42

$n = (484 \times (1.96)^2 \times 0.42)/ (((0.05)^2 \times (484-1)) + ((1.96)^2 \times 0.42))$

= 209.5 คน

หลังจากแทนค่าในสูตรได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 209.5 คน และผู้วิจัยปรับขนาดตัวอย่างเผื่อข้อมูล drop out 10% ของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากแทนค่าในสูตรได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 233 คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (inclusion criteria) ได้แก่

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส viral load <50 copies/mL (อย่างน้อย 1 ครั้ง)
2. มีวินัยในการกินยาดี (adherence > 95%)
3. ไม่มีโรคร่วมหรืออาการโรคร่วมที่ควบคุมไม่ได้หรือป่วยวิกฤต
4. ไม่มีปฏิกิริยาที่ไม่พึงประสงค์ที่จำเป็นต้องติดตาม

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (exclusion criteria) ได้แก่

1. ทีมพัฒนาคุณภาพ ที่ตอบแบบสอบถามไม่ครบตามตัวแปรที่ศึกษา 2 ครั้ง
2. ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่มีภาวะจิตเวชหรือโรคร่วมอื่น ๆ ที่ควบคุมไม่ได้

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ตามวงจร PAOR[8] ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และข้อมูลพื้นฐาน โดยทำการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาการจัดบริการและทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังของปีงบประมาณ พ.ศ. 2566–2567 จำนวน 30 ราย และศึกษาแนวทางปฏิบัติงานในคลินิกรับยาต้านไวรัสในปัจจุบัน เพื่อวิเคราะห์ช่องว่างของการดำเนินงาน

ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนารูปแบบ (ระบบการจัดบริการ) นำข้อค้นพบจากระยะที่ 1 มาดำเนินการพัฒนารูปแบบระบบการจัดบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลาง ซึ่งประยุกต์เนื้อหาการจัดบริการยาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของกรมควบคุมโรค[5] และการจัดบริการรูปแบบ differentiated care[6] ในกระบวนการพัฒนารูปแบบประกอบด้วย 1) การร่างรูปแบบ 2) การประเมินรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และ 3) การปรับปรุงรูปแบบก่อนนำไปดำเนินการ ทั้งนี้มีกิจกรรมประกอบด้วย 1) การเพิ่มศักยภาพเป็นทีมพี่เลี้ยง 2) การฟื้นฟูศักยภาพการประสานงาน โดยกลุ่มเป้าหมาย คือ ทีมพัฒนาคุณภาพฯ

การสังเกตุผลการปฏิบัติ (observer) การสังเกตตามระบบการจัดบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลาง โดยมีเป้าหมายการดำเนินงานดังนี้ 1) การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มุ่งเน้นผู้ป่วยและส่งเสริมสุขภาพ 2) การเพิ่มทักษะด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง 3) เป็นผู้นำในการพัฒนาประสานความร่วมมือกับทุกระบบของโรงพยาบาล

การประเมินผล (reflect) การตรวจสอบผลการปฏิบัติการ การติดตามประเมินผลผู้ป่วย มีการนิเทศติดตามความก้าวหน้าการปฏิบัติการ ปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงานในวงจร จนกว่าจะได้แนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสม นำไปใช้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

ระยะที่ 3 การศึกษาผลการใช้รูปแบบระบบการจัดบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลาง ดำเนินการเก็บผลการดำเนินงานของการใช้รูปแบบฯ ได้แก่ ความรู้ในการจัดบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ทักษะในการจัดบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และ ผลการจัดบริการในผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับกลุ่มตัวอย่างทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ทางคลินิก ปรับมาจากแนวทางการจัดบริการยาสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของกรมควบคุมโรค[5] ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 การพัฒนาแนวทางการจัดการบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู สอบถามโดยการสัมภาษณ์

ส่วนที่ 2 ความรู้ในการจัดบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 20 ข้อ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน การแปลผลรวม 20 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ[11] คือ ระดับต่ำ (< 12 คะแนน) ระดับพอใช้ (12–16 คะแนน) ระดับดี (17 คะแนนขึ้นไป)

ส่วนที่ 3 ทักษะในการจัดบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 59 ข้อ การตอบระดับการปฏิบัติ มี 1–5 ระดับ[12] คือ 1 = ไม่ปฏิบัติ ถึง 5 = ปฏิบัติทุกครั้ง การแปลผลรวม 295 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ[13] คือระดับต่ำ (59.0–98.0 คะแนน) ระดับปานกลาง (98.01–196.0 คะแนน) และระดับสูง (196.01–295.0 คะแนน)

ชุดที่ 2 แบบประเมินและแบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ ผู้ที่พักอยู่ร่วมในครอบครัว ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วย จำนวน 17 ข้อ ประยุกต์ใช้เครื่องมือและประเมินความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี[14] ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนนเต็ม 17 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ[11] คือ ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 33.1) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 33.1–66.1) ระดับสูง (ตั้งแต่ร้อยละ 66.1)

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วย ได้แก่ ปริมาณ CD4, ค่า VL หรือ viral load, ระดับคะแนนความสม่ำเสมอการกินยาต้านไวรัส (adherence index score) ประวัติเป็น Tuberculosis, *Pneumocystis carinii* Pneumonia, Cryptococcosis จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ค่าใช่จ่ายรวม ผลลัพธ์การรักษาและโรคแทรกซ้อน รวมจำนวน 11 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือทุกชนิดในโครงการวิจัยทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ด้วยค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index, CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พบว่าเครื่องมือทุกชนิดมีค่า CVI ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป

2. ภายหลังการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในเขตหน่วยบริการ อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า 1) ค่าอำนาจการจำแนกของแบบทดสอบความรู้ในการจัดบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.9 2) ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ของแบบสอบถามทักษะในการจัดบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีค่าเท่ากับ 0.8 และความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีค่าเท่ากับ 0.8

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากทีมพัฒนาคุณภาพและกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยใช้แบบสอบถาม ดำเนินการ (ครั้งที่ 1) ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 และสิ้นสุดการวิจัย (ครั้งที่ 2) ในเดือนมกราคม พ.ศ. 2568 ใช้เวลาประมาณ 20–30 นาที/ครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา กรณีเป็นตัวแปรไม่ต่อเนื่อง นำเสนอด้วยความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด กรณีเป็นข้อมูลต่อเนื่องนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน พิจารณาค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ การวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา ได้แก่ ทักษะในการจัดบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์และความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ด้วย

Wilcoxon signed ranks test และ Paired t–test ในการพัฒนารูปแบบโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติรับรองจริยธรรมการวิจัย จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู เอกสารรับรองเลขที่ 23/2567 วันที่ 9 ตุลาคม พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการจัดบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลาง

1.1 สภาพปัญหาด้านการดำเนินงาน พบว่า ยังไม่มีการค้นหากลุ่มเสี่ยงในชุมชน แต่มีบริการตรวจคัดกรองแก่ประชาชนที่มาขอตรวจเอชไอวีที่โรงพยาบาล การประชาสัมพันธ์ และช่องทางการสื่อสารยังมีน้อย ไม่หลากหลาย แนวทางปฏิบัติงานด้านการดูแลรักษายังไม่ได้ปรับเป็นระเบียบปฏิบัติงานทางคลินิกที่ใช้ร่วมกันของทีม

“ยังไม่มีการค้นหากลุ่มเสี่ยงในชุมชน”

“การประชาสัมพันธ์และช่องทางการสื่อสารยังมีน้อย ไม่หลากหลาย”

“แนวทางปฏิบัติการดูแลยังไม่ได้ปรับเป็นระเบียบปฏิบัติงานทางคลินิกที่ใช้ร่วมกัน”

1.2 องค์ประกอบของรูปแบบฯ และการนำไปดำเนินการ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ

1.2.1 กิจกรรมอบรมพัฒนาศักยภาพโดยการให้ความรู้ จำนวน 1 ชั่วโมง ประกอบด้วย เรื่องที่ 1 คือ ระบบการจัดบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลาง การเตรียมผู้ป่วยและปฏิบัติการส่งตรวจ CD4 การตรวจหาปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด การประเมินผู้ติดเชื้อเอชไอวีก่อนเริ่มยาต้านเอชไอวี การรักษาผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อน จำนวน 1 ชั่วโมง เรื่องที่ 2 คือ การดูแลรักษา และบริการปรึกษา การดูแลหญิงตั้งครรภ์หรือมาคลอด เมื่อสามีผลเลือดเป็นบวก การจัดบริการ index partner testing จำนวน 1 ชั่วโมง

1.2.2 กิจกรรมฝึกปฏิบัติเพื่อเตรียมความพร้อมในการดำเนินงาน จำนวน 2 ชั่วโมง ประกอบด้วย การค้นหาและเข้าถึงกลุ่มประชากรเป้าหมายเพื่อส่งเข้ารับบริการ การให้บริการเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การติดตามกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยง เพื่อคงผลตรวจเป็นลบ การจัดบริการ Same-Day ART การส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี และการส่งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีระหว่างสถานบริการเพื่อดูแลต่อเนื่อง

1.2.3 แนวทางปฏิบัติสำหรับการจัดบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วย 13 แนวทาง ได้แก่ 1) การพัฒนาความรู้ในการจัดบริการ 2) การเตรียมผู้ป่วยและปฏิบัติการส่งตรวจ CD4 3) การตรวจหาปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด 4) การประเมินผู้ติดเชื้อเอชไอวีก่อนเริ่มยาต้านเอชไอวี 5) การรักษาผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อน 6) การดูแลหญิงตั้งครรภ์หรือมาคลอดเมื่อสามีผลเลือดเป็นบวก 7) การจัดบริการ index partner testing 8) การค้นหาและเข้าถึงกลุ่มประชากรเป้าหมาย เพื่อส่งเข้ารับบริการ 9) การให้บริการเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี 10) การติดตามกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงเพื่อคงผลตรวจเป็นลบ 11) การจัดบริการ Same–Day ART 12) การส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี 13) การส่งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีระหว่างสถานบริการเพื่อดูแลต่อเนื่อง

2. ผลลัพธ์การนำรูปแบบระบบการจัดบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลางไปใช้

2.1 กลุ่มทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ทางคลินิก

2.1.1 ข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่บุคลากรเป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.0 อายุ 40–59 ปี ร้อยละ 60.0 (อายุเฉลี่ย 45 ปี) จบปริญญาตรี ร้อยละ 100.0 ตำแหน่งเป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ร้อยละ 60.0 รายได้ 40,000 บาทขึ้นไปต่อเดือน ร้อยละ 68.0 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ทางคลินิก

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 25)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	22	88.0
ชาย	3	12.0
อายุ		
อายุต่ำกว่า 40 ปี	9	36.0
40–59 ปี	15	60.0
60 ปีขึ้นไป	1	4.0
การศึกษาสูงสุดปริญญาตรี	25	100.0
ตำแหน่งหน้าที่ในปัจจุบัน		
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	6	24.0
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	15	60.0
อื่น ๆ	4	16.0
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 40,000 บาท	8	32.0
40,000 บาทขึ้นไป	17	68.0

2.1.2 ความรู้ในการจัดบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

จากการศึกษาพบว่า ภายหลังการพัฒนาความรู้ในการจัดบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทีมพัฒนาคุณภาพมีความรู้ในการจัดบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (IQR: 17.0–19.0, p = 0.002) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนความรู้ในการจัดบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของบุคลากรผู้ให้บริการ ก่อนและหลังการพัฒนา

ระดับความรู้ (n = 25)	คะแนนเต็ม	Median	IQR (Q1–Q3)	Z	*p*-value
ก่อนอบรม	20	13.0	13.0–19.0		
หลังอบรม	20	17.0	17.0–19.0	-3.0	0.002*

*p < 0.05, Wilcoxon signed ranks test

2.1.3 ทักษะในการจัดบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

จากการศึกษาพบว่า ภายหลังการพัฒนาทักษะในการจัดบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ทีมพัฒนาคุณภาพมีทักษะในการจัดบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI: 3.6–19.4, p = 0.006) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านการจัดบริการ Index Partner Testing (95%CI: 1.0–2.9, p = 0.064) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การติดตามกลุ่มเป้าหมาย (95%CI: 1.1–2.2, p = 0.044) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนทักษะในการจัดบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของบุคลากรผู้ให้บริการ ก่อนและหลังการพัฒนา

ทักษะในการจัดบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	Mean±SD		t	95%CI	*p*-value
	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา			
การเตรียมผู้ป่วยและปฏิบัติการส่งตรวจ CD4	7.5±1.5	8.1±0.0	-2.2	1.0–1.4	0.034*
การจัดบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์	6.52±1.5	9.11±0.2	-2.2	1.0–2.6	0.034*
การตรวจหาปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด	23.40±2.0	24.76±0.8	-4.1	1.6–2.0	< 0.001*
การประเมินผู้ติดเชื้อเอชไอวีก่อนเริ่มยาต้านเอชไอวี	20.9±3.3	21.60±2.9	-1.74	1.1–1.4	0.094*
การรักษาผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี	19.7±4.0	20.60±3.7	-1.73	1.1–1.8	0.096*
การดูแลหญิงตั้งครรภ์หรือมาคลอดเมื่อสามีผลเลือดเป็นบวก	24.5±5.2	25.6±4.5	-1.5	1.3–2.3	0.024*
การจัดบริการ Index Partner Testing	23.4±2.2	24.1±1.7	-1.9	1.0–2.9	0.064*
การค้นหาและเข้าถึงกลุ่มประชากรเป้าหมายเพื่อส่งต่อเข้าสู่บริการเอชไอวี	21.6±3.2	22.5±3.0	-2.1	1.0–1.8	0.044*
การให้บริการเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	23.2±2.5	24.4±0.9	-2.7	1.3–2.1	0.011*
ติดตามกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยง เพื่อคงผลตรวจเป็นลบ	8.5±1.5	9.1±1.0	-2.1	1.1–2.2	0.044*
การจัดบริการ Same–Day ART	23.1±2.8	24.4±1.0	-2.3	1.7–2.9	0.029*
การให้บริการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี	21.8±3.7	23.1±2.1	-2.6	2.0–3.5	0.013*
การส่งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีระหว่างสถานบริการเพื่อการดูแลต่อเนื่อง	21.1±4.5	23.2±1.9	-3.0	2.0–3.9	0.006*
รวมทุกด้าน	**260.1±27.8**	**284.6±18.9**	**-3.0**	**3.6-19.4**	**< 0.001***

*p < 0.05, paired t-test

2.2 กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

2.2.1 ข้อมูลจากเวชระเบียน ประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 40–59 ปี ร้อยละ 59.2 เป็นเพศชาย ร้อยละ 64.4 สถานภาพสมรส ร้อยละ 52.8 พักอาศัยอยู่ร่วมกับแฟน/คู่รัก ร้อยละ 52.8 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.2 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 58.8 รายได้ 10,000 บาทต่อเดือนขึ้นไป ร้อยละ 37.8 และระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี มากกว่า 1 ปี ร้อยละ 84.1 รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 233)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	150	64.4
ชาย	83	35.6
อายุ		
ต่ำกว่า 40 ปี	36	15.5
40–59 ปี	138	59.2
60 ปีขึ้นไป	59	25.3
สถานภาพ		
โสด	85	36.5
สมรส	123	52.8
แยกกันอยู่/หย่า	25	10.7
ผู้ที่พักอยู่ร่วมในครอบครัว		
อยู่กับแฟน/คู่รัก	123	52.8
อยู่กับพ่อ แม่ ญาติ พี่น้อง	74	31.8
อยู่คนเดียว	25	10.7
อยู่กับเพื่อน	11	4.7
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	117	50.2
มัธยมศึกษา	95	40.8

ตารางที่ 4 ข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 233)	ร้อยละ
ปริญญาตรีขึ้นไป	21	9.0
อาชีพ		
รับจ้าง	137	58.8
ว่างงาน	39	16.7
เกษตรกรรม	50	21.5
ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	7	3.0
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	76	32.6
5,000–9,999 บาท	69	29.6
10,000 บาทขึ้นไป	88	37.8
ระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี		
น้อยกว่า 6 เดือน	16	6.9
6 เดือน ถึง 1 ปี	21	9.0
มากกว่า 1 ปี	196	84.1

2. ผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วย พบว่า ภายหลังการพัฒนามีผลลัพธ์การดูแลรักษา ดังนี้ คือ ผู้ป่วยฯ มาพบแพทย์ครั้งล่าสุดมากกว่า 2 เดือน ร้อยละ 82.4 ระดับภูมิคุ้มกันอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 71.2 กดเชื้อไวรัสเอชไอวี < 1,000 copies/mL ร้อยละ 96.1 รับประทานยาต่อเนื่อง ร้อยละ 75.1 ไม่เคยมีประวัติเป็น Tuberculosis ร้อยละ 76.0 ไม่เคยมีประวัติ *Pneumocystis carinii* Pneumonia ร้อยละ 83.3 ไม่เคยมีประวัติ Cryptococcosis ร้อยละ 93.1 ไม่มีการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ร้อยละ 77.7 ไม่มีค่าใช้จ่ายรักษา ร้อยละ 81.5 ผลลัพธ์การรักษาดีขึ้น ร้อยละ 81.5 และไม่มีโรคแทรกซ้อน ร้อยละ 76.0 รายละเอียดดังตารางที่ 5

จากการสอบถามพบว่า ภายหลังการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -12.1$, $p = 0.008$) รายละเอียดดังตารางที่ 6

สรุปและอภิปรายผล

1. การพัฒนาแนวทางการจัดการบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ด้วยวงจร PAOR พบว่า

รูปแบบในการจัดบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วย 13 แนวทาง โดยผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบ พบว่า ความรู้ในการจัดบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ภายหลังการพัฒนาทีมพัฒนาคุณภาพมีความรู้และทักษะในการจัดบริการ

ตารางที่ 5 ผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วย

ผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วย	จำนวน (n = 233)	ร้อยละ
มาพบแพทย์ครั้งล่าสุด		
2 สัปดาห์	13	5.6
2 เดือน	28	12.0
มากกว่า 2 เดือน	192	82.4
ระดับภูมิคุ้มกัน CD4 Lymphocyte ตรวจครั้งล่าสุด		
CD4 ปกติ 529–1,300 cells/mm^3	166	71.2
CD4 ต่ำกว่า 529–1,300 cells/mm^3	67	28.8
กดเชื้อไวรัสเอชไอวี < 1,000 copies/mL		
ใช่	224	96.1
ไม่ใช่	9	3.9
รับประทานยาต้านไวรัสต่อเนื่อง (Adherence index score)		
ต่อเนื่องสม่ำเสมอ (ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 95)	175	75.1
อยู่นอกเป้าหมาย	58	24.9
เคยมีประวัติเป็น Tuberculosis		
ไม่เคย	177	76.0
เคย	56	24.0
เคยมีประวัติเป็น *Pneumocystis carinii* Pneumonia		
ไม่เคย	194	83.3
เคย	39	16.7
เคยมีประวัติเป็น Cryptococcosis		
ไม่เคย	217	93.1
เคย	16	6.9
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล		
ไม่มี	181	77.7

ตารางที่ 5 ผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วย (ต่อ)

ผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วย	จำนวน (n = 233)	ร้อยละ
ต่ำกว่า 6 วัน	39	16.7
6 วัน ขึ้นไป	13	5.6
สรุปค่าใช้จ่ายรวม		
ไม่มี	190	81.5
ต่ำกว่า 3,000 บาท	18	7.7
≥ 3,000 บาท	25	10.7
ผลลัพธ์การรักษา		
ดีขึ้น (Improved)	190	81.5
อาการไม่ดีขึ้น (Not improved)	43	18.5
โรคแทรกซ้อน		
ไม่มี	177	76.0
มีโรคแทรกซ้อน	56	24.0

ตารางที่ 6 ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยรวมก่อนและหลังพัฒนา

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (n = 233)	คะแนนเต็ม	Median	IQR (Q1–Q3)	Z	*p*-value
ก่อนพัฒนา	17	8.0	7.0–9.0	-12.1	0.008*
หลังพัฒนา	17	12.0	11.0–13.0		

*$p < 0.05$

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์การรักษาดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวิญญู จันทร์เนตร[14] ที่พบว่า การพัฒนาโครงสร้างระบบบริการ โดยมีศูนย์กลางการบริการ การพัฒนาแนวปฏิบัติและมาตรฐานที่ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เป็นศูนย์กลางครอบคลุมทุกมิติ ทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม กาย และใจ ขณะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล โดยการสนับสนุนและเสริมแรงจากผู้บริหารทั้งในเชิงนโยบายและนำสู่การปฏิบัติของสหวิชาชีพ

2. ผลการพัฒนาทักษะทีมพัฒนาคุณภาพ จากการศึกษาพบว่า ภายหลังการพัฒนา ทีมพัฒนาคุณภาพมีความรู้และทักษะในการจัดบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โดยรวมเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาผลงานการพัฒนาที่เป็น good practice การดูแลผู้ติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพื่อการยุติเอดส์ ที่พบว่า ผู้นำในโรงพยาบาลทุกแห่งมีความมุ่งมั่นพัฒนาระบบบริการ HIV/STI,

บุคลากรในจังหวัดมีศักยภาพและประสบการณ์ในการพัฒนา HIV/STI ด้วยระบบคุณภาพ HA รวมถึงมีผู้เชี่ยวชาญด้าน HIV/STI ในโรงพยาบาลศูนย์เป็นพี่เลี้ยงกำกับติดตามการรักษาให้โรงพยาบาลชุมชน ทีมงานมีการประสานข้อมูลกันทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยรวดเร็ว มีทีมแกนนำผู้ติดเชื้อที่มีส่วนสำคัญในการช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยในคลินิกและที่บ้าน[15]

3. ด้านผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จากการศึกษาพบว่า ภายหลังการพัฒนา ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนาระบบการจัดบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นศูนย์กลาง ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ครอบคลุมทุกด้าน ตามการจัดบริการรูปแบบ differentiated care สามารถเกิดขึ้นได้ทุกขั้นตอน ตั้งแต่การป้องกัน การตรวจวินิจฉัย และการรักษาเพื่อสนับสนุนให้ป่วยคงอยู่ในการรักษา ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ และจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตามความเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าช่องทางในการหาข้อมูลที่สะดวกที่สุดคือได้จากพยาบาลผู้ประสานงานผู้ป่วยเอชไอวี[16]

4. ผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วย ภายหลังการพัฒนาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มาพบแพทย์ครั้งหลังสุดมากกว่า 2 เดือน ปริมาณ viral load ตรวจครั้งหลังสุดอยู่ในระดับปกติ adherence index score ต่ำกว่าร้อยละ 95 มีการรับประทานยาต้านไวรัสต่อเนื่อง จำนวนวันนอนโรงพยาบาลต่ำกว่า 6 วัน มีผลลัพธ์การรักษาดีขึ้น ร้อยละ 81.5 และไม่มีโรคแทรกซ้อน การศึกษานี้มีค่าใช้จ่ายรวมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี 3,000 บาทขึ้นไป ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าการศึกษาสิทธิผู้ป่วยนอกแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาล ที่พบว่า สิทธิผู้ป่วยจ่ายเงินเองมีต้นทุนเฉลี่ยการให้บริการต่อคน 1,570 บาท แต่ต่ำกว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือ 9,483 บาท[17] สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่รับยาต้านสามารถกดไวรัสสำเร็จร้อยละ 93.24[18] และการศึกษาที่พบว่า ผลลัพธ์จากการพัฒนาระบบการจัดบริการ สามารถกดเชื้อไวรัสเอชไอวี < 1,000 copies/mL โดยมีการตรวจปริมาณไวรัส (viral load) ครอบคลุมตามเป้าหมาย ส่งผลให้ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์อยู่ในระดับเป้าหมาย[19]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัยครั้งนี้

1. ควรมีการวางแผนการบริหารจัดการเชิงระบบ โดยกำหนดนโยบายและแนวทางการปฏิบัติเพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ในการจัดบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น

2. ควรมีการพัฒนาคุณภาพการบริการ โดยนำระบบการจัดบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นศูนย์กลาง ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครอบคลุมทุกมิติ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีผลลัพธ์การรักษาดีขึ้น

3. ควรมุ่งเน้นในการแนะนำปรึกษาและการเสริมแรงผู้ป่วยให้มีการรับประทานยาต่อเนื่องและติดตามดูแลด้านพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ของบุคลากร ตามความเชี่ยวชาญของสาขาวิชาชีพ แบบเฉพาะเจาะจง เพื่อให้เกิดประสบการณ์ตามความเชี่ยวชาญของการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. UNAIDS.Global HIV & AIDS statistics — Fact sheet [internet].2024. [Cited 2024 September 13]. Available from: https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ระบบรายงานการติดตามประเมินผล [อินเตอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 2566 ตุลาคม 3]. เข้าถึงได้

จาก: https://medata.nhso.go.th/me/service
3. Estcourt C, Yeung A, Nandwani R, Goldberg D, Cullen B, Steedman N, et al. Population-level effectiveness of a national HIV preexposure prophylaxis programme in MSM. AIDS 2021;35(4): 665–73.
4. HIV Prevention Trials Network (HPTN). HPTN 083 study demonstrates superiority of cabotegravir for the prevention of HIV. press release [internet]. 2020. [Cited 2024 September 13]. Available from: https://www.hptn.org/news-and-events/press-releases
5. มณฑินี วสันติอุปโภคากร, ศุภณัฐ ฐิติภัทรกร, ชมนาถ มโนไพบูลย์. แนวทางการจัดบริการยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2564.พิมพ์ครั้งที่ 2.นนทบุรี:สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564.
6. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทยปี 2560.พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
7. โรงพยาบาลศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู. ผลงานบริการยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ [อินเตอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 2567 กันยายน 13]. เข้าถึงได้จาก: https://sbr-hospital.moph.go.th/indexp.php
8. Kemmis S, Mc Taggart R. The action research planner. 3rd edition. Victoria: Deakin University press; 1990.
9. ปรีดี นุกุลสมปรารถนา. จำนวน Sample Size ที่เหมาะกับการทำ Research [อินเตอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2567 พฤษภาคม 3]. เข้าถึงได้จาก: https://www.popticles.com/marketing/research-sample-size/
10. โกวิทย์ ทองละมุล. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีต่อความสม่ำเสมอในการใช้ยาต้านไวรัส ในโรงพยาบาลศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ. การประชุมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 12; 2564 มิถุนายน 25; มหาวิทยาลัยหาดใหญ่. หาดใหญ่; 2564
11. Bloom BS, Madaus GF, & Hastings JT. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
12. Likert R. "The Method of Constructing an Attitude Scale," Reading in Attitude Theory and Measurement. edited by Martin Fishbein. New York: John Wiley & Son; 1967.
13. Best JW. Research in Education. New Jersey: Prentice hall Inc.; 1977.
14. วิญญู จันทร์เนตร, กัลยาณี จันธิมา, ศิวะยุทธ สิงห์ปรุ. การพัฒนาระบบการจัดบริการที่มีผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์เป็นศูนย์กลาง ในโรงพยาบาลจังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการ สคร. 9 2564;27(1):27–35.
15. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). บทเรียนการพัฒนาจาก DSC-HIV สู่การรับรอง HNA [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2567 กันยายน 13]. เข้าถึงได้จาก: https://www.ha.or.th/TH
16. สุภาพร หอมดี, ณัฏฐิญา ค้าผล. ความต้องการข้อมูลด้านยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่แผนก ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินธโร อุทิศ. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ 2563;16(1):46–62.
17. อุทุมพร วงษ์ศิลป์, ดิชพงศ์ พงศ์ภัทรชัย. ต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยนอกผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของประเทศไทย.วารสารวิจัยระบบ

สาธารณสุข 2562;13(4):410–9.
18. ประจักร เหิกขุนทด. การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลส่องดาว. วารสารโรคเอดส์ 2564; 33(3):151–64.
19. กัลยาณี จันธิมา, ศิวะยุทธ สิงห์ปรุ, วีรพล จันธิมา, ดวงจันทร์ จันทร์เมือง. การพัฒนาระบบการจัดบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลาง ในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครราชสีมา. วารสารโรคเอดส์ 2565; 34(1):46–57.

กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control
ISSN 2985–1823 (Online)
วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา
Homepage: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9
ปีที่ 32 ฉบับที่ 1 (มกราคม – เมษายน 2569) หน้า [33-44]

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ของผู้บาดเจ็บที่มารักษาในโรงพยาบาลรัฐ จังหวัดศรีสะเกษ พ.ศ. 2567

Factors Associated with Fatality from Motorcycle Accidents among Injured Patients Treated at Public Hospitals in Sisaket Province, 2024

ชัยนันต์ บุตรกาล
Chainan Bootkan
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
Office of Disease Prevention and Control 10 Ubon Ratchathani
*Corresponding author: chainanbutkan@gmail.com
(Received: Mar 31, 2025 / Revised: Mar 13, 2026 / Accepted: Mar 16, 2026)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ของผู้บาดเจ็บที่เข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลรัฐ จังหวัดศรีสะเกษ ในปี พ.ศ. 2567 เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ที่เข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลรัฐ จังหวัดศรีสะเกษ ปี พ.ศ. 2567 จำนวน 2,274 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ crude odds ratios (OR), adjusted odds ratios (AOR) และช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ ได้แก่ 1) เพศชาย (AOR = 2.21, 95%CI: 1.26–3.87) 2) กลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป (AOR = 1.73, 95%CI: 1.06–2.81) 3) การบาดเจ็บจากการชนหรือถูกชนกับยานพาหนะ คน สัตว์ และสิ่งของ (AOR = 2.62, 95%CI: 1.38–4.98) 4) การบาดเจ็บที่ศีรษะ (AOR = 1.83, 95%CI: 1.12–2.98) และ 5) การนำส่งโดยกู้ชีพทีม ALS และ BLS (AOR = 9.97, 95%CI: 4.93–20.17) ผลการศึกษานี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนป้องกันความเสี่ยงและลดการเสียชีวิต เช่น การพัฒนาเครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต การเพิ่มขีดความสามารถของบริการการแพทย์ฉุกเฉินในการช่วยเหลือและนำส่งผู้บาดเจ็บกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง การพัฒนาศักยภาพของทีมสหวิชาชีพระดับอำเภอให้สามารถสอบสวนการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถชนกันในการจัดการความเสี่ยงเชิงพื้นที่ได้ ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษานี้คือ ควรมีการออกแบบการเก็บข้อมูลเชิงรุกให้ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงในทุกมิติ รวมถึงการใช้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์เข้ามาช่วย และพัฒนาคุณภาพของข้อมูลในระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บของโรงพยาบาลรัฐให้ถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา

คำสำคัญ: ปัจจัย, การเสียชีวิต, โรงพยาบาลรัฐ, อุบัติเหตุรถจักรยานยนต์

Abstract

The objective of this study was to investigate the factors associated with fatality from motorcycle accidents among injured patients admitted to the emergency departments of public hospitals in Sisaket Province during 2024. The study was an analytical cross-sectional study and was conducted using secondary data. The sample consisted of 2,274 injured patients who received treatment at the emergency departments of public hospitals in Sisaket Province during 2024. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics, including crude odds ratios (OR), adjusted odds ratios (AOR), and 95% confidence intervals (95%CI). The level of statistical significance was set at $p < 0.05$. The results revealed five statistically significant risk factors associated with motorcycle accident fatalities: being male (AOR = 2.21, 95%CI: 1.26–3.87); being 35 years or older (AOR = 1.73, 95%CI: 1.06–2.81); injuries from collisions with vehicles, people, animals, or objects (AOR = 2.62, 95%CI:1.38–4.98); head injuries (AOR = 1.83, 95%CI: 1.12–2.98); and injured patients transport by advanced life support (ALS) or basic life support (BLS) emergency medical service teams (AOR = 9.97, 95%CI: 4.93–20.17). From these findings, the data can be applied to risk prevention and fatality reduction strategies, such as developing fatality risk assessment tools and strengthening the capacity of emergency medical services (EMS) for high-risk patient medical care and transport. In addition, district-level multi-disciplinary teams should be empowered to conduct in-depth fatality investigations of motor vehicle accidents for area-based risk management. The recommendation from this study is that a proactive data collection design should be implemented to capture a comprehensive range of risk factors across all dimensions. Furthermore, the quality of injury surveillance data in public hospitals should be improved by applying artificial intelligence technology to ensure data completeness, accuracy, and timeliness.

Keywords: Factors, Fatality, Public Hospital, Motorcycle Accidents

บทนำ

อุบัติเหตุทางถนนเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก เนื่องจากส่งผลกระทบเป็นวงกว้างและรุนแรง ไม่ใช่แค่การบาดเจ็บหรือเสียชีวิตเฉพาะราย แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ระบบสุขภาพ เศรษฐกิจ และการพัฒนาของประเทศโดยรวม องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) รายงานว่าในปี พ.ศ. 2553 มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนทั่วโลก จำนวน 1.25 ล้านคน และลดลงเหลือ 1.18 ล้านคนในปี พ.ศ. 2564 (ลดลงร้อยละ 5.6) โดยภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และแปซิฟิกตะวันตก มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนรวมกันมากกว่าครึ่งของยอดรวมทั่วโลก[1] สำหรับประเทศไทย ปีพ.ศ. 2554 พบผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน จำนวน 21,996 ราย (อัตราตาย 34.27 ต่อประชากรแสนคน) และในปี พ.ศ. 2566 ลดลงเหลือร้อยละ 21.65 เหลือ 17,477 ราย (อัตราตาย 26.86 ต่อประชากรแสนคน) โดยพบสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการเกิดอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 82.50[2]

จากการทบทวนงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านบุคคล เช่น เพศชายมีความเสี่ยงบาดเจ็บจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ถึง 2.00 เท่าของเพศหญิง[3] กลุ่มอายุ 30–39 ปี เสี่ยงเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรถึง 1.72 เท่าของกลุ่มอายุต่ำกว่า 20 ปี[4] การดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มความเสี่ยงบาดเจ็บสาหัสถึง 9.47 เท่าของการไม่ดื่มแอลกอฮอล์[5] การไม่สวมหมวกนิรภัยเพิ่มความเสี่ยงการบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงและเสียชีวิตถึง 3.34 เท่าของการสวมหมวกนิรภัย[6] และการบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยเฉพาะการเกิด brain edema และ brain herniation เพิ่มความเสี่ยงเสียชีวิต 3.67 เท่า และ 3.31 เท่า ตามลำดับ[7] 2) ปัจจัยด้านยานพาหนะ เช่น การชนกับรถเก๋ง รถกระบะ รถสามล้อ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตถึง 3.39 เท่าของการชนกับคนเดินเท้า เสาไฟฟ้า ต้นไม้ สัตว์เลี้ยง วัตถุสิ่งของ สิ่งก่อสร้างหรือพื้นถนน[8] และ 3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การเกิดเหตุบนเส้นทางหลัก เพิ่มความเสี่ยงเสียชีวิต 4.44 เท่าของเส้นทางรอง[9] ส่วนการนำส่งผู้บาดเจ็บด้วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (emergency medical service, EMS) โดยรถกู้ชีพทีม advance life support (ALS) หรือ basic life support (BLS) ที่ใช้เวลาถึงที่เกิดเหตุไม่เกิน 12 นาที เพิ่มความเสี่ยงเสียชีวิตถึง 1.46 เท่าของการใช้เวลาถึงที่เกิดเหตุต่ำกว่า 7 นาที[10]

สำหรับเขตสุขภาพที่ 10 ประกอบด้วย จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดยโสธร จังหวัดอำนาจเจริญ และจังหวัดมุกดาหาร ก็มีการเกิดอุบัติเหตุทางถนนเพิ่มสูงขึ้นต่อเนื่องเช่นกัน ในปี พ.ศ. 2554 พบอัตราตาย 24.97 ต่อประชากรแสนคน และลดลงเหลือ 22.77 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2566 (ลดลงร้อยละ 8.81) สาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่มาจากรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 75.96[2] ในส่วนจังหวัดศรีษะเกษ เป็นหนึ่งในจังหวัดที่มีอัตราตายด้วยอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์สูง โดยพบว่า ในปี พ.ศ. 2554 มีอัตราตาย 17.14 ต่อประชากรแสนคน และเพิ่มขึ้นเป็น 21.79 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2566 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 27.13) โดยพบอัตราตายสูงเป็นอันดับ 3 รองจากจังหวัดมุกดาหาร และจังหวัดยโสธร สาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่มาจากรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 73.33[2] ซึ่งอัตราการเสียชีวิตดังกล่าวยังสูงกว่าค่าเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ที่กำหนดไว้ไม่เกิน 12 ต่อประชากรแสนคนเกือบ 2 เท่า[11] และจากข้อมูลในระบบเฝ้าระวังช่วง “7 วันอันตราย” ปี พ.ศ. 2566 พบว่า ในช่วงเทศกาลปีใหม่ ผู้ประสบเหตุส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 70.38 อยู่ในช่วงกลุ่มอายุ 25–59 ปี ร้อยละ 42.44 เป็นผู้ขับขี่รถ ร้อยละ 75.55 ไม่สวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 85.48 พบดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 44.04 ใช้รถจักรยานยนต์ในการเดินทาง ร้อยละ 82.93 ส่วนใหญ่เกิดเหตุบนถนนเส้นทางหลัก ร้อยละ 59.01 และพบผู้บาดเจ็บเสียชีวิตที่ร้อยละ 1.89 สอดคล้องกับข้อมูลในช่วงเทศกาลสงกรานต์ ผู้ประสบเหตุส่วนใหญ่เป็นเพศชาย

ร้อยละ 66.72 พบในกลุ่มอายุ 25–59 ปี ร้อยละ 44.92 เป็นผู้ขับขี่รถ ร้อยละ 72.03 ไม่สวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 89.90 พบดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 38.96 ใช้รถจักรยานยนต์ในการเดินทาง ร้อยละ 80.92 เกิดเหตุบนเส้นทางหลัก ร้อยละ 50.47 และพบผู้บาดเจ็บเสียชีวิตที่ร้อยละ 1.31[12]

จากสถานการณ์ดังกล่าว ในพื้นที่ได้มีการกำหนดมาตรการในการป้องกันอุบัติเหตุ เพื่อลดการเสียชีวิต เช่น ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน่วย EMS ร้อยละ 100 เป็นองค์กรสวมหมวกนิรภัย การอบรมเด็กเยาวชนให้มีทักษะคิดและเอาชีวิตรอดจากอุบัติเหตุด้วยโครงการเยาวชนไทยปลอดภัย (Thailand Safe Youth Program, TSY Program) เป็นโครงการสำคัญด้านความปลอดภัยทางถนน ที่มุ่งป้องกันและลดการบาดเจ็บ การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุในกลุ่มเด็กและเยาวชน ซึ่งถือเป็นกลุ่มเสี่ยงหลักของประเทศ โดยเฉพาะผู้ใช้รถจักรยานยนต์ เป็นต้น[11] แต่จากการดำเนินกิจกรรมดังกล่าว ยังไม่ได้มีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากรถจักรยานยนต์ ทำให้การออกแบบกิจกรรมเป็นการดำเนินการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในภาพรวม ไม่ได้คำนึงถึงกลุ่มเป้าหมาย และปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเกิดอุบัติเหตุโดยตรง การใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (injury surveillance, IS) ของโรงพยาบาลรัฐ จังหวัดศรีสะเกษ ยังมีข้อจำกัดที่ส่งผลให้ไม่สามารถวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตเชิงลึกได้เท่าที่ควร

ผู้วิจัยจึงดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ของผู้บาดเจ็บที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐ จังหวัดศรีสะเกษ พ.ศ. 2567” เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ ผลการศึกษาที่ได้จะนำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการกำหนดมาตรการป้องกันและลดความรุนแรงของอุบัติเหตุทางถนนให้มีความเหมาะสม สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ และสามารถนำไปสู่การลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ของผู้บาดเจ็บที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในโรงพยาบาลรัฐ จังหวัดศรีสะเกษ ปีพ.ศ. 2567

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (analytical cross-sectional study) ทำการศึกษาโดยใช้ข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม–ธันวาคม พ.ศ. 2567 ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 1 ปี

ประชากรที่ใช้ในศึกษา

ประชากรที่ใช้ในศึกษา คือ ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ที่มารักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในโรงพยาบาลรัฐ จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (IS) ของกองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค ปี พ.ศ. 2567 จำนวน 10,482 ราย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในศึกษา คือ ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ที่มารักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในโรงพยาบาลรัฐ จังหวัดศรีสะเกษ ปี พ.ศ. 2567 โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจาก IS ของกองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค ปีพ.ศ. 2567 จำนวน 2,274 ราย ซึ่งคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรในการคำนวณของ Krejcie & Morgan[13] ดังนี้

$$s = \frac{X^2 \cdot N \cdot P(1-P)}{d^2(N-1) + X^2 \cdot P(1-P)}$$

s = ขนาดตัวอย่างที่ต้องการ

χ^2 = ค่าไคสแควร์ที่ 1 df สำหรับระดับความเชื่อมั่นที่เลือก (95% = 3.841)

N = ขนาดประชากรทั้งหมด (10,482)

P = สัดส่วนที่คาดว่าจะเกิด (กำหนดที่ 0.50)

d = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (กำหนดที่ 0.05)

แทนค่า

$$s = \frac{3.841 \times 10{,}482 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2(10{,}482 - 1) + 3.841 \times 0.5 \times 0.5}$$

s = (10,065.34)/(27.16)

s = 370.59

จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำจำนวน 371 ราย เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการประมาณค่าและเพิ่มระดับความเชื่อมั่นของผลการวิจัย ทั้งนี้ พบว่า จำนวนผู้บาดเจ็บที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกมีมากกว่าขนาดตัวอย่างขั้นต่ำที่กำหนด ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใช้ข้อมูลผู้บาดเจ็บทั้งหมด 2,274 ราย ในการวิเคราะห์ โดยดำเนินการคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกที่กำหนดไว้ ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

อ้างอิงจาก คู่มือการบันทึกข้อมูล IS ของกองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค[14] ดังนี้

1. ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลรัฐ จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567

2. มีผลการรักษาที่ทราบผลลัพธ์หลังรักษาได้ชัดเจน ได้แก่ เสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาล (dead before arrival, DBA) การเสียชีวิตหลังเข้ารับการรักษา การรับไว้รักษา และจำหน่ายกลับบ้าน

3. เกิดอุบัติเหตุบนถนน และเดินทางมาจากที่เกิดเหตุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐ จังหวัดศรีสะเกษ

4. มีข้อมูลในทะเบียนครบถ้วนตามตัวแปรที่ใช้ศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ ถนนที่เกิดเหตุ กลไกการบาดเจ็บ การบาดเจ็บที่ศีรษะ การใช้บริการทีม EMS นำส่ง และการเสียชีวิต

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

อ้างอิงจาก คู่มือการบันทึกข้อมูล IS ของกองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค[14] ดังนี้

1. ผู้บาดเจ็บจากเหตุอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ ได้แก่ การทำร้ายตนเอง การถูกผู้อื่นทำร้าย การปฏิบัติการทางกฎหมาย/สงคราม และไม่ทราบชนิดอุบัติเหตุ

2. ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ที่เกิดเหตุในสถานที่อื่นซึ่งไม่ใช่ถนน

3. ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ที่ไม่ได้มาจากที่เกิดเหตุ เข้ารักษาในโรงพยาบาลดังกล่าว ได้แก่ เสียชีวิตในจุดเกิดเหตุ และถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น

4. ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลดังกล่าว แต่มีผลการรักษาที่ทราบผลลัพธ์หลังรักษาไม่ชัดเจน ได้แก่ การส่งต่อ การปฏิเสธการรักษา การหนีกลับ ไม่ระบุผลลัพธ์

5. ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ที่ไม่ได้เป็นคนขับขี่และคนโดยสาร และมาจากที่เกิดเหตุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลดังกล่าว และมีผลการรักษาที่ทราบผลลัพธ์หลังรักษาได้ชัดเจน ได้แก่ DBA การเสียชีวิตหลังเข้ารับการรักษา รับไว้รักษา และจำหน่ายกลับบ้าน

6. ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ที่มีข้อมูลในทะเบียนไม่ครบถ้วนหรือสูญหาย (missing data)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (injury surveillance, IS) ของกองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค ซึ่งเป็นข้อมูลที่จัดเก็บไว้ในระบบฐานข้อมูลบนเว็บไซต์ของสำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (สพร.) โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ประเภทคนเดินทาง การดื่มแอลกอฮอล์ การสวมหมวกนิรภัย ถนนที่เกิดเหตุ กลไกการบาดเจ็บ การบาดเจ็บที่ศีรษะ การใช้บริการทีม EMS นำส่ง และการเสียชีวิต

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ จำนวน

6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ถนนที่เกิดเหตุ กลไกการบาดเจ็บ การบาดเจ็บที่ศีรษะ และการใช้บริการทีม EMS นำส่ง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ที่มารักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในโรงพยาบาลรัฐ จังหวัดศรีสะเกษ ปี พ.ศ. 2567 และจากระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (injury surveillance, IS) ของกองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค ปี พ.ศ. 2567 โดยมีการขออนุญาตการเข้าถึงข้อมูล และไม่เปิดเผยตัวตนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูล โดยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป รายละเอียดดังนี้

1. สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติอนุมาน ได้แก่ binary logistic regression นำเสนอผล crude odds ratio (OR) คัดเลือกตัวแปรที่มีค่า $p < 0.05$ เข้าวิเคราะห์โดย multiple logistic regression นำเสนอผลค่า adjusted odds ratio (AOR) 95%CI of AOR และกำหนด $p < 0.05$ ได้มีการทดสอบความเป็นปกติของข้อมูลด้วย Kolmogorov-Sminov พบว่าข้อมูลทุกตัวแปรที่ใช้ศึกษานี้เป็นข้อมูลแบ่งกลุ่ม พบไม่เป็นการแจกแจงแบบปกติ ($p < 0.001$) ซึ่งไม่ได้มีผลกระทบต่อการนำข้อมูลมาใช้วิเคราะห์ และผลการวิเคราะห์ตัวแปร effect modifier พบว่าตัวแปรเพศมีลักษณะเป็น effect modifier ต่อความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามกับตัวแปรต้นหลายตัว ได้แก่ ตัวแปรอายุ ถนน กลไกการบาดเจ็บ การบาดเจ็บที่ศีรษะ การใช้บริการทีม EMS นำส่ง และได้ทำการวิเคราะห์การมีปฏิสัมพันธ์ของตัวแปรเพศกับตัวแปรต้นอื่น ๆ (interaction) พบว่า ตัวแปรเพศมี Interaction กับตัวแปรการบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งมีผลต่อการทำนายการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ ขณะที่ ตัวแปรอายุ ถนน กลไกการบาดเจ็บ การใช้บริการทีม EMS นำส่ง ไม่มี interaction กับตัวแปรเพศ ($p < 0.05$)

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.95 มีอายุเฉลี่ย 34 ปี (SD = 19.29) เป็นคนขับขี่ ร้อยละ 80.61 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 73.25 ไม่สวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 81.77 เกิดเหตุบนถนนเส้นทางหลัก ร้อยละ 64.42 กลไกการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุส่วนใหญ่ชนหรือถูกชนกับรถจักรยาน จักรยานยนต์ สามล้อ สัตว์ วัตถุนิ่ง รถเพื่อการเกษตร คน รถเก๋ง ปิกอัพ รถขนาดใหญ่ รถโดยสาร ร้อยละ 69.13 ผู้บาดเจ็บไม่เกิดที่ศีรษะ ร้อยละ 73.18 หลังเกิดเหตุ การใช้บริการทีม EMS นำส่งผู้บาดเจ็บเป็นกู้ชีพทีม FR ร้อยละ 58.00 ไม่เสียชีวิต ร้อยละ 96.66 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 2,274)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	1,386	60.95
หญิง	888	39.05
อายุ (ปี)	$\bar{X}$ = 33.95, SD = 19.29	

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 2,274)	ร้อยละ
ประเภทคนเดินทาง		
คนขับขี่	1,833	80.61
คนโดยสาร	441	19.39
***การดื่มแอลกอฮอล์ (n = 1,417)**		
ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	1,038	73.25
ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	379	26.75
***การสวมหมวกนิรภัย (n = 1,558)**		
ไม่สวมหมวกนิรภัย	1,274	81.77
สวมหมวกนิรภัย	284	18.23
ถนนที่เกิดเหตุ		
เส้นทางหลัก	1,465	64.42
เส้นทางรอง	809	35.58
กลไกการบาดเจ็บ		
ตกจากรถ รถล้ม พลิกคว่ำ	702	30.87
ชนหรือถูกชนกับรถจักรยาน จักรยานยนต์ สามล้อ สัตว์ วัตถุนิ่ง รถเพื่อการเกษตร คน รถเก๋ง ปิกอัพ รถขนาดใหญ่ รถโดยสาร	1,572	69.13
การบาดเจ็บที่ศีรษะ		
ไม่เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ	1,664	73.18
เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ	610	26.82
การใช้บริการทีม EMS นำส่ง		
กู้ชีพทีม ALS และ BLS	955	42.00
กู้ชีพทีม FR	1,319	58.00
การเสียชีวิต		

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 2,274)	ร้อยละ
เสียชีวิต	76	3.34
ไม่เสียชีวิต	2,198	96.66

***หมายเหตุ** ข้อมูลตัวแปร IS มีข้อมูล missing เนื่องจากไม่ได้บันทึกข้อมูล จึงเป็นข้อจำกัดการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ โดยวิเคราะห์ปัจจัยหลายตัวพร้อมกัน ด้วยสถิติ multiple logistic regression พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ของผู้บาดเจ็บ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ได้แก่ 1) เพศชาย มีความเสี่ยงเสียชีวิตเป็น 2.21 เท่าของเพศหญิง (AOR = 2.21, 95%CI: 1.26–3.87) 2) กลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงเสียชีวิตเป็น 1.73 เท่าของกลุ่มอายุไม่เกิน 34 ปี (AOR = 1.73, 95%CI: 1.06–2.81) การบาดเจ็บจากการชนหรือถูกชนกับรถจักรยาน จักรยานยนต์ สามล้อ สัตว์ วัตถุนิ่ง รถเพื่อการเกษตร คน รถเก๋ง ปิกอัพ รถขนาดใหญ่ รถโดยสาร มีความเสี่ยงเสียชีวิตเป็น 2.62 เท่าของการบาดเจ็บจากตกจากรถ รถล้ม พลิกคว่ำ (AOR = 2.62, 95%CI: 1.38–4.98) การบาดเจ็บที่ศีรษะ มีความเสี่ยงเสียชีวิตเป็น 1.83 เท่าของการบาดเจ็บไม่เกิดที่ศีรษะ (AOR = 1.83, 95%CI: 1.12–2.98) กู้ชีพทีม ALS และ BLS ได้นำส่งผู้บาดเจ็บที่มีโอกาสเสียชีวิตเป็น 9.97 เท่าของกู้ชีพทีม FR นำส่ง (AOR = 9.97, 95%CI: 4.93–20.17) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์

ปัจจัย	การเสียชีวิต (n = 2,274)				OR	AOR	95%CI of AOR	*p*-value
	เสียชีวิต (n = 76)		ไม่เสียชีวิต (n = 2,198)					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
เพศ								0.006*
หญิง	17	1.91	871	98.09	1	1		
ชาย	59	4.26	1,327	95.74	2.28	2.21	1.26, 3.87	
อายุ (ปี)								0.027*
อายุไม่เกิน 34 ปี	31	2.40	1,261	97.60	1	1		
อายุ 35 ปีขึ้นไป	45	4.58	937	95.42	1.95	1.73	1.06, 2.81	
ถนนที่เกิดเหตุ								0.098

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ (ต่อ)

ปัจจัย	การเสียชีวิต (n = 2,274)				OR	AOR	95% CI of AOR	*p*-value
	เสียชีวิต (n = 76)		ไม่เสียชีวิต (n = 2,198)					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
เส้นทางรอง	17	2.10	972	97.90	1	1		
เส้นทางหลัก	59	4.03	1,406	95.97	1.96	1.61	0.92, 2.83	
กลไกการบาดเจ็บ								0.003*
ตกจากรถ รถล้ม พลิกคว่ำ	12	1.71	690	98.29	1	1		
ชนหรือถูกชนกับจักรยาน จักรยานยนต์ฯ	64	4.07	1,508	95.93	2.44	2.62	1.38, 4.98	
การบาดเจ็บที่ศีรษะ								0.016*
ไม่เกิดที่ศีรษะ	43	2.58	1,621	97.42	1	1		
ที่ศีรษะ	33	5.41	577	94.59	2.16	1.83	1.12, 2.98	
การใช้บริการทีม EMS นำส่ง								< 0.001*
กู้ชีพทีม FR	9	0.68	1,310	99.32	1	1		
กู้ชีพทีม ALS และ BLS	67	7.02	888	92.98	10.98	9.97	4.93, 20.17	

***หมายเหตุ** กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการศึกษา

จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ของผู้บาดเจ็บที่มารักษาในโรงพยาบาลรัฐ จังหวัดศรีสะเกษ ได้แก่

ปัจจัยด้านเพศ พบว่า ผู้บาดเจ็บเพศชาย มีความเสี่ยงเสียชีวิตถึง 2.21 เท่าของเพศหญิง พบการเสียชีวิตของเพศชายสูงกว่าเพศหญิง ร้อยละ 1.91 บริบทพื้นที่ศึกษาพบความแตกต่างในพฤติกรรมการใช้รถจักรยานยนต์ ได้แก่ การเป็นคนขับขี่พบในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง ร้อยละ 68.92 และการดื่มแอลกอฮอล์ในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง ร้อยละ 7.73 สอดคล้องกับการศึกษาของ Zewdie Oltaye พบว่าผู้ป่วยเพศชายมีความเสี่ยงบาดเจ็บจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ถึง 2.00 เท่าของผู้ป่วยเพศหญิง[4] การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า เพศชายมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมเสี่ยงสูงกว่าเพศหญิง เช่น การขับขี่ด้วยความเร็วเกินกำหนด การฝ่าฝืนกฎจราจร การไม่สวมหมวกนิรภัย และการขับขี่ในสภาพมึนเมาจากแอลกอฮอล์ พฤติกรรมดังกล่าวเพิ่มโอกาสเกิดอุบัติเหตุที่มีความรุนแรงและนำไปสู่การบาดเจ็บหรือเสียชีวิตได้มากขึ้น รวมถึงเพศชายมี

บทบาทเป็นผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์มากกว่าเพศหญิง และยังมีพฤติกรรมขับขี่รถแบบผาดโผน รวมถึงตอบสนองต่อสิ่งรอบข้างที่มักขาดความระมัดระวัง เมื่อประสบอุบัติเหตุบนถนน จึงบาดเจ็บรุนแรงเสียชีวิตสูงกว่าเพศหญิง

ปัจจัยด้านอายุ ผู้บาดเจ็บที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงเสียชีวิตถึง 1.73 เท่าของกลุ่มอายุไม่เกิน 34 ปี อาจเนื่องจากสภาพร่างกายที่เปราะบางมากขึ้นตามวัย โดยในงานวิจัยนี้กลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป พบการเสียชีวิต ร้อยละ 4.58 สูงกว่ากลุ่มอายุไม่เกิน 34 ปี ร้อยละ 2.40 ทั้งนี้กลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงสูงกว่า เช่น การเป็นคนขับขี่ ร้อยละ 88.39 การดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 42.13 และการไม่สวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 83.88 ซึ่งสูงกว่าทุกตัวแปรเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุไม่เกิน 34 ปี โดยสอดคล้องกับการศึกษาของกฤษณะ สุกาวงศ์ ซึ่งพบว่ากลุ่มอายุ 30–39 ปี มีความเสี่ยงเสียชีวิตถึง 1.72 เท่าของกลุ่มอายุต่ำกว่า 20 ปี[5]

ปัจจัยด้านกลไกการบาดเจ็บ ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากการชนหรือถูกชนกับจักรยานยนต์ สามล้อ สัตว์ วัตถุนิ่ง รถเพื่อการเกษตร คน รถเก๋ง ปิกอัพ รถขนาดใหญ่ รถโดยสาร มีความเสี่ยงเสียชีวิตถึง 2.62 เท่าของผู้ได้รับบาดเจ็บจากการตกจากรถ รถล้ม พลิกคว่ำ ซึ่งเกิดจากแรงกระแทกที่รุนแรงกว่า โดยในงานวิจัยนี้ พบว่าผู้ที่บาดเจ็บจากการชนและถูกชน ทำให้เกิดการเสียชีวิตถึงร้อยละ 4.07 สูงกว่ากลุ่มที่เกิดจากการตกจากรถ รถล้ม พลิกคว่ำ ซึ่งเสียชีวิตที่ร้อยละ 1.71 สอดคล้องกับการศึกษาของมงคล อัศวภูมิ และคณะ ซึ่งระบุถึงการบาดเจ็บจากชนกับรถเก๋ง ปิกอัพ หรือสามล้อเพิ่มความเสี่ยงเสียชีวิตถึง 3.39 เท่าของการบาดเจ็บจากการชนกับคนเดินเท้า เสาไฟฟ้า ต้นไม้ สัตว์เลี้ยง วัตถุสิ่งของ สิ่งก่อสร้างหรือพื้นถนน[7] เนื่องจากการชนหรือถูกชนกับยานพาหนะอื่น วัตถุนิ่ง หรือสิ่งมีชีวิต มักเกิดการถ่ายเทพลังงานจลน์ในระดับสูงและฉับพลัน ส่งผลให้ร่างกายได้รับแรงกระแทกโดยตรง ทำให้เกิดการบาดเจ็บรุนแรง มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงกว่าการตกจากรถหรือรถล้มที่มักเป็นการสูญเสียการทรงตัวและแรงกระแทกมีระดับพลังงานจลน์ต่ำกว่า

ปัจจัยด้านการบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่า การบาดเจ็บที่ศีรษะมีความเสี่ยงเสียชีวิตถึง 1.83 เท่าของการบาดเจ็บที่อวัยวะอื่น โดยในงานวิจัยนี้ การเสียชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะอยู่ที่ร้อยละ 5.41 สูงกว่าการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บที่ไม่เกิดที่ศีรษะ ร้อยละ 2.58 นอกจากนี้ยังพบว่าเพศหญิงที่บาดเจ็บที่ศีรษะ พบการเสียชีวิตร้อยละ 6.06 สูงกว่าเพศชาย ร้อยละ 5.10 ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับอัตราการสวมหมวกนิรภัยของเพศหญิงที่ต่ำกว่า ร้อยละ 17.88 เทียบกับเพศชาย ร้อยละ 18.45 นอกจากนี้ในกลุ่มเด็กอายุไม่เกิน 6 ปี พบการบาดเจ็บที่ศีรษะสูงถึงร้อยละ 22.50 ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการไม่มีหรือไม่ใช้หมวกนิรภัยสำหรับเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของปลมา โสบุตร์ และคณะ ซึ่งพบว่า brain edema และ brain herniation เพิ่มความเสี่ยงเสียชีวิตถึง 3.67 เท่า และ 3.31 เท่าตามลำดับ[8]

ปัจจัยด้านการใช้บริการทีม EMS นำส่ง พบว่า กู้ชีพทีม ALS และ BLS ได้นำส่งผู้บาดเจ็บเสียชีวิตถึง 9.97 เท่าของกู้ชีพทีม FR นำส่ง สะท้อนถึงการที่ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่เลือกใช้ทีม ALS และ BLS มีโอกาสให้บริการผู้บาดเจ็บที่มีความรุนแรงหรือภาวะวิกฤติและฉุกเฉิน เนื่องจากทีมดังกล่าวมีความพร้อมทั้งบุคลากรและอุปกรณ์ช่วยชีวิตมากกว่า โดยในงานวิจัยนี้พบว่าทีม ALS และ BLS ได้นำส่งผู้บาดเจ็บที่มีภาวะรุนแรงเสียชีวิตถึงร้อยละ 7.02 สูงกว่าทีม FR ได้นำส่ง ร้อยละ 0.68 อย่างไรก็ตาม หากทีม ALS และ BLS ใช้เวลาไปถึงที่เกิดเหตุเกิน 7 นาทีขึ้นไป ส่งผลให้ผู้บาดเจ็บมีโอกาสเสี่ยงเสียชีวิตมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ James P. Byrne et al ซึ่งพบว่า รถกู้ชีพทีม ALS และ BLS ใช้เวลาถึงที่เกิดเหตุไม่เกิน 12 นาที เพิ่มความเสี่ยงเสียชีวิตถึง 1.46 เท่าของการใช้เวลาถึงที่เกิดเหตุต่ำกว่า 7 นาที[10]

ข้อจำกัดของการวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (injury surveillance, IS) พบว่าไม่มีข้อมูลตัวแปรที่สำคัญต่อการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเวลาและข้อมูลความรุนแรงของการบาดเจ็บ ได้แก่ ขาดข้อมูลระยะเวลาไปถึงที่เกิดเหตุ และข้อมูลความรุนแรงของการบาดเจ็บ อาทิ emergency level, GCS, probability of survival score (PS score), injury severity score (ISS) รวมถึงยังขาดข้อมูลในเชิงลึก ดังนี้ พฤติกรรมการขับขี่รถ เช่น การขับรถเร็ว ระดับการปฏิบัติตนตามวินัยจราจร ความพึงพอใจต่อบริการหรือปฏิเสธการใช้บริการทีม EMS นำส่ง ทั้งนี้ผู้วิจัยสามารถใช้ข้อมูลเฉพาะจากโรงพยาบาลรัฐในจังหวัดศรีสะเกษ จึงควรใช้ผลการศึกษานี้อย่างระมัดระวัง เมื่อต้องศึกษาในพื้นที่อื่น

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ควรพัฒนาเครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตตามปัจจัยเสี่ยงที่ค้นพบ เพื่อวางแผนดูแลรักษาให้เหมาะสมมากขึ้น

2. ควรเพิ่มขีดความสามารถของ EMS ให้สามารถช่วยเหลือและนำส่งผู้บาดเจ็บที่มีความเสี่ยงได้ทันเวลา และเหมาะสม

3. ควรพัฒนาศักยภาพของทีมสหสาขาวิชาชีพในระดับอำเภอ ให้สามารถสอบสวนการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถชนกันที่เกี่ยวข้องกับรถจักรยานยนต์ ในการจัดการความเสี่ยงเชิงพื้นที่ได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการออกแบบการเก็บข้อมูลเชิงรุก (proactive) ให้ครอบคลุมมิติปัจจัยเสี่ยงมากขึ้น

2. ควรพัฒนาคุณภาพของข้อมูลใน IS ของโรงพยาบาลรัฐโดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบคุณ นางเกศรา แสนศิริทวีสุข รักษาการผู้ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี และนายเพ็ชรบูรณ์ พูลผล ผู้ช่วยผู้อำนวยการฯ ที่อนุญาตให้วิเคราะห์ข้อมูล IS และเป็นที่ปรึกษาให้งานวิจัยจนสำเร็จลุล่วง และขอขอบคุณกองป้องกันการบาดเจ็บ และสำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (สพร.) ได้อนุเคราะห์ให้ใช้ข้อมูล IS และข้อมูลผู้เสียชีวิต 3 ฐาน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World health statistics 2024: monitoring health for SDGs, Sustainable Development Goals. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2024.
2. กองป้องกันการบาดเจ็บ. สถานการณ์การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย [อินเตอร์เน็ต]. 2568. [เข้าถึงเมื่อ 2568 กรกฎาคม 30]. เข้าถึงได้จาก: https://dip.ddc.moph.go.th/new/3base_status_new
3. Oltaye Z, Geja E, Tadele A. Prevalence of motorcycle accidents and its associated factors among road traffic accident patients in Hawassa university comprehensive specialized hospital, 2019. Open Access Emerg Med 2021; 13:213–20.
4. กฤษณะ สุกาวงศ์, นำพร อินสิน, พิชิต ชวนงูเหลือม, พูลทรัพย์ โพนสิงห์, กัญชรส วังมุข. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตและการทำนายรูปแบบการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางถนน ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8. วารสารสาธารณสุขล้านนา 2566;19(2): 129–41.
5. Wiratama BS, Chen PL, Ma ST, Chen YH, Saleh W, Lin HA, Pai CW. Evaluating

the combined effect of alcohol-involved and un-helmeted riding on motorcyclist fatalities in Taiwan. Accid Anal Prev 2020;143:105594.
6. MacLeod JB, Digiacomo JC, Tinkoff G. An evidence-based review: helmet efficacy to reduce head injury and mortality in motorcycle crashes: EAST practice management guidelines. J Trauma 2010;69(5):1101–11.
7. ปลมา โสบุตร์, ศตวรรษ อุดรศาสตร์, กุมาลีพร ตรีสอน. ปัจจัยทำนายการเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลางถึงรุนแรง. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2566;33(2):55–70.
8. มงคล อัศวภูมิ, ธวัชชัย อิ่มพูล, เลิศชัย เจริญธัญรักษ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากการประสบอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ ในเด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มารักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ปี 2553-2562. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2565;29(2):99–110.
9. วิชญนนท์ เหล่าอุดม. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางการจราจรในอำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน 2567;9(1):99–106.
10. Byrne JP, Mann NC, Dai M, Mason SA, Karanicolas P, Rizoli S, Nathens AB. Association Between Emergency Medical Service Response Time and Motor Vehicle Crash Mortality in the United States. JAMA Surg 2019;154(4):286–93.
11. กพร. การประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565 ของกรมควบคุมโรค [อินเตอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 2568 กรกฎาคม 30]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/files/212202021101910254 5.pdf
12. กองสาธารณสุขฉุกเฉิน. ระบบข้อมูล Accident [อินเตอร์เน็ต]. 2568. [เข้าถึงเมื่อ 2568 กรกฎาคม 30]. เข้าถึงได้จาก: https://connect.moph.go.th/pherplus/#/data/export-data
13. Krejcie R V, Morgan D W. Determining sample size for research activities. Education and Psychological measurement 1970;30(1):607–10.
14. กองป้องกันการบาดเจ็บ. คู่มือการใช้แบบบันทึกข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค; 2563.
15. ชัยนันต์ บุตรกาล. ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในโรงพยาบาลรัฐ จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ.2565–2566. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี 2568;23(1):97–110.

กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

ISSN 2985–1823 (Online)

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

Homepage: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9
ปีที่ 32 ฉบับที่ 1 (มกราคม – เมษายน 2569) หน้า [45-56]

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความตั้งใจรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ พื้นที่เขตสุขภาพที่ 5

Factors Associated with Behavioral Intention for Antiretroviral Drug Adherence among Newly Diagnosed HIV Patients in Health Region 5

ปิยนุช เทพยสุวรรณ*, อรวรรณ วังลึก
Piyanuch Teppayasuwan*, Orawan Wangluk
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี
Office of Disease Prevention and Control 5 Ratchaburi
*Corresponding author: babybright13@gmail.com
(Received: Sep 27, 2025 /Revised: Mar 12, 2026 /Accepted: Mar 16, 2026)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความตั้งใจรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ พื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 โดยเก็บข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 5 จำนวน 110 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประเภทถามตอบ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติไคสแคว์ (chi-square) และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.3 มีอายุเฉลี่ย 28.67 ปี มีพฤติกรรมความตั้งใจรับประทานยาต้านไวรัสอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 50.9 มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.32, 4.27 และ 4.43 ตามลำดับ ขณะที่การรับรู้อุปสรรคของกระบวนการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.67 จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า เพศและระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความตั้งใจรับประทานยาต้านไวรัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์/พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง เมื่อติดเชื้อเอชไอวีและความรู้เรื่องยาต้านไวรัสเอชไอวี มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมความตั้งใจรับประทานยาต้านไวรัส ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ($r = 0.436$, $p < 0.01$) และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมความตั้งใจรับประทานยาต้านไวรัส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.398$, $p < 0.01$) ดังนั้นควรมีการสนับสนุนให้หน่วยบริการมีการให้ความรู้เรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์/พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง การเสริมสร้างการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา รวมไปถึงการรับประทานยาต้านไวรัสที่ถูกต้อง เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมและมีแนวโน้มที่จะรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ และนำไปสู่พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในด้านอื่นเพิ่มขึ้นมาด้วย

คำสำคัญ: ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่, พฤติกรรมความตั้งใจรับประทานยาต้านไวรัส, ยาต้านไวรัส

Abstract

The objective of this study was to investigate the factors associated with behavioral intention for antiretroviral drugs adherence among newly diagnosed HIV patients in Health Region 5. The sample consisted of 110 newly diagnosed HIV patients who received medical services at public health facilities in Health Region 5. Data were collected using a questionnaire and analyzed using the chi-square test and Pearson's correlation coefficient. The level of statistical significance was set at $p < 0.05$. The results revealed that most participants were male (57.3%) with a mean age of 28.67 years. Approximately 50.9% of the participants demonstrated high level of behavioral intention to adhere to antiretroviral drugs. Regarding health perceptions, perceived susceptibility to the disease, perceived severity of the disease, and perceived benefits of treatment were all at high levels, with mean scores of 4.32, 4.27, and 4.43, respectively. Conversely, perceived barriers to the treatment process were at a moderate level with mean score of 2.67. From correlation analysis, the study found that gender and educational level were significantly associated with behavioral intention to adhere to antiretroviral drugs ($p < 0.05$). Additionally, knowledge of HIV/AIDS, self-care behaviors after being diagnosed with HIV, and antiretroviral therapy protocols showed a significant positive correlation with behavioral intention to adhere to antiretroviral drugs among newly diagnosed HIV patients ($r = 0.436$, $p < 0.01$). Moreover, the perceived benefits of treatment showed a significant positive correlation with behavioral intention to adhere to antiretroviral drugs ($r = 0.398$, $p < 0.01$). Therefore, health service units should proactively provide comprehensive education regarding HIV/AIDS knowledge and self-care behaviors. Furthermore, strategies should be implemented to enhance the perceived benefits of treatment and ensure a thorough understanding of correct antiretroviral therapy protocols. Strengthening these areas would foster a positive behavioral intention and increase the likelihood of consistent long-term medication adherence. Ultimately, these interventions can lead to broader improvements in health-promoting behaviors.

Keywords: Newly Diagnosed HIV Patients, Behavioral Intention for Antiretroviral Drugs, Antiretroviral Drugs

บทนำ

การติดเชื้อเอชไอวี (HIV) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย แม้จะมีมาตรการในการป้องกันควบคุมโรค แต่ก็ยังพบผู้ติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวี (HIV Info Hub) ปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยเอชไอวีสะสม จำนวน 524,424 ราย ผู้ติดเชื้อที่ได้รับการวินิจฉัยรับยาและคงอยู่ในระบบร้อยละ 84.0 และสามารถกดไวรัสได้สำเร็จร้อยละ 87.0 มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ จำนวน 25,524 ราย ลงทะเบียนรับยา 22,644 ราย ร้อยละ 88.0[1] จากระบบรายงานข้อมูลสารสนเทศ การให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ (NAP Web Report) ณ วันที่ 13 เมษายน พ.ศ. 2567 พบว่า กลุ่มผู้ติดเชื้อที่ลงทะเบียนและยังไม่ได้รับยาต้านไวรัส จำนวน 24,736 ราย มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ที่ได้รับยาแล้วถึง 3 เท่า และมีโอกาสรอดชีวิตที่เวลา 12 เดือนหลังการลงทะเบียนเพียง 0.8 เท่านั้น[2] จากการดำเนินงานของเขตสุขภาพที่ 5 ปี พ.ศ. 2566 พบผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ จำนวน 2,174 ราย ลงทะเบียนรับยา จำนวน 1,907 ราย ผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานของเขต อยู่ที่ 81-85-87

การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560–2573 โดยยึดตามเป้าหมาย 95-95-95 ประกอบด้วย ร้อยละ 95 ของผู้ติดเชื้อได้รับการวินิจฉัย, ร้อยละ 95 ของผู้วินิจฉัยแล้วได้รับการรักษาและร้อยละ 95 ของผู้รับการรักษาสามารถกดปริมาณไวรัสได้ แต่ในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยมีผลสัมฤทธิ์เพียง 91-84-87 เท่านั้น ซึ่งยังไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนด[1] เนื่องจากยังพบช่องว่างของการดำเนินงาน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่รู้สถานการณ์ติดเชื้อของตนเอง แต่ไม่เข้าสู่ระบบการรักษา อาจเกิดจากข้อจำกัดเรื่องสิทธิการรักษา ระบบบริการ การเชื่อมต่อระหว่างหน่วยบริการ หรือความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค การเริ่มรักษาในวันเดียวกับการตรวจวินิจฉัย (same-day antiretroviral treatment initiation, same-day ART) ได้รับการสนับสนุนว่าเป็นแนวทางที่สามารถลดโอกาสขาดนัดก่อนเริ่มยา และส่งเสริมให้ผู้ป่วยคงอยู่ในระบบการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง[3]

การรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นหัวใจสำคัญของการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากจะช่วยกดปริมาณไวรัส ลดการเกิดการดื้อยา ลดการแพร่เชื้อ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศยืนยันว่าการเริ่มต้นการรักษาในระยะแรกหลังการวินิจฉัยและการคงอยู่ในระบบการรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นปัจจัยสำคัญต่อผลลัพธ์ทางคลินิกและผลลัพธ์ด้านสาธารณสุขในระยะยาว แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model, HBM) เป็นกรอบแนวคิดด้านพฤติกรรมสุขภาพที่พัฒนาโดย Becker เพื่ออธิบายและทำนายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ประกอบด้วยการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ โดยมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีพบว่า ความตั้งใจในการรับประทานยาต้านไวรัส มีส่วนเกี่ยวข้องหลายอย่าง ทั้งด้านตัวบุคคล สังคม รวมถึงระบบบริการสุขภาพ พฤติกรรมผู้รับบริการ และอุปสรรคทางสังคม ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่อยากเข้าสู่ระบบการรักษา[4] และนอกจากนี้ยังพบว่าการให้ข้อมูลด้านยามีความสำคัญที่จะทำให้ผู้ติดเชื้อรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ[5] สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการกินยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ระบุว่าความสม่ำเสมอของการรับประทานยาต้านไวรัส เป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลให้การรักษามีประสิทธิภาพ[6]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าพฤติกรรมความตั้งใจรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับอิทธิพลจากทั้งปัจจัยด้านความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล โดยพบว่า ผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่ยังไม่เริ่มรับประทานยา ด้านความรู้ ความเข้าใจ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษา ซึ่งถือเป็นช่องว่างทางองค์ความรู้ที่จำเป็นต้องศึกษาเพิ่มเติม

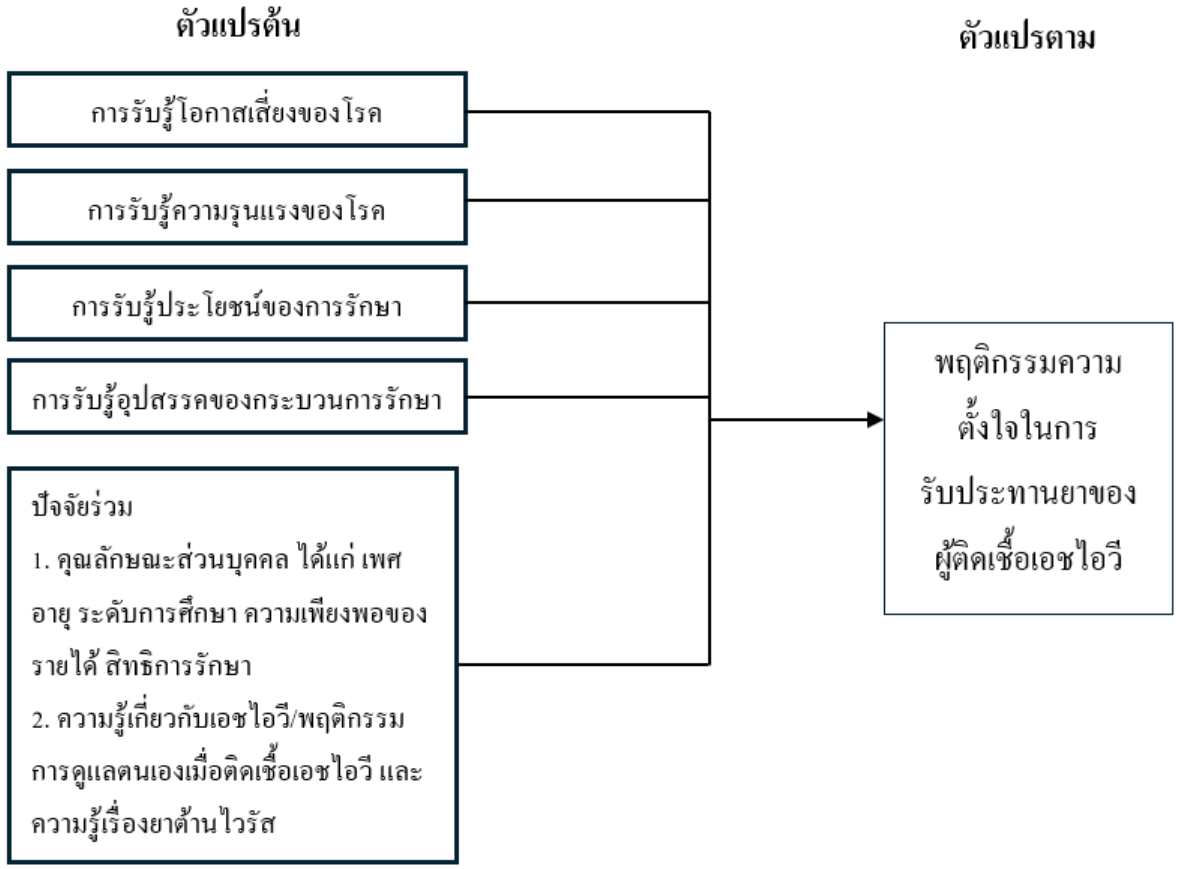
เพื่อวางแนวทางการแก้ไขที่ตรงจุดมากขึ้น และนอกจากนี้การเข้าถึงยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ โดยเฉพาะกลุ่มที่ยังไม่ได้เริ่มรับประทานยา เพื่อเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้อง อุปสรรคที่เผชิญ และแรงจูงใจในการเข้าสู่ระบบการรักษาอย่างยั่งยืน ผลการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และสนับสนุนการดำเนินงาน เพื่อเป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ ภายในปี พ.ศ. 2573 อย่างยั่งยืนและครอบคลุม อย่างไรก็ตามการศึกษาที่มุ่งเน้นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ โดยเฉพาะในบริบทระดับเขตสุขภาพ และใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการอธิบายพฤติกรรมความตั้งใจรับประทานยาต้านไวรัส ยังมีจำนวนจำกัด อีกทั้งบริบทของระบบบริการและลักษณะประชากรในแต่ละพื้นที่อาจส่งผลต่อรูปแบบพฤติกรรมแตกต่างกัน

ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความตั้งใจรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ พื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 ขึ้น เพื่อเพิ่มองค์ความรู้ เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการสนับสนุนมาตรการและกลวิธีขับเคลื่อนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่เข้ารับบริการเพื่อรับยาต้านไวรัสที่จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอง และรวมไปถึงการดำเนินงานที่จะได้สำเร็จตามเป้าหมายตามแห่งชาติ ว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560–2573 ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความตั้งใจรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ เขตสุขภาพที่ 5
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมความตั้งใจรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ เขตสุขภาพที่ 5

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ทำการศึกษาระหว่างเดือนพฤษภาคม–เดือนตุลาคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 จำนวน 110 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในศึกษา คือ กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Cohen[7] ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 คน ดังนี้

$$N = 10 \times K$$

เมื่อ N = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

K = จำนวนของตัวแปรอิสระ หรือตัวแปรต้น

เมื่อแทนค่าในสูตรจะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

$$N = 10 \times K$$

$$N = 10 \times 10$$

$$N = 100$$

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการปรับเพิ่มจำนวนของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการตอบแบบสอบถามการวิจัยไม่สมบูรณ์หรือยกเลิกการตอบแบบสอบถามการวิจัยในระหว่างการเก็บข้อมูล ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 110 คน และกำหนดเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ 1) อายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 2) สามารถสื่อสารและสามารถอ่าน เขียน ภาษาไทยได้ดี 3) สมัครใจและยินยอมให้ข้อมูล และมีเกณฑ์คัดออก คือ ผู้ที่ไม่สะดวกตอบแบบสอบถามหรือถอนตัวระหว่างการเก็บข้อมูล

จากนั้นผู้วิจัยได้กำหนดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่เข้ารับยาต้านไวรัสครั้งแรก ปี พ.ศ. 2565 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างจากจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่เข้ารับยาต้านไวรัส ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5

จังหวัด	**ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่เข้ารับยาต้านไวรัสครั้งแรก ปี 2565** (ร้อยละ)	**กลุ่มตัวอย่าง** (จำแนกรายจังหวัด) (n = 110)
เพชรบุรี	6.73	10
กาญจนบุรี	15.14	16
นครปฐม	16.33	17
ประจวบคีรีขันธ์	10.64	10
ราชบุรี	17.42	20
สมุทรสงคราม	2.42	5
สมุทรสาคร	20.63	20
สุพรรณบุรี	10.69	12
รวม	100	110

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์และปรับปรุงมาจากแบบสอบถามงานวิจัยของณรากร จันทร์สงคราม[8] มีการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำแบบสอบถามการวิจัยไปทดลองใช้กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด และไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำไปวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการวิจัย โดยวิธีคำนวนหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.8 แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ ระดับการศึกษา สถานะการเงินสิทธิการรักษา อายุ และรายได้ จำนวน 6 ข้อ เป็นลักษณะข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์/พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง เมื่อติดเชื้อเอชไอวีและความรู้เรื่องยาต้านไวรัส จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นการวัดแบบถูกผิด แบ่งระดับคะแนนความรู้ฯ ใช้เกณฑ์การจัดระดับเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom[9] ดังนี้

คะแนนตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ความรู้ฯ อยู่ในระดับดี

คะแนน 6–7 คะแนน หมายถึง ความรู้ฯ อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน หมายถึง ความรู้ฯ อยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีจำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 1) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค 2) การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ผลประโยชน์ของการรักษา และ 4) การรับรู้อุปสรรคของกระบวนการรักษา ข้อคำถามทั้งหมดมีตัวเลือกแบบมาตราส่วนประมาณค่า Likert scale จำนวน 5 ระดับ ได้แก่ ระดับ 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง, ระดับ 4 = เห็นด้วย, ระดับ 3 = ไม่แน่ใจ, ระดับ 2 = ไม่เห็นด้วย และ ระดับ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยใช้เกณฑ์แบ่งช่วงคะแนนเท่า ๆ กันเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของ Best[10] ได้แก่ ระดับต่ำ (1.00–2.33) ระดับปานกลาง (2.34–3.66) และระดับสูง (3.67–5.00)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมความตั้งใจรับประทานยาต้านไวรัส มีจำนวน 10 ข้อ ข้อคำถามทั้งหมดมีตัวเลือกแบบมาตราส่วนประมาณค่า Likert scale จำนวน 5 ระดับ ได้แก่ ระดับ 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง, ระดับ 4 = เห็นด้วย, ระดับ 3 = ไม่แน่ใจ, ระดับ 2 = ไม่เห็นด้วย และระดับ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยใช้เกณฑ์แบ่งช่วงคะแนนเท่า ๆ กันเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของ Best[10] ได้แก่ ระดับต่ำ (1.00–2.33) ระดับปานกลาง (2.34–3.66) และระดับสูง (3.67–5.00)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี เพื่อขอคำรับรองจริยธรรมในการทำวิจัย และทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูล จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 ทั้ง 8 จังหวัด ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ เอกสารรับรองเลขที่ 2/2567 จากศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม–เดือนตุลาคม พ.ศ.2567

2. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมแบบสอบถามการวิจัยในคลินิกรับยาต้านไวรัสของโรงพยาบาล โดยชี้แจงรายละเอียดการเก็บข้อมูล และลงนามในเอกสารยินยอมตนไว้อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธการตอบคำถาม และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา

3. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามการวิจัยจนได้ข้อมูลครบถ้วนตามกำหนด จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ในการทดสอบความสัมพันธ์ ใช้สถิติ chi-square เพื่อทดสอบความแตกต่างของระดับพฤติกรรมความตั้งใจรับประทานยาต้านไวรัสจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล และใช้ Pearson's correlation coefficient เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงปริมาณ (อายุ รายได้ ความรู้ และการรับรู้ตาม HBM) กับคะแนนพฤติกรรมความตั้งใจรับประทานยาต้านไวรัส กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลคุณลักษณะประชากร

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.30 มีอายุเฉลี่ย 28.67 ปี การศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 25.70 รายได้เฉลี่ยเท่ากับ 13,371 บาทต่อเดือน (SD = 10596.77) สถานะการเงิน พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 64.50 และส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาด้วยบัตรทอง ร้อยละ 69.10 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มประชากรตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (n = 110)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	63	57.30
หญิง	47	42.70
อายุ (ปี)	$\bar{X}$ = 41.79 (SD = 11.58) min = 21, max = 72	
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	28	25.68
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. หรือเทียบเท่า	27	24.77
สถานะการเงิน		
มีหนี้สิน	32	29.09
พอใช้ต่อเดือน	68	61.82
มีเงินสำรองฉุกเฉิน	10	9.09
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)	$\bar{X}$ = 13,371.51 (SD = 10,596.77) min = 700, max = 58,000	
สิทธิการรักษา		
ข้าราชการ/เบิกจ่ายตรง	11	10.00
ประกันสังคม	26	23.64
บัตรทอง/30บาท	73	66.36

2. ข้อมูลความรู้และการรับรู้ตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์/พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อติดเชื้อเอชไอวี และความรู้เรื่องยาต้านไวรัสอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 82.60 เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ มีการรับรู้ผลประโยชน์ของการรักษา ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.43 ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การรับรู้อุปสรรคของกระบวนการรักษา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.67 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การรับรู้ตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ

ตัวแปรการรับรู้	$\bar{X}$	SD	แปลผล
การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	4.32	0.58	ระดับสูง
การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค	4.27	0.52	ระดับสูง
การรับรู้ผลประโยชน์ของการรักษา	4.43	0.49	ระดับสูง
การรับรู้อุปสรรคของกระบวนการรักษา	2.67	0.77	ระดับปานกลาง

3. พฤติกรรมความตั้งใจรับประทานยา

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมความตั้งใจรับประทานยาต้านไวรัสอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 50.90 รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 พฤติกรรมความตั้งใจรับประทานยาต้านไวรัส

พฤติกรรมความตั้งใจรับประทานยาต้านไวรัส	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	56	50.90
ระดับปานกลาง	33	30.00
ระดับต่ำ	21	19.10

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรมความตั้งใจรับประทานยาต้านไวรัส

การทดสอบความสัมพันธ์ของระดับพฤติกรรมความตั้งใจรับประทานยาต้านไวรัสตามลักษณะส่วนบุคคล โดยใช้ chi-square test พบว่า เพศ (χ^2 = 12.25, df = 2, p = 0.002) และระดับการศึกษา (χ^2 = 14.68, df = 4, p = 0.005) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนตัวแปรด้านอื่น ๆ ได้แก่ อาชีพ สถานะทางการเงิน และสิทธิการรักษา ไม่พบความความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความตั้งใจรับประทานยาต้านไวรัส ($p > 0.05$) รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย กับ พฤติกรรมความตั้งใจรับประทานยาต้านไวรัส

คุณลักษณะส่วนบุคคล	Chi–square	df	*p*-value
เพศ	12.25	2	0.002*
ระดับการศึกษา	14.68	4	0.005*
อาชีพ	11.56[(a)]		0.142
สถานะทางการเงิน	1.208	2	0.547
สิทธิการรักษา	0.50	2	0.780

หมายเหตุ *$p < 0.05$, **$p < 0.001$, a ค่า Fisher's exact test

5. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้ ความรู้ การรับรู้ ฯ กับค่าคะแนนของพฤติกรรม

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ อายุ รายได้ ความรู้ การรับรู้ฯ กับค่าคะแนนของพฤติกรรมฯ พบว่า อายุ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์/พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง เมื่อติดเชื้อเอชไอวีและความรู้เรื่องยาต้านไวรัสเอชไอวี การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค และการรับรู้ผลประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมความตั้งใจรับประทานยาต้านไวรัส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.005$) รายละเอียดดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรมความตั้งใจรับประทานยาต้านไวรัส

ตัวแปร	พฤติกรรมความตั้งใจรับประทานยาต้านไวรัส	
	r	*p*-value
อายุ	0.35	< 0.001
รายได้	0.01	0.951
ความรู้	0.44	< 0.001
การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง	0.28	0.003
การรับรู้ความรุนแรง	0.33	< 0.001
การรับรู้ถึงประโยชน์	0.40	< 0.001
การรับรู้อุปสรรค	0.01	0.944

ผลการทดสอบ Pearson correlation พบว่า อายุ ($r = 0.346$, $p < 0.001$), ความรู้ ($r = 0.436$, $p < 0.001$), การรับรู้โอกาสเสี่ยง ($r = 0.279$, $p < 0.001$), การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($r = 0.332$, $p < 0.001$) และการรับรู้ผลประโยชน์ของการรักษา ($r = .398$, $p < 0.001$) มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมความตั้งใจรับประทานยาต้านไวรัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมความตั้งใจการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อ ได้แก่ 1) เพศ โดยพบว่าเพศมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมความตั้งใจการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญ (p = 0.002) โดยเพศหญิงมีสัดส่วนของผู้ที่มีความตั้งใจในการรับประทานยาต้านไวรัสระดับสูงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 22.5 สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการกินยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี[6] และเพศหญิงมีความตั้งใจในการรับประทานยาสม่ำเสมอกว่าเพศชาย[11] 2) ด้านการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความตั้งใจรับประทานยาต้านไวรัสอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการถอดบทเรียนบริหารจัดการเยี่ยงใด ให้เริ่มยาต้านไวได้ใจ ผู้มาเยือน[12] ผู้รับบริการที่มีความรู้มีการศึกษา การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษาการปฏิบัติตัว สามารถสื่อสารกันเข้าใจง่าย มีความพร้อมเข้าสู่ระบบการรักษา แต่ไม่สัมพันธ์กับงานวิจัยของชนัญญา คุ้มครอง ที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส[13] นอกจากนี้อายุ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง เมื่อติดเชื้อเอชไอวีและความรู้เรื่องยาต้านไวรัส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความตั้งใจรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ (p < 0.001) อภิปรายได้ว่า เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีทราบผลเลือดของตนเอง เจ้าหน้าที่ในคลินิก จะให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อม และประเมินผู้ติดเชื้อเอชไอวีก่อนได้รับการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยรับทราบถึงเรื่องราวเกี่ยวกับโรคของตนเองและแผนการรักษา ทำให้มีโอกาสให้ความร่วมมือในการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความรู้เรื่องโรคเอดส์และความรู้เรื่องการใช้ยาต้านไวรัส มีผลต่อพฤติกรรมความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ป่วยเอชไอวีได้[14]

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยการรับรู้ตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า 1) การรับรู้ต่อความเสี่ยงของการเกิดโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส (p < 0.001) โดยก่อนได้รับยาต้านไวรัส จะได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค ด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอยู่ในระดับสูง จากการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคที่โรงพยาบาลเป็นประจำทุกครั้งที่มารับยา[15] 2) การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความตั้งใจรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ (p < 0.001) กลุ่มตัวอย่างเมื่อได้มีการรับรู้ความรุนแรงของโรค จากการรับคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ก่อนรับประทานยาต้านไวรัส จึงมีโอกาสได้รับรู้ความรุนแรงของโรค ส่งผลต่อความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา อาจเพราะกลุ่มรับรู้ถึงความรุนแรงและอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง หากรับประทานยาไม่ถูกต้องและไม่ต่อเนื่อง สอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้ความรุนแรงเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อความรุนแรงของโรคที่ส่งผลต่อร่างกาย เมื่อบุคคลรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค จะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม และอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองว่ามีมากน้อยเพียงใด ช่วยให้บุคคลเกิดความตระหนักต่อภาวะสุขภาพและมีความพยายามที่จะหลีกเลี่ยงในสิ่งนั้น[16] 3) การรับรู้ผลประโยชน์ของการรักษา พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความตั้งใจรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ (p < 0.001) กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีมีประโยชน์ต่อสุขภาพ จะช่วยป้องกันไม่ให้โรคมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการรับประทานยา การรับรู้ประโยชน์ส่งผลต่อความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งอาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ การปฏิบัติตัว การรับประทานยาอย่างถูกต้อง ทำให้เห็นผลดีที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง รวมถึงการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ เมื่อบุคคลรับรู้ว่า การปฏิบัติตัวอย่างไรแล้ว จะมีผลดีแก่ตนเอง ทำให้บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีจึงพบว่าการรับรู้ประโยชน์เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง[17]

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยบริการ ควรจัดกิจกรรมให้ความรู้ด้านโรคเอดส์ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสอย่างถูกต้องและต่อเนื่องแก่ผู้ติดเชื้อรายใหม่ การให้บริการคำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างแรงจูงใจและความมั่นใจในการรักษา

2. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้และทักษะด้านการสื่อสารสุขภาพ การให้คำปรึกษาและการติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีประสิทธิภาพ

3. มีการติดตามการดำเนินงาน สนับสนุนการดำเนินงานแก่หน่วยบริการ ในด้านวิชาการที่เกี่ยวข้อง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ตลอดจนหัวหน้ากลุ่มโรคเอดส์ วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเรื้อน คณะกรรมการบริหาร ที่ได้ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ และคำแนะนำอันเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ในสถานบริการสุขภาพภาครัฐ และผู้รับบริการทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล รวมถึงทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีบทบาทสำคัญจนทำให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. HIV Hub [อินเตอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 2568 กันยายน 27]. เข้าถึงได้จาก: https://hivhub.ddc.moph.go.th/officer/dashboard/national.php
2. ภูษิต ประคองสาย. โครงการประเมินผลการดูแล รักษาและช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย. นครปฐม: สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล; 2557.
3. รังสิมา โล่ห์เลขา, พัชรภรณ์ ภวภูตานนท์, ลาวัณย์ สันติชินกุล, บงกช เจตน์สว่าง, นุชนาถ ยิ้มใย, บรรณาธิการ. การเริ่มยาต้านเอชไอวีเพื่อการรักษาภายในวันเดียวกับการตรวจวินิจฉัย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัทเรดิเอชั่น จำกัด; 2564.
4. กนกพรรณ อุทัยมณี, ปิ่นหทัย หนูนวล. การศึกษารูปแบบและปัญหาอุปสรรคในการมีส่วนร่วมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการเข้ารับบริการของคลินิก Anti Retro Viral โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม. Journal of Social Synergy 2563;13(1):13–28.
5. สุภาพร หอมดี. ความต้องการข้อมูลด้านยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินธโร อุทิศ. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุง 2563;16(1):46–63.
6. ชนิกา ศรีราช. พฤติกรรมการกินยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.

7. Cohen J. A power primer. 1st ed. New York: Psychology Press, 1992.
8. ณรากร จันทร์สงคราม. ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย 2564;15(2): 142–59.
9. Bloom BS, ed. Taxonomy of Educational Objectives. Handbook I: Cognitive Domain. New York: David McKay; 1975.
10. Best JW. Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall; 1977.
11. Sujipittham T, Kulsomboon V, Maleewong U. Factors affecting adherence to ART regimens among HIV infected/AIDS patients at Taksin Hospital. J Public Health Dev 2012;10(1):29–39.
12. พรนิภา หาญละคร. ถอดบทเรียนงานบันดาลใจในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ภายใต้โครงการ “บริหารจัดการเยี่ยงใด ให้เริ่มยาต้านไว ได้ใจผู้มาเยือน”. โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2566.
13. ชนัญญา คุ้มครอง, วันทนา มณีศรีวงศ์กูล, พูลสุข เจนพานิชย์. ความสัมพันธ์ของความรู้เท่าทันสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วารสารเกื้อการุณย์ 2557;21(2):211–28.
14. ยศวดี ณ นคร. ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของนักเรียน: กรณีศึกษาโรงเรียนวัฒนาวิทยาลัย [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2545.
15. สมัยพร อาขาล. ความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2543.
16. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the Health Belief Model. Health Educ Q 1988;15(2):175–83.
17. Rungsawang S. Factors related to polypharmacy medication adherence among older persons with chronic illness. J Med Technol Region 11 2015;29(2):195–202. (in Thai)

กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

ISSN 2985–1823 (Online)

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

Homepage: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9
ปีที่ 32 ฉบับที่ 1 (มกราคม – เมษายน 2569) หน้า [57-70]

การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคหนองในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ พ.ศ. 2562–2566

Evaluation of the Gonorrhea Surveillance System at a Hospital in Chaiyaphum Province, 2019–2023

พิมพ์ฤทัย จงกระโทก[1*], เจษฎาภรณ์ งามบุญช่วย[2], ณิชกุล พิสิฐพยัต[2], ศตวรรษ แสนใหม่[1], ขนิษฐา ภู่บัว[2], จิราภรณ์ พรมมงคล[2], จารุวรรณ มะลัยคำ[2], โรจกร ลือมงคล[3]

Phimruethai Chongkratok[1*], Chessadaporn Ngambunchuy[2], Nichakul Phisitphayat[2], Sattawat Sanmai[1], Kanidta Poobua[2], Jiraporn Prommongkhol[2], Jaruwan Malaikham[2], Rodjakorn Luemongkol[3]

[1]สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา
[2]กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
[3]โรงพยาบาลชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

[1]Office of Disease Prevention and Control 9 Nakhon Ratchasima
[2]Division of Epidemiology, Department of Disease Control Ministry of Public Health, Thailand
[3]Chaiyaphum Hospital

*Corresponding author: pc.tsuj@gmail.com

(Received: Apr 17, 2025 / Revised: Feb 2, 2026 / Accepted: Mar 24, 2026)

บทคัดย่อ

โรคหนองในเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย *Neisseria gonorrhoeae* จากรายงานการเฝ้าระวังโรค 506 (R506) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555–2564 พบว่าโรคหนองในมีอัตราป่วยสูงกว่าโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชนิดอื่น และในปี พ.ศ. 2566 พบว่าโรคหนองในจังหวัดชัยภูมิ มีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่า รวมทั้งกองระบาดวิทยาได้พัฒนาการรายงานโรคผ่านระบบ Application Programing Interface (API) เป็นระบบเฝ้าระวัง DDS เพื่อให้การรายงานโรคสะดวก รวดเร็วมากขึ้น จึงทำการศึกษาเพื่อพรรณนาระบบเฝ้าระวังฯ ทั้งคุณลักษณะเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ และเปรียบเทียบระบบเฝ้าระวัง R506 กับระบบเฝ้าระวัง DDS โดยทำการศึกษาแบบผสมผสาน (mixed method) โดยใช้นิยามผู้ป่วยโรคหนองในตามเกณฑ์ของกรมควบคุมโรค ที่เข้ารับการรักษา โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชัยภูมิ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2562–31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 ผลการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลมีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลระบบเฝ้าระวังฯ ในการวางแผนคัดกรองค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก เมื่อทำการเปรียบเทียบข้อมูลจากระบบเฝ้าระวัง R506 และระบบเฝ้าระวัง DDS พบว่า 1) มีค่าความไวร้อยละ 45.07, 60.00 ตามลำดับ เนื่องจากมีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างและผู้รับผิดชอบงานใหม่ ซึ่งไม่ทราบว่าต้องรายงานโรค 2) ค่าพยากรณ์บวกร้อยละ 82.58, 83.33 ตามลำดับ 3) ความครบถ้วนของข้อมูล ร้อยละ 100 ทั้งสองระบบ 4) ความถูกต้องของข้อมูลวันที่เริ่มป่วย ร้อยละ 22.58, 33.33 ตามลำดับ 5) ความทันเวลาในการรายงาน ร้อยละ 26.67, 100 ตามลำดับ โดยพบว่าผู้ปฏิบัติงานพึงพอใจต่อการใช้งานระบบเฝ้าระวัง DDS มากกว่าระบบเฝ้าระวัง R506 เนื่องจากขั้นตอนการรายงานไม่ยุ่งยาก เข้าใจง่าย ทั้งนี้ค่าความไวและค่าพยากรณ์บวกของทั้ง 2 ระบบยังไม่มีความแตกต่างกันที่ชัดเจน สรุปผลและข้อเสนอแนะ ค่าความไวค่อนข้างต่ำ

เนื่องจากผู้ปฏิบัติงานไม่ทราบว่าต้องรายงานโรค ดังนั้นควรมีการพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานการรายงานระบบเฝ้าระวังโรค หรือการมีคู่มือแนวทางการรายงานโรคที่ชัดเจน รวมทั้งทบทวนนิยามการรายงานโรคหนองในในระบบเฝ้าระวังแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการป้องกันควบคุมโรค

คำสำคัญ: ประเมินระบบเฝ้าระวัง, โรคหนองใน, จังหวัดชัยภูมิ

Abstract

Gonorrhea is a sexually transmitted infection caused by the bacterium *Neisseria gonorrhoeae*. Data retrieved from the Disease Surveillance Report System 506 (R506) between 2012 and 2021 indicate that gonorrhea incidence rates consistently exceed those of other sexually transmitted infections. In 2023, the incidence rate in Chaiyaphum Province surged threefold. To facilitate more efficient and timely reporting, the Bureau of Epidemiology developed a Digital Disease Surveillance (DDS) system utilizing an Application Programming Interface (API). Consequently, this study aimed to assess the gonorrhea surveillance system, describing the surveillance system, examining both the qualitative and quantitative attributes, and comparing the R506 and DDS systems. A mixed-methods approach was employed. The case definition for gonorrhea followed the Department of Disease Control's criteria for patients treated at the hospital from January 1, 2019, to December 31, 2023. The results found that the hospital utilized surveillance data for proactive screening and case-finding plans. Comparative data between the R506 and DDS systems revealed that 1) sensitivity was 45.07% and 60.00%, respectively, with low rates attributed to personnel structure changes and personnel unawareness of reporting requirements; 2) positive predictive value (PPV) was 82.58% and 83.33%; 3) data completeness was 100% for both systems; 4) accuracy of the date of onset was 22.58% and 33.33%; and 5) timeliness was 26.67% and 100.00%. When comparing the R506 and DDS systems, users reported higher satisfaction with the DDS system due to its user-friendly interface and simplified procedures. However, no significant differences in sensitivity and PPV were observed between the two systems. In conclusion, the sensitivity was relatively low due to a lack of awareness among staff regarding the necessity of disease reporting. Therefore, it is necessary to build the capacity of staff responsible for disease surveillance reporting and to provide clear reporting guidelines or manuals. In addition, the case definition for gonorrhea reporting in the surveillance system should be reviewed with all relevant staff to improve the efficacy of disease prevention and control.

Keywords: Surveillance System Evaluation, Gonorrhea, Chaiyaphum Province

บทนำ

โรคหนองใน (gonorrhea) เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (sexually transmitted infections) เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย *Neisseria gonorrhoeae* ติดต่อจากการมีเพศสัมพันธ์เป็นหลัก ทั้งทางช่องคลอด ทางปาก หรือทางทวารหนักกับผู้ที่ติดเชื้อ ผู้ป่วยชายจะมีปัสสาวะแสบขัด มีหนองไหลจากท่อปัสสาวะ ผู้ป่วยหญิงส่วนใหญ่ไม่มีอาการ หากมีอาการ จะมีตกขาวผิดปกติ ไม่คัน ส่วนการติดเชื้อที่ช่องคลอดและทวารหนักส่วนใหญ่จะไม่มีอาการ[1] นอกจากนี้ยังสามารถถ่ายทอดได้โดยการสัมผัส เช่น ทารกที่คลอดผ่านทางช่องคลอดของมารดาที่ติดเชื้อ ทำให้เกิดการติดเชื้อที่เยื่อบุตา ปี พ.ศ. 2563 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ได้รายงานผู้ติดเชื้อโรคหนองในรายใหม่ ประมาณ 82.4 ล้านคนทั่วโลก โดยได้กำหนดเป้าหมายลดอุบัติการณ์การแพร่ระบาดของโรคหนองในทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2573 ให้ลดลงร้อยละ 90 และยกระดับการเฝ้าระวังการดื้อยาปฏิชีวนะของเชื้อหนองใน ถึงแม้ว่าการติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะของเชื้อหนองในจะไม่ทำให้เสียชีวิต แต่ผู้ติดเชื้อจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม เพื่อลดการแพร่เชื้อดื้อยาปฏิชีวนะ[2]

ประเทศไทยได้มีการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560–2564 กำหนดเป้าหมายเฉพาะในการเร่งรัดการป้องกันและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเยาวชนอายุ 15–24 ปี โดยกำหนดอัตราการป่วยโรคหนองในไม่เกิน 8.0 ต่อประชากรแสนคน ภายในปี พ.ศ. 2564[3] กองระบาดวิทยาได้จัดให้มีระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506 (R506) ในการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาด ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เพื่อรับส่งข้อมูลจากสถานพยาบาลทั่วประเทศ โดยรวบรวมข้อมูลส่งไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแต่ละจังหวัด ก่อนนำส่งไปยังกองระบาดวิทยา เป็นรายสัปดาห์ ซึ่งต่อมาในปี พ.ศ. 2566 กรมควบคุมโรค กองระบาดวิทยา ได้ยกระดับการรายงานผู้ป่วยผ่านระบบ Application Pregraming Interface (API) ซึ่งเป็นระบบรายงานออนไลน์ไปยังแพลตฟอร์มกลางของกองระบาดวิทยาโดยตรง (ระบบเฝ้าระวัง DDS) เพื่อลดภาระการจัดการและรวบรวมข้อมูลของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ลดความซ้ำซ้อนของการรายงาน และทำให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน รวดเร็วยิ่งขึ้น[4] โดยโรงพยาบาลในการศึกษาแห่งนี้ ได้มีการรายงานทั้งในระบบเฝ้าระวัง R506 และระบบเฝ้าระวัง DDS ควบคู่กันตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 ที่ผ่านมา

ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังของประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555–2566 พบว่าโรคหนองในยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยมีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นจาก 9.63 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 15.84 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2560 หลังจากนั้นอัตราป่วยลดลงในช่วงปี พ.ศ. 2563–2564 และกลับเพิ่มขึ้นอีกครั้งในปี พ.ศ. 2565–2566 เป็น 14.76 และ 18.92 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ สถานการณ์โรคหนองในจังหวัดชัยภูมิ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562–2565 มีอัตราป่วย 11.43, 9.11, 5.88 และ 4.38 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2566 เป็น 13.48 ต่อประชากรแสนคน โดยอำเภอที่พบอัตราป่วยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ อำเภอเมืองชัยภูมิ 22.15 ต่อประชากรแสนคน อำเภอหนองบัวระเหว 18.89 ต่อประชากรแสนคน และอำเภอเนินสง่า 17.40 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ อย่างไรก็ตามในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา จังหวัดชัยภูมิยังไม่เคยมีการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคหนองใน ทีมผู้ศึกษาจึงสนใจทำการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคหนองใน ของจังหวัดชัยภูมิ เพื่อพรรณนาระบบเฝ้าระวังโรคหนองใน เพื่อศึกษาคุณลักษณะเชิงคุณภาพ และคุณลักษณะเชิงปริมาณ เปรียบเทียบระบบเฝ้าระวัง R506 กับระบบเฝ้าระวัง DDS รวมถึงให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังฯ ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เพื่อให้ได้ข้อมูลการเจ็บป่วยที่ถูกต้อง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนป้องกันและควบคุมโรคหนองในให้ตรงกับกลุ่มเสี่ยง

ได้อย่างมีประสิทธิภาพ[5]

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินระบบเฝ้าระวังโรคหนองในและให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังฯ โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชัยภูมิ พ.ศ. 2562–2566

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณา (descriptive Study) โดยทำการศึกษาทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ศึกษาระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2562–31 ธันวาคม พ.ศ. 2566

1. การศึกษาสถานการณ์ระบบเฝ้าระวังโรคหนองใน ระหว่างปี พ.ศ. 2562–2566

ผู้วิจัยทำการศึกษา โดยการสัมภาษณ์ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบเฝ้าระวังฯ ได้แก่ ผู้บริหาร ผู้ดูแลระบบ ผู้บันทึกข้อมูล ผู้ใช้ข้อมูลจากโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ หัวหน้างานควบคุมโรค และเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงอย่างน้อยตำแหน่งละ 1 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง พิจารณาในแง่ความสำคัญและประโยชน์ของระบบเฝ้าระวัง แนวทางการเข้ารับบริการของผู้ป่วยโรคหนองใน (patient flow) และขั้นตอนการรายงานผู้ป่วยโรคหนองในเข้าสู่ระบบเฝ้าระวังฯ (data flow) ส่วนการศึกษาคุณลักษณะเชิงคุณภาพพิจารณาในแง่ความยากง่าย (simplicity) ความมั่นคง (stability) ความยืดหยุ่น (flexibility) และการยอมรับ (acceptability) ของระบบเฝ้าระวัง R506 และระบบเฝ้าระวัง DDS จากนั้นทำการวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis) ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง

2. การศึกษาคุณลักษณะเชิงปริมาณ

เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) เชิงปริมาณในแง่ของค่าความไว (sensitivity) ค่าพยากรณ์บวก (positive value predictive, PPV) ความครบถ้วนของข้อมูล (completeness) ความถูกต้องของข้อมูล (accuracy) ความเป็นตัวแทน (representativeness) และความทันเวลา (timeliness)

2.1 ประชากรที่ศึกษา

2.1.1 ค่าความไว ได้แก่ ผู้ป่วยในเวชระเบียนที่มีรหัส ICD-10 หลักและข้างเคียงของโรคหนองในและผู้ป่วยที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อ *N. gonorrhoeae* ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ปี พ.ศ. 2562–2566

2.1.2 ค่าพยากรณ์บวก และความทันเวลา ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหนองในที่ถูกรายงานอยู่ในระบบเฝ้าระวัง R506 และระบบเฝ้าระวัง DDS ปี พ.ศ. 2562–2566

2.1.3 ความครบถ้วนของข้อมูล ความถูกต้องของข้อมูล และความเป็นตัวแทนของข้อมูล ได้แก่ ผู้ป่วยในเวชระเบียนที่มีรหัส ICD-10 หลักและข้างเคียงของโรคหนองในปี พ.ศ. 2562–2566 และผู้ป่วยโรคหนองในที่ถูกรายงานอยู่ในระบบเฝ้าระวัง R506 และระบบเฝ้าระวัง DDS ปี พ.ศ. 2562–2566

2.2 ขนาดตัวอย่างและวิธีการสุ่มตัวอย่าง

อ้างอิงจากการศึกษาเรื่อง การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคหนองใน ในหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลขอนแก่น ปี พ.ศ. 2562 ซึ่งพบว่ามีค่าความไวร้อยละ 31.80 และค่าพยากรณ์บวกร้อยละ 100[5]

ค่าความไว

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2}\,P(1-P)}{d^2}$$

แทนค่า

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.32(1-0.32)}{0.1^2}$$

n = 84

จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง ต้องทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้าได้ตามนิยามโรคหนองในไม่น้อยกว่า 84 ราย จากรหัสโรค ICD-10 ดังนี้

- รหัส ICD-10 หลัก ได้แก่ A54.0, A54.1, A54.2, A54.3, A54.4, A54.5, A54.6, A54.8, A54.9, K67.1, M73.0, N74.3 และ O98.2 โดยทำการทบทวนทั้งหมด จำนวน 381 เวชระเบียน

- รหัส ICD–10 ข้างเคียง โดยสุ่มตัวอย่างด้วยวิธี stratified random sampling ได้แก่ A55, A56.0, A56.2, A57.0, A59.0, A60, N30.0-N30.9, N34.0-N34.2, N39.0, N45.0, N48.2, N70.0, N70.1, R30.0, R30.1, R30.9, Z113, และ Z202 จำนวน 387 เวชระเบียน

- ทะเบียนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยทำการทบทวนทั้งหมด จำนวน 112 เวชระเบียน

ค่าพยาการณ์บวก

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} P(1-P)}{d^2}$$

แทนค่า

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.32(1-0.32)}{0.1^2}$$

n = 15.21 ≈ 16 ราย

ทีมผู้ศึกษาทำการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคหนองในที่ได้รับรายงานในระบบเฝ้าระวัง R506 ไม่น้อยกว่า 16 ราย ทั้งนี้ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562–2566 พบการรายงานผู้ป่วยโรคหนองในระบบเฝ้าระวัง R506 จำนวน 155 ราย และระบบเฝ้าระวัง DDS จำนวน 18 ราย จึงทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ถูกรายงานทั้งหมด

2.3 นิยามผู้ป่วยโรคหนองในในการศึกษานี้อ้างอิงจากเกณฑ์กรมควบคุมโรค[6] คือ ผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชัยภูมิ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2562–31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 และมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.3.1 เกณฑ์ทางคลินิก (clinical criteria) มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ หนองหรือมูกหนองจากท่อปัสสาวะ ปัสสาวะแสบขัด ตกขาวเป็นหนอง หรือมูกปนหนอง ปวดเบ่งคันรอบทวารหนัก มี discharge เป็นมูกปนหนอง มีประวัติใช้อวัยวะเพศช่องปากและ/หรือทวารหนักรับหรือสอดใส่โดยไม่ป้องกันกับคู่ที่ตรวจพบเป็นโรคหนองในที่ท่อปัสสาวะหรือมีอาการแสดงของการอักเสบและ/หรือฝีในอวัยวะต่าง ๆ ของระบบทางเดินปัสสาวะหรือระบบสืบพันธุ์อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้ paraurethral duct abscess, Tyson's gland abscess, periurethral abscess, Cowper's gland abscess, epididymitis, epididymo-orchitis, Bartholin gland abscess

2.3.2 เกณฑ์การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (laboratory criteria) <u>การตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป (presumptive diagnosis)</u> เป็นการย้อมสี gram stain จากมูกหนอง หรือสิ่งที่เก็บจากท่อปัสสาวะหรือปากมดลูก ทอนซิล คอหอย หรือทวารหนัก พบ polymorphonuclear leukocytes ร่วมกับ intracellular gram negative diplococci <u>การตรวจทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ (specific diagnosis)</u> ผลตรวจพบเชื้อหรือผลบวกต่อ *N. gonorrhoeae* จากมูกหนอง หรือสิ่งส่งตรวจที่เก็บจากท่อปัสสาวะหรือปากมดลูก ทอนซิล คอหอย หรือทวารหนัก ด้วยการตรวจวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังนี้ ได้แก่ วิธีเพาะแยกเชื้อใน Modified Thayer-Martin medium หรือ media อื่น ๆ ที่สามารถเพาะเชื้อ *N. gonorrhoeae* วิธี nucleic acid hybridization test เช่น gen-probe และ วิธี nucleic acid amplification test

2.3.3 ประเภทผู้ป่วย (case classification)

- ผู้ป่วยสงสัย (suspected case) หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก

- ผู้ป่วยเข้าข่าย (probable case) หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก และมีผลบวกตามเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการทั่วไป

- ผู้ป่วยยืนยัน (confirmed case) หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก และมีผลบวกตามเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการจำเพาะข้อใดข้อหนึ่ง

- ผู้ติดเชื้อไม่มีอาการ (asymptomatic) หมายถึง ผู้ที่ไม่มีอาการ แต่มีผลบวกตามเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการทั่วไปหรือจำเพาะข้อใดข้อหนึ่ง

2.3.4 การนับการรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค (reporting criteria) ใช้เกณฑ์การรายงานผู้ป่วยโรคหนองใน เข้าสู่ระบบเฝ้าระวังโรคของกองระบาดวิทยา[6] คือ ผู้ป่วยรายเดียวกันที่มีการรายงานเข้ามาในระบบเฝ้าระวังโรคภายใน 1 เดือน ถือว่าซ้ำซ้อน

2.4 วิธีการเก็บข้อมูล

2.4.1 ทบทวนเวชระเบียนที่วินิจฉัยตามรหัส ICD–10 หลักและรหัสข้างเคียงของโรคหนองในในระบบ HOSxP โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชัยภูมิ ปี พ.ศ. 2562–2566

2.4.2 ทบทวนทะเบียนผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชัยภูมิ ปี พ.ศ. 2562–2566

2.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูล ในแง่ของค่าความไว (sensitivity) ค่าพยากรณ์บวก (PPV) ความครบถ้วนของข้อมูล (completeness) ความถูกต้องของข้อมูล (accuracy) ความเป็นตัวแทน (representativeness) และความทันเวลา (timeliness) ของระบบเฝ้าระวังฯ นำเสนอข้อมูลเป็นค่าร้อยละ อัตราส่วน สัดส่วน มัธยฐาน และ interquartile range (IQR) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Microsoft Excel

ผลการศึกษา

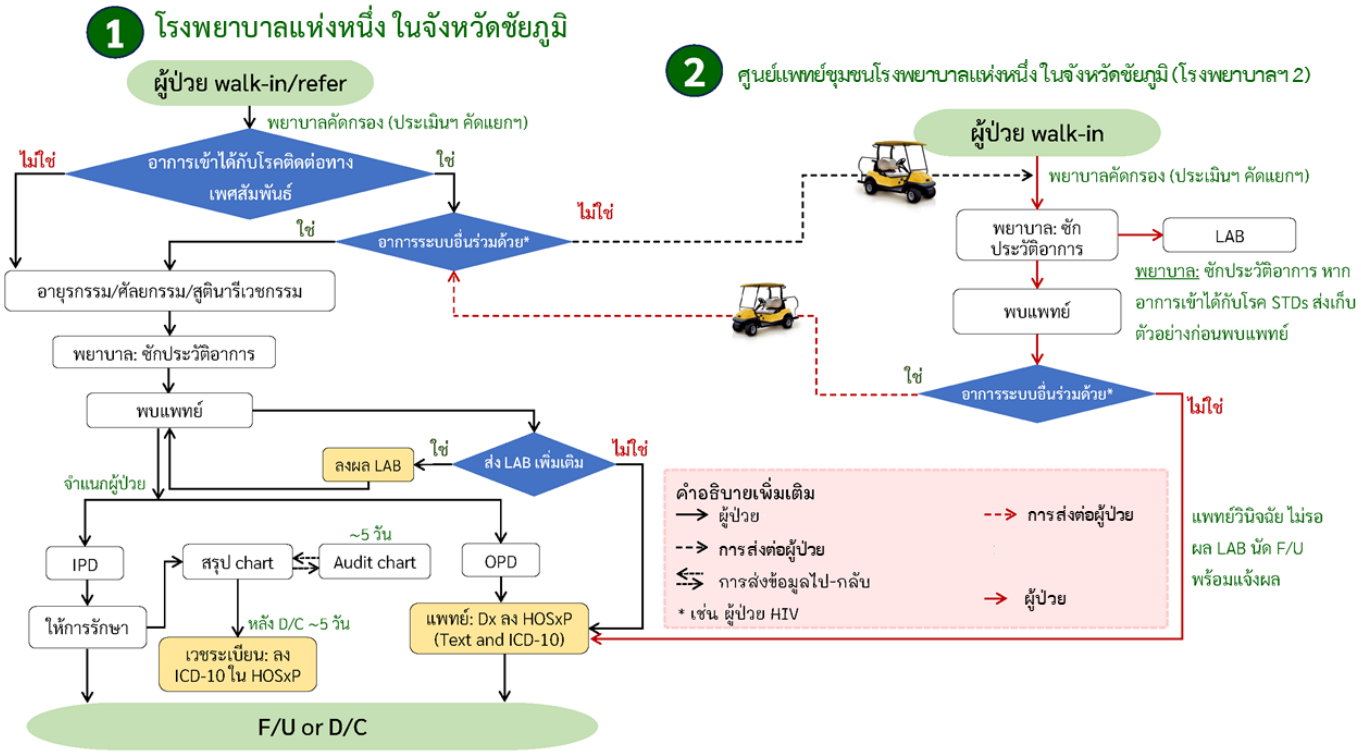
1. สถานการณ์ระบบเฝ้าระวังโรคหนองในระหว่างปี พ.ศ. 2562–2566

1.1 ความสำคัญและประโยชน์จากระบบเฝ้าระวังฯ กลุ่มงานเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชัยภูมิ นำเสนอข้อมูลสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แก่ผู้บริหารโรงพยาบาลและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนจัดเตรียมทรัพยากรที่ใช้ในการพัฒนาระบบการขับเคลื่อนการบริการการดูแลรักษา ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงการวางแผน คัดกรองค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชนหรือกลุ่มเสี่ยง เช่น การจัดกิจกรรมในกลุ่มนักเรียน/วัยรุ่น และในกลุ่มที่ปฏิบัติงานสถานบริการต่าง ๆ ปีละ 1–2 ครั้ง อีกทั้งยังนำมาใช้ในการพัฒนาแอพลิเคชั่นเพื่อสื่อสารให้เข้าถึงกลุ่มเสี่ยงหรือประชาชนที่ให้ความสนใจเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

1.2 การเข้ารับบริการของผู้ป่วยโรคหนองใน เมื่อผู้ป่วยเดินทางมาที่โรงพยาบาล พยาบาลจุดคัดกรอง จะประเมินอาการและคัดแยกผู้ป่วย หากมีอาการเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จะแนะนำให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการตรวจรักษาที่ศูนย์แพทย์ชุมชน ในจังหวัดชัยภูมิ เป็นเครือข่ายโรงพยาบาล (โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง 2) ซึ่งเป็นคลินิกเฉพาะทางตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STDs) แต่หากมีอาการในระบบอื่นร่วมด้วย ผู้ป่วยจะถูกส่งเข้ารับการรักษาแผนกที่เกี่ยวข้อง เช่น อายุรกรรม ศัลยกรรม หรือสูตินารีเวชกรรม โดยพยาบาลที่จุดคัดกรองของแต่ละแผนกจะซักประวัติอาการ แต่ไม่ได้มีการซักประวัติพฤติกรรมเสี่ยง เนื่องจากข้อจำกัดด้านสถานที่ จากนั้นแพทย์จะทำการตรวจวินิจฉัยและให้การรักษาตามสมควร ซึ่งอาจเป็นผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน ซึ่งขณะเดียวกันเมื่อผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง 2 พยาบาลจะซักประวัติ หากมีอาการเข้าได้กับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พยาบาลสามารถสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม ได้แก่ ไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบซี เอชไอวี และซิฟิลิส รวมถึงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ก่อนพบแพทย์ เมื่อแพทย์สงสัยหรือวินิจฉัยโรคหนองใน แพทย์จะให้การรักษาเบื้องต้นโดยไม่รอผลการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่พยาบาลส่งตรวจก่อนหน้า และนัดติดตามผู้ป่วยเพื่อแจ้งผลตรวจทางห้องปฏิบัติการในครั้งต่อไป อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยมีอาการในระบบอื่นร่วมด้วย เช่น ผู้ป่วยติดเชื้อ HIV หรือต้องทำการตรวจเพิ่มเติม หรือผู้ป่วยที่ต้องตรวจภายใน แพทย์จะพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชัยภูมิ เพื่อพบแพทย์เฉพาะทางแผนกที่เกี่ยวข้องต่อไป รายละเอียดดังแสดงในภาพที่ 1

1.3 ขั้นตอนการรายงานผู้ป่วยโรคหนองใน โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชัยภูมิ ใช้ระบบเฝ้าระวัง R506 และระบบเฝ้าระวัง DDS ควบคู่กัน โดยเริ่มใช้งานระบบเฝ้าระวัง DDS เมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 ซึ่งมีการไหลเวียนระบบข้อมูลโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ดังนี้

1.3.1 แผนกผู้ป่วยนอก: แพทย์วินิจฉัยและ



ภาพที่ 1 แนวทางการเข้ารับบริการของผู้ป่วยโรคหนองใน โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง (patient flow)

ลงรหัส ICD–10 ในระบบ HOSxP ส่วนผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการจะเป็นผู้รายงานผลลงในระบบ HOSxP ทุกวัน

1.3.2 แผนกผู้ป่วยใน: หลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแห่งหนึ่งภายใน 5 วัน แพทย์จะสรุปเวชระเบียนผู้ป่วย เพื่อให้เจ้าพนักงานเวชสถิติบันทึกรหัส ICD–10 ตามที่แพทย์วินิจฉัยลงในระบบ HOSxP

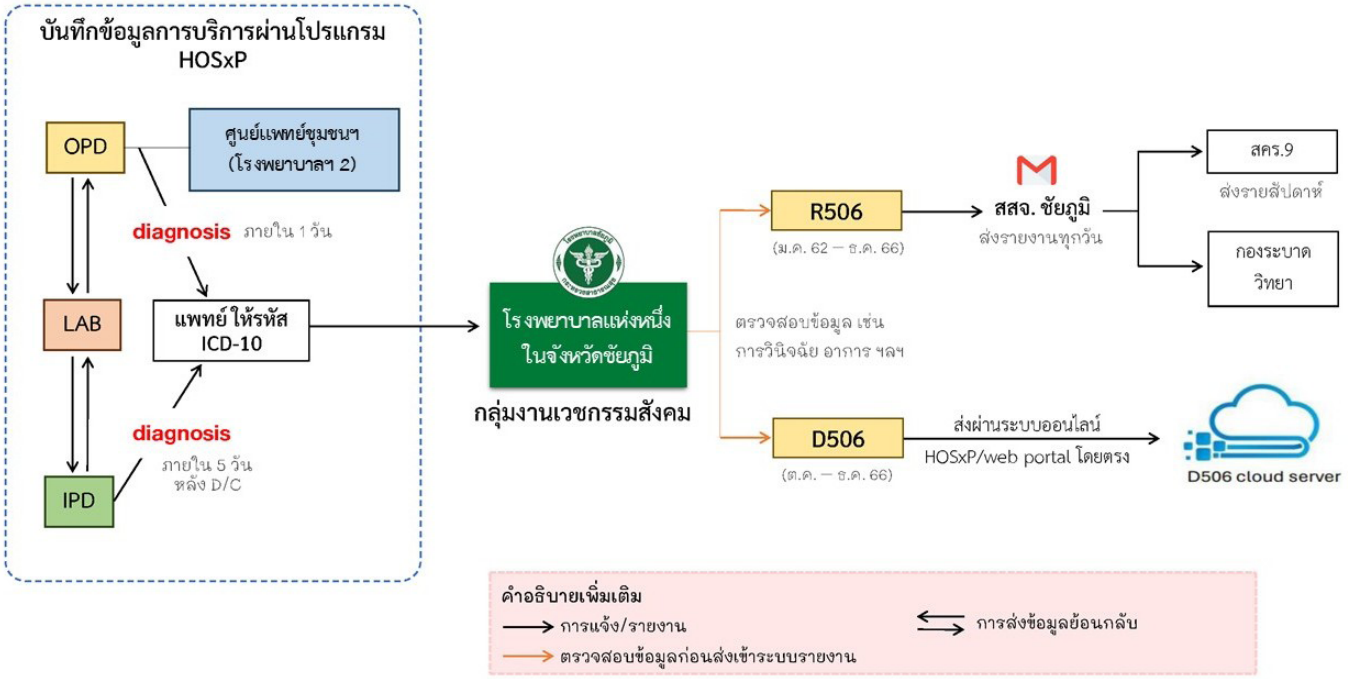
1.3.3 โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง มีโปรแกรมในการส่งออกข้อมูลจาก HOSxP เพื่อตรวจสอบรหัส ICD–10 อาการและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนรายงานในระบบเฝ้าระวัง R506 และระบบเฝ้าระวัง DDS

1.3.4 ระบบเฝ้าระวัง R506 ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จะถูกส่งต่อไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ผ่านทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ทุกวัน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ จะนำส่งสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา (สคร.9) และกองระบาดวิทยา เป็นรายสัปดาห์

1.3.5 ระบบเฝ้าระวัง DDS เป็นการรายงานผู้ป่วยผ่านระบบ API ซึ่งเป็นระบบรายงานออนไลน์จากสถานพยาบาลมายังแพลตฟอร์มกลางของกองระบาดวิทยาโดยตรง รายละเอียดดังแสดงในภาพที่ 2

2. การศึกษาคุณลักษณะเชิงคุณภาพ

2.1 ความยากง่าย (simplicity) ระบบเฝ้าระวัง R506 มีการรายงานหลายขั้นตอน ตั้งแต่การดึงข้อมูลจากระบบ HOSxP และนำเข้าข้อมูลในระบบเฝ้าระวัง R506 จากนั้นต้องดึงข้อมูลจากระบบเฝ้าระวัง R506 ของโรงพยาบาลเพื่อส่งข้อมูลให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิทางจดหมายอิเล็คทรอนิกส์ ซึ่งกรณีที่มีการกรอกข้อมูลผิดหรือส่งข้อมูลซ้ำ ผู้ปฏิบัติต้องแก้ไขข้อมูลเอง อย่างไรก็ตามในการส่งออกข้อมูลจาก HOSxP เพื่อตรวจสอบข้อมูลก่อนรายงานในระบบเฝ้าระวังฯ มีโปรแกรมสำเร็จรูปที่ช่วยในการส่งออกข้อมูลจาก HOSxP ส่วนการนำข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังฯ มาวิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่สามารถดึงข้อมูลได้ง่าย



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการรายงานผู้ป่วยโรคหนองใน (data flow)

ระบบเฝ้าระวัง DDS มีขั้นตอนการรายงานไม่ยุ่งยาก เข้าใจง่าย สามารถส่งข้อมูลไปยังกองระบาดวิทยาได้โดยตรง สามารถตรวจสอบและแก้ไขข้อมูลร่วมกันได้ทุกระดับ แต่หากต้องการวิเคราะห์ข้อมูลในระดับตำบลหรือหมู่บ้านในรูปแบบกราฟ ตาราง ฯลฯ ต้องกรองข้อมูลเฉพาะพื้นที่ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล

2.2 ความมั่นคง (stability) ผู้บริหารสนับสนุนงบประมาณ ทรัพยากรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งระบบเฝ้าระวัง R506 และระบบเฝ้าระวัง DDS เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานดำเนินงานได้อย่างสะดวก อย่างไรก็ตามผู้ปฏิบัติงานที่รับผิดชอบการรายงานโรคยังไม่ทราบว่าโรคหนองในเป็นโรคที่ต้องรายงาน

ระบบเฝ้าระวัง R506 ไม่มีการสำรองข้อมูลกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน และบางครั้งโปรแกรมค้างขณะกดส่งข้อมูล ไม่มีความเสถียร

ระบบเฝ้าระวัง DDS มีการสนับสนุนให้บุคลากรเข้ารับการอบรมการใช้งานระบบเฝ้าระวัง DDS

2.3 ความยืดหยุ่น (flexibility) ระบบเฝ้าระวัง R506 สามารถเปลี่ยนนิยามโรคได้ หากมีหนังสือแจ้งจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ส่วนการนำข้อมูลไปใช้ มีการวิเคราะห์สำเร็จรูปหลายรูปแบบ เช่น รายงานแสดงอัตราป่วย แผนที่ กราฟ แผนภูมิ ฯลฯ

ระบบเฝ้าระวัง DDS การเพิ่มหรือการเปลี่ยนแปลงตัวแปรในระบบเฝ้าระวัง DDS สามารถทำได้ในระดับส่วนกลางเท่านั้น

2.4 ความยอมรับ (acceptability) ระบบเฝ้าระวัง R506 ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติให้ความสำคัญในการนำข้อมูลของระบบเฝ้าระวังฯ ไปใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อวางแผนจัดเตรียมทรัพยากรที่เกี่ยวข้อง วางแผนดำเนินงานเชิงรุก อีกทั้งโรงพยาบาล มีการพัฒนาระบบการขับเคลื่อนการบริการการดูแลรักษา ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปี พ.ศ. 2566 จึงทำให้มีการรายงานผู้ป่วยโรคหนองในย้อนหลัง เพื่อตอบตัวชี้วัด

ระบบเฝ้าระวัง DDS ผู้บริหารยังไม่ให้ความเห็นในแง่ของความน่าเชื่อถือหรือความยอมรับของระบบเฝ้าระวัง DDS เนื่องจากยังอยู่ในช่วงพัฒนาระบบ อย่างไรก็ตามในระดับผู้ปฏิบัติงาน มีความพึงพอใจในการใช้งานระบบเฝ้าระวัง DDS มากกว่า

ระบบเฝ้าระวัง R506

3. การศึกษาคุณลักษณะเชิงปริมาณ

3.1 ค่าความไว จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยหนองใน ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2562–31 กันยายน พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยตามเกณฑ์กรมควบคุมโรค จำนวน 284 ราย โดยเป็นผู้ป่วยสงสัย จำนวน 221 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.82 ผู้ป่วยเข้าข่าย จำนวน 61 ราย (ร้อยละ 21.48) ผู้ป่วยติดเชื้อไม่มีอาการ จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 0.70) และไม่พบผู้ป่วยยืนยัน ทั้งนี้ผู้ป่วยสงสัย จำนวน 36 ราย ไม่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการสอดคล้องกับโรคหนองใน เมื่อพิจารณาการรายงานผู้ป่วยในระบบเฝ้าระวัง R506 พบว่าผู้ป่วยตามเกณฑ์กรมควบคุมโรคทั้งหมด 284 ราย ถูกรายงานในระบบเฝ้าระวัง R506 จำนวน 128 ราย คิดเป็นค่าความไวร้อยละ 45.07 เมื่อแบ่งตามประเภทผู้ป่วย พบค่าความไวของผู้ป่วยสงสัย ร้อยละ 45.70 ผู้ป่วยเข้าข่าย ร้อยละ 44.26 ตามลำดับ โดยไม่พบผู้ป่วยยืนยัน และผู้ป่วยติดเชื้อไม่มีอาการถูกรายงานในระบบเฝ้าระวัง R506 รายละเอียดดังตารางที่ 1

3.2 ค่าพยากรณ์บวก ระบบเฝ้าระวัง R506 มีผู้ป่วยถูกรายงานด้วยโรคหนองในจำนวน 155 ราย ซึ่งไม่ได้มีการแยกประเภทผู้ป่วย เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์กรมควบคุมโรค พบว่าเป็นผู้ป่วยตามเกณฑ์กรมควบคุมโรคจำนวน 128 ราย คิดเป็นค่าพยากรณ์บวกร้อยละ 82.58 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าความไว และค่าพยากรณ์บวก ของระบบเฝ้าระวัง จำแนกตามประเภทผู้ป่วย

ประเภทผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วยตามเกณฑ์ฯ	ผู้ป่วยตามเกณฑ์กรมควบคุมโรค		ผู้ป่วยไม่เข้าตามเกณฑ์กรมควบคุมโรค		ค่าความไว (ร้อยละ)	ค่าพยากรณ์บวก* (ร้อยละ)
		รายงาน	ไม่รายงาน	รายงาน	ไม่รายงาน		
ผู้ป่วยสงสัย	221	101**	120	-	-	45.70	-
ผู้ป่วยเข้าข่าย	61	27	34	-	-	44.26	-
ผู้ป่วยยืนยัน	0	0	0	-	-	0	-
ผู้ติดเชื้อไม่มีอาการ	2	0	2	-	-	0	-
ผู้ป่วยทั้งหมด	284	128	156	27	-	45.07	82.58

หมายเหตุ * หมายถึง ไม่สามารถคำนวนค่าพยากรณ์บวกผู้ป่วยแต่ละประเภทได้ เนื่องจากผู้ป่วยที่ถูกรายงานในระบบเฝ้าระวังไม่ได้มีการแยกประเภทผู้ป่วย และ ** หมายถึง ผู้ป่วย 36 ราย มีผลทางห้องปฏิบัติการไม่เข้าเกณฑ์

เมื่อเปรียบเทียบระบบเฝ้าระวัง R506 และระบบเฝ้าระวัง DDS ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม–31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยตามเกณฑ์กรมควบคุมโรค จำนวน 25 ราย รายงานในระบบเฝ้าระวัง R506 จำนวน 10 ราย คิดเป็นค่าความไวร้อยละ 60.00 ค่าพยากรณ์บวกร้อยละ 78.95 และรายงานในระบบเฝ้าระวัง DDS จำนวน 10 ราย ค่าความไวร้อยละ 60.00 ค่าพยากรณ์บวกร้อยละ 83.33 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

3.3 ผู้ป่วยตามเกณฑ์กรมควบคุมโรค ที่ไม่พบการรายงานในระบบเฝ้าระวังฯ มีรายละเอียดดังนี้

เป็นผู้ป่วยเข้าข่ายที่ไม่ถูกวินิจฉัยโรคหนองในจำนวน 8 ราย เนื่องจากแพทย์วินิจฉัยและรักษาโรคอื่นก่อนทราบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผู้ป่วยไม่ได้มาติดตามการรักษาตามนัด โดยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคระบบทางเดินปัสสาวะ จำนวน 7 ราย และซิฟิลิส จำนวน 1 ราย ไม่พบการรายงาน

ตารางที่ 2 ค่าความไว และค่าพยากรณ์บวก ของระบบเฝ้าระวัง จำแนกตามประเภทผู้ป่วย

ระบบเฝ้าระวัง (คน)	จำนวนผู้ป่วยตรงตามนิยาม	ผู้ป่วยตามเกณฑ์กรมควบคุมโรค		ผู้ป่วยไม่เข้าตามเกณฑ์กรมควบคุมโรค		ค่าความไว (ร้อยละ)	ค่าพยากรณ์บวก* (ร้อยละ)
		รายงาน	ไม่รายงาน	รายงาน	ไม่รายงาน		
R506 (n = 19)	25	15	10	4	-	60.00	78.95
DDS (n = 18)	25	15	10	3	-	60.00	83.33

ในระบบเฝ้าระวังฯ เนื่องจากมีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างกลุ่มงานและผู้รับผิดชอบงานใหม่ที่เข้ามาปฏิบัติงานในช่วงปี พ.ศ. 2565 ไม่ทราบว่าโรคหนองในเป็นโรคที่ต้องรายงานในระบบเฝ้าระวัง จำนวน 148 ราย โดยเป็นผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยโรคหนองใน จำนวน 146 ราย และผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยด้วยรหัสข้างเคียงที่อาการเข้าได้กับโรคหนองใน จำนวน 2 ราย

3.4 ผู้ป่วยที่ถูกรายงานในระบบเฝ้าระวังฯ แต่ไม่เข้าตามเกณฑ์กรมควบคุมโรค มีรายละเอียดดังนี้

1) แพทย์วินิจฉัยและรักษาโรคหนองใน จำนวน 10 ราย เนื่องจากมีอาการปวดอัณฑะ อวัยวะเพศบวม ปัสสาวะปนเลือด มีตุ่มคัน ปวดขาหนีบ ฯลฯ แต่อาการเหล่านี้ไม่เข้าตามเกณฑ์กรมควบคุมโรค 2) มีผลทางห้องปฏิบัติการจำเพาะพบเชื้อ *N. gonorrhea* จำนวน 2 ราย แต่อาการของผู้ป่วยโรคหนองในไม่เข้าตามเกณฑ์กรมควบคุมโรค เนื่องจากพบเพียงอาการหนองที่ตา จำนวน 1 ราย และข้ออักเสบบวม จำนวน 1 ราย 3) เป็นผู้สัมผัสผู้ป่วยโรคหนองใน จำนวน 8 ราย ไม่มีอาการเข้าได้กับโรคหนองในแต่แพทย์วินิจฉัยและรักษาโรคหนองใน 4) รายงานผู้ป่วยซ้ำ (รายงานในระบบเฝ้าระวังซ้ำภายใน 1 เดือน) จำนวน 4 ราย และ 5) ลงวินิจฉัยผิด (ไม่มีอาการเข้าได้กับโรคหนองใน และไม่ได้ให้การรักษา) จำนวน 3 ราย ได้แก่ ไข้หวัด จำนวน 2 ราย และซิฟิลิส จำนวน 1 ราย

3.5 ความเป็นตัวแทน อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชายของผู้ป่วยโรคหนองในตามเกณฑ์กรมควบคุมโรค เท่ากับ 1:8.76 ซึ่งใกล้เคียงกับผู้ป่วยโรคหนองในที่ถูกรายงานในระบบเฝ้าระวัง R506 (1:5.46) สัดส่วนกลุ่มอายุของผู้ป่วยโรคหนองในตามเกณฑ์กรมควบคุมโรค 15–24 ปี ร้อยละ 68.20 และ 25–34 ปี ร้อยละ 16.61 ซึ่งใกล้เคียงกับผู้ป่วยโรคหนองใน ที่ถูกรายงานในระบบเฝ้าระวัง R506 (ร้อยละ 67.74 และ 17.42) และสัดส่วนประเภทของผู้ป่วย OPD และ IPD โรคหนองในตามเกณฑ์กรมควบคุมโรค เท่ากับร้อยละ 99.29 และ 0.71 ตามลำดับ ซึ่งใกล้เคียงกับผู้ป่วยโรคหนองใน ที่ถูกรายงานในระบบเฝ้าระวัง R506 (ร้อยละ 97.39 และ 2.61) เมื่อเปรียบเทียบระบบเฝ้าระวัง R506 และระบบเฝ้าระวัง DDS ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม–31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 พบอัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชายของผู้ป่วยโรคหนองในที่ถูกรายงานในระบบเฝ้าระวัง R506 เท่ากับ 1:2.17 ซึ่งใกล้เคียงกับผู้ป่วยโรคหนองในที่ถูกรายงานในระบบเฝ้าระวัง DDS (1:2) สัดส่วนกลุ่มอายุของของผู้ป่วยโรคหนองในที่ถูกรายงานในระบบเฝ้าระวัง R506 15–24 ปี และ 25–34 ปี เท่ากับร้อยละ 78.95 และ 5.26 ซึ่งใกล้เคียงกับผู้ป่วยโรคหนองในที่ถูกรายงานในระบบเฝ้าระวัง DDS (ร้อยละ 77.78 และ 5.56) และประเภทของผู้ป่วย OPD โรคหนองในที่ถูกรายงานในระบบเฝ้าระวัง R506 เท่ากับร้อยละ 100 ซึ่งเท่ากับผู้ป่วยโรคหนองในที่ถูกรายงานในระบบเฝ้าระวัง DDS (ร้อยละ 100)

3.6 ความครบถ้วนของข้อมูล ตัวแปรเพศ อายุ ประเภทผู้ป่วย และวันเริ่มป่วยของผู้ป่วยโรคหนองใน จากระบบเฝ้าระวัง R506 และระบบเฝ้าระวัง DDS มีความครบถ้วนของข้อมูล ร้อยละ 100

3.7 ความถูกต้องของข้อมูล เปรียบเทียบข้อมูลของผู้ป่วยโรคหนองในตามเกณฑ์กรมควบคุมโรคและข้อมูลผู้ป่วยในระบบเฝ้าระวัง R506 จำนวน 155 ราย ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2562–31 กันยายน พ.ศ. 2566 พบความถูกต้องของตัวแปรเพศ ร้อยละ 100 อายุ (±1) ร้อยละ 97.42 ประเภทผู้ป่วย ร้อยละ 99.35 และวันที่เริ่มป่วย ร้อยละ 22.58 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลของผู้ป่วยโรคหนองในตามเกณฑ์กรมควบคุมโรค และข้อมูลผู้ป่วยในระบบเฝ้าระวัง R506 และระบบเฝ้าระวัง DDS ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม–31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 พบความถูกต้องของตัวแปรเพศ อายุ และประเภทผู้ป่วย ร้อยละ 100 และวันที่เริ่มป่วยในระบบเฝ้าระวัง R506 พบความถูกต้อง ร้อยละ 28.53 ระบบเฝ้าระวัง DDS ร้อยละ 33.33

3.8 ความทันเวลา ความทันเวลาในการรายงานผู้ป่วยโรคหนองใน (ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2562–31 กันยายน พ.ศ. 2566) ตั้งแต่วันที่แพทย์วินิจฉัยโรคหนองใน ถึงวันที่รายงานในระบบเฝ้าระวัง R506 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ภายใน 7 วัน คิดเป็น ร้อยละ 22.58 มัธยฐานระยะเวลาการรายงาน 162 วัน IQR (Q3–Q1) เท่ากับ 344 (353.5–9.5) เมื่อเปรียบเทียบความทันเวลารายปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2562–2566 พบว่ามีความทันเวลาของการรายงานในปี พ.ศ. 2562 คิดเป็นร้อยละ 80.49 ส่วนปี พ.ศ. 2563 ไม่พบการรายงานในระบบเฝ้าระวังฯ ต่อมาในปี พ.ศ. 2564–2566 มีความทันเวลาของการรายงานร้อยละ 33.33, 0 และ 4.76 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความทันเวลาของการรายงาน ระบบเฝ้าระวัง R506 และระบบเฝ้าระวัง DDS ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม–31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 พบว่าระบบเฝ้าระวัง R506 มีความทันเวลา ร้อยละ 26.67 ในขณะที่ระบบเฝ้าระวัง DDS มีความทันเวลา ร้อยละ 100

อภิปรายผลการศึกษา

โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชัยภูมิ มีการนำข้อมูลที่ได้จากการเฝ้าระวังมาวางแผนการคัดกรอง ค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชนและกลุ่มเสี่ยง เช่น การจัดกิจกรรมในกลุ่มนักเรียน/วัยรุ่น ซึ่งการศึกษาของกมล พจชนะ[7] พบว่าผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่อระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อในการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ เพื่อไปวางแผนเฝ้าระวังป้องกันโรคติดต่อมากที่สุด ร้อยละ 94.74

มีผู้ป่วยที่แพทย์ให้การวินิจฉัยและการรักษาโรคหนองใน แต่ไม่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการสอดคล้องกับโรคหนองใน จำนวน 36 ราย เนื่องจากพยาบาลประจำคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หากซักประวัติแล้วพบว่าผู้ป่วยมีอาการเข้าได้กับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พยาบาลสามารถส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติมก่อนพบแพทย์ แต่บางครั้งแพทย์ให้การวินิจฉัยและการรักษาโดยไม่ได้รอผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทำให้มีการวินิจฉัยคลาดเคลื่อน ทั้งนี้การวินิจฉัยที่ดีเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของระบบการเฝ้าระวังโรค[8] นอกจากนี้อาจส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับยาต้านจุลชีพที่ไม่เหมาะสม ซึ่งอาจทำให้เกิดการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลินชีพในภายหลังได้[9]

โดยทั่วไปผู้ปฏิบัติด้านสาธารณสุขควรให้ความสำคัญในการรายงานโรคตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558[10] อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาพบว่าผู้รับผิดชอบงานไม่ทราบว่าโรคหนองในเป็นโรคที่ต้องรายงานในระบบเฝ้าระวังฯ เนื่องจากมีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างของกลุ่มงานและผู้รับผิดชอบงานใหม่ยังไม่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการรายงานโรค รวมทั้งขาดการถ่ายทอดแนวทางการรายงานที่ชัดเจน ส่งผลทำให้ระบบเฝ้าระวังฯ ไม่มีความมั่นคงเท่าที่ควร ซึ่งการจัดทำแนวทางการรายงานภายในหน่วยงานจะทำให้การปฏิบัติงานเป็นมาตรฐานเดียวกัน มีคุณภาพไม่ว่าจะเป็นการปฏิบัติงานโดยบุคคลใด อีกทั้งยังสามารถวิเคราะห์ ติดตาม ตรวจสอบ ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานได้[11]

ระบบเฝ้าระวัง DDS เป็นระบบการรายงานรูปแบบใหม่ที่กองระบาดวิทยา ได้พัฒนาและจัดทำขึ้น ซึ่งโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เริ่มดำเนินการระบบเฝ้าระวัง DDS ควบคู่ไปกับการรายงานใน

ระบบเฝ้าระวัง R506 ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 ซึ่งจากการสะท้อนของผู้ปฏิบัติงาน พบว่าการรายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง DDS มีขั้นตอนการรายงานที่ไม่ยุ่งยาก เข้าใจง่าย ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในการใช้งานมากกว่า ระบบเฝ้าระวัง R506 อย่างไรก็ตามการนำข้อมูลมาใช้ในการวิเคราะห์ของระบบเฝ้าระวัง DDS ยังไม่ตอบโจทย์ความต้องการในระดับพื้นที่

คุณลักษณะเชิงปริมาณ เมื่อพิจารณาตามประเภทผู้ป่วยโรคหนองใน ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสงสัย ร้อยละ 77.74 ซึ่งพบผู้ป่วยโรคหนองในที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ พบเชื้อ *N. gonorrhea* จำนวน 2 ราย แต่อาการไม่เข้านิยามผู้ป่วยโรคหนองในตามเกณฑ์กรมควบคุมโรค เนื่องจากเป็นโรคหนองในที่ระบบอื่น และไม่มีอาการแสดงทางระบบสืบพันธุ์ สะท้อนให้เห็นว่าระบบเฝ้าระวังฯ ตามเกณฑ์กรมควบคุมโรคสามารถตรวจจับได้เพียงผู้ป่วยโรคหนองในที่มีเฉพาะอาการที่เกี่ยวกับระบบสืบพันธุ์และระบบทางเดินปัสสาวะ จากการศึกษา พบค่าความไวของระบบเฝ้าระวัง R506 ร้อยละ 45.07 ซึ่งสูงกว่าการศึกษาของ นิทิกร สอนชา และคณะ[5] ที่พบค่าความไวของระบบเฝ้าระวัง R506 ร้อยละ 31.80 เนื่องจากนิยามผู้ป่วยของการศึกษานี้ ไม่ได้พิจารณาประวัติเสี่ยงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งเป็นข้อจำกัดในการซักประวัติคัดกรองของพยาบาล

จากการศึกษาพบค่าพยากรณ์บวกค่อนข้างสูง (ร้อยละ 82.58) ผู้ปฏิบัติงานดำเนินการรายงานโรคตามการวินิจฉัยของแพทย์ ซึ่งแม้จะมีรายละเอียดที่ไม่ตรงตามเกณฑ์กรมควบคุมโรค ได้แก่ ลักษณะอาการ เช่น ปวดอัณฑะ อวัยวะเพศบวม ปัสสาวะปนเลือด มีตุ่มคัน ปวดขาหนีบ เป็นผู้สัมผัสผู้ป่วยโรคหนองใน คือ ไม่มีอาการเข้าได้กับโรคหนองใน แต่แพทย์ให้การรักษาและวินิจฉัยโรคหนองในสอดคล้องกับการศึกษาของนิทิกร สอนชา และคณะ[5] พบว่าส่วนใหญ่ของหน่วยบริการที่ศึกษาจำนวน 4 แห่ง รายงานตามการวินิจฉัยของแพทย์หรือ รหัส ICD-10 ซึ่งไม่ได้รายงานตามนิยามของระบบเฝ้าระวังกรมควบคุมโรค

ความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลวันเริ่มป่วย ในระบบเฝ้าระวัง R506 และระบบเฝ้าระวัง DDS มีความถูกต้องเพียงร้อยละ 28.53 และ 33.33 ตามลำดับ เนื่องจากส่วนใหญ่รายงานวันเริ่มป่วยเป็นวันเดียวกับวันที่พบแพทย์ และโปรแกรมในการส่งออกข้อมูลจาก HOSxP ไม่มีตัวแปรวันเริ่มป่วย

ความเป็นตัวแทน พบว่าอัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชาย สัดส่วนกลุ่มอายุ และสัดส่วนประเภทของผู้ป่วยโรคหนองในตามเกณฑ์กรมควบคุมโรคใกล้เคียงกับผู้ป่วยโรคหนองในที่ถูกรายงานในระบบเฝ้าระวัง R506 และเมื่อเปรียบเทียบระบบเฝ้าระวัง R506 และระบบเฝ้าระวัง DDS พบว่าอัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชาย สัดส่วนกลุ่มอายุ และสัดส่วนประเภทของผู้ป่วยโรคหนองใน มีความใกล้เคียงเช่นเดียวกัน ดังนั้นข้อมูลจากระบบเฝ้าระวัง R506 และระบบเฝ้าระวัง DDS สามารถเป็นตัวแทนของสถานการณ์โรคหนองในของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งได้

ความทันเวลาของการรายงาน คิดเป็นร้อยละ 22.58 เนื่องจากกลุ่มงานเวชกรรม มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างกลุ่มงานและผู้รับผิดชอบงาน เมื่อเปรียบเทียบความทันเวลารายปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2562–2566 พบว่าในปี พ.ศ. 2562 มีการรายงานทันเวลาร้อยละ 80.49 ต่อมาในปี พ.ศ. 2565 ไม่มีการรายงานโรคหนองในเข้าสู่ระบบเฝ้าระวังฯ ซึ่งสอดคล้องกับการสะท้อนของผู้ปฏิบัติงานแจ้งว่ามีการปรับเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลได้เข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบการขับเคลื่อนการบริการการดูแลรักษา ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปี พ.ศ. 2566 จึงทำให้มีการรายงานโรคหนองใน ในระบบเฝ้าระวัง R506 ย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565–2566

จากการเปรียบเทียบคุณลักษณะเชิงปริมาณของข้อมูลจากระบบเฝ้าระวัง R506 และระบบเฝ้าระวัง DDS พบว่ายังไม่มีความแตกต่างในประเด็นค่าความไว และค่าพยากรณ์บวก คาดว่าเนื่องจากช่วงของการศึกษาระบบเฝ้าระวังเป็นช่วงเริ่มต้นให้มี

การทดลองระบบเฝ้าระวัง DDS รวมถึงระยะเวลาของการศึกษาเพียง 3 เดือน (1 ตุลาคม–31 ธันวาคม พ.ศ. 2566) แต่ทั้งนี้พบว่าความถูกต้องและความทันเวลาของการรายงานของระบบเฝ้าระวัง DDS มากกว่าระบบเฝ้าระวัง R506 เนื่องจากเป็นการรายงานจากโรงพยาบาลแห่งหนึ่งผ่านระบบ API โดยตรง

สรุป

จากการศึกษาระบบเฝ้าระวังโรคหนองในฯ พบว่าผู้บริหารให้ความสำคัญและมีการใช้ประโยชน์จากระบบเฝ้าระวังฯ เมื่อผู้ป่วยเข้ารับบริการ หากมีอาการเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สามารถเข้ารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง 2 (คลินิก STDs) ซึ่งพยาบาลจะทำการซักประวัติ หากมีอาการเข้าได้กับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พยาบาลสามารถส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติมก่อนพบแพทย์ เมื่อแพทย์สงสัยหรือวินิจฉัยโรคหนองในจะบันทึกข้อมูลลงในระบบ HOSxP ของโรงพยาบาล ปัจจุบันโรงพยาบาลมีการรายงานผู้ป่วยเข้าสู่ระบบเฝ้าระวัง R506 และระบบเฝ้าระวัง DDS ควบคู่กัน จากคุณลักษณะเชิงคุณภาพ ระบบเฝ้าระวัง R506 มีความยุ่งยาก มีขั้นตอนการรายงานหลายขั้นตอน ยังไม่มีความมั่นคงเท่าที่ควร มีความยืดหยุ่น ผู้ปฏิบัติงานให้การยอมรับต่อระบบเฝ้าระวังและมีความพึงพอใจการใช้งานระบบเฝ้าระวัง DDS มากกว่าระบบเฝ้าระวัง R506 คุณลักษณะเชิงปริมาณ พบว่ามีค่าความไว ร้อยละ 45.07 และค่าพยากรณ์บวก ร้อยละ 82.58 มีความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูลมีความถูกต้องตัวแปรเพศ อายุ ประเภทผู้ป่วย ยกเว้นตัวแปรวันเริ่มป่วยที่มีความถูกต้องต่ำ การรายงานยังไม่ทันเวลา ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังมีความเป็นตัวแทน เมื่อเปรียบเทียบระบบเฝ้าระวัง R506 และระบบเฝ้าระวัง DDS พบว่ายังไม่มีความแตกต่างในประเด็น ค่าความไว และค่าพยากรณ์บวก และจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาเสนอว่าควรมีการซักประวัติเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยสงสัยโรคหนองใน และควรจัดทำคู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงาน (standard operating procedure, SOP) ของระบบเฝ้าระวังโรคที่ต้องรายงาน เพื่อให้บุคลากรใหม่ที่หมุนเวียนงานสามารถปฏิบัติงาน เพื่อให้มีความมั่นคงและต่อเนื่องของระบบรายงานโรค

ข้อเสนอแนะ

1. กองระบาดวิทยา ควรพัฒนาระบบการนำข้อมูลมาใช้ในการวิเคราะห์ให้ตอบโจทย์ความต้องการในระดับพื้นที่

2. กองระบาดวิทยา ควรพิจารณาทบทวนนิยามการเฝ้าระวังโรคให้ครอบคลุมโรคหนองในระบบอื่น ๆ และพิจารณาให้มีการรายงานตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าข่าย

3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ควรเน้นย้ำถึงความสำคัญของการรายงานโรคตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และมีการกำกับติดตามหน่วยงานในสังกัดให้มีการรายงานข้อมูลเข้าสู่ระบบเฝ้าระวังโรคอย่างต่อเนื่อง

4. กลุ่มงานเวชกรรม ควรจัดทำแนวทางการรายงานโรค เพื่อให้ระบบการรายงานโรคมีความมั่นคง และต่อเนื่อง

5. เจ้าหน้าที่ระบาดของโรงพยาบาล ควรตรวจสอบข้อมูล โดยเฉพาะวันเริ่มป่วย และแก้ไขให้ถูกต้อง ก่อนส่งรายงานในระบบเฝ้าระวังฯ และควรรายงานผู้ป่วยโรคหนองในเข้าสู่ระบบเฝ้าระวังหลังจากแพทย์วินิจฉัย ภายใน 7 วัน ตามเกณฑ์ของกรมควบคุมโรค (พรบ.โรคติดต่อ 2558)

6. กลุ่มงานเวชกรรมฯ ประสานงานกับงานเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT) ของโรงพยาบาล ในการสำรองข้อมูลของระบบเฝ้าระวังของโรงพยาบาลเพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย กรณีเกิดปัญหาขัดข้อง

7. เจ้าหน้าที่แผนกอื่น ๆ ในกรณีที่พบว่าแพทย์สงสัยหรือวินิจฉัยโรคหนองใน ควรมีการประสานเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเวชกรรม หรือคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อซักประวัติเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์เพิ่มเติม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยา เจ้าหน้าที่เวชสถิติ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการรายงานโรคในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลและให้ความร่วมมือให้ข้อมูลเพื่อการศึกษาในครั้งนี้ ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ที่อนุญาตและให้ความร่วมมือให้ข้อมูล และอาจารย์ที่ปรึกษา FEMT 18 ทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือ ทำให้การศึกษาสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคเอดส์วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 2558. นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค; 2558.
2. สำนักโรคเอดส์วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลรักษาโรคหนองใน 2562. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
3. กองระบาดวิทยา. ระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506. [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2567 เมษายน 5].เข้าถึงได้จาก: https://ddsdoe.ddc.moph.go.th/ddss/
4. กองระบาดวิทยา. คู่มือแนวทางการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาด ระบบเฝ้าระวัง DDS ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2567
5. นิทิกร สอนชา, อารดา หายักวงษ์, ศิริณา ศรัทธาพิสิฐ. การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคหนองในในหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลขอนแก่น ปี พ.ศ. 2562. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี 2565;1(1):67–77.
6. กองระบาดวิทยา. นิยามโรคและแนวทางการรายงานโรคติดต่ออันตราย และโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังในประเทศไทย. [อินเตอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2567 เมษายน 5]. เข้าถึงได้จาก: http://klb.ddc.moph.go.th/dataentry/handbook/form/113
7. กมล พจชนะ, บัญชา สามารถ. การพัฒนาระบบสารสนเทศการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดต่อ. [อินเตอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2567 เมษายน 5]. เข้าถึงได้จาก: https://ddccenter.net/vichakarn/downloadq.php?f=ddc_20230113073526667 9_150_1001ca.pdf&fc=title_391.pdf
8. จิตจิกร ผลแก้ว, จีระศักดิ์ กรมาทิตย์สุข. การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคสครับไทฟัส รพ.กาญจนดิษฐ์ อ.กาญจนดิษฐ์ จ.สุราษฎร์ธานี ปี 2559. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2561;49(1):561–8.
9. กองระบาดวิทยา. แนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวนเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ 2565. นนทบุรี: กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค; 2565.
10. กรมควบคุมโรค. พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558. [อินเตอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2567 เมษายน 5]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/law.php?law=1#
11. ชนินทร์ เลิศคณาวนิชกุล. SOP ของห้องปฏิบัติการวิเคราะห์ทดสอบเพื่อการบริการที่มีคุณภาพ. วารสารกรมวิทยาศาสตร์บริการ. [อินเตอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 2567 เมษายน 5]. เข้าถึงได้จาก: http://lib3.dss.go.th/fulltext/dss_j/2553_58_182_P21-23.pdf

กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

ISSN 2985–1823 (Online)

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

Homepage: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9
ปีที่ 32 ฉบับที่ 1 (มกราคม – เมษายน 2569) หน้า [71-85]

การพัฒนารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในการรองรับพระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 สำหรับโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 7

Development of an Occupational Health and Environmental Medicine Service Delivery Model to Support the Control of Occupational Diseases and Environmental Diseases Act B.E. 2562 for Community Hospitals in Health Region 7

กังสดาล สุวรรณรงค์[1*], ประณัฐพงศ์ กับกระโทก[2], ชุติมา วัชรกุล[1], ธมลวรรณ จันเต[1], ปวีณา จังภูเขียว[1], ธเนศ นนท์ศรีราช[1], ภัทราวดี ภักดีแพง[1]

Kangsadal Suwannarong[1*], Pranatthapong Kabkrathok[2], Chutima Wachrakul[1], Thamolwan Junte[1], Paweena Jungphukiaw[1], Thanade Nonsrirach[1], Pattawadee Pakdeepang[1]

[1]สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

[2]วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

[1]Office of Disease Prevention and Control 7 Khon Kaen, Department of Disease Control, Ministry of Public Health

[2]Sirindhon College of Public Health Phitsanulok, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

*Corresponding author: s.kangsadal@kkumail.com

(Received: Jan 6, 2026 /Revised: Mar 21, 2026 /Accepted: Mar 24, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลชุมชนเขตสุขภาพที่ 7 เพื่อรองรับพระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์และสำรวจความต้องการ 2) การพัฒนารูปแบบ 3) การทดลองใช้และปรับปรุง และ 4) การประเมินผล กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรสาธารณสุขรับผิดชอบงานอาชีวอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนต้นแบบ 4 แห่ง รูปแบบที่พัฒนาประกอบด้วยกลไกการทำงาน การจัดโครงสร้าง การดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐาน 5 องค์ประกอบ และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรผ่านหลักสูตรการอบรมระยะสั้น ความรู้พื้นฐานพยาบาลอาชีวอนามัย 60 ชั่วโมงโดยใช้การเรียนรู้แบบใช้ปัญหาเป็นฐาน ผลการศึกษาพบว่าโรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านมาตรฐานระดับดีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจากร้อยละ 40 ในปี พ.ศ. 2565 เป็นร้อยละ 73.33 ในปี พ.ศ. 2568 คะแนนความรู้ของพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความพึงพอใจต่อหลักสูตรในระดับมากที่สุด พยาบาลที่ผ่านการอบรมสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ใน 4 ด้าน ได้แก่ การประเมินและจัดการความเสี่ยง การจัดบริการอาชีวอนามัย การดูแลสุขภาพและคัดกรองโรค และการวางแผนพัฒนางาน

โรงพยาบาลต้นแบบทั้ง 4 แห่งสามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์มาตรฐานทั้ง 5 องค์ประกอบ ประเด็นการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมยังเป็นข้อจำกัดของโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย กรมควบคุมโรคควรประเมินความพร้อมและข้อจำกัดของโรงพยาบาลชุมชนเพื่อรองรับมาตรา 24 และระดับเขตสุขภาพควรจัดทำแผนยุทธศาสตร์พัฒนาระบบบริการครอบคลุมการจัดสรรทรัพยากร การพัฒนาบุคลากร และกลไกสนับสนุนให้โรงพยาบาลชุมชนปฏิบัติตามมาตรา 25 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม, การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน, พระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562, โรงพยาบาลชุมชน

Abstract

This action research aimed to develop an occupational health and environmental medicine service delivery model for community hospitals in Health Region 7, Thailand, to support the implementation of the Control of Occupational Diseases and Environmental Diseases Act B.E. 2562 (2019). The study was conducted from March 2022 to March 2025 and consisted of four phases: 1) situation analysis and needs assessment, 2) model development, 3) implementation and refinement, and 4) evaluation. The participants included public health personnel responsible for occupational health services and four model community hospitals. The developed model comprised operational mechanisms, organizational structure, implementation based on five standard components, and capacity building through a 60-hour short-course training program on fundamental occupational health nursing using problem-based learning. The results showed that the proportion of community hospitals achieving a good standard level increased from 40% in 2022 to 73.33% in 2025. Knowledge scores of nurses improved significantly after completing the training program, and satisfaction with the course was reported at the highest level. Trained nurses were able to apply their knowledge in four key areas: risk assessment and management, occupational health service provision, healthcare and disease screening, and service development planning. All four model hospitals successfully implemented services according to the five standard components; however, environmental medicine services remained a limitation for all hospitals. The findings suggest policy recommendations: the Department of Disease Control should assess the readiness and limitations of community hospitals to support compliance with Section 24. Furthermore, at the health regional level, a strategic service system development plan should be established, encompassing resource allocation, personnel development, and support mechanisms to enable community hospitals to implement Section 25 effectively.

Keywords: Model development, Occupational Health and Environmental Medicine Service Delivery, Problem-based Learning, Control of Occupational Diseases and Environmental Diseases Act B.E. 2562, Community Hospitals

บทนำ

พระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 เป็นกฎหมายหลักที่วางรากฐานให้การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในประเทศไทย เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และมีเจตนารมณ์ให้ลูกจ้าง แรงงานนอกระบบ และประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นระบบ และมีมาตรฐานเดียวกัน[1,2] พระราชบัญญัติฉบับนี้กำหนดให้การให้บริการอาชีวเวชกรรมและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมต้องดำเนินการโดยหน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนกับกรมควบคุมโรคและต้องปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนด โดยเฉพาะมาตรา 24 ที่กำหนดมาตรฐานการให้บริการ มาตรา 25 ที่กำหนดการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและมาตรา 30 ที่กำหนดให้สถานพยาบาลต้องรายงานผู้ป่วยหรือผู้สงสัยโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม[3,4] การบังคับใช้กฎหมายฉบับนี้ส่งผลให้โรงพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่ให้บริการประชาชนและแรงงานนอกระบบ ต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการ เพื่อให้สอดคล้องกับกรอบกฎหมายและสามารถคุ้มครองสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ[5,6,7] การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเป็นบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สนับสนุนให้ประชากรวัยทำงานมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ ลดการเจ็บป่วยและบาดเจ็บจากการทำงาน รวมถึงดูแลประชาชนไม่ให้เจ็บป่วยจากมลพิษสิ่งแวดล้อม[8] สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค ได้กำหนดมาตรฐานการจัดบริการสำหรับโรงพยาบาลชุมชนไว้ 5 องค์ประกอบ รวม 42 ข้อ ได้แก่ 1) การบริหารจัดการ 2) การจัดบริการสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล 3) การจัดบริการเชิงรุกแก่ผู้ประกอบอาชีพภายนอก 4) การจัดบริการเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษา การส่งต่อ และการฟื้นฟูสภาพ และ5) การดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม[9] มาตรฐานดังกล่าวสอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสร้างความปลอดภัยตามหลัก Patient and Personnel Safety[10] ความสำเร็จในการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมขึ้นอยู่กับบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทาง โดยเฉพาะพยาบาลอาชีวอนามัยซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพและความปลอดภัยของผู้ประกอบอาชีพตั้งแต่การป้องกันโรคการวินิจฉัย การรักษาสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพ[9] ประเทศไทยมีพยาบาลอาชีวอนามัยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผ่านการอบรมหลักสูตร 60 ชั่วโมง 2) ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง 4 เดือน และ 3) จบการศึกษาระดับปริญญาโทสาขาการพยาบาล อาชีวอนามัย อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลทั้งภาครัฐและภาคเอกชนมีพยาบาลอาชีวอนามัยไม่เพียงพอ พยาบาลส่วนใหญ่มีความรู้ทางการพยาบาลทั่วไปและมีบทบาทเฉพาะการดูแลรักษาระดับปฐมภูมิเท่านั้น ซึ่งแตกต่างจากมาตรฐานสากล ที่มีการกำหนดสมรรถนะและบทบาทไว้อย่างชัดเจน[4]

สถานการณ์ในเขตสุขภาพที่ 7 ประกอบด้วย จังหวัดขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด และกาฬสินธุ์ พบว่ามีโรงพยาบาลชุมชนขนาด M2 จำนวน 15 แห่ง ผ่านมาตรฐานการจัดบริการเพียงร้อยละ 38.09 (8 แห่ง) และมีพยาบาลอาชีวอนามัยที่ผ่านการอบรมเพียงร้อยละ 28.40[10,11] ทำให้การดำเนินงานในคลินิกบริการยังไม่คล่องตัวและไม่สามารถตอบสนองความต้องการตามที่พระราชบัญญัติกำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แม้ว่าพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. 2562 มีผลบังคับใช้มาแล้วกว่า 3 ปี แต่ยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับรูปแบบการจัดบริการที่เหมาะสมสำหรับโรงพยาบาลชุมชนในบริบทของประเทศไทย งานวิจัยที่มีอยู่ส่วนใหญ่เน้นการศึกษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่หรือสถานประกอบการ[5,6,7] ขณะที่โรงพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีบทบาทสำคัญในการให้บริการประชาชนและแรงงาน

นอกระบบ แต่ขาดการศึกษาอย่างเป็นระบบ โดยพบช่องว่างทางวิชาการ (research gap) ที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1) ขาดรูปแบบการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน วิธีการเรียนรู้แบบใช้ปัญหาเป็นฐาน (problem–based Learning, PBL) เหมาะสมกับวัยทำงานที่มีประสบการณ์และต้องการเชื่อมโยงความรู้กับการปฏิบัติงานจริง โดย PBL มีประสิทธิผลในการพัฒนาทักษะการคิดเชิงวิพากษ์และความสามารถในการแก้ปัญหาของพยาบาล[12,13] 2) ขาดกลไกการดำเนินงานที่ชัดเจน ส่วนใหญ่โรงพยาบาลชุมชนยังไม่มีโครงสร้าง อัตรากำลัง และระบบสนับสนุนที่เหมาะสม รวมถึงขาดความเชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น การศึกษาของ Adi และคณะ[14] ในประเทศอินโดนีเซีย พบว่าการพัฒนาโรงพยาบาลต้นแบบและการสร้างกลไกการทำงานที่ชัดเจนสามารถขยายบริการอาชีวอนามัยในระดับปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ยังไม่มีการศึกษาในบริบทของไทยที่มีระบบสุขภาพและโครงสร้างการบริหารจัดการที่แตกต่างกัน และ 3) ขาดการประเมินผลลัพธ์ของการจัดบริการอย่างเป็นระบบและครอบคลุม ทั้งในด้านการเปลี่ยนแปลงความรู้และทักษะของบุคลากร ความสามารถในการดำเนินงานตามมาตรฐาน และการนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานจริง ผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สำคัญสำหรับให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับพัฒนาแนวทางการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลชุมชน เพื่อรองรับพระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 และการขยายผลสู่โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่อื่นต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 7 เพื่อรองรับพระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมพ.ศ. 2562

วิธีการดำเนินการ

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2565–มีนาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ระยะที่ 1 คือ ผู้รับผิดชอบงานอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลชุมชนขนาด M2 จำนวน 15 โรงพยาบาล ทำการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 34 คน โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร

$$n = NZ^2pq/[d^2(N-1) + Z^2pq]$$ [12]

เมื่อ

N คือ บุคลากรสาธารณสุขรับผิดชอบงานด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 78 คน

p คือ ผลการศึกษาเรื่องความต้องการและทัศนคติต่อการศึกษาต่อและฝึกอบรมเฉพาะทางของเภสัชกรโรงพยาบาลในประเทศไทย ซึ่งมีค่าเท่ากับ 0.81[13]

ระยะที่ 2 คือ เอกสาร รายงาน หลักสูตร แนวทางจากการทบทวนการดำเนินงานอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตสุขภาพที่ 7

ระยะที่ 3 คือ โรงพยาบาลชุมชนขนาด M2 ที่มีการจัดบริการด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขรับผิดชอบงานด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม โดยการเลือก 1 โรงพยาบาลชุมชนต่อจังหวัด มีคุณลักษณะดังนี้ มีความพร้อมด้านนโยบาย ระบบ บุคลากรมีความยินดีในการร่วมพัฒนา และโรงพยาบาลสามารถพัฒนาต่อยอดจากปัญหาที่พบสู่การพัฒนามาตรฐาน รวม 4 โรงพยาบาลชุมชน

ระยะที่ 4 คือ บุคลากรสาธารณสุขรับผิดชอบงานด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมและ

พยาบาลอาชีวอนามัยของโรงพยาบาลชุมชนขนาด M2 ที่ผ่านการอบรมและปฏิบัติงาน

วิธีการศึกษา

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และสำรวจความต้องการในการพัฒนาศักยภาพ เพื่อการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม โดยเก็บข้อมูลจากผู้รับผิดชอบงานอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลชุมชนขนาด M2 (มีนาคม–กันยายน พ.ศ. 2565)

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ คือ การทบทวนผลการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม และทบทวนแนวทางการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขสำหรับสนับสนุนการจัดบริการ โดยประยุกต์หลักสูตรพัฒนาศักยภาพจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี และแนวคิดการพัฒนาศักยภาพพยาบาลอาชีวอนามัยจากสมาคมพยาบาลอาชีวอนามัยแห่งประเทศไทย รวมทั้งหลักสูตรอาชีวอนามัยพื้นฐานออนไลน์ของกองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม พร้อมทั้งร่างจัดทำหลักสูตรเสนอผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นปรับปรุงหลักสูตร รับรองหลักสูตรการพยาบาลระยะสั้นต้นแบบ:ความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลอาชีวอนามัย (60 ชั่วโมง) จากสภาพยาบาล (ตุลาคม พ.ศ. 2565–กรกฎาคม พ.ศ. 2566)

ระยะที่ 3 ทดลองใช้และปรับปรุง คือ เลือกพื้นที่ต้นแบบ ได้แก่ 1) โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ 2) โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด3) โรงพยาบาลมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น 4) โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม นำเกณฑ์มาตรฐานการจัดบริการไปใช้ พัฒนาศักยภาพใช้หลักสูตรการพยาบาลระยะสั้น: ความรู้พื้นฐานการพยาบาลอาชีวอนามัย (60 ชั่วโมง) (สิงหาคม พ.ศ. 2566–มีนาคม พ.ศ. 2567)

ระยะที่ 4 ประเมินผล คือ การประเมินด้านผลลัพธ์การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม วัดจากร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนผ่านมาตรฐานระดับดี ประเมินผลลัพธ์ด้านการพัฒนาศักยภาพประเด็นความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลอาชีวอนามัย (60 ชั่วโมง) โดยวัดระดับคะแนนความรู้และระดับความพึงพอใจ และประเมินผลลัพธ์การนำความรู้ไปใช้พัฒนาการจัดบริการหลังได้รับการพัฒนา โดยวัดจากการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ตามมาตรฐานการจัดบริการฯใน 5 องค์ประกอบ (เมษายน พ.ศ. 2567–มีนาคม พ.ศ. 2568)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) แบบสำรวจความต้องการ (need assessment)

2) แบบสนทนากลุ่ม

3) แบบประเมินตนเองตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม

4) หลักสูตรความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลอาชีวอนามัย 60 ชั่วโมง โดยใช้การเรียนรู้แบบใช้ปัญหาเป็นฐาน (problem-based learning, PBL)

5) แบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังอบรม

6) แบบประเมินความพึงพอใจต่อการฝึกอบรม

7) แบบสัมภาษณ์ติดตามผลภายหลังการฝึกอบรม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือเชิงปริมาณ : เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC ≥ 0.50) และประเมินความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (≥ 0.70) ส่วนแบบทดสอบความรู้มีการวิเคราะห์ดัชนีความยากง่าย อำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่นตามลักษณะข้อสอบ นอกจากนี้หลักสูตรการอบรมได้รับการตรวจสอบและรับรองจากสถาบันการศึกษาและสมาคมวิชาชีพ เพื่อยืนยันความเหมาะสมของเนื้อหา

เครื่องมือเชิงคุณภาพ : ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และประเมินคุณภาพข้อมูลตามหลักความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ความเชื่อถือได้ของข้อมูล และ

ความสอดคล้องตรวจสอบได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง และระยะเวลาการปฏิบัติงาน โดยใช้สถิติการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ และข้อมูลความพึงพอใจ ใช้สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับพื้นฐานด้านการพยาบาลอาชีวอนามัย ก่อนและหลังการฝึกอบรมหลักสูตรความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลอาชีวอนามัย (60 ชั่วโมง) โดยใช้สถิติ paired t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 3) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content Analysis) จากการทบทวนวรรณกรรมและข้อมูลการติดตามผลภายหลังการฝึกอบรมและหลังการจัดบริการฯ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ทั้ง 3 ด้าน คือ หลักความเคารพในบุคคล หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย และหลักยุติธรรม ก่อนดำเนินการได้อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการและประโยชน์ที่จะเกิดจากการวิจัย ตลอดจนสิทธิของผู้ให้ข้อมูลหรือปฏิเสธที่จะให้ข้อมูลตามความสมัครใจหรือสิทธิที่จะถอนตัวออกได้ตลอดเวลา และการนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมเท่านั้นไม่เจาะจงบุคคลเพื่อรักษาความลับ

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์และประเมินความต้องการ เขตสุขภาพที่ 7 มีสถานประกอบการจำนวน 1,705 แห่งโดยจังหวัดขอนแก่นมีโรงงานขนาดใหญ่ ร้อยละ 80 ของทั้งเขต แหล่งกำเนิดมลพิษหลัก ได้แก่ โรงงานน้ำตาลและโรงไฟฟ้าชีวมวลที่กระจายอยู่ทั้ง 4 จังหวัด ข้อมูลกลุ่มเสี่ยงโรคจากการประกอบอาชีพ 5 โรคภายใต้ พ.ร.บ. ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 พบผู้เสี่ยงจากสารกำจัดศัตรูพืชสูงถึง 835,055 คน รองลงมาคือโรคจากภาวะอับอากาศ 4,410 คน โรคจากแอสเบสตอส 3,894 คน โรคพิษตะกั่ว 1,661 คน และโรคจากฝุ่นซิลิกา 338 คน ตามลำดับ สถานการณ์การเจ็บป่วยในปี พ.ศ. 2565 พบว่าอัตราป่วยจากสารกำจัดศัตรูพืชของเขตสุขภาพที่ 7 อยู่ที่ 18.97 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ (5.85 ต่อประชากรแสนคน) ถึง 3.2 เท่า นอกจากนี้ยังพบอัตราป่วยจากโรคปอดฝุ่นหินและอัตราหูเสื่อมจากการทำงานสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศประมาณ 1.5 เท่า จากข้อมูลพบว่าจังหวัดกาฬสินธุ์มีอัตราป่วยจากพิษสารกำจัดศัตรูพืชสูงสุด ขณะที่จังหวัดมหาสารคามมีอัตราป่วยจากพิษสารตัวทำละลายอินทรีย์และโรคปอดฝุ่นหินสูงที่สุดในเขต แสดงให้เห็นว่าแรงงานในเขตสุขภาพที่ 7 โดยเฉพาะกลุ่มเกษตรกรและแรงงานนอกระบบ ยังคงมีความเสี่ยงสูงต่อการเจ็บป่วยจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม[15] สำหรับสถานการณ์การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลชุมชนพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 จากการทบทวนสถานการณ์พบว่า ส่วนใหญ่ยังไม่ได้จัดบริการอย่างเป็นรูปธรรม ข้อมูลจากกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าเขตสุขภาพที่ 7 มีโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป 6 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน M2 จำนวน 21 แห่ง[16] มีการดำเนินงานจัดบริการร้อยละ 38.09 (8 แห่ง) มีแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ 5 คน แพทย์ที่ผ่านการอบรมอาชีวเวชศาสตร์พื้นฐาน 2 เดือน 4 คน พยาบาลอาชีวอนามัยผ่านหลักสูตร 4 เดือน ในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป 6 คน และในโรงพยาบาลชุมชน 2 คน จากการวิเคราะห์พบช่องว่างการปฏิบัติ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านบุคลากร มีจำนวนไม่เพียงพอ ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลที่มีบทบาทเฉพาะการดูแลระดับปฐมภูมิ 2) ด้านระบบบริหารจัดการ ยังขาดความชัดเจนของระบบกลไกการส่งต่อและการประสานงานระหว่างหน่วยงาน 3) ด้านการพัฒนาศักยภาพ แม้ว่ากรมควบคุมโรคมีระบบตรวจประเมิน

คุณภาพมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 พบว่าโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปผ่านมาตรฐานร้อยละ 88.4 แต่โรงพยาบาลชุมชนมีสัดส่วนต่ำกว่ามาก และขาดกลไกการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ผลการสำรวจความต้องการ ข้อจำกัดและโอกาสในการพัฒนา พบว่ามีผู้ตอบแบบสอบถามกลับมาร้อยละ 91.18 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.32 อายุ 51–60 ปี ร้อยละ 41.94 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 93.55 วุฒิปริญญาตรี ร้อยละ 70.97 ต้องการอบรมแบบ onsite ประเด็นที่สนใจ ได้แก่ มาตรฐานด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ความปลอดภัยในการทำงาน การยศาสตร์ การปรับสภาพแวดล้อมการทำงาน การส่งเสริมสุขภาพบุคลากร และการควบคุมความเสี่ยงและการป้องกันอันตราย จากการสนทนากลุ่มพบว่า *“ผู้ปฏิบัติงานไม่มีความมั่นใจในการจัดบริการ” “ยังไม่เข้าใจแนวทางปฏิบัติ” “ขาดคุณสมบัติต่อการดำเนินงาน” “ต้องการอบรมหลักสูตรพยาบาลอาชีวอนามัย 60 ชั่วโมง”*

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ ทบทวนผลการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม พบว่าพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ใช้เกณฑ์ 5 องค์ประกอบสำหรับโรงพยาบาลชุมชน[17,18] ประเด็นที่ไม่ผ่านมาตรฐานการจัดบริการ **1) การบริหารจัดการ** ได้แก่ การจัดทำแผนด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะแผนงาน 3–5 ปี การจัดการความรู้ การวิจัยเพื่อพัฒนางาน การทำงานร่วมกับเครือข่ายภายนอกเพื่อพัฒนางานอาชีวอนามัยและความปลอดภัย และการสนับสนุนให้รพ.สต. ดำเนินการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม **2) การจัดบริการอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล** ได้แก่ การจัดทำรายงานผลการตรวจสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงานของบุคลากร การให้บริการฝึกอบรมด้านอาชีวอนามัยความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน การเตรียมความพร้อมและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ความครอบคลุมของการจัดการความเสี่ยงเมื่อสภาพแวดล้อมการทำงานของโรงพยาบาลไม่ปลอดภัย **3) การจัดบริการเชิงรุกแก่ผู้ประกอบอาชีพภายนอก** ได้แก่ การให้บริการทางวิชาการด้านอาชีวอนามัยความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน การสนับสนุนให้สถานประกอบการดำเนินการคัดกรองส่งต่อผู้ป่วย/ผู้สงสัยโรคจากการทำงานมายังหน่วยให้บริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาล การสอบสวนโรคอุบัติเหตุจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม การจัดบริการ อาชีวอนามัยด้านส่งเสริมป้องกันในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร **4) การจัดบริการเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วย การส่งต่อและการฟื้นฟูสภาพ** ได้แก่ การพัฒนาการเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่องและการจัดทำแนวปฏิบัติในการเข้ารับบริการ การควบคุมคุณภาพการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน และ **5) การดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม** ได้แก่ การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ การเฝ้าระวังทางสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ การคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้ที่อาจได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม การสื่อสารความเสี่ยงผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมแก่ประชาชน บุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการเตรียมความพร้อมในการรองรับภาวะฉุกเฉินด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมตามความเสี่ยงในพื้นที่

ทบทวนแนวทางการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสำหรับการจัดบริการฯ หลังระดมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญและผู้เกี่ยวข้อง ส่วนใหญ่บุคลากรในเขตสุขภาพที่ 7 ที่ให้บริการเป็นพยาบาลวิชาชีพ ดังนั้นหลักสูตรที่เหมาะสมกับการจัดบริการฯสอดคล้องกับความต้องการระดับโรงพยาบาลชุมชนคือการอบรมหลักสูตรความรู้พื้นฐานพยาบาลอาชีวอนามัย 60 ชั่วโมง และแนวทางสอดคล้องกับมาตรา 24 และ

มาตรา 30 (2) ของพระราชบัญญัติ พ.ศ. 2562

จัดทำร่างหลักสูตร โดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่นร่วมกับวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีขอนแก่นและสมาคมพยาบาลอาชีวอนามัยแห่งประเทศไทย นำประเด็นที่ไม่ผ่านเกณฑ์ฯ มาพัฒนาหลักสูตร ปรับเนื้อหาให้สอดคล้องกับบริบทการปฏิบัติงานของพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนผ่านการรับรองจากสภาการพยาบาลเป็นหลักสูตรการพยาบาลระยะสั้น: ความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลอาชีวอนามัย (60 ชั่วโมง)

ระยะที่ 3 ทดลองใช้และปรับปรุง เลือกพื้นที่โรงพยาบาลชุมชนต้นแบบ 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น และโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม และนำเกณฑ์มาตรฐานไปใช้ผ่านการสื่อสารและกำหนดเป้าหมายร่วม ในการจัดระบบ ร่วมวิเคราะห์สถานการณ์และระดมความคิดพัฒนาส่วนขาดร่วมกันผ่าน on the job training และติดตามความก้าวหน้า รวมถึงพัฒนาศักยภาพบุคลากรหลักสูตรการพยาบาลระยะสั้นต้นแบบ: ความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลอาชีวอนามัย (60 ชั่วโมง) โดยใช้การเรียนรู้แบบใช้ปัญหาเป็นฐาน และการทดสอบก่อน-หลังอบรม

ระยะที่ 4 ประเมิน

ผลลัพธ์การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม พบว่าส่วนใหญ่ดำเนินงานในรูปแบบของคณะกรรมการอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อมและภายใต้กลุ่มการพยาบาลและปฐมภูมิ ประกอบด้วย แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ พยาบาลอาชีวอนามัย นักวิชาการสาธารณสุข และพยาบาลวิชาชีพ มีกิจกรรมขับเคลื่อนด้านนโยบายการจัดบริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ผลการประเมินตนเองตามมาตรฐานการจัดบริการพบว่า ปี พ.ศ. 2568 โรงพยาบาลชุมชนขนาด M2 เป้าหมายผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับดี ร้อยละ 73.33 เพิ่มมากกว่าในปี พ.ศ. 2565 ที่มีจำนวนโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับดี ร้อยละ 40 รายละเอียดดังตารางที่ 1

จากการติดตามผลการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม โดยใช้แบบประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานการจัดบริการ เก็บข้อมูลภายหลังการอบรม 6–12 เดือนกับผู้ผ่านการอบรม ซึ่งปฏิบัติงานในคลินิกบริการ พบว่าโรงพยาบาลชุมชนต้นแบบทั้ง 4 แห่งสามารถดำเนินการได้ครบถ้วนในประเด็นหลัก ได้แก่ การกำหนดนโยบายของผู้บริหาร มีโครงสร้างอัตรากำลัง มีพยาบาลอาชีวอนามัย 60 ชั่วโมง มีการประเมินความเสี่ยง

ตารางที่ 1 ผลการประเมินการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลชุมชน จำแนกรายจังหวัดเขตสุขภาพที่ 7 ปี พ.ศ. 2565 และปี พ.ศ. 2568

จังหวัด	ทั้งหมด	ผลการประเมินปี พ.ศ. 2565			ผลการประเมินปี พ.ศ. 2568		
		ผ่านระดับดี	ไม่ผ่าน	หมดอายุ	ผ่านระดับดี	ไม่ผ่าน	หมดอายุ
ขอนแก่น	4	1	3	0	3	0	1
ร้อยเอ็ด	4	1	3	0	2	2	0
กาฬสินธุ์	3	1	2	0	2	1	0
มหาสารคาม	4	3	1	0	4	0	0
รวม	15	6	9	0	11	3	1

และจัดการความเสี่ยง การให้ภูมิคุ้มกันตามปัจจัยเสี่ยง การเดินสำรวจ การคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วย การบริหารจัดการผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงาน และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อม การตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานด้วยเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์ได้รับการสนับสนุนเครื่องมือจากโรงพยาบาลแม่ข่ายซึ่งโรงพยาบาลชุมชนต้นแบบทั้ง 4 แห่งยังมีประเด็นที่ไม่สามารถดำเนินการได้ตามมาตรฐานด้วยสาเหตุและข้อจำกัดดังนี้ 1) ด้านทรัพยากรบุคคล พบว่านักวิชาการสาธารณสุขยังไม่ผ่านการอบรมอาชีวอนามัย 2) ด้านระบบและกลไก พบว่ายังไม่สามารถสนับสนุนรพ.สต.ให้จัดบริการได้ เนื่องจากต้องอาศัยนโยบายและกลไกระดับอำเภอ รวมถึงการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคที่ต้องอาศัยทีมสหวิชาชีพ 3) ด้านความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง พบว่า 3 ใน 4 แห่ง ไม่สามารถจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยได้ เนื่องจากต้องการนักกายภาพบำบัดหรือแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 4) ด้านระบบติดตาม พบว่ามี 2 ใน 4 แห่งยังไม่มีระบบติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านหรือสถานประกอบการ และยังไม่มีการประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการ และ 5) ด้านการเตรียมความพร้อมรับภาวะฉุกเฉิน พบว่า มีเพียง 2 แห่งที่ดำเนินการได้ เนื่องจากต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายหน่วยงานและต้องมีทักษะเฉพาะการจัดการภาวะฉุกเฉิน รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการดำเนินงานจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลต้นแบบ 4แห่ง

องค์ประกอบ	รพ.ก	รพ.ข	รพ.ค	รพ.ง	ผ่านครบ 4 แห่ง
การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ (8 ตัวชี้วัด)	6/8	6/8	4/8	5/8	4 ตัวชี้วัด
การจัดบริการสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล (10 ตัวชี้วัด)	10/10	9/10	9/10	10/10	9 ตัวชี้วัด
การจัดบริการเชิงรุกแก่ผู้ประกอบอาชีพภายนอก (9 ตัวชี้วัด)	6/9	5/9	5/9	6/9	5 ตัวชี้วัด
การจัดบริการเชิงรับ การวินิจฉัย รักษา และฟื้นฟู (10 ตัวชี้วัด)	8/10	6/10	5/10	8/10	5 ตัวชี้วัด
การดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม (5 ตัวชี้วัด)	5/5	4/5	4/5	5/5	4 ตัวชี้วัด
รวม (42 ตัวชี้วัด)	**35/42**	**30/42**	**27/42**	**34/42**	**27 ตัวชี้วัด**
ร้อยละ	**83.3**	**71.42**	**61.9**	**81.0**	**74.40**

ผลลัพธ์ของการใช้หลักสูตรพื้นฐานในการพัฒนาพยาบาลอาชีวอนามัย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 84.85 มีอายุระหว่าง 36–45 ปี ร้อยละ 42.42 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 86.36 มีตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการมากกว่าร้อยละ 50 มีระยะเวลาการปฏิบัติงาน 5–10 ปี ร้อยละ 36.36 และไม่เคยผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลอาชีวอนามัย (หลักสูตร 60 ชั่วโมง) ร้อยละ 100.00 จากการประเมินผลความรู้โดยเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการอบรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลก่อนและหลังการฝึกอบรม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ

18.30 (SD = 3.84) และค่าเฉลี่ยเท่ากับ 33.24 (SD = 1.36) ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลก่อนและหลังการฝึกอบรม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การประเมินความพึงพอใจต่อการฝึกอบรมหลักสูตรความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลอาชีวอนามัย 60 ชั่วโมง พบว่าผู้เข้ารับการอบรมมีความพึงพอใจโดยรวมในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 4.76 (SD=0.37) เมื่อพิจารณาประเด็น ด้านหลักสูตร วิทยากร สื่อ การจัดอบรม สถานที่ ผู้จัดการอบรม ประโยชน์และความคุ้มค่า มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดเช่นกัน

ผลลัพธ์การนำความรู้ไปใช้หลังได้รับการพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยฯ ในโรงพยาบาล พบว่า มี 3 โรงพยาบาลที่มีพัฒนาการเพิ่มขึ้นในระดับดีมาก คะแนนภาพรวมสูงสุด ร้อยละ 91.27 นอกจากนี้ยังพบว่าองค์ประกอบที่ยังเป็นข้อจำกัดคือองค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม เรื่องการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และที่มีผลกระทบจากสิ่งคุกคามด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการเตรียมความพร้อมในการรองรับภาวะฉุกเฉินด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมตามความเสี่ยงในพื้นที่ รายละเอียดดังตาราง ที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการดำเนินงานหลังการพัฒนาและการแปลผลการจัดระดับการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลชุมชน จำแนกตามองค์ประกอบ

โรงพยาบาล	ร้อยละผลการดำเนินงาน					ร้อยละ	แปลผล
	องค์ประกอบ 1	องค์ประกอบ 2	องค์ประกอบ 3	องค์ประกอบ 4	องค์ประกอบ 5		
รพ.ก	100	86.67	96.29	83.33	93.33	91.27	ดีมาก
รพ.ข	91.67	81.67	81.48	63.33	73.33	79.36	ดีมาก
รพ.ค	66.67	73.33	70.37	86.67	53.33	72.22	ดี
รพ.ง	100	86.67	88.89	80.00	66.67	85.71	ดีมาก

กลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการอบรมสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมได้เชื่อมโยงกับเนื้อหาการพัฒนาศักยภาพ จำแนกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการประเมินและจัดการความเสี่ยง โดยนำหลักสุขศาสตร์อุตสาหกรรมไปใช้สำรวจค้นหาสิ่งคุกคามและประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ ใช้หลักการควบคุมการสัมผัสความเสี่ยงตามลำดับขั้น และใช้หลักความปลอดภัยในการสอบสวนและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพ 2) ด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยโดยใช้เทคนิคการเดินสำรวจสถานประกอบการ และนำหลักระบาดวิทยามาวิเคราะห์สถานการณ์ 3) ด้านการดูแลสุขภาพและคัดกรองโรค ตรวจคัดกรองด้วยเครื่องมือทางอาชีวเวชศาสตร์ และ 4) ด้านการวางแผนและพัฒนางาน โดยจัดทำแผนงานโครงการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคให้สอดคล้องกับมาตรฐาน

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาศักยภาพในกลุ่มพยาบาลเท่านั้นตามที่ได้สำรวจความจำเป็นและความต้องการพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานซึ่งยังไม่ครอบคลุมสหวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้อง

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่าโรงพยาบาลชุมชนในเขตสุขภาพที่ 7 ผ่านมาตรฐานการจัดบริการ

อาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 40 ในปีพ.ศ. 2565 เป็นร้อยละ 73.33 ในปีพ.ศ. 2568 ความสำเร็จดังกล่าวอธิบายได้จาก 3 องค์ประกอบ คือ 1) การวิเคราะห์ช่องว่างของการปฏิบัติงาน (gap analysis) ในระยะที่ 1 ทำให้สามารถระบุปัญหาและความต้องการของโรงพยาบาลชุมชนได้อย่างชัดเจน สอดคล้องกับ Moreno-Poyato และคณะ[19] ที่พบว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการช่วยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสามารถระบุความต้องการและกลยุทธ์ในการพัฒนาการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการนำข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ 2) การพัฒนาพยาบาลอาชีวอนามัยให้ผ่านหลักสูตรอบรม 60 ชั่วโมงที่ครอบคลุมตามมาตรฐานการจัดบริการ ทำให้บุคลากรมีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดำเนินงาน ผลการศึกษาครั้งนี้คล้ายคลึงกับ Moyo และคณะ[20] ที่ศึกษาการเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยในภูมิภาคประชาคม เพื่อการพัฒนาแอฟริกาตอนใต้ พบว่าในทวีปแอฟริกามีเพียงร้อยละ 5 ของลูกจ้างที่ทำงานในสถานประกอบการขนาดใหญ่เท่านั้นที่เข้าถึงบริการอาชีวอนามัย และร้อยละ 91 ของแพทย์ในแซมเบียไม่ได้รับการฝึกอบรมด้านอาชีวอนามัย แสดงให้เห็นว่าการขาดแคลนบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมเป็นปัญหาสำคัญในระดับสากล การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการเพิ่มขีดความสามารถของระบบบริการ 3) การพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนต้นแบบ 4 แห่ง เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนและถ่ายทอดองค์ความรู้สู่โรงพยาบาลอื่นในเขตสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Adi, Pahlavie และMori[14] ที่นำเสนอรูปแบบการขยายบริการอาชีวอนามัยขั้นพื้นฐานผ่านศูนย์สุขภาพชุมชนในประเทศอินโดนีเซีย โดยใช้รูปแบบ Integrated Occupational Health Services Post (Pos UKK) มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนทำงานผ่านรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน การวิจัยครั้งนี้มีบทบาทสำคัญในการเชื่อมโยงข้อกำหนดตามพระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 ทั้งในส่วนของมาตรา 24 ซึ่งเน้นการจัดบริการป้องกัน ควบคุม และเฝ้าระวังโรคจากการทำงานเชิงรุกและมาตรา 30 ซึ่งกำหนดให้บุคลากรต้องสามารถเฝ้าระวัง ตรวจคัดกรอง และรายงานผู้สงสัยเป็นโรคจากการประกอบอาชีพหรือสิ่งแวดล้อมได้อย่างถูกต้องและทันท่วงทีเข้ากับรูปแบบการดำเนินงานจริงในโรงพยาบาลชุมชน[21]

แม้ว่าการพัฒนาหลักสูตรและโรงพยาบาลต้นแบบจะประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย แต่ผลการประเมินยังคงพบข้อจำกัดที่โรงพยาบาลชุมชนต้นแบบทั้ง 4 แห่งไม่สามารถดำเนินการได้ตามมาตรฐานในบางประเด็น ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความท้าทายเชิงระบบที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข ในด้านทรัพยากรบุคคลในสาขาอื่นยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรอาชีวอนามัย ส่งผลให้การจัดบริการขาดสหวิชาชีพที่มีสมรรถนะครบถ้วน ข้อจำกัดนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของพงศ์ธวัช หารพันธ์[22] พบว่าปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล องค์กร และลักษณะของงานมีผลต่อการคงอยู่ในงานอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่ง Pumsopa และคณะ[23] ที่พบว่านโยบายปัจจุบันยังไม่ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพด้านนี้ให้แก่พยาบาลปฐมภูมิเท่าที่ควร และ Moyo และคณะ[20] ที่พบว่าในแซมเบียมีแพทย์ถึงร้อยละ 91 ที่ไม่ได้รับการฝึกอบรมด้านอาชีวอนามัย แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมและการจัดสรรทรัพยากรเป็นกลยุทธ์สำคัญในระดับสากล ด้านระบบและกลไกโรงพยาบาลชุมชนยังไม่สามารถสนับสนุนให้ รพ.สต. ดำเนินการจัดบริการอาชีวอนามัยได้ เนื่องจากต้องอาศัยนโยบายและกลไกในระดับอำเภอ รวมทั้งการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคที่จำเป็นต้องใช้ทีมสหวิชาชีพ ในขณะที่การศึกษาของทักษิณ ชาวดร และคณะ[24] พบว่าโรงพยาบาลชุมชนจะมีผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพบริการอยู่ในระดับดี แต่การมีส่วนร่วมในการประเมินผลยังอยู่ในระดับปานกลาง ชี้ให้เห็นว่ายังขาดกลไกการขับเคลื่อนที่ทำให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ด้านความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง 3 ใน 4 แห่งไม่สามารถจัดบริการฟื้นฟู

สมรรถภาพผู้ป่วยได้ เนื่องจากขาดนักกายภาพบำบัดหรือแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู สอดคล้องกับ Nuwayhid[21] ที่ระบุว่าการวิจัยอาชีวอนามัยในประเทศกำลังพัฒนามักประสบปัญหาการขาดความเชี่ยวชาญเฉพาะทางและทรัพยากรที่จำกัด การศึกษาของพงศ์ธวัช หารพันธ์[22] ยังพบว่าการพัฒนาทักษะเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการคงอยู่ในงาน แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาความเชี่ยวชาญต้องอาศัยทั้งการฝึกอบรมและระบบสนับสนุนที่ช่วยให้บุคลากรพัฒนาทักษะได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ประเทศไทยยังขาดระบบรับรองสมรรถนะ ถึงแม้ว่า American Board for Occupational Health Nurses (AAOHN) จะกำหนดสมรรถนะและบทบาทของพยาบาลอาชีวอนามัยไว้อย่างชัดเจนแล้วก็ตาม

ด้านระบบติดตามและการเตรียมความพร้อมรับภาวะฉุกเฉิน โรงพยาบาล 2 ใน 4 แห่งยังไม่มีระบบติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านหรือสถานประกอบการ และยังไม่มีการประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการ สะท้อนความไม่ครบถ้วนของวงจรการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นความท้าทายของการดำเนินงาน คือการติดตามผู้ป่วยต้องอาศัยความร่วมมือจากนายจ้าง ในบริบทของแรงงานนอกระบบและสถานประกอบการขนาดเล็ก อาจส่งผลต่อการติดตามได้ไม่ครอบคลุม สอดคล้องกับ Moyo และคณะ[20] ที่พบว่าในแอฟริกามีเพียงร้อยละ 5 ของลูกจ้างในสถานประกอบการขนาดใหญ่เท่านั้น ที่เข้าถึงบริการอาชีวอนามัย นอกจากนี้การเตรียมความพร้อมรับภาวะฉุกเฉินพบว่ามีเพียง 2 แห่งที่ดำเนินการได้ เนื่องจากต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายหน่วยงานและต้องมีทักษะเฉพาะ สถานการณ์ในเขตสุขภาพที่ 7 ที่มีแหล่งมลพิษจากโรงงานน้ำตาลและโรงไฟฟ้าชีวมวลกระจายทั่ว 4 จังหวัด ประกอบกับอัตราป่วยจากสารกำจัดศัตรูพืชสูงถึง 18.97 ต่อแสนคน (สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ 3.2 เท่า)[15] ทำให้เห็นถึงความจำเป็นในการเตรียมความพร้อมรับภาวะฉุกเฉิน อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ยังไม่มีทักษะและทรัพยากรที่เพียงพอในการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ

จากข้อจำกัดดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าความสำเร็จของการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมไม่ได้ขึ้นอยู่กับการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรเพียงอย่างเดียว แต่จำเป็นต้องอาศัยปัจจัยเชิงระบบหลายด้านประกอบกัน ได้แก่ นโยบายสนับสนุน อัตรากำลัง ทรัพยากร และความเชี่ยวชาญเฉพาะ ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Moreno-Poyato และคณะ[19] ที่เน้นว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการช่วยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสามารถระบุความต้องการและกลยุทธ์ในการพัฒนาการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และจำเป็นต้องนำข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการพัฒนานโยบาย ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้เข้าอบรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จาก 18.30 คะแนน (SD = 3.84) เป็น 33.24 คะแนน (SD = 1.36) ความสำเร็จดังกล่าวอธิบายได้จากการใช้รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน สอดคล้องกับการวิเคราะห์อภิมานของ Sharma และคณะ[25] ที่พบว่า PBL มีผลเชิงบวกต่อการคิดเชิงวิพากษ์ และWei และคณะ[26] ที่พบว่า PBL มีประสิทธิผลในการพัฒนาทักษะการคิดเชิงวิพากษ์อย่างมีนัยสำคัญ การออกแบบหลักสูตรให้สอดคล้องตามมาตรฐานการจัดบริการและการมีวิทยากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ทำให้การถ่ายทอดความรู้มีคุณภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Pumsopa และคณะ[23] ที่พัฒนาโปรแกรม SNPCOHS ที่สามารถเพิ่มสมรรถนะของพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญ ข้อค้นพบที่น่าสนใจคือค่า SD ลดลงจาก 3.84 เป็น 1.36 แสดงให้เห็นว่าหลักสูตรสามารถลดความแตกต่างของพื้นฐานความรู้และยกระดับความรู้ได้อย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ผู้เข้าอบรมมีความพึงพอใจต่อหลักสูตรโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.76 (SD = 0.37) เนื่องจากการออกแบบหลักสูตรที่ตอบสนองความต้องการผ่านกระบวนการวิเคราะห์ช่องว่างในระยะที่ 1 สอดคล้องกับการศึกษาของ Miranda และคณะ[27] และ Dorri, Akbari และ

Dorri Sedeh[28] ที่ใช้กรอบแนวคิด Kirkpatrick ในการประเมินการฝึกอบรม พบว่าสามารถปรับปรุงความพึงพอใจ ความรู้ และพฤติกรรมของบุคลากรได้อย่างมีนัยสำคัญ การจัดอบรมแบบ onsite ในพื้นที่ ช่วยลดอุปสรรคด้านการเดินทางและค่าใช้จ่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ Ward และคณะ[29] รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจะเป็นการสนับสนุนการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติฯ โดยเฉพาะมาตรา 24 และมาตรา 25 ทำให้หน่วยบริการสามารถดำเนินงานได้ตามกฎหมายกำหนด

ข้อเสนอแนะ

1. กรมควบคุมโรค ควรประเมินความพร้อมและข้อจำกัดของโรงพยาบาลชุมชนในการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในภาพรวมของประเทศเพื่อรองรับมาตรา 24 มาตรา 25และมาตรา 30 แห่งพระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 พัฒนาองค์ความรู้และทักษะให้กับบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน สามารถดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน และจัดทำระบบกลไกรับรองสมรรถนะสหวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่งานอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเพื่อรองรับมาตรา 24 แห่งพระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562

2. เขตสุขภาพที่ 7 ควรจัดทำแผนยุทธศาสตร์พัฒนาระบบบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ครอบคลุมการจัดสรรทรัพยากร การพัฒนาบุคลากร และกลไกสนับสนุนให้โรงพยาบาลชุมชนปฏิบัติตามมาตรฐานในมาตรา 25 ได้อย่างยั่งยืน

3. โรงพยาบาลชุมชน ควรให้ความสำคัญในการสนับสนุน รพ.สต. ให้สามารถจัดบริการอาชีวอนามัยขั้นพื้นฐานในระดับตำบลได้ เน้นการสำรวจแหล่งกำเนิดมลพิษ และประเมินผลกระทบสุขภาพในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา 2562;136(67ก):215–35.
2. Likhitwattanakul S. Occupational and Environmental Diseases Act: Implications and impacts on the public health system. J Public Health Law 2020;12(3):112–28.
3. Department of Disease Control. Manual for Surveillance and Control of Occupational and Environmental Diseases. Nonthaburi: Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2020.
4. Netpradit N, Kiatanon S, Wisuthaphon W. Surveillance system for occupational and environmental diseases: Role of community hospitals. J Prevent Med 2021;27(3):156–68.
5. Suwanchot P, Saengsuk W. Integration of Proactive Public Health Services in Community Hospitals. J Health Syst Manag 2022;8(1):34–47.
6. Department of Health Service Support. Report on occupational health and environmental medicine services in community hospitals. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2022.
7. Pitaksuksakul S. Role of public health law in protecting worker health. J Public Health Law 2021;6(1):45–61.
8. Ministry of Labour, Thailand. Ministerial regulation on the provision of welfare in the establishments B.E. 2548. Bangkok:Government Gazette; 2005.

9. วิภาดา คุณาวิกติกุล. การพยาบาลอาชีวอนามัย: บทบาทที่ท้าทาย. พยาบาลสาร 2562;46(1):1–4.
10. จรัสศรี วันเพ็ญ. การประเมินผลของการดำเนินงานโครงการ “สถานประกอบการปลอดโรค ปลอดภัย กายใจเป็นสุข” กรณีศึกษา บริษัท ฟูจิคูระ อิเล็กทรอนิกส์ (ประเทศไทย) จำกัด นวนครโรงงาน 2 อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ปี 2563. วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4 2564;11(2):72–8.
11. จิณภัค เกิดกลิ่นหอม, อารีย์วรรณ อ่วมตานี. บทบาทพยาบาลอาชีวอนามัย.วารสารพยาบาลทหารบก 2561;19(3):137–46.
12. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behav Res Methods 2009;41(4):1149–60.
13. Techajumroensuk B, Cheawchanwattana A. Needs and attitudes of Thai hospital pharmacists on continuing specialty education and training. Thai Pharm Health Sci J 2022;17(2):103–12.
14. Adi NP, Pahlavie BM, Mori K. Expansion of basic occupational health service through public health center: Policy and practice from Indonesia. Environ Occupational Health Practice 2024; 6(1):1–9.
15. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานโรคจากการประกอบอาชีพ [อินเตอร์เน็ต].2567 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ธันวาคม 10].เข้าถึงได้จาก: https://hdc.moph.go.th /mkm/public/standard-subcatalog/f16421e617aed29602f9f09d951cce68
16. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลพื้นฐานโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข [อินเตอร์เน็ต].2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 กรกฎาคม 16]. เข้าถึงได้จาก: https://dmsic.moph.go.th/index/detail/9189
17. Rajpracha Samasai Institute, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Standards for Occupational Health and Environmental Medicine Services for Community Hospitals. Samut Prakan: Rajpracha Samasai Institute; 2023.
18. Center of Occupational and Environmental Health Service Development and Accreditation. Occupational and environmental health services guideline for hospital in Bangkok Metropolitan area (health worker version). Nonthaburi: Department of Disease Control; 2021.
19. Moreno-Poyato AR, Rodríguez-Nogueira Ó. The association between empathy and the nurse-patient therapeutic relationship in mental health units: A cross-sectional study. J Psychiatr Ment Health Nurs 2021;28(3):335–43.
20. Moyo D, Zungu M, Kgalamono S, Mwila CD. Review of occupational health and safety organization in expanding economies: The case of Southern Africa. Ann Glob Health 2015;81(4):495–502.
21. Nuwayhid IA. Occupational health research in developing countries: A partner for social justice. Am J Public Health 2004;94(11):1916–21.
22. พงศ์ธวัช หารพันธ์, ลักษมี งามมีศรี. ปัจจัย

ที่ส่งผลต่อการลงมือในงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์. วารสารวิชาการและวิจัยสังคมศาสตร์ 2568; 20(2):203–18.
23. Pumsopa N, Jirapongsuwan A, Kalampakorn S, Siri S. The effect of strengthening nurse practitioners' competency in occupational health services for agricultural workers exposed to pesticides in primary care units, Thailand: A before-and-after study. J Educ Eval Health Prof 2025;22:14.
24. ทักษิณ ชาวดร, พานี สีตกะลิน, สมจิตต์ สุพรรณทัสน์. ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพบริการจังหวัดอุดรธานี. วารสารวิชาการพยาบาลอุดรธานี 2562; 27(3):249–56.
25. Sharma S, Saragih ID, Tarihoran DETAU, Chou FH. Outcomes of problem-based learning in nurse education: A systematic review and meta-analysis. Nurse Educ Today 2023;120:105631.
26. Wei B, Wang H, Li F, Long Y, Zhang Q, Liu H, et al. Effectiveness of problem-based learning on development of nursing students'critical thinking skills: A systematic review and meta-analysis. Nurse Educ 2024;49(3): E115–9.
27. Miranda FM, Santos BVD, Kristman VL, Mininel VA. Employing Kirkpatrick's framework to evaluate nurse training: An integrative review. Rev Lat Am Enfermagem 2025;33:e4431.
28. Dorri S, Akbari M, Dorri Sedeh M. Kirkpatrick evaluation model for in-service training on cardiopulmonary resuscitation. Iran J Nurs Midwifery Res 2016;21(5):493–7.
29. Ward JA, Beaton RD, Bruck AM, de Castro AB. Promoting occupational health nursing training: An educational outreach with a blended model of distance and traditional learning approaches. AAOHN J 2011; 59(9):401–6.

กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

ISSN 2985–1823 (Online)

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

Homepage: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9
ปีที่ 32 ฉบับที่ 1 (มกราคม – เมษายน 2569) หน้า [86-96]

ผลการใช้นวัตกรรมกระเป๋าเตือนรับประทานยาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

Effects of a Medication Reminder Bag Innovation on Older Adults with Non-Communicable Diseases

อรทัย พรมแก้ว*, พรรณวดี บุญมานันท์, พรวดี อิ่มบูรณ์, พราวพิไล จงวิทำ,
พลอยไพลิน วงษ์ภักดี, พวงทอง คำเสียง
Orathai Promkaew*, Panwadee Boonmanan, Pornwadee Imboon, Prawpilai Jongwitam,
Ploypailin Wongphakdee, Puangthong Kamsiang
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong
*Corresponding author: Orathai@bcnsp.ac.th
(Received: Jul 30, 2025 / Revised: Mar 20, 2026 / Accepted: Mar 24, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi–experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการใช้นวัตกรรมกระเป๋าเตือนรับประทานยาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อป้องกันการลืมรับประทานยาในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีโรคร่วม จำนวน 30 คน ทำการศึกษาโดยให้กลุ่มตัวอย่างทดลองใช้กระเป๋าเตือนรับประทานยาที่พัฒนาขึ้น ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม เพื่อประเมินผลการใช้กระเป๋าเตือนรับประทานยาฯ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) นวัตกรรมกระเป๋าเตือนรับประทานยา 2) แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามประเมินคุณสมบัติของกระเป๋า 6 ด้าน แบบสอบถามผลการใช้นวัตกรรมต่อการลืมรับประทานยา โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน (IOC = 0.80) และหาค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha เท่ากับ 0.81 และ 0.87 ตามลำดับ ผลการศึกษาพบว่า คุณสมบัติของนวัตกรรมกระเป๋าเตือนรับประทานยาในผู้สูงอายุที่มีหลายโรคโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านความปลอดภัย ($\bar{X}$ = 4.10, SD= 0.66) รองลงมาคือ ด้านการตอบสนองต่อความต้องการผู้ใช้ ($\bar{X}$ = 3.96, SD = 0.64) และด้านนวัตกรรมและความคิดสร้างสรรค์ ($\bar{X}$ = 3.96, SD = 0.69) ส่วนด้านที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านการใช้งานง่าย ($\bar{X}$ = 3.73, SD=0.76) นอกจากนี้พบว่า ภายหลังใช้กระเป๋าเตือนรับประทานยา ผู้สูงอายุมีการลืมรับประทานยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จากคะแนนเฉลี่ยก่อนใช้ ($\bar{X}$ = 4.2, SD = 0.78) และหลังใช้ ($\bar{X}$ = 1.2, SD = 0.63) ข้อเสนอแนะคือ ควรมีการนำนวัตกรรมกระเป๋าเตือนรับประทานยาในผู้สูงอายุที่มีหลายโรค ไปใช้นานกว่า 1 สัปดาห์ เพื่อประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรมในระยะยาว

คำสำคัญ: กระเป๋าเตือนรับประทานยา, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, ผู้สูงอายุ, นวัตกรรม

Abstract

This quasi-experimental research aimed to evaluate the effects of an innovative medication reminder bag in preventing medication non-adherence among older adults with non-communicable diseases (NCDs). The sample consisted of 30 participants aged 60 years and older with multiple comorbidities. The participants used the developed medication reminder bag for a one-week period. Following the intervention, they completed a questionnaire to evaluate the usability of the innovation and its effectiveness in improving medication adherence. The research instruments included: 1) the medication reminder bag innovation and 2) a structured questionnaire consisting of demographic data, a six-dimension evaluation of product attributes, and an assessment of medication adherence. The questionnaire was validated by three experts (IOC = 0.80), and reliability testing yielded Cronbach's alpha coefficients of 0.81 and 0.87, respectively. The findings revealed that the overall attributes of the medication reminder bag were at a high level. The highest mean score was observed in the safety dimension ($\bar{X}$ = 4.10, SD = 0.66), followed by user responsiveness ($\bar{X}$ = 3.96, SD = 0.64) and innovation and creativity ($\bar{X}$ = 3.96, SD = 0.69). The lowest mean score was for ease of use ($\bar{X}$ = 3.73, SD = 0.76). Furthermore, medication non-adherence among older adults significantly decreased after the medication reminder bag intervention ($p < 0.05$), with the mean non-adherence scores being higher at pre-test ($\bar{X}$ = 4.2, SD = 0.78) compared to post-test ($\bar{X}$ = 1.2, SD = 0.63). It is recommended that the medication reminder bag innovation for older adults with multiple comorbidities be implemented for a duration longer than one week to further evaluate its long-term effectiveness.

Keywords: Medication Reminder Bag, Non-Communicable Diseases, Older Adults, Innovation

บทนำ

ในปัจจุบันกำลังเผชิญสถานการณ์ก้าวสู่สังคมผู้สูงวัยทั่วโลก มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นตามสัดส่วนของประชากรแต่ละประเทศ โดยประเทศในภูมิภาคเอเชียที่มีภาวะสูงวัยสูงที่สุดในโลก คือ ประเทศญี่ปุ่น นอกจากนี้เมื่อพิจารณาจำนวนของประชากรสูงอายุสูงสุด 10 ประเทศทั่วโลก พบว่าเป็นประเทศในภูมิภาคเอเชียถึง 4 ประเทศ ได้แก่ จีน อินเดีย ญี่ปุ่น และอินโดนีเซีย สอดคล้องกับการคาดการณ์อนาคตในปี พ.ศ. 2593 ที่แสดงให้เห็นว่าภูมิภาคเอเชียจะกลายเป็นภูมิภาคที่ประชากรสูงอายุเพิ่มมากขึ้น[1] สำหรับประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยในปี พ.ศ. 2565 มีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 19.21 ของประชากรทั้งหมด และส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 60–69 ปี[2] ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี ในปี 2567 ผู้สูงอายุเพิ่มเป็นร้อยละ 20.0 ของประชากร[3] และในปี 2568 ผู้สูงอายุเพิ่มเป็นร้อยละ 21.58 โดยพบในกลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 14.84

จังหวัดอุบลราชธานี เป็นจังหวัด 1 ใน 3 ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่มีผู้สูงอายุสูงร้อยละ 18.79[4] พบมากที่สุดในอำเภอเมือง จากข้อมูลสถิติประชากรทะเบียนราษฎร์ ปี พ.ศ.2567 มีผู้สูงอายุจำนวน 12,031 คน และตำบลหนองขอนเป็นตำบลหนึ่งที่อยู่ในเขตอำเภอเมือง มีผู้สูงอายุร้อยละ 15.74 ของผู้สูงอายุทั้งหมดในจังหวัด[5]

การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ ส่งผลให้เกิดความท้าทายด้านสุขภาพที่สำคัญ โดยเฉพาะปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรคพร้อมกัน (multi-morbidity) เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง[6] ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาหลายชนิดอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมโรคให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมหรือใกล้ระดับปกติมากที่สุด เพื่อป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนตามมา ผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการรักษาตามแพทย์แผนการรักษาปัจจุบัน การปฏิบัติตามแผนการรักษาด้วยยา (medication adherence) ของผู้สูงอายุยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการรักษา การศึกษาพบว่าผู้สูงอายุจำนวนมากประสบปัญหาในการใช้ยา เช่น ลืมรับประทานยา รับประทานยาไม่ตรงเวลา หยุดยาเองเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์ หรือปรับยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์[7] ปัจจัยที่มีส่วนทำให้เกิดปัญหาดังกล่าวได้แก่ ความซับซ้อนในการบริหารยาหลายชนิด ความจำที่เสื่อมถอยตามธรรมชาติของผู้สูงอายุ และการขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาอย่างถูกต้องและปลอดภัย การไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาดังกล่าวอาจนำไปสู่การควบคุมโรคที่ไม่ได้ผล เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรง และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ปัญหาการลืมรับประทานยา เป็นสาเหตุสำคัญและถูกศึกษามากในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระดับโลกและในประเทศไทย โดยเฉพาะในกลุ่มที่ต้องกินยาหลายชนิด มีข้อเสนอแนะแนวทางการใช้เตือนความจำเพื่อส่งเสริมการกินยาในผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างชัดเจน[8]

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลหนองขอน (รพ.สต.หนองขอน) จังหวัดอุบลราชธานี เป็นหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังมารับบริการมากกว่า 6,400 ครั้งต่อปี โดยส่วนใหญ่ได้รับยามากกว่า 5 ชนิด และพบปัญหาการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง[9] พื้นที่แห่งนี้มีสัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวมากกว่าหนึ่งโรค จากปัญหาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ลืมการรับประทานยาดังกล่าวข้างต้น เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการด้านสาธารณสุขผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก้ปัญหาโดยจัดหาวิธีเตือนการรับประทานยาหลายวิธี มีการทดลองนำมาใช้กับผู้ป่วยและได้ผลในความร่วมมือการรับประทานยาดีขึ้น เช่น ผลิตอุปกรณ์เป็นแผงยา หรือกระเป๋ายาช่วยให้รับประทานยาง่ายขึ้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้สามารถแก้ปัญหาผู้ป่วยได้ในระดับหนึ่ง แต่ยังมีข้อจำกัดของการใช้งาน เช่น วัสดุไม่คงทน ไม่มีเสียงเตือน ใช้ไม่ต่อเนื่อง ไม่สะดวกในการใช้งาน ทางผู้วิจัยจึงได้นำปัญหานี้ มาวางแผนพัฒนานวัตกรรมเป็นกระเป๋าเตือนรับประทานยาแก่ผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเรื้อรัง โดยนำแนวคิด ADDIE model ประกอบด้วย การวิเคราะห์ปัญหาผู้สูงอายุที่เป็น

โรคเรื้อรังหลายโรค ที่มีปัญหาลืมรับประทานยา ออกแบบและพัฒนานวัตกรรมกระเป๋าเตือนรับประทานยาแบบพิเศษมีความกว้าง จุยาได้ปริมาณมาก ติดตั้งเครื่องเสียงตั้งเวลาปลุกตามเวลารับประทานยาได้ กระเป๋ามีลักษณะทนไม่เปียกน้ำ[10]

ผู้วิจัยคาดหวังว่า นวัตกรรม “กระเป๋าเตือนการรับประทานยา” จะเป็นเครื่องมือช่วยเตือนการทานยาของผู้สูงอายุ เพื่อลดปัญหาการลืมรับประทานยา รวมถึงเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุใช้ยาได้อย่างถูกต้อง สม่ำเสมอ และปลอดภัยมากขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การควบคุมโรคเรื้อรังที่ดีขึ้นและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในระยะยาว การศึกษานี้จึงมีความสำคัญในการเป็นต้นแบบสำหรับการขยายผลไปยังพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

เพื่อประเมินผลของนวัตกรรมกระเป๋าช่วยเตือนรับประทานยาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนการสร้างนวัตกรรม 5 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การเข้าใจกลุ่มเป้าหมาย (empathize) ผู้สูงอายุป่วยโรคเรื้อรังในคลินิกบริการในรพ.สต.หนองขอน ที่มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรคและรับประทานยาหลายชนิดต่อวัน 2) การกำหนดปัญหา (define) ผู้สูงอายุที่มีหลายโรคมักลืมรับประทานยา 3) การสร้างแนวคิด (ideate) ทบทวนวิธีการเตือนการรับประทานยาแบบต่าง ๆ พิจารณาข้อดีและข้อเสียและแนวทางปรับปรุงแบบที่ดีและเหมาะสมกับผู้สูงอายุ 4) การสร้างต้นแบบ (prototype) มีการสร้างแบบกระเป๋าจำลองและใช้เสียงเตือนจากกระเป๋า และ 5) การทดสอบนวัตกรรม (test)

นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ

ประเมินคุณสมบัติของนวัตกรรมกระเป๋าเตือนการรับประทานยา และผลการใช้นวัตกรรม

ประเมินผลการใช้นวัตกรรมกระเป๋าเตือนการรับประทานยา โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (health technology assessment) เพื่อประเมินผลลัพธ์การใช้นวัตกรรมกระเป๋าเตือนการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งคุณสมบัติของกระเป๋า ความสะดวกในการใช้งาน การได้รับประโยชน์จากการเตือนรับประทานยา และเปรียบเทียบจำนวนการลืมรับประทานยาก่อนและหลังใช้กระเป๋าเตือนการรับประทานยา ใช้ระยะเวลาจำนวน 1 สัปดาห์

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าและตามความสมัครใจ จำนวน 30 คน เพื่อทดลองใช้กระเป๋าเตือนการรับประทานยา จำนวน 1 สัปดาห์ เพื่อประเมินผลการใช้งานเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้กระเป๋าฯ โดยลักษณะของกระเป๋าเตือนการรับประทานยาที่นำมาใช้ จะเป็นกระเป๋ากันน้ำ สามารถบรรจุอุปกรณ์ไฟฟ้า ตั้งเวลาได้และมีเสียงเตือน ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนกรกฎาคม–ตุลาคม พ.ศ.2567 รวมระยะเวลาทั้งสิ้นจำนวน 4 เดือน รายละเอียดดังภาพที่ 1 และ 2

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีโรคประจำตัวตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ที่มารับบริการในรพ.สต.หนองขอน จำนวน 527 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีโรคประจำตัวตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ที่มารับบริการในรพ.สต.หนองขอน อ.เมืองอุบลราชธานี จ.อุบลราชธานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) เกณฑ์การคัดเลือกคือ ผู้ที่มีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการ และสามารถใช้อุปกรณ์ไฟฟ้าได้ จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. นวัตกรรมกระเป๋าเตือนการรับประทานยา สร้างและพัฒนาขึ้นร่วมกับวิศวกรไฟฟ้า โดยใช้หลักการนำวัสดุมาประกอบกันเป็นกระเป๋าที่สามารถบรรจุสิ่งของ และเครื่องไฟฟ้ากำเนิดเสียงเตือน

ขนาดเล็ก สามารถตั้งเวลาได้หลายเวลา พกพาใส่ในกระเป๋าและนำติดตัวไปที่ต่างๆได้ กระเป๋าสามารถกันน้ำได้ มีที่ปิดกระเป๋า ป้องกันสิ่งของตกหล่น และมีความสะดวกในการสะพายไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลและใส่ยารักษาโรคได้ มีการแจ้งเตือนเป็นระบบเสียงทำให้ผู้ป่วยได้ยิน และเปิดกระเป๋าและรับประทานยาตามเวลาที่ตั้งไว้

2. แบบประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของนวัตกรรมกระเป๋าเตือนรับประทานยา แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ โรคประจำตัว และสิทธิการรักษา จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินผลการใช้นวัตกรรมกระเป๋าเตือนรับประทานยา

แบบประเมินผลหลังใช้นวัตกรรม ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการประยุกต์ใช้ตามแนวทางการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (health technology assessment) ซึ่งประเมินผลคุณสมบัติของนวัตกรรมและผลการใช้นวัตกรรมกระเป๋าเตือนการรับประทานยาต่อการลดการลืมรับประทานยา โดยประเมินคุณสมบัติกระเป๋าเตือนการรับประทานยา แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการทำงานและประสิทธิภาพ 2) ด้านการใช้งานง่าย 3) ด้านความปลอดภัย 4) ด้านการตอบสนองต่อความต้องการผู้ใช้งาน 5) ด้านนวัตกรรมและความคิดสร้างสรรค์ และ 6) ด้านผลกระทบต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม ประเมินผลการใช้นวัตกรรมกระเป๋าเตือนการรับประทานยาต่อการลดการลืมรับประทานยา ด้วยแบบสอบถามความคิดเห็น จำนวน 10 ข้อ ข้อคำถามทั้งหมดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด แบ่งคะแนนตามเกณฑ์ของบุญชม ศรีสะอาด[11] ดังนี้

4.51–5.00 คะแนน หมายถึง มีระดับเห็นด้วยมากที่สุด

3.51–4.50 คะแนน หมายถึง มีระดับเห็นด้วยมาก

2.51–3.50 คะแนน หมายถึง มีระดับเห็นด้วยปานกลาง

1.51–2.50 คะแนน หมายถึง มีระดับเห็นด้วยน้อย

1.00–1.50 คะแนน หมายถึง มีระดับเห็นด้วยน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) มีค่า IOC เท่ากับ 0.80 สำหรับแบบประเมินประสิทธิภาพ และแบบประเมินประสิทธิผลการใช้งานนวัตกรรมกระเป๋าเตือนรับประทานยา หาค่าระดับความเชื่อมั่นหรือความเที่ยง (reliability) และนำไปทดลองใช้ในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 30 คน มีค่าความเชื่อมั่นแบบ Cronbach's alpha เท่ากับ 0.81 และ 0.87 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่อนุมัติ SSJ-UB 2567–173

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลปัญหาการใช้ยา การลืมรับประทานยา ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์จากเจ้าหน้าที่ รพ.สต.หนองขอน อ.เมืองอุบลราชธานี จ.อุบลราชธานี เพื่อนำเครื่องมือวิจัยมาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

2. ลงพื้นที่รพ.สต.หนองขอน เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 30 คน โดยมีการชี้แจงรายละเอียดและแนวทางการบันทึกข้อมูลกรณีที่ลืมรับประทานยารายวัน ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ โดยมีระยะเวลาในการทดลองใช้นวัตกรรม จำนวน 7 วัน

3. ภายหลังการใช้งานครบ 7 วัน ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความแตกต่างของการลืมรับประทานยา ก่อนและหลังใช้กระเป๋าเตือนการรับประทานยา โดยใช้สถิติ McNemar[12]

ผลการศึกษา

จากการศึกษาสามารถแบ่งผลการศึกษาออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป และส่วนที่ 2 ผลการใช้งานประเป๋าเตือนรับประทานยา

ส่วนที่ 1 ด้านข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.3 มีช่วงอายุระหว่าง 60–70 ปี ร้อยละ 56.7 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาหรือสูงกว่า ร้อยละ 86.7 สถานภาพสมรส ร้อยละ 56.7 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 53.3 ใช้สิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 100 มีโรคประจำตัวตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ร้อยละ 100 โดยพบเป็นโรคเบาหวานร่วมกับโรคอื่น ร้อยละ 43.3 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูล	จำนวน (n = 30)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	14	46.7
หญิง	16	53.3
อายุ		
อายุ 60–70 ปี	17	56.7
อายุ 71–80 ปี	12	40.0
อายุ 80–90 ปี	1	3.3
การศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	4	13.3
ประถมศึกษา หรือสูงกว่า	26	86.7
สถานภาพ		
โสด	9	30.0
หม้าย	3	10.0
คู่	17	56.7
หย่าร้าง	1	3.3

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (n = 30)	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	16	53.3
เกษตรกร	8	26.7
ค้าขาย	6	20.0
โรคประจำตัว และภาวะโรคร่วม		
เบาหวาน และความดันโลหิตสูง	13	43.3
เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง	5	16.7
ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง	11	36.7
เบาหวาน และความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง	1	3.3
รวมป่วยมากกว่า 2 โรค	30	100.0
สิทธิการรักษา		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	30	100.0

ส่วนที่ 2 ผลการใช้ประเป๋าเตือนรับประทานยา

จากการประเมินผลการใช้กระเป๋าเตือนรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่าง ต่อการลืมรับประทานยาเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้งาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการลืมรับประทานยาลดลง โดยมีค่าเฉลี่ยก่อนการใช้งานเท่ากับ 4.2 และหลังการใช้งานมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 1.2 ทดสอบสถิติ McNeMar มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการใช้งานนวัตกรรมประเป๋าเตือนการรับประทานยา

รายการ	เปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้กระเป๋าเตือนการรับประทานยา			
	$\bar{X}$		Z	Asymp. sig. (2-tailed)
	ก่อน	หลัง		
การลืมรับประทานยาโรคประจำตัวใน 1 สัปดาห์	4.2	1.2	-2.831	0.005

จากการประเมินผลคุณสมบัติกระเป๋าเตือนรับประทานยา พบว่าคุณสมบัติกระเป๋าเตือนรับประทานยาในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.84, SD = 0.73) ซึ่งอยู่ในระดับมาก เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านความปลอดภัย ($\bar{X}$ = 4.10, SD = 0.66) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ด้านการใช้งานง่าย ($\bar{X}$ = 3.73, SD = 0.76) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ประเมินผลคุณสมบัติกระเป๋าเตือนรับประทานยา

คุณสมบัติกระเป๋าเตือนรับประทานยา	ประเมินคุณสมบัติกระเป๋าเตือนรับประทานยา		
	$\bar{X}$	SD	แปลผล
ด้านการทำงานและประสิทธิภาพ	3.90	0.86	มาก
ด้านการใช้งานง่าย	3.73	0.76	มาก
ด้านความปลอดภัย	4.10	0.66	มาก
ด้านการตอบสนองต่อความต้องการผู้ใช้งาน	3.96	0.69	มาก
ด้านนวัตกรรมและความคิดสร้างสรรค์	3.96	0.64	มาก
ด้านผลกระทบต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม	3.93	0.78	มาก
คุณสมบัติกระเป๋าเตือนการรับประทานยาภาพรวม	3.84	0.73	มาก

จากการประเมินผลการใช้กระเป๋าเตือนการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ใช้งานกระเป๋าเตือนการรับประทานยา ประเมินผลการใช้ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.06, SD = 0.96) โดยพบข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ กระเป๋าเตือนการรับประทานยาช่วยลดการลืมรับประทาน ($\bar{X}$ = 4.33, SD = 0.89) รองลงมา คือ กระเป๋าเตือนการรับประทานยามีความสะดวกในการพกพา ($\bar{X}$ = 4.23, SD = 0.80) และข้อที่ประเมินต่ำที่สุด คือ ท่านสามารถใช้กระเป๋าเตือนการรับประทานยาได้อย่างถูกต้อง ($\bar{X}$ = 3.86, SD = 0.86) รายละเอียดดังตารางที่ 4

สรุปและอภิปรายผล

นวัตกรรมกระเป๋าเตือนรับประทานยา

การพัฒนากระเป๋าเตือนรับประทานยาสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมากกว่า 2 โรค (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง) แสดงผลลัพธ์เชิงบวกตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยการประเมินคุณสมบัติ 6 ด้าน พบว่า กระเป๋าเตือนรับประทานยามีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.84, SD = 0.73) ครอบคลุมการทำงาน ประสิทธิภาพ การใช้งานง่าย ความปลอดภัย ตอบสนองความต้องการผู้ใช้งาน นวัตกรรม ความคิดสร้างสรรค์ และผลกระทบต่อสังคม ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับแนวคิด user-centered design ที่เน้นความสะดวกและความปลอดภัยของผู้ใช้งาน เช่นเดียวกับงานวิจัยของศุภาพิชญ์ โฟน โบร์แมนน์และคณะ[13] ที่พบว่าเครื่องเตือนที่ใช้งานง่ายช่วยให้ผู้สูงอายุยอมรับและใช้ยาต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's self-care theory)[14] ที่เน้นการสนับสนุนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ตารางที่ 4 การประเมินการใช้งานกระเป๋าเตือนการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่าง

การใช้งานกระเป๋าเตือนรับประทานยา	ความคิดเห็นการใช้งานกระเป๋าเตือนรับประทานยา		
	$\bar{x}$	SD	แปลผล
กระเป๋าเตือนการรับประทานยาช่วยให้ท่านรับประทานยาได้ตรงเวลา	3.96	1.02	มาก
กระเป๋าเตือนการรับประทานยาช่วยลดการลืมรับประทานยา	4.33	0.89	มาก
ท่านสามารถใช้กระเป๋าเตือนการรับประทานยาได้อย่างถูกต้อง	3.86	0.86	มาก
กระเป๋าเตือนการรับประทานยามีความสะดวกในการพกพา	4.23	0.80	มาก
เสียง/สัญญาณเตือนมีความชัดเจนและเหมาะสม	3.96	0.87	มาก
กระเป๋าเตือนการรับประทานยาช่วยให้ท่านจัดการยาหลายชนิดได้ดีขึ้น	3.87	0.81	มาก
การใช้กระเป๋าเตือนการรับประทานยาทำให้ท่านมีความมั่นใจในการดูแลตนเองมากขึ้น	4.13	0.88	มาก
กระเป๋าเตือนการรับประทานยาใช้งานง่าย ไม่ซับซ้อน	3.93	0.93	มาก
โดยรวมแล้ว ท่านพึงพอใจกับการใช้กระเป๋าเตือนยา	4.1	1.18	มาก
ท่านต้องการใช้กระเป๋าเตือนยานี้ต่อไปในอนาคต	4.2	1.33	มาก
รวมผลการประเมินการใช้กระเป๋าเตือนการรับประทานยา	4.06	0.96	มาก

การประเมินผลการใช้กระเป๋าเตือนการรับประทานยาต่อการลดการลืมรับประทานยา

ภายหลังกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ทดลองใช้กระเป๋าเตือนการรับประทานยา เป็นเวลา 1 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า จำนวนครั้งของการลืมรับประทานยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้งานนวัตกรรม แสดงให้เห็นว่ากระเป๋าเตือนการรับประทานยา สามารถส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาอย่างต่อเนื่องได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศุภาพิชญ์ โฟน โบร์แมนน์และคณะ[13] ที่พบว่าอุปกรณ์เตือนช่วยลดการลืมรับประทานยาและลดอัตราการกลับมารักษาตัวที่โรงพยาบาลซ้ำ อันเนื่องจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน และผลการประเมินการใช้กระเป๋าเตือนการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีหลายโรคมีความคิดเห็นต่อการใช้กระเป๋าเตือนการรับประทานยาโดยรวมอยู่ในระดับมากทุกข้อ แสดงให้เห็นว่ากระเป๋าเตือนการรับประทานยา สามารถช่วยสนับสนุนพฤติกรรมการรับประทานยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านการลดการลืมรับประทานยา การเพิ่มความสะดวกในการจัดการยา และการส่งเสริมความมั่นใจในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า “การใช้กระเป๋าเตือนการรับประทานยาได้อย่างถูกต้อง” มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับข้ออื่น แม้จะยังอยู่ในระดับมากก็ตาม ซึ่งอาจสะท้อน

ให้เห็นว่าผู้สูงอายุบางส่วนยังมีข้อจำกัดในการใช้งานอุปกรณ์อย่างถูกต้อง อาจเนื่องมาจากปัจจัยด้านความสามารถในการเรียนรู้ ความคุ้นเคยกับอุปกรณ์ใหม่ หรือข้อจำกัดด้านการมองเห็นและการรับรู้ของผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ผลการศึกษาดังกล่าว ยังสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับการใช้นวัตกรรมในผู้สูงอายุ ซึ่งระบุว่าการยอมรับเทคโนโลยีหรืออุปกรณ์ใหม่ แม้จะรับรู้ถึงประโยชน์ แต่การใช้งานอย่างถูกต้องยังต้องอาศัยการฝึกฝนและการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีภาวะหลายโรคร่วม ซึ่งอาจมีภาระด้านการจัดการยาที่ซับซ้อน นอกจากนี้การให้คำแนะนำหรือการสอนการใช้งานกระเป๋าเตือนรับประทานยาในระยะเริ่มต้นยังไม่เพียงพอ หรือไม่มีการติดตามประเมินผลการใช้งานอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุบางราย ยังไม่สามารถใช้กระเป๋าได้อย่างถูกต้องครบถ้วนทุกขั้นตอน

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การบำรุงรักษาระยะยาว เนื่องจากมีการใช้ระบบไฟฟ้าด้วย ซึ่งอาจเป็นปัญหาของผู้สูงอายุในการดูแลระยะยาว

2. ผู้ให้บริการต้องให้ความร่วมมือในการจัดยาลงกระเป๋าให้ถูกช่องและตั้งเสียงเตือน

3. ผู้ป่วยต้องนำกระเป๋ายามาโรงพยาบาลทุกครั้งหรือต้องนำติดตัวไปตามที่ต่างๆด้วย

4. อาจต้องมีการคู่มือการใช้งานและการบำรุงรักษากระเป๋ายาติดกระเป๋าเสมอ

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

นวัตกรรมนี้มีศักยภาพในการนำไปประยุกต์ใช้ในชุมชน โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่มีผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรค ควรได้รับสนับสนุนงบประมาณและมีการอบรมผู้ดูแล ในการใช้กระเป๋าเตือนรับประทานยา อาจช่วยลดภาวะเจ็บป่วยที่เกิดจากการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการนำไปปฏิบัติ

ควรสนับสนุนกระเป๋าเตือนรับประทานยาแก่กลุ่มผู้ป่วยที่มีหลายโรค ซึ่งมีแนวโน้มลืมรับประทานยามากกว่าคนที่มีเพียง 1 โรค

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการรพ.สต.หนองขอน และกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุในคลินิกโรคเรื้อรังของรพ.สต.หนองขอน ที่เข้าร่วมโครงการ และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี และขอขอบคุณผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ที่สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ทำให้วิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สายฝน สุเอียนทรเมธี. ผู้สูงอายุที่ยังคุณประโยชน์: กระบวนทัศน์ กลไก มาตรการ ประสบการณ์ และข้อเสนอเชิงนโยบาย. กรุงเทพฯ: สถาบันคลังสมองของชาติ; 2567
2. กลุ่มสถิติแห่งชาติและภาวะทางสังคม. สำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม; 2567.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ, กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 [อินเตอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 2568 ตุลาคม 25]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20241209145003_27188.pdf
4. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุ กันยายน 2568 [อินเตอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 2568 ตุลาคม 25]. เข้าถึงได้จาก: https://

www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2569
5. กรมการปกครอง. ระบบสถิติทางการทะเบียน: สถิติการบริการด้านการทะเบียน. ส่วนบริหารและพัฒนาเทคโนโลยีการทะเบียน สำนักบริหารทะเบียน กรมการปกครอง [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2568 ตุลาคม 25]. เข้าถึงได้จาก: https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMenu/newStat/home.php
6. National Council on Aging. The top 10 most common chronic conditions in older adults [Internet]. 2025 [cited 2025 Jul 28]. Available from: https://www.ncoa.org/article/the-top-10-most-common-chronic-conditions-in-older-adults/
7. วัชราภรณ์ เปาโรหิตย์, ธัญรดี ปราบริปู, กิตติยา มหาวิริโยทัย, ฉัตรวารินทร์ บุญเดช. ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช. ราชาวดี วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ 2566;13(2):48–63.
8. Prabahar K, Albalawi MA, Almani L, Alenizy S. Assessment of medication adherence in patients with chronic diseases in Tabuk, Kingdom of Saudi Arabia. J Res Pharm Pract 2021;9(4): 196–201.
9. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลหนองขอน จังหวัดอุบลราชธานี. รายงานการบริการ ผู้ป่วยปี 2567. อุบลราชธานี:งานบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลหนองขอน; 2567.
10. Branch RM. Instructional design: The ADDIE approach. New York: Springer; 2009.
11. บุญชม ศรีสะอาด. วิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: สุรียาสาส์น; 2553.
12. Lewis J, Sauro J. How to compare two dependent proportions [Internet]. 2023 [cited 2025 Jul 28]. Available from: https://measuringu.com/mcnemar-exact-test/
13. ศุภาพิชญ์ โฟนโบร์แมนน์, วินัย สยอวรรณ, สิริชัย จันทร์นิ่ม, ศรารัตน์ รุ่งเรืองคณารักษ์, เปรมชัย สุขสำราญ, ปิยะพร ศรีสุข และคณะ. ผลของนวัตกรรมกระเป๋ายาเตือนความจำที่มีต่อการรับประทานยาต่อเนื่องและคุณภาพของยา. วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา 2561;13(2):117–25.
14. Orem DE. Nursing: Concepts of practice. 4th ed. St. Louis: Mosby Year Book; 1991.

กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

ISSN 2985–1823 (Online)

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

Homepage: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9
ปีที่ 32 ฉบับที่ 1 (มกราคม – เมษายน 2569) หน้า [97-112]

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มวัยทำงานชาติพันธุ์ปกาเกอะญอ ตำบลแม่ยวม อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ประเทศไทย

Factors Influencing Food Consumption Behaviors among the Working-Age Paka-Kyaw Ethnic Group in Mae Yuam Subdistrict, Mae Sariang District, Mae Hong Son Province, Thailand

อนาวิน ภัทรภาคินวรกุล*, ฉัตรศิริ วิภาวิน, ทัศน์กร อินทจักร์, มงคล นราศรี, ขวัญชัย ไชยวุฒิ
Anavin Phattharaphakinworakun*, Chatsiri Wiphawin, Taskorn Intajak, Mongkol Narasri, Kwanchai Chaiyawut
หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน
Bachelor of Public Health, Chiang Mai Rajabhat University, Maehongson Campus
*Corresponding author: anavin_pha@g.cmru.ac.th
(Received: Oct 26, 2025 / Revised: Mar 26, 2026 / Accepted: Apr 2, 2026)

บทคัดย่อ

กลุ่มชาติพันธุ์ปกาเกอะญอ เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีเอกลักษณ์วัฒนธรรมและประเพณี มีการรับประทานอาหารจากวัตถุดิบธรรมชาติพึ่งพาธรรมชาติและไร่หมุนเวียน มากกว่าการบริโภคเชิงพาณิชย์แบบสังคมเมือง การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ในกลุ่มตัวอย่างวัยทำงานชาติพันธุ์ปกาเกอะญอ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้จำนวน 400 คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้ ความเชื่อ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ simple linear regression และ multiple linear regression ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหารระดับมาก ร้อยละ 54.75 และพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารระดับมาก ร้อยละ 41.00 โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ($p < 0.001$) ดังนั้นการสร้างระบบสนับสนุนข้อมูลเชิงรุก โดยพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้ส่งสารผ่านนวัตกรรมสื่อสองภาษา เพื่อลดช่องว่างด้านข้อมูลข่าวสารและการเข้าถึงข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารมากขึ้น ในบริบทพื้นที่ห่างไกล

คำสำคัญ: ความรู้, ความเชื่อ, แรงสนับสนุนทางสังคม, การบริโภคอาหาร, ปกาเกอะญอ

Abstract

The Paka-Kyaw ethnic group possesses a unique culture and traditions, with traditional dietary habits centered on natural ingredients and rotational farming rather than urban commercial consumption. This cross-sectional study aimed to examine food consumption behavior levels and to determine the factors influencing these behaviors among the working-age Paka-Kyaw ethnic group. A sample of 400 participants was selected through simple random sampling. Data were collected using questionnaires assessing knowledge, beliefs, social support, and food consumption behavior. Data analysis was performed using descriptive statistics, simple linear regression, and multiple linear regression. The results revealed that most participants had a high level of beliefs regarding food consumption (54.75%) and a high level of appropriate food consumption behaviors (41.00%). Food consumption knowledge and social support were significant factors influencing food consumption behaviors ($p < 0.001$). Therefore, a proactive information support system should be established by enhancing the capacity of Village Health Volunteers (VHVs) to act as primary communicators through bilingual media innovations. This approach could bridge the information gap and increase accessibility to food consumption knowledge in remote areas.

Keywords: Knowledge, Beliefs, Social Support, Food Consumption, Paka-Kyaw

บทนำ

อาหารเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญที่ทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรโลกและประเทศได้ โดยช่วยเสริมสร้างประสิทธิภาพด้านร่างกาย อารมณ์ และสติปัญญา[1] ซึ่งอาหารในแต่ละพื้นที่ก็มีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับพื้นที่ วัฒนธรรม เชื้อชาติ ประเพณี และชาติพันธุ์ โดยเฉพาะภาคเหนือในเขตพื้นที่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน เป็นพื้นที่ที่มีความหลากหลายชาติพันธุ์ เช่น กลุ่มชาติพันธุ์ปกาเกอะญอ ไทใหญ่ ม้ง จีนยูนนาน ลาหู่ ลัวะ เป็นต้น แต่ละกลุ่มชาติพันธุ์ยังมีความเป็นเอกลักษณ์คงอยู่ด้านวัฒนธรรม ความเชื่อ และประเพณี มาตั้งแต่บรรพบุรุษที่มีความแตกต่างกันออกไป และกลุ่มชาติพันธุ์ปกาเกอะญอ เป็น 1 ใน 3 กลุ่มชาติพันธุ์ที่พบมากที่สุดในพื้นที่จังหวัดแม่ฮ่องสอน ร้อยละ 79.3[2-3]

กลุ่มชาติพันธุ์ปกาเกอะญอ เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีหลายเผ่าพันธุ์ ประกอบด้วยกลุ่มสกอ (Sgaw) และโป (Pwo) ซึ่งกระจายตัวอยู่ในหลายอำเภอรวมถึงอำเภอแม่สะเรียง แม้จะมีรากฐานทางวัฒนธรรมร่วมกัน แต่มีความแตกต่างของภาษาและการแต่งกาย รวมถึงลักษณะการบริโภคอาหาร การปรุงอาหาร การเก็บรักษาอาหาร และปริมาณอาหารที่บริโภคในแต่ละมื้อ โดยมีรูปแบบมีลักษณะที่แตกต่างกัน[4] โดยส่วนหนึ่งมาจากบรรพบุรุษ ที่มีการถ่ายทอดความรู้ความเชื่อ และแรงสนับสนุนของผู้ปกครอง หรือผู้เลี้ยงดูมาตั้งแต่กำเนิด ที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ตั้งแต่เด็กจนโต[5] ซึ่งหากมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม จะส่งผลให้เกิดปัญหาทุพโภชนาการ โดยเฉพาะการมีโภชนาการเกินที่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ[2]

จากการศึกษาบริบทและปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลด้านสุขภาพในกลุ่มชาติพันธุ์ปกาเกอะญอ พบว่า การปรุงอาหารจะใช้เครื่องปรุงรสจำนวนมาก[6] และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็มจัดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.9[7] การเปลี่ยนแปลงของสังคมในยุคปัจจุบันทั้งเศรษฐกิจ การเมือง เทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทกับชุมชนมากขึ้น ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลง ซึ่งส่งผลต่อภาวะปัญหาสุขภาพอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงาน ที่เป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจ และมีบทบาทหลักในการดูแลสมาชิกในครอบครัว ซึ่งต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตจากสังคมเกษตรกรรมสู่สังคมเมืองและอุตสาหกรรม ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและรูปแบบการดำเนินชีวิต อันนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในระยะยาว[8]

จากการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ส่งผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า ประชาชนยังขาดความรู้ในเรื่องของการบริโภคอาหารและความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ที่เชื่อว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกิดจากกรรมพันธุ์ ถึงแม้จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารก็ไม่สามารถป้องกันโรคได้ ร้อยละ 64.7[9] รวมถึงระบบเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสุขภาพในการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มชาติพันธุ์ปกาเกอะญอ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านเนื้อหาองค์ความรู้ การได้รับข้อมูลข่าวสารทางโภชนาการ และด้านอุปกรณ์แอปพลิเคชัน และการช่วยเหลือ สนับสนุนจากบุคคลต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและส่งเสริมสุขภาพของบุคคล รวมถึงการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร[7]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)[10] และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงสนับสนุนที่เกี่ยวกับการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)[11] หากประชาชนมีความรู้มากขึ้น จะช่วยสนับสนุนองค์ความรู้ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหาร[6] โดยปัจจัยเชิงสาเหตุดังกล่าวยังช่วยลดการเกิดภาวะเสี่ยงจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐานได้[4,12-13] และจากการศึกษาความเชื่อการบริโภคอาหารตามทฤษฎีตามแบบแผน พบว่าความเชื่อ

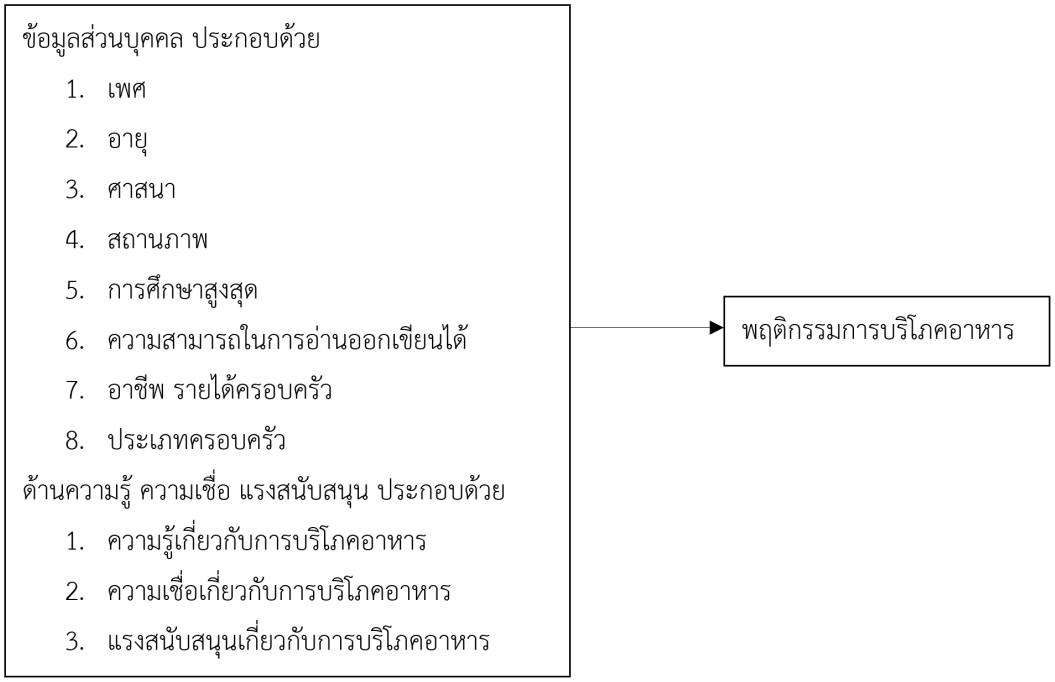
มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภค ($p < 0.05$)[14] ความเชื่อที่ต่างกัน จะส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพที่แตกต่างกัน[15] และการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผนต่อการลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อเปรียบเทียบผลของการให้ความรู้เรื่องการลดโซเดียมในอาหารและการรับประทานอาหารในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีขึ้น ซึ่งส่วนหนึ่งมาจากอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงที่ส่งผลต่อปัจจัยดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)[16] โดยทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างได้ นอกจากปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การกระทำพฤติกรรมนั้นสามารถเกิดจากการคล้อยตามของกลุ่มอ้างอิง ซึ่งสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมดังกล่าวได้[17-20]

ดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มชาติพันธุ์ปกาเกอะญอ เพื่อนำผลที่ได้ไปวางแผนส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารให้กลุ่มวัยทำงานชาติพันธุ์ปกาเกอะญอ และเป็นข้อมูลในการนำไปประยุกต์สู่การปฏิบัติต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ในกลุ่มวัยทำงานชาติพันธุ์ปกาเกอะญอ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากรวัยทำงานชาติพันธุ์ปกาเกอะญอได้แก่ ความรู้ ความเชื่อ และแรงสนับสนุนทางสังคม

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ดำเนินการในพื้นที่ตำบลแม่ยวม อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ระหว่างเดือนมิถุนายน–ธันวาคม พ.ศ. 2564 จำนวน 7 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ประชากรที่ศึกษา คือ กลุ่มวัยทำงานชาติพันธุ์ปกาเกอะญอ อายุ 15–59 ปี ตำบลแม่ยวม อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน จำนวน 3,325 คน[21] และคำนวณขนาดตัวอย่างแบบการประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนประชากรทั้งหมด[22] ได้

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 366 คน และเพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายระหว่างการวิจัย จึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 400 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ชาติพันธุ์ปกาเกอะญอ 2) มีอายุตั้งแต่ 15–59 ปี 3) มีสติสัมปชัญญะร่างกายสมบูรณ์ และ 4) ยินดีเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ สำหรับเกณฑ์การคัดออก คือ ไม่สามารถตอบแบบสอบถาม และให้สัมภาษณ์ได้ครบสมบูรณ์ และตัวอย่างได้มาโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามผ่านล่ามภาษาปกาเกอะญอ ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ การศึกษาสูงสุด ความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ อาชีพ รายได้ครอบครัว และประเภทครอบครัว

ส่วนที่ 2 ความรู้การบริโภคอาหาร โดยประยุกต์จากแบบสอบถามของ Suwanna และคณะ[7] แปลผลโดยใช้เกณฑ์แบ่งคะแนนของ Conti และคณะ[23] ดังนี้

ระดับน้อย 0–9 คะแนน หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ถูกต้องในระดับน้อย

ระดับปานกลาง 10–19 คะแนน หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ถูกต้องในระดับปานกลาง

ระดับมาก 20–27 คะแนน หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ถูกต้องในระดับมาก

ส่วนที่ 3 ด้านความเชื่อการบริโภคอาหาร โดยประยุกต์จากแบบสอบถามของ Wongjumnong และคณะ[24] และ Suwanna และคณะ[7] มีลักษณะให้ตอบ 2 แบบ คือ ตอบเชื่อ และไม่เชื่อ ใช้เกณฑ์การแบ่งคะแนนของ Burton และคณะ[25] ดังนี้

ระดับน้อย 1.0–16.3 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อที่ถูกต้องในระดับน้อย

ระดับปานกลาง 16.4–31.7 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อที่ถูกต้องในระดับปานกลาง

ระดับมาก 31.8–46.0 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อที่ถูกต้อง ในระดับมาก

ส่วนที่ 4 ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมกับการบริโภคอาหาร โดยประยุกต์จากแบบสอบถาม Wongjumnong และคณะ[24] และ Suwanna และคณะ[7] มีลักษณะเป็นแบบสอบถามการประมาณค่า (rating scale) ใช้เกณฑ์การแบ่งคะแนนของ Ickes และคณะ[26] ดังนี้

ระดับน้อย 1–19 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย

ระดับปานกลาง 20–38 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง

ระดับมาก 39–54 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก

ส่วนที่ 5 ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยประยุกต์ใช้แบบสอบถามของ Department of Health[27] เป็นแบบสอบถามชนิดการประมาณค่า (rating scale) ใช้เกณฑ์การแบ่งคะแนนของ Belay และคณะ[28] ดังนี้

ระดับน้อย 1–18 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการในระดับน้อย

ระดับปานกลาง 19–35 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการในระดับปานกลาง

ระดับมาก 36–51 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อประเมินความครอบคลุมและความสอดคล้อง (IOC) พบว่ามีค่าระหว่าง 0.69–0.89

2. การทดลองใช้เครื่องมือ (try-out) ผู้วิจัยนำไปทดสอบกับกลุ่มที่มีบริบทใกล้เคียงกัน ในอำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน จำนวน 30 ราย เพื่อหา

ค่าความเที่ยง (reliability) ด้วย สูตร KR20 ดังนี้ แบบสัมภาษณ์ความรู้การบริโภคอาหาร ได้เท่ากับ 0.78 แบบสัมภาษณ์ความเชื่อการบริโภคอาหาร ได้เท่ากับ 0.81

3. การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha)[29] สำหรับแบบวัดประมาณค่า (rating scale) พบค่าความเที่ยง ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ได้เท่ากับ 0.71 และด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ได้เท่ากับ 0.79

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลต่อผู้นำชุมชนในพื้นที่ ชี้แจงรายละเอียดข้อมูล คำชี้แจงอาสาสมัคร และขอความยินยอมสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย

2. ประชุมวางแผนและอบรมพัฒนาเทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้ผู้ช่วยนักวิจัยที่สามารถสื่อสารภาษาชาติพันธุ์ปกาเกอะญอได้

3. เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ด้วยภาษาไทยและภาษาชาติพันธุ์ปกาเกอะญอ และรวบรวมข้อมูลจนครบถ้วน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน กรณีข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ ความเชื่อ และแรงสนับสนุนทางสังคม

2. สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) เพื่อหาความสัมพันธ์และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยก่อนการวิเคราะห์ได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ จากนั้นจึงดำเนินการวิเคราะห์ตามขั้นตอน ดังนี้

2.1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติการถดถอยเชิงเส้นอย่างง่าย (simple linear regression) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์และประเมินอิทธิพลของตัวแปรอิสระแต่ละตัว ที่มีต่อตัวแปรตาม โดยยังไม่ได้ควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น และค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ คือ $p < 0.05$

2.2 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้วยสถิติการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (multiple linear regression) ระหว่างตัวแปรอิสระหลายตัว ต่อตัวแปรตามในสมการเดียว ซึ่งจะพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐาน (standardized coefficients) ช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% (95%CI) และค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ หมายเลขรับรอง IRBCMRU 2021/074.03.05 วันที่ 28 พฤษภาคม 2564 และ IRBCMRU 2021/049.04.04 วันที่ 28 พฤษภาคม 2564

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.30 อายุระหว่าง 45–59 ปี ร้อยละ 48.30 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 68.30 สถานภาพสมรส ร้อยละ 77.80 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 47.50 สามารถในการอ่านออกเขียนได้ ร้อยละ 76.30 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 52.00 รายได้ครอบครัวเพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 60.30 และเป็นแบบครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 92.80

2. ระดับความรู้ ความเชื่อ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

จากการศึกษาพบว่าส่วนมากมีรายละเอียดดังนี้ 1) ด้านความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารประเด็นหวาน มัน เค็ม สัมพันธ์กับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 94.75 2) ด้านความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหารประเด็นวัฒนธรรมดั้งเดิมการบริโภคการใช้วัตถุดิบธรรมชาติ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 54.75 3) ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารประเด็นอิทธิพลจากบุคคลรอบข้าง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 97.50

และ 4) พฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารประเด็นการบริโภคในชีวิตประจำวันตามหลักโภชนาการ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 41.00 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ของกลุ่มวัยทำงานชาติพันธุ์ปกาเกอะญอ

ข้อมูล	จำนวน (n = 400)	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารประเด็นหวาน มัน เค็ม สัมพันธ์กับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง		
ระดับมาก	8	2.00
ระดับปานกลาง	379	94.75
ระดับน้อย	13	3.25
$\bar{X}$ = 15.25 (SD = 1.85) median = 15.00 min = 9.00 max = 21.00		
ความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหารประเด็นวัฒนธรรมดั้งเดิมการบริโภคการใช้วัตถุดิบธรรมชาติ		
ระดับมาก	219	54.75
ระดับปานกลาง	100	25.00
ระดับน้อย	81	20.25
$\bar{X}$ = 35.10 (SD = 3.45) median = 35.00 min = 14.00 max = 45.00		
แรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารประเด็นอิทธิพลจากบุคคลรอบข้าง		
ระดับมาก	10	2.50
ระดับปานกลาง	390	97.50
$\bar{X}$ = 24.55 (SD = 5.20) median = 24.00 min = 20.00 max = 40.00		
พฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารประเด็นการบริโภคในชีวิตประจำวันตามหลักโภชนาการ		
ระดับมาก	164	41.00
ระดับปานกลาง	155	38.75
ระดับน้อย	81	20.25
$\bar{X}$ = 42.40 (SD =3.15) median = 42.00 min = 17.00 max = 50.00		

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ และแรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

จากการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความรู้ ความเชื่อ และแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ด้วยสถิติ simple linear regression

ข้อมูล	จำนวน (n = 400)	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD	Mean difference	95%CI	*p*-value
เพศ							0.582
ชาย	187	46.70	42.35	3.12	0		
หญิง	213	53.30	42.44	3.18	0.09	-0.23, 0.41	
อายุ (ปี)							0.724
15–44 ปี	207	51.70	42.38	3.20	0		
45–59 ปี	193	48.30	42.42	3.10	0.04	-0.30, 0.38	
ศาสนา							0.815
พุทธ	273	68.30	42.41	3.15	0		
คริสต์/อื่นๆ	127	31.70	42.38	3.16	-0.03	-0.35, 0.29	
สถานภาพ							0.620
คู่	311	77.80	42.43	3.14	0		
โสด/หม้าย/หย่า	89	22.20	42.30	3.19	-0.13	-0.52, 0.26	
การศึกษาสูงสุด							0.450
ประถมศึกษา	190	47.50	42.32	3.25	0		
มัธยมศึกษาขึ้นไป	210	52.50	42.47	3.06	0.15	-0.18, 0.48	
การอ่านออกเขียนได้							0.55
ได้	305	76.30	42.42	3.13	0		
ไม่ได้	95	23.70	42.33	3.22	-0.09	-0.45, 0.27	
อาชีพ							0.389
เกษตรกร	208	52.00	42.46	3.10	0		
อื่น ๆ (รับจ้าง/ค้าขาย)	192	48.00	42.33	3.21	-0.13	-0.45, 0.19	
รายได้ครอบครัว							0.254
เพียงพอกับรายจ่าย	241	60.30	42.48	3.05	0		

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความรู้ ความเชื่อ และแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ด้วยสถิติ simple linear regression (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (n = 400)	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD	Mean difference	95%CI	*p*-value
ไม่เพียงพอ	159	39.70	42.28	3.30	-0.2	-0.53, 0.13	
ประเภทครอบครัว							0.955
ครอบครัวเดี่ยว	371	92.80	42.40	3.15	0		
ครอบครัวขยาย	29	7.20	42.38	3.20	-0.02	-0.65, 0.61	
ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร							< 0.001*
ระดับน้อย	13	3.25	39.10	2.50	0		
ระดับปานกลาง	379	94.75	42.32	3.05	3.22	2.45, 3.99	
ระดับมาก	8	2.00	44.15	2.80	5.05	4.10, 6.00	
ความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร							0.373
ระดับน้อย	81	20.25	42.15	3.20	0		
ระดับปานกลาง	100	25.00	42.40	3.10	0.25	-0.30, 0.80	
ระดับมาก	219	54.75	42.45	3.15	0.3	-0.25, 0.85	
แรงสนับสนุนทางสังคม							< 0.001*
ระดับปานกลาง	390	97.50	42.10	3.10	0		
ระดับมาก	10	2.50	46.50	2.95	4.4	3.50, 5.30	

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มวัยทำงานชาติพันธุ์ปกาเกอะญอ

พบว่าตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ($p < 0.001$) และแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ($p < 0.001$) รายละเอียดดังนี้ 1) ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารพบว่า กลุ่มที่มีความรู้ระดับมาก มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีกว่ากลุ่มที่มีความรู้ระดับน้อย 4.45 คะแนน (95%CI = 3.40, 5.50) และกลุ่มที่มีความรู้ระดับปานกลาง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีกว่า กลุ่มที่มีความรู้ระดับน้อย 2.85 คะแนน (95%CI = 2.10, 3.60) 2) แรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารพบว่า กลุ่มวัยทำงานชาติพันธุ์ปกาเกอะญอที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ระดับมาก มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีกว่ากลุ่มที่ได้รับแรงสนับสนุนระดับปานกลาง 3.85 คะแนน (95%CI=2.90, 4.80) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มวัยทำงานชาติพันธุ์ปกาเกอะญอ ด้วยสถิติ multiple linear regression

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ) (n = 400)	$\bar{X}$	SD	Mean difference			*p*-value
				Un-adjusted	Adjusted	95%CI	
ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร							< 0.001*
ระดับน้อย	13 (3.25)	39.10	2.50	0			
ระดับปานกลาง	379 (94.75)	42.32	3.05	3.22	2.85	2.10, 3.60	
ระดับมาก	8 (2.00)	44.15	2.80	5.05	4.45	3.40, 5.50	
แรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร							< 0.001*
ระดับปานกลาง	390 (97.50)	42.10	3.10	0			
ระดับมาก	10 (2.50)	46.50	2.95	4.40	3.85	2.90, 4.80	

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

อภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มวัยทำงานชาติพันธุ์ปกาเกอะญอ ตำบลแม่ยวม อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน อยู่ในระดับมาก เนื่องจากได้รับอิทธิพลจากครอบครัวและวัฒนธรรมดั้งเดิม ที่เน้นใช้วัตถุดิบท้องถิ่นตามฤดูกาลแบบไม่ผ่านการแปรรูป[30] ซึ่งสอดคล้องการศึกษาในกลุ่มอายุ 15–17 ปี ที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการในระดับมากเช่นกัน[31-32] อย่างไรก็ตาม ผลนี้แตกต่างจากประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปบางกลุ่มที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับปานกลาง เนื่องจากขาดความเข้าใจด้านโภชนาการ เลือกกินตามความชอบ[33-34] และติดการเติมเครื่องปรุง[35] ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าความแตกต่างด้านวิถีชีวิต ครอบครัว และวัฒนธรรม เป็นสาเหตุที่ทำให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมแตกต่างกันไปจนถึงระดับต่ำได้[10]

2. ปัจจัยที่มีอิทธิผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างวัยทำงานชาติพันธุ์ปกาเกอะญอ ตำบลแม่ยวม อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน

จากการศึกษาพบว่า ความรู้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มชาติพันธุ์ปกาเกอะญอ ($p < 0.001$) เนื่องจากความรู้ด้านโภชนาการที่ถูกต้องช่วยส่งเสริมการตัดสินใจเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมต่อสุขภาพ[36] สอดคล้องกับแนวคิดและงานวิจัยที่สนับสนุนว่าความรู้เป็นปัจจัยนำที่สำคัญและมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรม[37-39] ในบริบทของกลุ่มชาติพันธุ์ปกาเกอะญอ องค์ความรู้เหล่านี้หล่อหลอมมาจากภูมิปัญญาท้องถิ่นและการถ่ายทอดจากครอบครัวสู่รุ่นภายใต้วิถีชีวิตที่สอดคล้องกับธรรมชาติ[34] อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้แตกต่างจากบางบริบทที่พบว่าความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ซึ่งอาจอธิบายได้จากปัจจัยแทรกซ้อนของสังคมเมืองที่ทำให้วิถีชีวิตเร่งรีบ จนละเลยความใส่ใจในการเลือกอาหาร[32,40] รวมถึงในกลุ่มวัยทำงานที่มีปัญหาสุขภาพ ที่พบว่าระดับความรู้ที่ดีอาจไม่สามารถแปรเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสมได้

เสมอไป[10]

แรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างวัยทำงานชาติพันธุ์ปกาเกอะญอ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มชาติพันธุ์ปกาเกอะญอ ($p < 0.001$) เนื่องจากข้อมูลและคำแนะนำจากครอบครัว เพื่อน รวมถึงสื่อ โซเชียลมีเดีย มีส่วนช่วยสร้างบรรทัดฐานทางสังคมและเป็นแนวทางในการเลือกบริโภคที่เหมาะสม[35,41] ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยหลายฉบับที่พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว[33] บุคลากรวิชาชีพสุขภาพ[42-43] เพื่อน[44] ตลอดจนการได้รับการสนับสนุนอย่างรอบด้าน[45] ล้วนมีความสัมพันธ์เชิงบวกและสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการได้[46] ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า อิทธิพลของแรงสนับสนุนระหว่างบุคคลช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจ รู้สึกมีคุณค่า ได้รับการยอมรับ และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งเป็นแรงผลักดันเชิงบวกที่ทำให้เกิดความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีขึ้น

ความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างวัยทำงานชาติพันธุ์ปกาเกอะญอ พบว่าเป็นปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มชาติพันธุ์ปกาเกอะญอ ($p = 0.373$) อธิบายได้ว่า ความเชื่ออาจเป็นเพียงแนวคิดหรือค่านิยมทางวัฒนธรรมที่ไม่ได้ถูกนำมาปฏิบัติจริงในการตัดสินใจเลือกอาหาร หากขาดปัจจัยอื่นร่วมสนับสนุน[47] ทั้งนี้แม้การศึกษาที่ผ่านมาจะพบว่าความเชื่อเกี่ยวกับอาหารที่ส่งผลเสียต่อโรคประจำตัว[7,48] หรือความเชื่อว่าเนื้อสัตว์บางชนิดเป็นสาเหตุของโรคมะเร็งจะส่งผลให้เกิดการหลีกเลี่ยงการบริโภคเนื้อสัตว์[49] แต่พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เกิดจากความเชื่อเหล่านี้มักไม่สอดคล้องกับหลักโภชนาการ และอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการได้ ดังนั้นการส่งเสริมให้มีความรู้ที่ถูกต้องควบคู่กับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จึงเป็นกลไกสำคัญที่จะช่วยปรับเปลี่ยนความเชื่อไปสู่พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมได้[7]

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ต้องเก็บข้อมูลช่วงเย็นหรือช่วงค่ำหลังจากกลับจากการประกอบอาชีพ ให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ตามแผนที่วางไว้

2. ภาษาที่จะต้องให้ผู้ช่วยนักวิจัยที่เป็นล่ามคอยแปลจากภาษาไทยเป็นภาษาปกาเกอะญอสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เข้าใจในภาษาไทย

3. การเป็นตัวแทนของประชากรชาติพันธุ์ปกาเกอะญอ เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ การนำผลวิจัยไปใช้จึงควรพิจารณาบริบทของพื้นที่ที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ควรเน้นการสร้างระบบสนับสนุนข้อมูลเชิงรุกโดยพัฒนาศักยภาพแกนนำ อสม.ให้มีความรู้เรื่องโภชนาการที่ถูกต้อง และทำหน้าที่เป็นผู้ส่งสารผ่านนวัตกรรมผลิตสื่อสองภาษา (ภาษาไทย, ภาษาปกาเกอะญอ) เพื่อลดช่องว่างด้านการสื่อสารและการเข้าถึงข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มอายุที่หลากหลาย เช่น ผู้สูงอายุและเยาวชนชาติพันธุ์ เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบการบริโภคและปัจจัยที่มีอิทธิพลในแต่ละช่วงวัย ซึ่งจะมีประโยชน์ต่อการวางแผนและกำหนดนโยบายที่เหมาะสมในการเตรียมความพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพ

2. การสัมภาษณ์เชิงลึกหรือสนทนากลุ่ม เพื่อช่วยให้เข้าใจบริบททางวัฒนธรรม ประเพณี และความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารในโอกาสพิเศษของกลุ่มชาติพันธุ์ ทำให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่อธิบายพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้อย่างครอบคลุม

และสนับสนุนการพัฒนากลยุทธ์เชิงรุกในการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่นได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้นำกลุ่มชุมชน และประชาชนชุมชนชาติพันธุ์ปกาเกอะญอ อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน และขอบพระคุณโครงการอนุรักษ์พันธุกรรมพืช อันเนื่องมาจากพระราชดำริ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี (อพ.สธ.) มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ และสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) ที่ได้สนับสนุนงบประมาณส่วนหนึ่งในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Twetman S. Prevention of dental caries as a non-communicable disease. European Journal of Oral Sciences 2018;126(1):19–25.
2. Mahathamnuchock S. Health promotion behaviors of sgaw karens in risk of non-communicable disease (NCD). Nursing Journal 2015;42(suppl.):118–25. (in Thai)
3. Prapakorn Y, Chintanawat R, Tamdee D. Health literacy and health promoting behaviors among Karen older persons. Nursing Journal 2021;48(1):67–79. (in Thai)
4. MuangMun J, Koichusakul P, Manotham M, Maneerat W, Joye A, Wanichparinyakul S. Food consumption behavior and health status of Akha in Mae Suai District, Chiang Rai Province. Journal of Social Academic 2017;10(3):186–95. (in Thai)
5. Yee AZ, Lwin MO, Ho SS. The influence of parental practices on child promotive and preventive food consumption behaviors: A systematic review and meta-analysis. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity 2017;14(1):47.
6. Vichitkunakorn P, Bunyanukul W, Apiwan K, Tanasanchonnakul D, Sittisombut M. Prevalence of non-communicable disease risk factors and their association with economic status: findings from the 2021 health behaviour of population survey in Thailand. Glob Health Action 2025; 18(1):2485689.
7. Suwanna K, Sittibun W, Kaewdam J, Innupaph L. Knowledge, health belief and behavior of salt consumption among people in Nakhon Sri Thammarat Province. Health Science Journal of Thailand 2020;2(1):53–61. (in Thai)
8. Khamsa W, Lawang W, Rattanagreethakul S. Factors influencing preventive behaviors against coronary heart disease among karen at risk in Tak Province. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University 2021;29(3): 76–89. (in Thai)
9. Jinathum T, Koomnet K, Kanthawee P. A study of health behaviors and diabetes mellitus (DM) protection among Karen Ethnic groups in Doi Luang District, Chiang Rai. Chiangrai Medical Journal 2018;10(1):179–92. (in Thai)
10. Sridawruang C, Worawong C, Sriyasak A, Howharn C, Manassatchakun P. Relationships between knowledge, attitude, and behavior toward food consumption and physical exercises

among rural overweight middle-aged adults. Regional Health Promotion Center 9 Journal 2020;14(35):464–82. (in Thai)
11. Suwan K, Jehdoloh S, Somjaree C, Khomkham P, Srisodsaluk P. Factors associated with food consumption behaviors in overweight secondary school students in Mueang District, Yala Province. Lanna Public Health Journal 2021;17(1):40–51. (in Thai)
12. Abdella HM, Farssi HO, Broom DR, Hadden DA, Dalton CF. Eating behaviours and food cravings: Influence of age, sex, BMI and FTO genotype. Nutrients 2019;11(2):e377.
13. Ratcliffe E, Baxter WL, Martin N. Consumption rituals relating to food and drink: A review and research agenda. Appetite 2019;134:86–93.
14. Bassett-Gunter RL, Levy-Milne R, Naylor PJ, Downs DS, Benoit C, Warburton ER, Blanchard CM, Rhodes RE. A comparison of theory of planned behavior beliefs and healthy eating between couples without children and first-time parents. Journal of Nutrition Education and Behavior 2015; 47(3):216–24.
15. Bélanger M, Dugas C, Perron J, St-Yves A, Rancourt-Bouchard M, John Weisnagel S, Robitaille J. Intention to adopt a healthy diet among women with and without a history of gestational diabetes: Constructs and beliefs from the theory of planned behavior. Preventive Medicine Reports 2023;35: 102328.
16. Lerdmongkhonterakool C, Bunyaphatkun P, Chitsomkasem A. The effects of low sodium, DASH dietary pattern education and applying theory of planned behavior on blood pressure reduction in hypertension patients. Vajira Nursing Journal 2021;23(1):31–45. (in Thai)
17. Petchsuk R. Theory of planned behavior and alcohol consumption behavior. Christian University Journal 2012; 18(3):350–60. (in Thai)
18. Wayuhuerd S, Phancharoenworakul K, Avant KC, Sinsuksai N, Vorapongsathorn T. Using the Theory of Planned Behavior to Predict Condom Use Behavior among Thai Adolescents. Pacific Rim International Journal of Nursing Research 2013;14(4):315–29. (in Thai)
19. Panmanee P, Prabbai S. Effect of program promoting weight control behavior using Theory of Planned Behavior on weight control behavior in overweight school age children. Vajira Nursing Journal 2018;19(2):13–23. (In Thai)
20. Ajzen I. The theory of planned behaviour: Reactions and reflections. Psychology Health 2011;26(9):1113–27.
21. National Statistical Office. Annual report 2018. National Statistical Office; 2019.
22. Srisaat B. Preliminary research 10th ed. Suwiriyasan; 2017.
23. Conti MV, Gnesi M, Mshanga N, de Giuseppe R, Giampieri F, Cena H. Food

knowledge level among Tanzanian women of childbearing age: developing a score for the food knowledge questionnaire. J Nutr Sci 2023;4(12):e33.
24. Wongjumnong W, Junprasert S, Toonsiri C. Effects of health belief model and social support on eating behavior and hematocrit of older adults having iron deficiency anemia. The Public Health Journal of Burapha University 2014;9(1):62–76. (in Thai)
25. Burton AL, Mitchison D, Hay P, Donnelly B, Thornton C, Russell J, et al. Beliefs about binge eating: Psychometric properties of the Eating Beliefs Questionnaire (EBQ-18) in eating disorder, obese, and community samples. Nutrients 2018;10(9):1232.
26. Ickes S, Wu M, Mandel MP, Roberts AC. Associations between social support, psychological well-being, decision making, empowerment, infant and young child feeding, and nutritional status in Ugandan children ages 0 to 24 months. Matern Child Nutr 2018;14(1):e12483.
27. Department of Health. Assess food consumption behavior [Internet]. 2021 [cited 2025 Jul 5]. Available from: https://nutrition2.anamai.moph.go.th.
28. Belay JK, Abebe S, Baffa LD, Mengistu B. Food consumption score and predictors among pregnant women attending antenatal care services in health centers of Addis Ababa, Ethiopia: Using ordinal logistic regression model. PLoS One 2024;19(6):e0305551.
29. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. Int J Med Educ 2011;2(1):53–5.
30. Bennett G, Bardon LA, Gibney ER. A Comparison of Dietary Patterns and Factors Influencing Food Choice among Ethnic Groups Living in One Locality: A Systematic Review. Nutrients 2022;14(5):941.
31. Uttarachai A, Ruangchai K. The relationship between knowledge as well as behavior of consuming sugary snacks and drinks and nutritional status of junior high school students in Mueang District, Ratchaburi Province. Nakhon Phanom University Journal 2018;8(suppl.):95–102. (in Thai)
32. Srichaya P. Predicting factors of dietary behaviors in patients with coronary artery disease [Master dissertation]. Bangkok, Thailand: Chulalongkorn University; 2016.
33. Getu-iam S. Knowledge, attitude, and food consumption behavior among secondary school students in Bangkok [Internet]. 2021 [cited 2025 Jul 5]. Available from: https://digital.car.chula.ac.th/cgi/viewarticle=chulaetd
34. No-in K. Overweight and obesity among Thai school-aged children and adolescents. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2017;18(suppl. 2):1–8. (in Thai)
35. Kumtan A, Rittimon W, Pongpan S. Food consumption behavior factors affecting the overnutrition status of the Karen ethnic working age groups in the border and security villages

under the royal initiatives, Wiang Nuea Sub-district, Pai district, Mae Hong Son Province. Journal of the Phrae Hospital 2023;31(1):43–58. (in Thai)
36. Yang Y, He D, Wei L, et al. Association between diet-related knowledge, attitudes, behaviors, and self-rated health in Chinese adult residents: a population-based study. BMC Public Health 2020;20(1):720.
37. Maytapattana M. Factors associated with food consumption behavior of nursing students. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University 2017; 25(3):20–9. (in Thai)
38. Green LW, Kreuter MW. Health promotion planning an educational and ecological approach (3rd ed.). 108 Mayfield Publishing Company; 1999.
39. Chaitokkia S. Factors affecting food consumption behaviors of adults in northeastern Thailand. Research and Development Journal Loei Rajabhat University 2018;13(45):68–78. (in Thai)
40. Perdpern I, Muangkaew A, Puttawong K, Pongtong J. Knowledge, attitude, behavior and sodium content in the food prepared by households among prototyping low salt in community of the upper northern region Thailand. JMPH4 2023;13(3):16–31.
41. Zhang Q, Ruan Y, Hu W, et al. Perceived social support and diet quality among ethnic minority groups in Yunnan Province, Southwestern China: a cross-sectional study. BMC Public Health 2021;21(1):1726
42. Pinchaleaw D. The management of the obesity for community nurse's practitioner. Journal of the Police Nurses 2018;10(2):433–41. (in Thai)
43. Wongkachit C, Avicharern R. Factors related to eating behaviors in stroke patients. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University 2015;27(3): 80–92. (in Thai)
44. Sunpakaew W. The relationships between social support, selected factors and food consumption behavior in adolescents at risk for type 2 diabetes. Kuakarun Journal of Nursing 2015;21 (suppl.):186–204. (in Thai)
45. Carbonneau E, Lamarche B, Robitaille J, Provencher V, Desroches S, Vohl MC, et al. Social Support, but Not Perceived Food Environment, Is Associated with Diet Quality in French-Speaking Canadians from the PREDISE Study. Nutrients 2019;11(12):3030.
46. Zhang Q, Ruan Y, Hu W, Li J, Zhao J, Peng M, et al. Perceived social support and diet quality among ethnic minority groups in Yunnan Province, Southwestern China: A cross-sectional study. BMC Public Health 2021;21(1): 1726.
47. de Diego-Cordero R, Rivilla-Garcia E, Diaz-Jimenez D, Lucchetti G, Badanta B. The role of cultural beliefs on eating patterns and food practices among pregnant women: a systematic review. Nutr Rev 2021;79(9):945–63.
48. Siriratanapongtorn N, Rimpeekool W, Seubsman S. Effects of nutrition education program with applied social

support theory on food knowledge and consumption behavior among in-patients with acute coronary syndrome of Naresuan University Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2023;23(3):362–71. (in Thai)

49. Lonuch S, Nirattharadorn M, Khampalikit S. Predicting factors of nutritional promoting behaviors among pregnant women over 35 years of age. Journal of Nursing and Education 2011;4(2):79–93. (in Thai)

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ยินดีรับบทความวิชาการหรือรายงานผลวิจัยเกี่ยวกับโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อและภัยคุกคามสุขภาพ ตลอดจนผลงานควบคุมโรคต่าง ๆ โดยเน้นเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรือกำลังตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อน ทุกผลงานวิชาการที่ลงตีพิมพ์เผยแพร่จะต้องผ่านการพิจารณากลั่นกรองจากผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาและรูปแบบการวิจัย จำนวน 3 ท่าน ที่จะช่วยพัฒนาต้นฉบับให้มีคุณภาพมากขึ้น ทั้งนี้ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องเพื่อลงตีพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ ควรเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับ ดังนี้ บทคัดย่อ บทนำ วัสดุและวิธีการ ผลการศึกษา สรุปและอภิปรายผล กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง

บทความฟื้นวิชา ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจ ที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่าง ๆ ประกอบด้วย บทความย่อ บทนำ ความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่นำมาเขียน วิจารณ์ หรือวิเคราะห์ ความรู้หรือข้อมูลที่นำมาเขียน สรุป เอกสารอ้างอิงที่ค่อนข้างทันสมัย

รายงานการสอบสวนโรคฉบับสมบูรณ์ ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ผู้รายงานและทีมสอบสวนโรค บทคัดย่อ บทนำหรือความเป็นมา วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการสอบสวนโรค มาตรการควบคุมและป้องกันโรค วิจารณ์ผล ปัญหาและข้อจำกัดในการสอบสวน สรุป ข้อเสนอแนะ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง

รายงานผู้ป่วย ควรเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับ ดังนี้ บทคัดย่อ (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ) บทนำ วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลวิจารณ์ ผลสรุป ข้อเสนอแนะ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง

รายงานผลการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิจารณ์ ผลสรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง

2. การเตรียมบทความเพื่อลงตีพิมพ์

ภาษาที่ใช้ในการเตรียมบทความเพื่อลงตีพิมพ์ สามารถเขียนเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ และเป็นภาษาวิชาการที่ถูกต้อง ใช้คำศัพท์หรือการเขียนทับศัพท์ตามหลักของราชบัณฑิตยสถาน โดยบทความต้นฉบับต้องพิมพ์หน้าเดียวลงบนกระดาษ ขนาด A4 (21 × 29.7 ซม.) เว้นระยะขอบกระดาษทุกด้าน 2.54 ซม. ใช้รูปแบบตัวอักษร TH Saraban New ขนาด 16-point และพิมพ์ห่างบรรทัดเดียว (single space) โดยบทความแต่ละเรื่องมีความยาวไม่เกิน 12 หน้า ประกอบด้วย

ชื่อเรื่อง ควรสั้นกะทัดรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง โดยมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช้คำย่อ) ระบุสถานที่ทำงานให้ชัดเจน

บทคัดย่อ คือ การย่อเนื้อหาสำคัญ ไม่อธิบายยาว ไม่วิจารณ์ละเอียด เขียนเฉพาะเนื้อหาที่จำเป็น ระบบตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคที่สมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้วไม่แบ่งเป็นข้อ ๆ การเขียนบทคัดย่อควรมีส่วนประกอบดังนี้ วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลและวิจารณ์ผลหรือข้อเสนอแนะ

ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ เนื้อหาในบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษต้อง สอดคล้องกัน ความยาวไม่เกิน 350 คำ ระบุคำสำคัญ 3–5 คำ

บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการศึกษาค้นคว้า กรณีเป็นการวิจัย ต่อยอดจากผลการวิจัยก่อนหน้า ควรระบุช่องว่างความรู้ที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา เพื่อค้นหาคำตอบและแนวทางแก้ไข ระบุวัตถุประสงค์การวิจัย สมมุติฐาน ขอบเขตการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย ระบุเป้าหมายของการศึกษา เพื่ออะไร โดยใคร ที่ไหน เมื่อไร อย่างไร ให้ครอบคลุมและชัดเจน

วิธีการศึกษา อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูล การสุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ การวิเคราะห์ข้อมูลหรือการใช้สถิติที่นำมาประยุกต์

ผลการศึกษา อธิบายข้อค้นพบที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระบบ พร้อมทั้งแปลความหมายของข้อค้นพบต่าง ๆ

สรุปและอภิปรายผล ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัย โดยใช้แนวคิดทฤษฎีประกอบการอธิบาย วิเคราะห์ผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด ความสอดคล้องหรือความแตกต่างจากข้อค้นพบของงานวิจัยก่อนหน้านี้ โดยระบุแหล่งอ้างอิงที่สามารถสืบค้นเพิ่มเติมได้ บทสรุป (ถ้ามี) ควรเขียนเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขต การวิจัย วิธีการวิจัยสั้น ๆ รวมทั้งผลการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลงานการวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์หรือให้ข้อเสนอแนะ ประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

เอกสารอ้างอิง ใช้รูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขในวงเล็บยกไว้หลังข้อความ หรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงลำดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม

3. การเขียนเอกสารอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

3.1 การอ้างอิงวารสาร

ก. ภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย

ชื่อผู้แต่ง (สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อเรื่อง. ชื่อย่อวารสาร ปี ค.ศ.;ปีที่พิมพ์ (Volume):หน้า.

กรณีผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่งทุกคน คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาพ (,) แต่ถ้าเกินให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก แล้วเติม et al.

ตัวอย่างการอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals)

Fisschl MA, Dickinson GM, Scott GB. Evaluation of heterosexual partners in children household contacts of adult with ALDS. JAMA 1987;25:640–4.

ข. ภาษาไทย ใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษ แต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนชื่อเต็ม ตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อวารสารเป็นตัวเต็ม

กรณีผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่งทุกคน คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาพ (,) แต่ถ้าเกินให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก แล้วเติมคำว่า “และคณะ”

ตัวอย่าง

ธีระ รามสูต, อารดา โอวาทตระกูล, ทวีฤทธิ์ สิทธิเวคิน. โรคเรื้อนชนิดทิวเบอร์คิวลอยด์และโรคสะเก็ดเงิน. การศึกษาเปรียบเทียบด้านคลินิกและจุลพยาธิวิทยา. วารสารสถาบันบำราศนราดูร 2561;12(2):101–2.

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ก. การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ชื่อผู้แต่ง (สกุล อักษรของชื่อย่อ). ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

Joman K. Tuberculosis case-finding and chemotherapy. Geneva: World Health Organization; 1979.

ข. การอ้างบทหนึ่งในหนังสือตำรา

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์: หน้า.

ตัวอย่าง

ศรีชัย หลูอารีย์สุวรรณ. การดื้อยาของเชื้อมาลาเรีย. ใน: ศรีชัย หลูอารีย์สุวรรณ, ดนัย บุนนาค, คุณหญิงตระหนักจิต หิรินสุต, บรรณาธิการ. ตำราอายุรศาสตร์เขตร้อน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: รวมทรรศน์; 2553: 115–20.

3.3 การอ้างอิงวิทยานิพนธ์

ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา.

ตัวอย่าง

อังคาร ศรีชัยรัตนกูล. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้เป็นโรคซึมเศร้าชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.

3.4 การอ้างอิงจากเว็บไซต์

- การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ [อินเตอร์เน็ต/Internet]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ ปี เดือน วันที่]. เข้าถึงได้จาก: http://...

ตัวอย่าง

สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร กรมวิชาการเกษตร. ปริมาณและมูลค่าการนำเข้าวัตถุอันตรายทางการเกษตร [อินเตอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2564 มีนาคม 12]. เข้าถึงได้จาก: http://oaezone.oae.go.th/view/1/ปัจจัยการผลิต/TH-TH.

3.5 หนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม

ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor/editors. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; ปี เดือน วันที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

ตัวอย่าง

นเรนทร์ โชติรสนิรมิต, บรรณาธิการ. New frontier in surgery. การประชุมวิชาการส่วนภูมิภาค ครั้งที่ 22; 2551 มกราคม 8; มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะแพทยศาสตร์, ภาควิชาศัลยศาสตร์; 2551.

3.6 เอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์ (เช่น จุลสาร เอกสารอัดสำเนา)

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเอกสาร [จุลสาร]. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเอกสาร [เอกสารอัดสำเนา]. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์

ตัวอย่าง

หน่วยควบคุมโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. แนะนำโรคเอดส์ [เอกสารอัดสำเนา]. ขอนแก่น: โรงพยาบาล; [ม.ป.ป.]

กองควบคุมโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. โรคเอดส์: ป้องกันไว้ก่อนดีกว่าไม่มีทางแก้ [จุลสาร]. กรุงเทพมหานคร: กองควบคุมโรคติดต่อ; [ม.ป.ป.]

Lynn A. Living after AIDS threat of dying imposes stress [unpublished]. Chicago: University of Illinois; 1994.

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 ต้นฉบับต้องพิมพ์หน้าเดียวลงบนกระดาษ ขนาด A4 (21 × 29.7 ซม.) ใช้รูปแบบตัวอักษร TH Saraban New ขนาด 16-point โดยบทความแต่ละเรื่องมีความยาวไม่เกิน 12 หน้า

4.2 การตั้งค่าหน้ากระดาษ เว้นระยะขอบกระดาษทุกด้าน 2.54 ซม. และพิมพ์ห่างบรรทัดเดียว (single space)

4.3 การเขียนต้นฉบับควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด ยกเว้น คำภาษาไทยที่แปลงไม่ได้หรือแปลงแล้วทำให้ใจความไม่ชัดเจน

4.4 ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพลายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกบนกระดาษหน้ามัน ถ้าเป็นภาพถ่าย ควรเป็นภาพสไลด์ หรืออาจใช้ภาพโปสการ์ดแทนได้ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหาก ไม่เขียนลงในภาพ

4.5 สูตรที่ใช้ในการคำนวณ ให้เป็นตัวพิมพ์ ไม่ควรใช้ไฟล์ภาพ

4.6 การส่งบทความเป็นไฟล์ word (.doc หรือ .docx) เพื่อตีพิมพ์ผ่านทางระบบส่งบทความบนเว็บไซต์ https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9

ขั้นตอนการส่งบทความ

1. เข้าไปที่เว็บไซต์ https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9

2. สมัครสมาชิก (Register) ด้วย E-mail จากนั้น เข้าสู่ระบบ (Login) และไปที่การส่งบทความ (Submissions) หรือสามารถคลิกที่ MAKE A SUBMISSION

3. การส่งบทความ (Submissions) คลิก เริ่มการส่งบทความเรื่องใหม่ (Make a new submission)

ขั้นตอนที่ 1 เลือกทุกช่องทางเพื่อเป็นยืนยันว่าบทความของท่านเป็นไปตามเงื่อนไขที่วารสารกำหนด

ขั้นตอนที่ 2 อัปโหลดบทความ (Upload Submission) เป็นไฟล์ word (.doc หรือ .docx) เท่านั้น

ขั้นตอนที่ 3 กรอกรายละเอียดข้อมูลต่าง ๆ สำหรับบทความของท่าน (Enter Metadata) เช่น ข้อมูลผู้นิพนธ์ (Authors) ผู้มีส่วนร่วม (Contributors) ชื่อเรื่อง (Title) บทคัดย่อ (Abstract) คำสำคัญ (Keywords) เอกสารอ้างอิง (References)

ขั้นตอนที่ 4 ยืนยันการส่งบทความ (Confirmation)

ขั้นตอนที่ 5 เสร็จสิ้นการ Submission และเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบโดยบรรณาธิการ

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้นิพนธ์ทราบ

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับการพิจารณาลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ

5.3 เรื่องที่ได้รับการพิจารณาลงตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบและทำหนังสือรับรองการตีพิมพ์ส่งให้ผู้นิพนธ์ผ่านทางระบบส่งบทความบนเว็บไซต์ https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9

6. ช่องทางการติดต่อวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ติดต่อได้ที่

6.1 ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ E-mail address: journaldpc9@gmail.com

6.2 ติดต่อด้วยเอกสารทางไปรษณีย์ ถึง

กองบรรณาธิการ วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา
กลุ่มพัฒนานวัตกรรมและวิจัย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา
ต.หนองบัวศาลา อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000
โทร. 044 – 212900 ต่อ 418

7. จริยธรรมการตีพิมพ์ผลงานในวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

บทบาทและหน้าที่ของผู้นิพนธ์

1. ผู้นิพนธ์ต้องรับรองว่าผลงานที่ส่งมานั้นเป็นผลงานใหม่และไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน และไม่ส่งต้นฉบับบทความซ้ำซ้อนกับวารสารอื่น และผู้นิพนธ์ต้องไม่นำผลงานไปเผยแพร่หรือตีพิมพ์กับแหล่งอื่น ๆ หลังจากที่ได้รับการตีพิมพ์กับวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมาแล้ว

2. ผู้นิพนธ์ต้องรายงานข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นจากการทำวิจัย ไม่บิดเบือนข้อมูล

3. ผู้นิพนธ์ไม่ละเมิดหรือคัดลอกผลงานของผู้อื่น ผู้นิพนธ์ต้องอ้างอิงผลงานของผู้อื่น หากมีการนำผลงานเหล่านั้นมาใช้อ้างอิงในผลงานของตน

4. ผู้นิพนธ์ต้องเขียนบทความวิจัยให้ถูกต้องตามรูปแบบที่กำหนดไว้ใน “คำแนะนำสำหรับผู้เขียน”

5. ผู้นิพนธ์ที่มีชื่อปรากฏในบทความทุกคน ต้องเป็นผู้ที่มีส่วนในการดำเนินการวิจัยจริง

6. ผู้นิพนธ์ส่งบทความ ปรับแก้ไขบทความ ผ่านทางระบบส่งบทความบนเว็บไซต์ https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9

บทบาทหน้าที่ของกองบรรณาธิการ

1. บรรณาธิการวารสารมีหน้าที่พิจารณารูปแบบความครบถ้วนสมบูรณ์และคุณภาพของบทความก่อนเริ่มกระบวนการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

2. บรรณาธิการเป็นผู้ประเมินเบื้องต้นในการตัดสินใจคัดเลือกบทความเข้าสู่กระบวนการตีพิมพ์ และพิจารณาตีพิมพ์บทความที่ผ่านกระบวนการประเมินบทความแล้ว

3. บรรณาธิการต้องไม่แก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงเนื้อหาบทความและผลการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ

4. บรรณาธิการมีหน้าที่ตรวจสอบการคัดลอกผลงานผู้อื่น (plagiarism) และหากตรวจพบการคัดลอกผลงานของผู้อื่น ต้องหยุดดำเนินการประเมินบทความ และติดต่อผู้นิพนธ์บทความนั้นทันที เพื่อขอคำชี้แจงประกอบการประเมินบทความนั้น ๆ

5. บรรณาธิการต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้นิพนธ์ และผู้ประเมินบทความ

6. บรรณาธิการต้องไม่ปฏิเสธการตีพิมพ์บทความ เพราะความสงสัยหรือไม่แน่ใจ

7. บรรณาธิการต้องใช้เหตุผลทางวิชาการในการพิจารณาบทความโดยปราศจากอคติที่มีต่อบทความและผู้นิพนธ์ในด้านเชื้อชาติ เพศ ศาสนา การเมือง และสังกัดของผู้นิพนธ์

8. บรรณาธิการต้องไม่มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้นิพนธ์หรือผู้ประเมินบทความ

9. บรรณาธิการต้องปฏิบัติตามกระบวนการและขั้นตอนต่างๆของวารสารอย่างเคร่งครัด

10. บรรณาธิการต้องรักษามาตรฐานของวารสาร รวมถึงพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพสะท้อนองค์ความรู้ใหม่ ๆ และมีความทันสมัยเสมอ

11. บรรณาธิการออกใบรับรองตีพิมพ์ให้ผู้นิพนธ์ ภายหลังจากผู้นิพนธ์ปรับแก้ไขบทความเรียบร้อยแล้วเท่านั้น

12. บทความที่ไม่ผ่านการพิจารณาบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้นิพนธ์ทราบเป็นลายลักษณ์อักษร โดยไม่ส่งคืนต้นฉบับและค่าธรรมเนียม ทั้งนี้ผลการพิจารณาของกองบรรณาธิการถือเป็นอันสิ้นสุด ผู้เขียนไม่มีสิทธิ์เรียกร้องหรืออุทธรณ์ใด ๆ ทั้งสิ้น

บทบาทและหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ

1. ผู้ประเมินบทความต้องรักษาความลับและไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความ

2. ผู้ประเมินบทความควรประเมินบทความในสาขาวิชาที่ตนมีความเชี่ยวชาญ

3. ผู้ประเมินบทความต้องรักษาระยะเวลาประเมินบทความ ตามกรอบเวลาการประเมินบทความตามที่วารสารกำหนด

4. ผู้ประเมินบทความต้องไม่แสวงหาประโยชน์จากผลงานทางวิชาการที่ตนเองได้ทำการประเมินบทความ และไม่นำข้อมูลบางส่วนหรือทุกส่วนของบทความไปเป็นผลงานของตนเอง

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ถือเป็นผลงานทางวิชาการ ผลงานวิจัย ตลอดจนความเห็นส่วนตัวของผู้นิพนธ์ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้นิพนธ์จำเป็นต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน และปฏิบัติตามจริยธรรมในการตีพิมพ์ของวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

หมายเหตุ: วารสารมีระบบการตรวจสอบการลอกเลียนวรรณกรรมทางวิชาการ โดยโปรแกรมอักขราวิสุทธิ์ (https://app.akarawisut.com) หากตรวจพบการคัดลอกมากกว่าร้อยละ 30 ทางวารสารจะแจ้งให้ดำเนินการแก้ไข หรืออาจจะไม่รับพิจารณาลงตีพิมพ์เผยแพร่

8. การเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ (Article Processing Charges, APC)

1. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ไม่มีนโยบายการเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ใด ๆ ในทุกขั้นตอน

2. กรณีที่บทความได้รับการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญแล้ว ผู้นิพนธ์ต้องแก้ไขให้แล้วเสร็จ และหากผู้นิพนธ์แก้ไขไม่แล้วเสร็จและขอยกเลิกการตีพิมพ์ ผู้นิพนธ์ต้องชำระค่าดำเนินการของวารสารฯ จำนวน 1,800 บาท/บทความ



วารสารวิชาการ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

Journal of the Office of Disease Prevention and Control 9 Nakhon Ratchasima

ลิขสิทธิ์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา
เว็บไซต์ http://odpc9.ddc.moph.go.th/
https://ddc.moph.go.th/odpc9/