

Volume 19 No.1 January - April 2026
ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม-เมษายน 2569

R&D Health
System Journal



วารสาร

วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

Research and Development Health System Journal



THAIJO



<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ>



E-ISSN 2697-4673 (Online)

ISSN 1906-2605 (Print)



สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
พฤติกรรมกำบังกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาปริญญาตรี หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต ภายใต้อาณัติการรณรงค์โรคติดต่อที่ต้งเฝ้าระวัง..... แก้วใจ มาลัย	1
การพัฒนาแบบการเรียรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดบริโภคความเค็มของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนศิลาเลิง อำเภอมืองชัย จังหวัดกาฬสินธุ์.... จันทิมา นาล้ำพลอย, ศุภศิลป์ ศิริรักษา	14
การพัฒนาแบบบริการการดูแลผู้ป่วย CAPD แบบไร้รอยต่อในระบบบริการปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน พื้นที่อำเภอลองนทา..... ปณัฒร สายพฤกษ์, ประเสริฐ ประสมรักษ์, วาสนา นิมิตร, กนกจักร สมชัย	28
การพัฒนาและการประเมินประสิทธิผลของอุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพสำหรับการถ่ายภาพรังสี บริเวณเข้าและขา โรงพยาบาลนาคูน จังหวัดมหาสารคาม..... สุดาลักษณ์ จันทรเจริญ, วรวิมล ภูมินา, วิศรุต ศรีสว่าง, ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์	43
การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเชิงบูรณาการจากชุมชนสู่โรงพยาบาลแบบไร้รอยต่อ (กรณีศึกษา)..... เอกพงษ์ ตั้งกิตติเกษม, กรภัทร อาจวานิชชากุล, สุภาพร ปานิเสน, วิจิตย์ ทองแสน	56
การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด..... วลัยลลักษณ์ พลซื่อ	71
ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุรา..... นิภาพร กวดวงษา, นาถนภา อาระยะศิลปธร, จรินทร์ โคตพรม, พัทธนี สมกำลัง	86
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชลบุรี..... ภาสวุฒิ ภักคิบดี, สุริวิภา มั่งคั่ง, ปกัสสร โสมะเค็ง, กัมปนาท ฉายชวงษ์, วีรพงศ์ มิตรสันเทียะ, ธารินทร์ ลีละทีป	100
การวิเคราะห์องค์ประกอบทางเคมีด้วยเทคนิคทินเลเซอร์โครมาโทกราฟีสมรรถนะสูง และการทดสอบฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระของข่า ขมิ้นชัน และไพล..... จริยา แก้วคำภา, กอบกุล นงนุช, ภาณิชา พงศ์นราทร, รณชัย ภูวันนา, นฤวัตร ภักดี	115



พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาปริญญาตรี
หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต ภายใต้สถานการณ์โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง

PREVENTIVE BEHAVIORS CORONAVIRUS DISEASE 2019 AMONG
UNDERGRADUATE STUDENTS IN THE BACHELOR OF PUBLIC HEALTH
PROGRAMME UNDER A COMMUNICABLE DISEASE SURVEILLANCE

Received: June 30, 2025

Revised: December 01, 2025

Accepted: January 04, 2026

แก้วใจ มาลีลัย

Kaewjai Maleelai

บทคัดย่อ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรค COVID-19 เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ซึ่งลดระดับความรุนแรงจากโรคติดต่ออันตรายร้ายแรง การป่วยติดเชื้อติดต่อทางการหายใจ และยังคงพบมีผู้ป่วยติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต ภายใต้สถานการณ์โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน และสาขาวิชาทันตสาธารณสุข จำนวน 150 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถาม เก็บข้อมูลแบบออนไลน์ระหว่างวันที่ 9-20 ตุลาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และ Chi Square

ผลการวิจัย พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.67 อายุเฉลี่ย 20.30 ปี ได้รับค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือน 5,171.33 บาท ส่วนใหญ่เรียนสาขาวิชาทันตสาธารณสุข ร้อยละ 54.67 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 96.00 เคยป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 53.33 ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 100 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับสูง ร้อยละ 92.00 พฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำ คือ สวมหน้ากากอนามัยเมื่อต้องพบปะผู้คน ร้อยละ 79.33 สาขาวิชาที่เรียนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (p-value = 0.791)

คำสำคัญ: โรค COVID-19, นักศึกษาสาธารณสุข, พฤติกรรมป้องกัน, โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง



Abstract

Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) is a communicable disease under surveillance that has been downgraded in severity from a dangerous infectious disease. It is primarily transmitted via the respiratory route, and new infections continue to be reported. This cross-sectional survey study aimed to examine preventive behaviors against COVID-19 among undergraduate students enrolled in the Bachelor of Public Health Program under a communicable diseases surveillance. The participants consisted of 150 undergraduate students from the Community Public Health and Dental Public Health programs. Data were collected using a self-administered online questionnaire between October 9 and 20, 2022. Data analysis was performed using descriptive statistics, including frequency, percentage, minimum, maximum, and mean values, as well as the Chi-square test.

The results showed that the majority of participants were female (90.67%), with a mean age of 20.30 years. The average monthly allowance was 5,171.33 Thai Baht. Most students were enrolled in the Dental Public Health program (54.67%), had no underlying diseases (96.00%), had previously been infected with COVID-19 (53.33%), and all participants (100%) had received the COVID-19 vaccination. Overall, 92.00% of students demonstrated a high level of COVID-19 preventive behaviors. The most frequently practiced behavior was wearing a face mask when interacting with others (79.33%). No statistically significant association was found between the field of study and COVID-19 preventive behaviors (p -value = 0.791).

Keywords: COVID-19, Public Health Student, Preventive Behavior, Communicable Diseases Under Surveillance



บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรค COVID-19 มีสาเหตุจากเชื้อไวรัส Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 เป็นโรคอุบัติใหม่ ปลายเดือนธันวาคม ปี พ.ศ. 2562 มีรายงานผู้ติดเชื้อครั้งแรกที่ประเทศจีน เนื่องจากการติดต่อผ่านทางหายใจและการสัมผัสทำให้มีผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นและเกิดการแพร่ระบาดไปยังประเทศต่างๆ อย่างรวดเร็ว วันที่ 11 มีนาคม 2563 องค์การอนามัยโลกประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่อที่มีการระบาดใหญ่ (Pandemic)⁽¹⁻⁴⁾ วันที่ 30 มกราคม 2563 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้ประกาศให้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern: PHEIC)⁽⁵⁾ การระบาดของโรคยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่อง และเชื้อไวรัสได้มีการแพร่ระบาดไปยังประเทศต่างๆ ทั่วโลก มากกว่า 200 ประเทศ⁽⁶⁻⁷⁾

วันที่ 1 มีนาคม 2563 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ลำดับที่ 14 เพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออันตราย ซึ่งลักษณะของโรค มีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ หอบเหนื่อย หรือมีอาการของโรคปอดอักเสบ ในรายที่มีอาการรุนแรง จะมีอาการระบบทางเดินหายใจล้มเหลว และอาจถึงขั้นเสียชีวิต⁽⁸⁾ ผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีผู้ติดเชื้อ และเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก⁽⁹⁾ หลายหน่วยงานสนองตอบนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยให้ปฏิบัติงานที่บ้าน การติดต่อสื่อสารปรับเปลี่ยนเป็นแบบออนไลน์ สถาบันการศึกษาปรับเปลี่ยนรูปแบบการเรียนเป็นแบบออนไลน์ เพื่อเว้นระยะห่าง ลดการติดเชื้อและแพร่เชื้อในสถานศึกษา⁽¹⁰⁻¹¹⁾ นอกจากนี้ยังพบความตื่นตระหนก ความกังวล และความเครียดจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันของนักศึกษา⁽¹²⁾

ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พฤติกรรมการป้องกันโรคของนักศึกษา มีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดี คือมีพฤติกรรมการสวมหน้ากากอนามัยเมื่อต้องพบปะผู้คน⁽¹³⁻¹⁶⁾ ในปี 2564 เริ่มมีวัคซีนสำหรับฉีดป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยวัคซีนที่ฉีดให้กับประชาชนนั้นมีทั้งแบบวัคซีนเชื้อตาย (Inactivated vaccine) วัคซีนที่ใช้ไวรัสเป็นพาหะ (Viral vector vaccine) และวัคซีนจากสารพันธุกรรม (mRNA vaccine) ทำให้สถานการณ์การป่วยติดเชื้อเริ่มมีแนวโน้มที่ลดลง⁽¹⁷⁾ ในปี พ.ศ. 2565 สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั่วโลกมีแนวโน้มดีขึ้น จำนวนผู้ป่วยอาการรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตลดลง ประชาชนส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนในการป้องกันโรคระดับครอบคลุมสูง ส่งผลให้ภูมิคุ้มกันของประชากรเพิ่มขึ้น ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุข จึงยกเลิกประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากโรคติดต่ออันตรายปรับสถานะเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 เป็นต้นไป⁽¹⁸⁾



วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี เป็นสถาบันการศึกษาในสังกัด คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจ ในการผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุข ในระดับปริญญาตรี หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต 2 สาขาวิชา คือ สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน และสาขาวิชาทันตสาธารณสุข ซึ่งมุ่งเน้นในการผลิตบัณฑิต ที่มีความรู้ความสามารถในการดูแลส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และมุ่งเน้นให้มีความรู้ ความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชน ในปีการศึกษา 2565 วิทยาลัยกลับมาจัดการ เรียนการสอนแบบปกติเป็นครั้งแรกหลังสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีแนวโน้มลดลง การศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต ภายใต้สถานการณ์โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังครั้งนี้ ช่วยให้เราพบพฤติกรรมที่เหมาะสมและพฤติกรรม ที่ควรปรับปรุง เพื่อนำไปใช้ในการวางมาตรการป้องกันและลดความเสี่ยงการแพร่ระบาดในกลุ่ม นักศึกษา และสถานศึกษาในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาหลักสูตร สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต ภายใต้สถานการณ์โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยแบบภาคตัดขวาง ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง เก็บข้อมูลแบบออนไลน์ระหว่างวันที่ 9 ตุลาคม 2565 ถึงวันที่ 20 เดือนตุลาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ประจำปีการศึกษา 2565 ที่ลงทะเบียนในภาคเรียนปกติ จำนวนทั้งหมด 298 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน และสาขาวิชาทันตสาธารณสุข จำนวน 150 คน เกณฑ์การคัดเลือก คือ นักศึกษาที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และตอบแบบสอบถามครบสมบูรณ์ เกณฑ์การคัดออกคือนักศึกษาที่ปฏิเสธการตอบแบบสอบถาม หรือลาออกในช่วงที่เก็บข้อมูล คำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Krejcie & Morgan⁽¹⁹⁾ ดังนี้

$$n = \frac{x^2 N p (1-p)}{e^2 (N-1) + x^2 p (1-p)} \text{ เมื่อ } n \text{ คือขนาดของกลุ่มตัวอย่าง, } N \text{ คือขนาดของประชากร, } e \text{ คือ}$$

ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ ($e = 0.05, 5\%$), x^2 คือค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% ($x^2 = 3.841$), p คือสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร ($p = 0.5$)



แบบสอบถามออนไลน์ส่งให้กับกลุ่มประชากรทั้งหมด จำนวน 298 คน และได้รับคืน จำนวน 150 คน คิดเป็นอัตราการตอบกลับ (Response Rate) 100 % ซึ่งเพียงพอสำหรับการประเมินความเสี่ยงต่อความคลาดเคลื่อนในการเลือกตัวอย่าง ในปีการศึกษา 2565 หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มีนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ปีที่ 2 และปีที่ 4 (ไม่มีนักศึกษาชั้นปีที่ 3) หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข มีนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ปีที่ 2 ปีที่ 3 และปีที่ 4 สุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนสาขาวิชาและชั้นปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามแบบออนไลน์ แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ หลักสูตร สาขาวิชา ชั้นปีที่กำลังศึกษา ค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อเดือน ประวัติการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวนครั้งที่ฉีดวัคซีนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประเภทของวัคซีนที่ได้รับ และประวัติการป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 9 ข้อ ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม โดยใช้เทคนิคสร้างตามมาตรวัด แบบ Likert Scale มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ 5 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ (ทุกวัน) 4 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง (5-6 วัน/สัปดาห์) 3 หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (3-4 วัน/สัปดาห์) 2 หมายถึง นานๆ จะปฏิบัติ (1-2 วัน/สัปดาห์) และ 1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย แปลผลระดับพฤติกรรมการป้องกันโรค 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 1.00-1.66 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับควรปรับปรุง คะแนน 1.67-3.33 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับปานกลาง และคะแนน 3.34-5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือในการวิจัยผ่านการวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถาม โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน มีค่าระหว่าง 0.84-1.00 ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับอาสาสมัครที่มีบริบทและคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคมีเท่ากับ 0.95

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด และใช้สถิติ Chi-Square สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสาขาวิชา กับระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เนื่องจากตัวแปรทั้งสองเป็นตัวแปรแบบ Categorical variables คือ สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชนและทันตสาธารณสุข และระดับพฤติกรรม



การป้องกัน (ระดับสูง และปานกลาง) ซึ่งเป็นข้อมูลแบบนับความถี่ (Frequency data) การใช้สถิติ Chi-Square ช่วยในการทดสอบการกระจายตัวของระดับพฤติกรรมแตกต่างกันตามสาขาวิชา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับการรับรองพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย เลขที่ SCPHUB I003/2565 ระหว่างวันที่ 28 มิถุนายน 2565 ถึงวันที่ 27 มิถุนายน 2566 อาสาสมัครวิจัยมีสิทธิ์ปฏิเสธหรือถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่กระทบต่อผลการเรียน ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล

นักศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.67 เพศชาย ร้อยละ 9.33 อายุเฉลี่ย 20.30 ปี อายุต่ำสุด 18 ปี อายุสูงสุด 31 ปี ได้รับค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือน 5,171.33 บาท ส่วนใหญ่เรียนสาขาวิชาทันตสาธารณสุข ร้อยละ 54.67 รองลงมา คือ เรียนสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ร้อยละ 45.33 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 96.00 เคยป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 53.33 ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 100 เข็มที่ 1 ได้รับการฉีดวัคซีนประเภทวัคซีนเชื้อตาย (Inactivated vaccine) ร้อยละ 68.67 เข็มที่ 2 ได้รับวัคซีนชนิดไวรัสเวกเตอร์ (Viral vector vaccine) ร้อยละ 57.33 เข็มที่ 3 ได้รับชนิด mRNA (messenger RNA vaccine) และเคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 53.33

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

นักศึกษาส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสวมหน้ากากอนามัยเมื่อต้องพบปะผู้คน ร้อยละ 79.33 รองลงมา คือ สวมหน้ากากอนามัยเมื่อนั่งเรียนในชั้นเรียน ร้อยละ 78.67 และหลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่มีอาการป่วยคล้ายไข้หวัด ร้อยละ 61.33 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n=150)

พฤติกรรมการป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	การปฏิบัติต่อสัปดาห์ จำนวน (ร้อยละ)				
	ทุกวัน	5-6 วัน	3-4 วัน	1-2 วัน	ไม่เคย
1. สวมหน้ากากอนามัยเมื่อต้องพบปะผู้คน	119 (79.33)	23 (15.33)	7 (4.67)	1 (0.67)	0 (0.00)
2. สวมหน้ากากอนามัยเมื่อนั่งเรียนในชั้นเรียน	118 (78.67)	24 (16.00)	8 (5.33)	0 (0.00)	0 (0.00)



พฤติกรรมกรรมการป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	การปฏิบัติต่อสัปดาห์ จำนวน (ร้อยละ)				
	ทุกวัน	5-6 วัน	3-4 วัน	1-2 วัน	ไม่เคย
3. รักษาระยะห่างเมื่อต้องพบปะและพูดคุย กับบุคคลอื่นอย่างน้อย 1-2 เมตร	66 (44.00)	57 (38.00)	27 (18.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
4. พกแอลกอฮอล์เจลติดตัวตลอดเวลา	62 (41.33)	41 (27.33)	36 (24.00)	10 (6.67)	1 (0.67)
5. ล้างมือด้วยสบู่ หรือแอลกอฮอล์เจลบ่อยๆ	71 (47.33)	51 (34.00)	26 (17.33)	2 (1.33)	0 (0.00)
6. ใช้กระดาษทิชชูปิดปากปิดจมูกเมื่อไอ หรือจาม	75 (50.00)	46 (30.67)	22 (14.67)	6 (4.00)	1 (0.67)
7. หลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่มีอาการป่วย คล้ายไข้หวัด	92 (61.33)	41 (27.33)	16 (10.67)	1 (0.67)	0 (0.00)
8. ออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อย 30 นาที ต่อครั้ง	45 (30.00)	31 (20.67)	39 (26.00)	30 (20.00)	5 (3.33)
9. หลีกเลี่ยงการไปตลาดนัด หรือถนนคนเดิน	40 (26.67)	35 (23.33)	33 (22.00)	33 (22.00)	9 (6.00)

ภาพรวมนักศึกษา มีพฤติกรรมกรรมการป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับสูง ร้อยละ 92.00 พิจารณาพฤติกรรมกรรมการป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แยกตามสาขาวิชาที่เรียน พบว่า นักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันระดับสูง ร้อยละ 92.65 รองลงมา คือ สาขาวิชาทันตสาธารณสุข มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันระดับสูง ร้อยละ 92.59 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n = 150)

ระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	จำนวน	ร้อยละ
ภาพรวม (n = 150)		
ควรปรับปรุง (1.00-1.66 คะแนน)	0	0.00
ปานกลาง (1.67-3.33 คะแนน)	12	8.00
สูง (3.34-5.00 คะแนน)	138	92.00
สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน (n = 68)		
ควรปรับปรุง (1.00-1.66 คะแนน)	0	0.00
ปานกลาง (1.67-3.33 คะแนน)	5	7.35
สูง (3.34-5.00 คะแนน)	63	92.65



ระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	จำนวน	ร้อยละ
สาขาวิชาทันตสาธารณสุข (n = 82)		
ควรปรับปรุง (1.00-1.66 คะแนน)	0	0.00
ปานกลาง (1.67-3.33 คะแนน)	7	8.64
สูง (3.34-5.00 คะแนน)	75	92.59

สาขาวิชาที่นักศึกษาเรียนทั้งสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน และสาขาวิชาทันตสาธารณสุข ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างสาขาวิชากับระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

สาขาวิชา	ระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค		χ^2	df	p-value
	สูง (จำนวน)	ปานกลาง (จำนวน)			
สาธารณสุขชุมชน	63	5	0.070	1	0.791
ทันตสาธารณสุข	75	7			

*p-value < 0.05

สรุปผลการวิจัย

นักศึกษาลำดับชั้นสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.67 มีอายุเฉลี่ย 20.30 ปี และได้รับค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือน 5,171.33 บาท ศึกษาในสาขาวิชาทันตสาธารณสุข ร้อยละ 54.67 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 96.00 เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 53.33 และทุกคนได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 100.00 ภาพรวม พบว่า นักศึกษามีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับสูง ร้อยละ 92.00 เมื่อพิจารณาแยกตามสาขาวิชา พบว่า นักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน และทันตสาธารณสุขมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันระดับสูง ร้อยละ 92.65 และร้อยละ 92.59 ตามลำดับ พฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด คือ การสวมหน้ากากอนามัยเมื่อพบปะผู้อื่น ร้อยละ 79.33 ทั้งนี้ สาขาวิชาที่ศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

อภิปรายผลการวิจัย

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต ทั้งสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน สาขาวิชาทันตสาธารณสุข มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองระดับสูง สาขาวิชาที่เรียนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (p-value = 0.791)



อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์สะท้อนว่า นักศึกษาทั้งสองสาขาวิชามีพฤติกรรมป้องกันโรคในระดับใกล้เคียงกัน ซึ่งสอดคล้องกับการที่นักศึกษาทั้งสองสาขาวิชาเป็นสายวิทยาศาสตร์สุขภาพที่ได้รับการศึกษา การให้ความรู้จากรายวิชาต่างๆ ของหลักสูตร รวมทั้งนโยบายของทางวิทยาลัย และสื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ ที่สร้างความตระหนักส่วนบุคคลให้นักศึกษายังคงมีพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ดี นอกจากนี้กระบวนการจัดการเรียนการสอนของทั้งสองสาขาวิชา มีรายวิชาที่ให้ความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่น วิชาการป้องกันและควบคุมโรค วิชาโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ วิชาระบาดวิทยา รวมทั้งรายวิชาที่ส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ ส่งผลให้นักศึกษาทั้งสองสาขาวิชายังคงมีพฤติกรรมที่ดีในการป้องกันโรค อีกทั้งนักศึกษาได้ผ่านประสบการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มาแล้วก่อนหน้านี้ ซึ่งนักศึกษายกคนก็เคยป่วยติดเชื้อมาแล้ว ถึงแม้สถานการณ์ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ลดระดับความรุนแรงลงจากโรคติดต่ออันตรายร้ายแรง เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง พฤติกรรมการป้องกันโรคของนักศึกษายังคงอยู่ระดับที่สูง พฤติกรรมการป้องกันตนเองที่นักศึกษาส่วนใหญ่ยังคงปฏิบัติเป็นประจำ ได้แก่ การสวมหน้ากากอนามัยเมื่อต้องพบปะผู้คน รวมทั้งสวมหน้ากากอนามัยเมื่อนั่งเรียนในชั้นเรียน ซึ่งพฤติกรรมที่ดีเหล่านี้ จะช่วยทำให้นักศึกษาลดความเสี่ยงต่อการป่วยติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากห้องเรียนหรือจากสถานศึกษาได้ ถึงแม้สถานการณ์ปัจจุบันการป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลักษณะอาการจะไม่รุนแรงมาก สามารถรักษาตามอาการ และรักษาได้ด้วยตนเองที่บ้าน แต่ส่งผลกระทบต่อทำให้นักศึกษาต้องหยุดเรียนเพื่อรักษาตนเอง และเสี่ยงต่อการเป็นพาหะแพร่เชื้อให้กับเพื่อนร่วมชั้นได้ต่อไป

นักศึกษากลุ่มสาธารณสุขศาสตรบัณฑิตมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมอยู่ในระดับดี แต่บางพฤติกรรมยังปฏิบัติได้ไม่สม่ำเสมอ เช่น การออกกำลังกาย และการหลีกเลี่ยงพื้นที่แออัด เนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลาและบริบทของพื้นที่ ดังนั้น การจัดกิจกรรมออกกำลังกายที่เข้าถึงได้ง่ายภายในวิทยาลัย รวมถึงการจัดทางเลือกที่ปลอดภัยในการเข้าถึงร้านอาหาร จะช่วยส่งเสริมการปรับพฤติกรรมสุขภาพและการป้องกันโรคอย่างต่อเนื่องในกลุ่มนักศึกษา

แม้สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะถูกปรับลดระดับเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง แต่นักศึกษาหรือกลุ่มคนหนุ่มสาวที่ติดเชื้ออาจมีอาการไม่รุนแรงหรือไม่แสดงอาการ และยังสามารถเป็นพาหะนำเชื้อไปสู่บุคคลใกล้ชิด โดยเฉพาะผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีโรคประจำตัวซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการรุนแรง ดังนั้น พฤติกรรมการป้องกันตนเองพื้นฐานของนักศึกษายังคงมีความจำเป็น และมีบทบาทสำคัญในการลดการแพร่เชื้อในสังคม อย่างไรก็ตาม ภายหลังจากปรับระดับสถานการณ์โรควิถีชีวิตของนักศึกษาเริ่มกลับสู่ภาวะปกติ ส่งผลให้สถานศึกษาสามารถจัดการเรียนการสอนและกิจกรรมพัฒนาศักยภาพได้อย่างเต็มรูปแบบ ทั้งนี้ อัตราการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่ม



นักศึกษาลดลงอย่างชัดเจน ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการได้รับวัคซีนครบถ้วนตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข ส่งผลให้การแพร่ระบาดในสถานศึกษาลดลงตามไปด้วย

ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่ศึกษาในกลุ่มนักศึกษาที่เรียนด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ แพทย์ และพยาบาล พบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกำบังโรครัดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับดี คิดเป็นร้อยละ 94.97⁽²⁰⁾ และพบการศึกษากิจกรรมกำบังโรครัด-19 ของนักศึกษากายบาล อยู่ในระดับสูง โดยนักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกำบังโรครัดก่อนามัยสูงสุด⁽²¹⁾ อีกทั้งการศึกษานักศึกษาแพทย์มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกำบังโรครัดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับดี คิดเป็นร้อยละ 94.1⁽²²⁾ ในขณะกำบังการศึกษานักศึกษานักศึกษาที่เรียนด้านสุขภาพของมหาวิทยาลัยในประเทศตุรกีส่วนใหญ่ ร้อยละ 99.0 มีพฤติกรรมกำบังโรครัดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ถูกต้อง⁽²³⁾ นอกจากนี้ ยังมีรายงานว่า นักศึกษาทั้งสายการแพทย์และไม่ใช่การแพทย์ในประเทศลิเบียมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกำบังโรครัด-19 อยู่ในระดับค่อนข้างสูง โดยมีคะแนนกำบังโรครัดโดยรวมร้อยละ 92.7⁽²⁴⁾ ในขณะกำบังการศึกษานักศึกษาที่ไม่ใช่กลุ่มการเรียนด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ เช่น ด้านวิทยาศาสตร์ พบว่า นักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น มีพฤติกรรมกำบังโรครัด-19 โดยรวมอยู่ในระดับมากเช่นกัน⁽²⁵⁾ อย่างไรก็ตาม ผลดังกล่าวแตกต่างจากการศึกษานักศึกษาห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งรายงานว่ามีระดับพฤติกรรมกำบังโรครัด-19 อยู่ในระดับต่ำ⁽²⁶⁾

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

แม้โรครัดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะถูกจัดเป็นโรครัดที่ต้องเฝ้าระวัง นักศึกษาส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกำบังตนเองในระดับดีและปฏิบัติเป็นประจำ อย่างไรก็ตาม ควรมีการเฝ้าระวังและกระตุ้นเตือนพฤติกรรมกำบังตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกิจกรรมกลุ่มและการเรียนการสอนที่มีการใกล้ชิดกัน เพื่อป้องกันกำบังการแพร่กระจายของเชื้อ อีกทั้งการเตรียมจุดล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์เจล ยังคงเป็นสิ่งสนับสนุนที่สำคัญเพื่อลดการติดเชื้อมหาวิทยาลัย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย/หลักสูตร

1. ควรบูรณาการทักษะการประเมินความเสี่ยงส่วนบุคคลร่วมกับรายวิชาชีพ โดยการเชื่อมโยงพฤติกรรมกำบังโรครัดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กับพฤติกรรมสุขภาพระยะยาว
2. การส่งเสริมการเรียนรู้แบบปฏิบัติจริงโดยควบคู่กับการสนับสนุนของทางวิทยาลัย เช่น กำบังจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย และพื้นที่ออกกำบังร่างกายในอาคารหรือนอกอาคาร ช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาสามารถมีพฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง และเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน



ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง จึงไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างสาขาวิชากับพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ พฤติกรรมที่ปฏิบัติไม่สม่ำเสมออาจได้รับอิทธิพลจากบริบทด้านเวลา ภาระการเรียน และข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตของนักศึกษา นอกจากนี้ การเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์แบบรายงานตนเองอาจก่อให้เกิดอคติจากการรายงานตนเอง และความแตกต่างในการตีความคำถาม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาสาสมัครวิจัยทุกคนที่เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจเครื่องมือวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic [Internet]. [cited 2024 Sep 3]. Available from: <https://www.who.int/europe/emergencies/situations/covid-19>
2. Ruan S. Likelihood of survival of Coronavirus disease 2019. *Lancet Infect Dis* 2020; 20(6): 630-1.
3. Wu YC, Chen CS, Chan YJ. The outbreak of COVID-19: An overview. *J Chin Med Assoc* 2020; 83(3): 217-20.
4. Chakraborty I, Maity P. COVID-19 outbreak: Migration, Effects on Society, Global Environment and Prevention. *Sci Total Environ* 2020; 728: 138882.
5. World Health Organization. (2020). COVID-19 Public Health Emergency of International Concern (PHEIC) Global research and innovation forum [Internet]. [cited 2025 Sep 3]. Available from: https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-public-health-emergency-of-international-concern-%28pheic%29-global-research-and-innovation-forum?utm_source=chatgpt.com
6. Sharma A, Ahmad Farouk I, Lal SK. COVID-19: A Review on the Novel Coronavirus Disease Evolution, Transmission, Detection, Control and Prevention. *Viruses* 2021; 13(2): 202. doi: 10.3390/v13020202.
7. Lin YF, Duan Q, Zhou Y, et al. Spread and Impact of COVID-19 in China: A Systematic Review and Synthesis of Predictions from Transmission-Dynamic Models. *Front Med (Lausanne)* 2020; 7:321. doi: 10.3389/fmed.2020.00321.



8. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563. ราชกิจจานุเบกษา 2563; 137(ตอนพิเศษ 48 ง)
9. Singhal T. A Review of Coronavirus Disease-2019 (COVID-19). *Indian J Pediatr* 2020; 87(4): 281-6.
10. แก้วใจ มาลีลย์, ภคิน ไชยช่วย, จินดา คำแก้ว, พนาไพร โภมงาม, นุชจรินทร์ แก่นบุปผา. การประเมินผลการจัดการเรียนแบบออนไลน์ของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์* 2564; 5(3): 106-18.
11. วิทยา วาโย, อภิรดี เจริญนุกูล, ฉัตรสุดา กานกายนต์, จรรยา คนใหญ่. การเรียนการสอนแบบออนไลน์ภายใต้สถานการณ์แพร่ระบาดของไวรัส COVID-19 : แนวคิดและการประยุกต์ใช้จัดการเรียนการสอน. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9* 2563; 14(34): 285-98.
12. อภิญญา อิงอาจ, ณัฐพร กาญจนภูมิ, พรพรรณ เชยจิตร. ความกังวลในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี. *วารสารบริหารธุรกิจเทคโนโลยีมหานคร* 2563; 17(2): 94-113.
13. Alrasheedy AA, Abdulsalim S, Farooqui M, Alsahali S, Godman B. Knowledge, Attitude and Practice About Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic and Its Psychological Impact on Students and Their Studies: A Cross-Sectional Study Among Pharmacy Students in Saudi Arabia. *Risk Manag Healthc Policy* 2021; 14: 729-41.
14. Sazali MF, Rahim SSSA, Mohamed MH, Omar A, Pang NTP, Jeffree MS, et al. Knowledge, attitude and practice on COVID-19 among students during the early phase of pandemic in a university in Borneo, Malaysia. *J Public Health Res* 2021; 10(3): 2122.
15. White MS, Omer M, Mohammad GN. Knowledge, attitude and practice on prevention of airborne and droplet infections during the outbreak of corona virus among the College Students in University of Bisha, Saudi Arabia. *Int J Contemp Res Rev* 2020; 11: 20773-6
16. แก้วใจ มาลีลย์, ปิยะณัฐฎ์ จันทวารีย์, สาวิตรี สุมาโท, ศตายุ ผลแก้ว. ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน* 2565; 8(3): 61-70.
17. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) questions and answers on vaccine [Internet]. [Cited 2023 Oct 2] Available from: <https://www.who.int/thailand/emergencies/novel-coronavirus-2019/q-a-on-covid-19/q-a-on-covid-19-vaccines>



18. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2565. ราชกิจจานุเบกษา 2565; 139(ตอนพิเศษ 223 ง).
19. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample sizes for research activities. *Educ Psychol Meas* 1970; 30: 607-10.
20. ศศิณา สิมพงษ์, ศิริภาณีย์ อปสุสิทธิ์, ศิริพร นครลา, สิรินารถ ต้นสวรรค์, สุจิตรา ส่งสุข, สุทธิ โพธิ์ไทร, และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยราชธานี. 2564; 10(2): 148-58.
21. ศศิธร ชิดนาฮี, กาญจนา เตชะวารากร, กรรณิการ์ ปุสุข, กานต์ชนก เวียงนาค, กิ่งกาญจน์ ทรุฑกัจจร, กิตติญา นาคสวน, และคณะ. ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่. *วารสารการพยาบาลและการสาธารณสุข* 2564; 1(3): 60-71.
22. Alsoghair M, Almazyad M, Alburaykan T, Alsultan A, Alnughaymishi A, Almazyad S, et al. Medical students and COVID-19: knowledge, preventive behaviors, and risk perception. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18(2): 842.
23. Cihan E, Pirinççi CS, Gerçek H, Ünüvar BS, Demirdel E. The knowledge levels, preventive behavior and risk perception on COVID-19 of the healthcare students in Turkey. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2020; 11(3): 342-7.
24. Elhadi M, Msherghi A, Alsoufi A, Buzreg A, Bouhuwaish A, Khaled A, et al. Knowledge, preventive behavior and risk perception regarding COVID-19: a self-reported study on college students. *Pan Afr Med J* 2020; 35(Suppl 2): 75.
25. จิระภา ขำพิสุทธิ์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของนักศึกษา คณะศึกษาศาสตร์วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน* 2564; 7(4): 17-28.
26. Doxtater J, Cruz CP. Knowledge, Risk Perceptions, and Preventive Behaviors in COVID-19 Pandemic Among Medical Laboratory Students in Wyoming. *Am Soc Clin Lab Sci* 2022 Jan; 35(1): 1-9.



การพัฒนาารูปแบบการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดบริโภคความเค็ม
ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
บ้านโนนศิลาเลิง อำเภอฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

THE DEVELOPMENT OF LEARNING MODEL FOR ADJUSTING HEALTH BEHAVIOR
TO SALINITY REDUCTION AMONG HYPERTENSION PATIENTS
IN THE SERVICE OF NONSILALOENG SUB-DISTRICT HEALTH PROMOTING
HOSPITAL, KHONG CHAI DISTRICT, KALASIN PROVINCE

Received: September 24, 2025

Revised: December 12, 2025

Accepted: January 19, 2026

จันทิมา นาถ้ำพลอย¹, สุภศิษฐ์ ติรักษา^{2*}

Chantima Nathamploy¹, Supasin Deeraksa^{2*}

บทคัดย่อ

ความดันโลหิตสูงสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคเค็ม งานวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดบริโภคความเค็มในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนศิลาเลิง แบ่งระยะการศึกษา ดังนี้ ระยะที่ 1 วิเคราะห์ปัญหาเพื่ออธิบายระดับความเค็มและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กลุ่มตัวอย่าง 119 คน และระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการเรียนรู้ กลุ่มตัวอย่าง 34 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสอบถาม แบบบันทึกความดันโลหิต และการวัดระดับความเค็ม และแบบสัมภาษณ์เชิงลึกและกระบวนการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมานเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย (Paired t-tests) และสถิติเพื่อวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า ระยะที่ 1 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 72.27 อายุเฉลี่ย 64.06 ปี ส่วนใหญ่มีความรู้ ทักษะ ระดับสูงและพฤติกรรมระดับปานกลาง การประเมินบริโภคอาหารรสเค็มปานกลางถึงมาก ร้อยละ 90.75 และควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ร้อยละ 34.45 และระยะที่ 2 การทดลองใช้รูปแบบการเรียนรู้ 8 สัปดาห์ พบว่า ค่าคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการลดบริโภคความเค็มหลังการเรียนรู้ดีขึ้น ส่วนระดับความเค็มในอาหาร และความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (p-value < 0.05) ข้อเสนอแนะ คือ ควรนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ, การลดความเค็ม, ผู้ป่วยความดันโลหิต, รูปแบบการเรียนรู้

¹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนศิลาเลิง จังหวัดกาฬสินธุ์

Nonsilaloeng Sub-District Health Promoting Hospital, Kalasin province

² วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

Sirindhorn college of public health, Khon Kaen province

*Corresponding author E-mail: supasin.copy@gmail.com



Abstract

Hypertension is strongly linked to high-salt consumption behavior. This Research and Development (R&D) study aimed to develop and evaluate a learning model for modifying salinity reduction behavior among hypertensive patients in the Nonsilaloeng Sub-district Health Promoting Hospital service area. The two-phase study included: Phase 1 to analysis, describing food salinity and related factors among 119 patients; and Phase 2 to development & evaluation, testing a learning model among 34 patients. Tools included questionnaires, clinical records, salinity measurement, in-depth interviews, and focus groups. Statistical analysis involved descriptive statistics, comparative mean with Paired t-tests, and content analysis.

Results showed that: In Phase 1, most participants were female (72.27%), with a mean age of 64.06 years. Overall, they demonstrated high knowledge and attitude scores but moderate practice levels. Approximately 90.75% consumed moderate-to-high-salt diets, and 34.45% had uncontrolled blood pressure. In Phase 2, following the 8-week learning model intervention, knowledge, attitude, and behavior scores significantly improved. Furthermore, both food salinity levels and blood pressure levels showed a significant reduction ($p\text{-value} < 0.05$). The findings indicate that the developed model is effective in modifying health behaviors and improving clinical outcomes. It is recommended that this model be continuously integrated into local healthcare services to manage the behaviors of patients with non-communicable diseases (NCDs).

Keywords: health behavior adjustment, salinity reduction, hypertension patients, learning model



บทนำ

ความดันโลหิตสูงเป็นภาวะที่เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร มีผู้ป่วยความดันโลหิตทั่วโลกประมาณ 1.13 พันล้านคน ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ดังนั้น องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO)⁽¹⁾ ได้กำหนดให้การลดเกลือโซเดียมเป็น 1 ใน 9 เป้าหมายในการควบคุมปัญหาโรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable Disease; NCDs) ภายใน พ.ศ. 2568 โดยให้ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมลง ร้อยละ 30 ถือเป็นความท้าทายในการจัดการปัญหาและลดภาระโรค NCDs โดยการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในปริมาณสูงในประชากรไทย จากข้อมูลสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค⁽²⁾ พบอัตราการตายโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน พ.ศ. 2561 เท่ากับ 13.13 เขตสุขภาพที่ 7 เท่ากับ 9.73 ทั้งนี้ ข้อมูลของประเทศ พบว่า อัตราการเข้ารับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน พบว่า พ.ศ. 2561 เท่ากับ 2,245.09 เขตสุขภาพที่ 7 เท่ากับ 2,366.09 ซึ่งสถานการณ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นไปในทิศทางเดียวกัน นอกจากนี้ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (Health Data Centre; HDC)⁽³⁾ จากข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ ผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2567 มีจำนวนผู้ป่วยสะสมในจังหวัดกาฬสินธุ์ เท่ากับ 93,563 ราย, 97,910 ราย และ 103,315 ราย ตามลำดับ อำเภอเมืองชัย มีจำนวน 2,943 ราย, 3,124 ราย และ 3,869 ราย และเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนศิลาแลง มีจำนวน 461 ราย, 495 ราย และ 606 ราย ตามลำดับ⁽³⁾ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงทิศทางที่สอดคล้องกันของการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยในทุกระดับพื้นที่

จากการทบทวนวรรณกรรม โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อนั้นมีสาเหตุจากปัจจัยเสี่ยงเชิงพฤติกรรมร่วม 4 อย่าง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การดื่มแอลกอฮอล์ และการบริโภคอาหารไม่ติดต่อสุขภาพ⁽²⁾ ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้นำเสนอมาตรการป้องกันและการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงด้วยหลัก 3 อ. 2 ส. นอกจากนี้ ผลการศึกษาที่ผ่านมา การบริโภคเกลือโซเดียมมีความสัมพันธ์กับสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งการเสียชีวิตด้วยโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด⁽⁴⁾ สอดคล้องกับข้อสรุปการสำรวจสุขภาพประชาชน ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 พบว่า การบริโภคเกลือและโซเดียมมากเกินไปจะส่งผลให้ร่างกายเกิดภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรัง และเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ นอกจากนี้ ประชากรไทยกว่า 10 ล้านคน เป็นความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 25.4 ถ้าหากไม่ได้รับการรักษาความดันโลหิตสูงที่ถูกต้องจะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน คือ หัวใจวาย อัมพาต และภาวะไตวาย⁽⁵⁾ ดังนั้น เพื่อให้ตอบสนองนโยบายของ WHO ที่ได้กำหนดให้การลดเกลือโซเดียมเป็น 1 ใน 9 เป้าหมายระดับโลกในการควบคุมปัญหาโรคไม่ติดต่อ ด้วยการสร้างความร่วมมือ เพิ่มความรู้และความตระหนัก ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม



และสิ่งแวดลอม รวมทั้งการติดตามและประเมินทางพฤติกรรมในการลดเค็มในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่ เนื่องจากพื้นที่ รพ.สต.บ้านโนนศิลาเลิง เป็นพื้นที่ที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และยังขาดกลไกที่ชัดเจนในการติดตามและประเมินผลลัพธ์ทางพฤติกรรม การลดการบริโภคเค็มอย่างเป็นระบบ ดังนั้น การวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) นี้ เพื่อทำความเข้าใจปัญหาและความสัมพันธ์ของปัจจัยในพื้นที่ การสร้างรูปแบบการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเค็มตนเอง และการประเมินผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรมและความเค็มของอาหาร ผลที่ได้คือการจัดทำแนวทางการควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มผู้ป่วยในพื้นที่ และประยุกต์ใช้เพื่อเป็นต้นแบบในการดำเนินงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอื่นๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ระดับความเค็มและโซเดียมในอาหาร และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเค็มในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต.บ้านโนนศิลาเลิง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดบริโภคความเค็มของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบดังกล่าวต่อพฤติกรรม ระดับความเค็มในอาหาร และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต.บ้านโนนศิลาเลิง

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and development) แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหาเพื่ออธิบายระดับความเค็ม/เกลือ และโซเดียมในอาหาร และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และ ระยะที่ 2 คือ การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดบริโภคความเค็มของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ระยะเวลาในการศึกษา 6 เดือน ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์-กรกฎาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาระยะที่ 1 ประชากรในการศึกษา คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ รพ.สต.บ้านโนนศิลาเลิง จำนวน 606 คน คำนวณขนาดตัวอย่างกรณีทราบจำนวนประชากรของ Cohen, J.⁽⁶⁾ โดยใช้ค่าสัดส่วน (P) ของระดับปริมาณโซเดียมในอาหารจากการศึกษาของ อรุณฯ ศรีหะดม และคณะ⁽⁷⁾ เท่ากับ 0.75 ค่าความเชื่อมั่น ($Z_{\alpha/2}$) ที่ระดับ 0.05 เท่ากับ 1.96 และค่าความคลาดเคลื่อน (e) เท่ากับ 0.07 ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 119 คน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ โดยที่คัดเลือกผู้ป่วย 1 จากใน 6 คน โดยจับฉลากได้ผู้ป่วยที่มีรายชื่อลำดับที่ 4, 10, ตามลำดับ



การศึกษาระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่างนำตัวแทนจากการศึกษาระยะที่ 1 โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยการนำค่าเฉลี่ยและค่าความแปรปรวนของ อัยยา โสภาค และคณะ⁽⁸⁾ โดยการใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.1⁽⁹⁾ กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) เท่ากับ 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 และค่าอำนาจ (Power) เท่ากับ 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 27 คน ปรับขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 โดยใช้สูตรของ อรุณ จิรวัดมนกุล⁽¹⁰⁾ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยและเข้ารับการรักษาต่อเนื่องของ รพ.สต.บ้านโนนศิลาเลิง มีความสามารถในการสื่อสาร ทั้งทักษะการฟัง การพูด การอ่าน และการเขียน และ มีความยินดีในการเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสียชีวิต ย้ายถิ่นที่อยู่ หรือผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีปัญหาทางสุขภาพร่างกายและจิตใจ จนไม่สามารถในการเข้าร่วมการศึกษาได้ต่อเนื่อง หรือผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่ต้องได้รับการรักษาเฉพาะทางเพิ่มเติม

ส่วนกลุ่มตัวอย่าง เพื่อศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ คัดเลือกด้วยวิธีเจาะจง ในกลุ่มตัวแทนของผู้ป่วยความดันโลหิต จำนวน 5 คน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน จำนวน 5 คน และ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต.บ้านโนนศิลาเลิง จำนวน 2 คน รวมทั้งสิ้น 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลเชิงปริมาณ แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ในการบริโภคเกลือและโซเดียม จำนวน 12 ข้อ ใช้เกณฑ์ของ Bloom⁽¹¹⁾ แปลผล 3 ระดับ คือ ระดับสูง ร้อยละ 80 ขึ้นไป (10-12 คะแนน) ปานกลาง ร้อยละ 60-79 (8-9 คะแนน) และต่ำ น้อยกว่าร้อยละ 60 (0-7 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคเกลือและโซเดียม จำนวน 10 ข้อ โดยใช้แบบวัดของลิเคิร์ต (Likert's scale) เลือกตอบ 3 ระดับ ดังนี้ มาก (3 คะแนน), ปานกลาง (2 คะแนน) และน้อย (1 คะแนน) แปลผลตามเกณฑ์ของ Best⁽¹²⁾ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ระดับสูง คะแนนระหว่าง 2.34-3.00 ปานกลาง คะแนนระหว่าง 1.67-2.33 และต่ำ คะแนนระหว่าง 1.00-1.66

ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคเกลือและโซเดียม จำนวน 11 ข้อ โดยใช้แบบวัดของลิเคิร์ต (Likert's scale) เลือกตอบแบบ 3 ระดับ และวัดผลตามเกณฑ์การประเมินแบบช่วงของ Best⁽¹²⁾ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ เช่นเดียวกับแบบประเมินทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคเกลือและโซเดียม

ส่วนที่ 5 การรายงานผลทางคลินิก ดังนี้

(1) เครื่องวัดความเค็มในอาหาร (Chem meter) ซึ่งการทดสอบคุณภาพมีความสัมพันธ์สูง ($R^2 = 0.8559$) จำแนกระดับความเค็ม 3 ระดับ ดังนี้ ระดับเค็มน้อย (สีน้ำเงิน) แปลผล น้อยกว่า 0.70 ระดับเค็มปานกลาง (สีเขียว) แปลผล 0.70-0.90 และ ระดับเค็มมาก (สีแดง) แปลผลมากกว่า 0.90 ขึ้นไป



(2) เครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิทัล(Digital Blood Pressure Monitor) ที่มีการสอบเทียบมาตรฐาน แปลผลค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure; SBP) และความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure; DBP) โดยมีหน่วยเป็นมิลลิเมตรปรอท

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย

(1) แบบสัมภาษณ์เจาะลึก เพื่อทราบสภาพปัญหาและพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคเกลือและโซเดียมในอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่ รวมทั้งแนวทางข้อเสนอแนะในการออกแบบกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดบริโภคความเค็มของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

(2) กระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus group) เพื่อเป็นการสรุปข้อมูลจากการศึกษาระยะที่ 1 เพื่อกำหนดประเด็นที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการออกแบบกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดบริโภคความเค็มของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.บ้านโนนศิลาแลง

ทั้งสองกิจกรรม ดำเนินกิจกรรมในกลุ่มตัวแทนผู้ป่วยความดันโลหิตจำนวน 5 คน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน จำนวน 5 คน และบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 2 คน รวมทั้งสิ้น 12 คน โดยเริ่มกระบวนการวิจัยโดยผู้วิจัย จำนวน 2 คน เพื่อสัมภาษณ์เชิงลึก และกระบวนการสนทนากลุ่ม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พบค่าความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (Index of item-Objective Congruence: IOC) มีค่าเท่ากับ 0.67-1.00 และนำไปทดลองใช้ (Tryout) ในพื้นที่ตำบลลำชี ผู้ป่วยความดันโลหิตจำนวน 30 คน พบค่าความเที่ยง (Reliability) ดังนี้ ความรู้ในการบริโภคเกลือและโซเดียม มีค่าคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) เท่ากับ 0.70 ทักษะคิดเกี่ยวกับการบริโภคเกลือและโซเดียม และพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคเกลือและโซเดียม มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach alpha coefficient) เท่ากับ 0.75 และ 0.89 ตามลำดับ

ขั้นตอนการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทักษะคิด พฤติกรรม และระดับความเค็มในอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ระยะเวลาในการศึกษา 2 เดือน ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์-มีนาคม 2568

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดบริโภคความเค็มของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.บ้านโนนศิลาแลง ด้วยการนำข้อมูลจากการศึกษา ระยะที่ 1 ร่วมกับการประยุกต์ทางทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้วย Intervention Mapping (MI) จำนวน 6 ขั้นตอน⁽¹³⁾ ได้แก่ การวิเคราะห์ปัญหา การออกแบบตารางความสัมพันธ์เพื่อวัตถุประสงค์ การกำหนดกระบวนการ การออกแบบชุดกิจกรรม การกำหนดแผนงาน และการประเมินผล จากกลุ่มอาสาสมัครที่ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวน 12 คน โดยศึกษาในเดือน เมษายน 2568 ระยะเวลา รวม 1 เดือน



ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดบริโภคความเค็มของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยทดลองใช้โปรแกรม 8 สัปดาห์ ในกลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาระยะที่ 2 จำนวน 34 คน ระยะเวลาในการศึกษา 2 เดือน ระหว่างเดือน พฤษภาคม-มิถุนายน 2568

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลรูปแบบของการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการลดบริโภคความเค็มของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในกลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาระยะที่ 2 จำนวน 34 คน โดยศึกษาในเดือน กรกฎาคม 2568 ระยะเวลารวม 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบาย ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนสถิติเชิงอนุมาน เพื่ออธิบายความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ย (Paired t-tests) ก่อน-หลัง การทดลอง (Mean difference), 95% CI และ p-value และสถิติเชิงคุณภาพ เพื่อวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) จากการถอดบทสนทนาในกลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรอง จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่รับรอง KLS.REC21/2568 ลงวันที่ 29 มกราคม 2568

ผลการวิจัย

การศึกษาระยะที่ 1 พบว่า

การศึกษาข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทักษะ พฤติกรรม และระดับความเค็มในอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 72.27 มีอายุเฉลี่ย 64.06 ปี (S.D. = 8.96) สถานภาพสมรส ร้อยละ 78.99 ระดับการศึกษาสูงสุด ประถมศึกษา ร้อยละ 78.99 อาชีพหลัก เกษตรกร ร้อยละ 80.08 สิทธิการรักษา สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 92.44 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 3,838.66 บาท (S.D. = 4,065.62) คำนี้มวลกาย เฉลี่ย 25.77 (S.D. = 4.72) ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 6.73 ปี (S.D. = 4.44) และจำนวนรับประทานยาความดันโลหิตเฉลี่ย 1.73 เม็ด (S.D. = 0.73)

ความรู้ในการบริโภคเกลือและโซเดียม มีค่าคะแนนเฉลี่ย 8.59 คะแนน (S.D. = 2.54) ส่วนใหญ่มีค่าคะแนนระดับสูง ร้อยละ 37.82 รองลงมา ระดับปานกลาง ร้อยละ 34.45 และระดับต่ำ ร้อยละ 27.73

ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคเกลือและโซเดียม มีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.28 คะแนน (S.D. = 0.36) ส่วนใหญ่มีค่าคะแนนระดับสูง ร้อยละ 47.90 ระดับปานกลาง ร้อยละ 47.90 และระดับต่ำ ร้อยละ 4.20

พฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคเกลือและโซเดียม มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.92 คะแนน (S.D. = 0.32) ส่วนใหญ่มีค่าคะแนนระดับปานกลาง ร้อยละ 55.46 รองลงมา ระดับต่ำ ร้อยละ 28.57 และระดับสูง ร้อยละ 15.97



ระดับความเค็ม มีค่าเฉลี่ย 0.83 (S.D. = 0.12) ส่วนใหญ่ ระดับเค็มปานกลาง (สีเขียว) ร้อยละ 55.46 รองลงมา ระดับเค็มมาก (สีแดง) ร้อยละ 35.29 และระดับเค็มน้อย (สีน้ำเงิน) ร้อยละ 9.24

ความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure) เฉลี่ย 135.12 มิลลิเมตรปรอท (S.D. = 11.81) น้อยที่สุด 106 มิลลิเมตรปรอท และมากที่สุด 164 มิลลิเมตรปรอท ส่วนความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure) เฉลี่ย 77.39 มิลลิเมตรปรอท (S.D. = 10.00) น้อยที่สุด 53 มิลลิเมตรปรอท และมากที่สุด 103 มิลลิเมตรปรอท ทั้งนี้ ควบคุมความดันโลหิต ร้อยละ 65.55 และควบคุมไม่ได้ ร้อยละ 34.45

การศึกษาระยะที่ 2 พบว่า

ขั้นตอนการพัฒนา รูปแบบเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดบริโภคความเค็มของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง ด้วยข้อมูลการศึกษาระยะที่ 1 ประยุกต์กับทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยรูปแบบของการใช้ Intervention Mapping (IM) เป็นฐานในการพัฒนา 6 ขั้นตอน ดังนี้

(1) การวิเคราะห์ปัญหา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคเกลือและโซเดียมอยู่ในระดับสูง ส่วนทัศนคติและพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคเกลือและโซเดียมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ ระดับความเค็มโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความเสี่ยงต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้

(2) การออกแบบตารางความสัมพันธ์เพื่อวิเคราะห์วัตถุประสงค์ รายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการออกแบบตารางความสัมพันธ์เพื่อวิเคราะห์วัตถุประสงค์ (n = 12)

วัตถุประสงค์ทางการศึกษา	องค์ประกอบของความสัมพันธ์		
	ความรู้	ทัศนคติ	พฤติกรรม
ระดับความเค็มในการบริโภคเกลือและโซเดียมที่เหมาะสม	ส่วนใหญ่จะมีความรู้ระดับสูง แต่ยังมีบางส่วนไม่เข้าใจปริมาณโซเดียมที่ซ่อนอยู่ในอาหารแปรรูป และเครื่องปรุงรส	ส่วนใหญ่มีทัศนคติระดับปานกลาง โดยมีความเชื่อว่าการลดเค็มทำให้รสชาติอาหารไม่อร่อย และการควบคุมโซเดียมทำได้ยาก	ส่วนใหญ่พฤติกรรมกรรมการบริโภค ระดับปานกลาง โดยยังคงบริโภคอาหารรสเค็มและไม่หลีกเลี่ยงอาหารแปรรูป
ข้อเสนอแนะ	ควรจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ และให้สื่อสาริตการอ่าน ฉลากโภชนาการ การเลือกอาหารที่มีโซเดียมต่ำ และการปรุงอาหารรสอ่อน	ส่งเสริมกิจกรรมสาธิตเมนูรสชาติอร่อยแต่โซเดียมต่ำ และการนำเสนอประสบการณ์ผู้ป่วยที่ลดเค็มแล้วสุขภาพดีขึ้น เพื่อสร้างแรงจูงใจและทัศนคติบวก	ควรแนะนำการวางแผนเมนูประจำสัปดาห์ การลดปริมาณเครื่องปรุงบนโต๊ะอาหาร และติดตามพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง



(3) การกำหนดกระบวนการและ ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง จากการวิเคราะห์ปัญหาและการออกแบบตารางความสัมพันธ์เพื่อวิเคราะห์วัตถุประสงค์ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดความรู้ ทักษะและพฤติกรรม ผ่านกระบวนการวิเคราะห์ปัญหาเพื่อออกแบบกิจกรรมเชิงรุก เน้นการฝึกทักษะการปรุงอาหารร่วมกับการสร้างแรงจูงใจจากประสบการณ์ผู้ป่วยต้นแบบ เพื่อจัดการพฤติกรรมด้วยการวางแผนเมนู และลดเครื่องปรุงบนโต๊ะอาหาร ส่งเสริมการปรับพฤติกรรมลดเค็มและควบคุมระดับความดันโลหิตที่ยั่งยืน

(4) การออกแบบชุดกิจกรรม เพื่อให้สอดคล้องกับขั้นตอนกระบวนการและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ออกแบบชุดกิจกรรมจำนวน 8 สัปดาห์ รายละเอียด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงกิจกรรมจำนวน 8 สัปดาห์

สัปดาห์	ชื่อกิจกรรม	สาระการเรียนรู้	ผลของความคาดหวังในความรู้	ระยะเวลา
1	อบรมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1: รู้จักโรคความดันโลหิตสูงและโทษของการกินเค็ม	ความหมายและปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง, ความสัมพันธ์ระหว่างความเค็มกับระดับความดันโลหิต, ภาวะแทรกซ้อน และการประเมินการบริโภคเค็ม	สามารถอธิบายสาเหตุและโทษของการบริโภคเค็มเกินได้ และรู้จักวิธีประเมินการบริโภคโซเดียมของตนเอง	2 ชม.
2	เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1: ประเมินพฤติกรรมการบริโภคเค็ม	สำรวจพฤติกรรมการกินครัวเรือน, วิธีการปรุงอาหาร, การใช้เครื่องปรุงรส และวัดความดันโลหิตเบื้องต้น	สามารถระบุจุดที่มีความเสี่ยงต่อการบริโภคเค็มเกินในครัวเรือนตนเอง	1 ชม.
3	อบรมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 2: เมนูสุขภาพลดเค็ม	วิธีปรุงอาหารลดเค็ม, การใช้เครื่องเทศแทนเกลือ, การอ่านฉลากโภชนาการ และการสาธิตเมนูสุขภาพ	สามารถปรุงอาหารลดเค็มได้ถูกต้อง และเลือกซื้ออาหารโดยดูฉลากโภชนาการได้	2 ชม.
4	เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2: ฝึกปรุงเมนูลดเค็มที่บ้าน	ติดตามการปรุงอาหารจริง, ให้คำแนะนำการปรับปรุงเมนูสุขภาพ และการลดปริมาณเครื่องปรุงบนโต๊ะอาหาร	สามารถปรับสูตรอาหารและลดเครื่องปรุงได้ในชีวิตประจำวัน	1 ชม.
5	อบรมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 3: การสร้างแรงจูงใจและทัศนคติบวก	เล่าเรื่องผู้ป่วยที่ลดเค็มแล้วสุขภาพดีขึ้น, เทคนิคการสร้างแรงจูงใจตนเอง และการตั้งเป้าหมายลดเค็ม	มีทัศนคติเชิงบวกต่อการลดเค็ม และมีแรงจูงใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง	2 ชม.



สัปดาห์	ชื่อกิจกรรม	สาระการเรียนรู้	ผลของความคาดหวังใน ความรู้	ระยะเวลา
6	เยี่ยมบ้านครั้งที่ 3: ติดตามและเสริมแรง	ตรวจสอบความก้าวหน้า, การให้ กำลังใจ, และปรับแผนการลดเค็มตาม ปัญหาที่พบ	สามารถรักษาพฤติกรรม การลดเค็มได้อย่าง ต่อเนื่อง	1 ชม.
7	เยี่ยมบ้านครั้งที่ 4: การวางแผนเมนู ประจำสัปดาห์	ร่วมกันวางแผนเมนูลดเค็ม, การจัด รายการซื้อของ, และประเมินความ พร้อมในครัว	สามารถวางแผนและ เตรียมอาหารลดเค็มได้ ด้วยตนเอง	1 ชม.
8	อบรมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 4: ประเมินผล และสรุปทบทวน	ทบทวนความรู้และทักษะ, ประเมิน พฤติกรรม, สรุปประสบการณ์และ แผนดำเนินต่อ	สามารถสรุปสิ่งที่ได้ เรียนรู้ และวางแผนรักษา พฤติกรรมลดเค็มต่อไป ได้	2 ชม.

(5) การกำหนดแผนงานเพื่อส่งเสริมความรู้ ทักษะ พฤติกรรมในการลดระดับความเค็มในอาหารและช่วยลดระดับความดันโลหิต ด้วยการค้นหาปัญหารวมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดบริโภคความเค็มในอาหาร ที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน เกิดรูปแบบการเรียนรู้ จำนวน 8 สัปดาห์

(6) การประเมินผล ด้วยการสร้างแผนและการประเมินผลรูปแบบของการเรียนรู้ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการลดบริโภคความเค็มของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 8 สัปดาห์

การทดลองใช้รูปแบบการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดบริโภคความเค็มของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. จำนวน 8 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 อบรมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1: รู้จักโรคความดันโลหิตสูงและโทษของการกินเค็ม

สัปดาห์ที่ 3 อบรมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 2: เมนูสุขภาพลดเค็ม

สัปดาห์ที่ 5 อบรมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 3: การสร้างแรงจูงใจและทัศนคติบวก

สัปดาห์ที่ 8 อบรมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 4: ประเมินผลและสรุปทบทวน

ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ออกแบบกิจกรรมเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามและเสริมสร้างทัศนคติเชิงบวก รวมทั้งการประเมินพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องในสัปดาห์ที่ 2, 4, 6 และ 7 ตามลำดับ

การประเมินผลรูปแบบของการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการลดบริโภคความเค็มของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง รายละเอียด ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการประเมินผลรูปแบบของการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 34)

ลำดับ	องค์ประกอบ	ช่วงการศึกษา	Mean (S.D.)	Mean diff.	95%CI	p-value
1	ความรู้ ^๑	ก่อนศึกษา	6.24 (1.81)	1.59	0.82 ถึง 2.35	< 0.001*
		หลังศึกษา	7.82 (1.31)			
2	ทัศนคติ ^๑	ก่อนศึกษา	2.31 (0.27)	0.14	0.02 ถึง 0.25	0.019*
		หลังศึกษา	2.54 (0.19)			
3	พฤติกรรม ^๑	ก่อนศึกษา	1.66 (0.18)	0.43	0.32 ถึง 0.54	< 0.001*
		หลังศึกษา	2.09 (0.26)			
4	ระดับความเต็ม	ก่อนศึกษา	0.87 (0.08)	-0.04	-0.08 ถึง -0.01	0.024*
		หลังศึกษา	0.82 (0.07)			
5	ความดันโลหิตตัวบน	ก่อนศึกษา	135.41 (5.69)	-5.09	-8.51 ถึง -1.66	0.004*
		หลังศึกษา	130.32 (8.22)			
6	ความดันโลหิตตัวล่าง	ก่อนศึกษา	81.82 (7.73)	-7.85	-4.38 ถึง -11.32	< 0.001*
		หลังศึกษา	73.97 (6.54)			

*ทดสอบนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้วยการทดสอบด้วยสถิติ Paired t-tests

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา รูปแบบการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการลดบริโภคความเค็มในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความรู้และพฤติกรรมในระดับปานกลางขึ้นไป แต่การบริโภคอาหารมีความเค็มเกินกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ส่งผลต่อภาวะความดันโลหิตที่ควบคุมไม่ได้ ดังนั้น รูปแบบการเรียนรู้ 8 สัปดาห์ไปทดลองใช้ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมลดบริโภคเค็มของผู้ป่วย เพิ่มสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ ระดับความเค็มในอาหารที่บริโภค รวมถึงระดับความดันโลหิตทั้งตัวบนและตัวล่างลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสรุปได้ว่า รูปแบบการเรียนรู้ที่เน้นกิจกรรมเชิงปฏิบัติการและการให้คำปรึกษาเชิงสร้างแรงจูงใจนี้ สามารถประยุกต์ใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาระยะที่ 1 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่มีความรู้ ทัศนคติ ระดับสูงและพฤติกรรมระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรนุช ศรีหะคมและคณะ⁽⁷⁾ พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตมีทัศนคติระดับสูง แต่ทัศนคติและพฤติกรรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผลการศึกษานี้แตกต่างจากกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเขตสุขภาพที่ 7 ของ สม นาสอาน และ



ทิพาพร ราชไกร⁽¹⁴⁾ พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับต่ำ นอกจากนี้ ผลของการศึกษารั้งนี้ พบว่า ระดับความเค็ม มีค่าเฉลี่ย 0.83 ความดันโลหิตเฉลี่ย 135.12/77.39 มิลลิเมตรปรอทและควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ร้อยละ 34.45 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตของอุบลราชธานี⁽⁷⁾ ที่บริโภคเค็ม ร้อยละ 75.00 และการศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตประเทศเอธิโอเปีย พบการบริโภคเกลือ ร้อยละ 51.5 และควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ร้อยละ 58.8⁽¹⁵⁾ ส่วนการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตเขตสุขภาพที่ 7 พบว่า ระดับความเค็มเฉลี่ย 1.00 และค่าความดันโลหิตเฉลี่ย 138.24/83.26 มิลลิเมตรปรอท⁽¹⁴⁾ ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษารั้งนี้

ส่วนการศึกษาระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดบริโภคความเค็มในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยใช้ Intervention Mapping (IM)⁽¹³⁾ พบว่า หลังการเรียนรู้ 8 สัปดาห์ ค่าคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมลดบริโภคเค็มและโซเดียมเพิ่มขึ้น ส่วนระดับความเค็มในอาหารและความดันโลหิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตของ Sirichai Wiriyatanakorn และคณะ⁽¹⁸⁾ และการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงเขตสุขภาพที่ 7⁽¹⁴⁾ ซึ่งได้ผลลัพธ์เช่นเดียวกัน ส่วนรูปแบบแนวคิด IM เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้จากการทบทวนทฤษฎีที่เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างและชุมชน⁽¹³⁾ นอกจากนี้ ผลของการวิจัยและพัฒนาส่งเสริมการเรียนรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตั้งแต่การส่งเสริมความรู้ การสาธิต การให้ข้อมูล การเยี่ยมบ้าน และการติดตามประเมินผลเพื่อให้เกิดความตระหนักและความยั่งยืนทางพฤติกรรม ต่อไป⁽¹⁶⁻¹⁷⁾

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. บุคลากรสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ ควรนำรูปแบบการเรียนรู้ 8 สัปดาห์ไปประยุกต์ใช้อย่างต่อเนื่อง โดยเน้นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คือ การจัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ ที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดทักษะการตัดสินใจเลือกอาหารและการควบคุมความเค็มด้วยตนเอง ควบคู่ไปกับการใช้เทคนิค IM เพื่อกระตุ้นแรงจูงใจภายในและความมุ่งมั่นในการรักษาพฤติกรรมในระยะยาว

2. หน่วยงานสาธารณสุขในระดับพื้นที่และเขตสุขภาพ ควรให้การสนับสนุนด้านนโยบายและทรัพยากร เช่น การจัดสรรเครื่องมือวัดความเค็มและการฝึกอบรมทักษะ IM ให้แก่บุคลากรและอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้สามารถขยายผลการนำรูปแบบการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพไปประยุกต์ใช้ในการดูแลและติดตามผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) อื่นๆ ได้

3. ควรมีการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมลดบริโภคเค็มและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยในระยะยาว และควรขยายขอบเขตการศึกษาไปยังประชากรกลุ่มใหญ่ขึ้น



หรือพื้นที่ที่มีบริบททางวัฒนธรรมการบริโภคที่แตกต่างกัน เพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบการเรียนรู้ที่เพิ่มขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2022. Geneva: World Health Organization. [internet]. 2022 [cited 2025 May 20]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240047761>
2. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. แนวทางการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1394120230302070611.pdf>
3. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข (Health Data Centre; HDC). ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD DM,HT,CVD). [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://ksn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b
4. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย พ.ศ. 2559-2568. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559
5. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการพิมพ์อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซน์; 2564.
6. Cohen J. (1998). Statistical power analysis for the behavioral sciences. (2nd). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1988.
7. อรุณฯ ศรีหะดม, ทักษิณ พิมพ์ภักดิ์, พัจจนา ธานี. ปริมาณโซเดียมในอาหารที่บริโภคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง บ้านดอนกลางใต้ ตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2562; 2(1): 34-43.
8. อัยยา โสภาค, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, อัจฉรา คำมะณีตย์, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ. ผลของโปรแกรมการจัดการอาหารเสริมต่อความรู้และอัตราการกรองไตสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี. วารสารโรงพยาบาลนครพนม 2565; 9(3): 84-95.



9. Faul F, Erdfelder E, Lang A, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods* 2007; 39(2): 175-91.
10. อรุณ จิรวัดน์กุล. ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ: การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อการเปรียบเทียบสัดส่วนระหว่างประชากรสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน. ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
11. Bloom B. *Taxonomy of Education Objective, Handbook 1: Cognitive Domain*. New York: David McKay; 1975.
12. Best JW. *Research in Education*. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1977.
13. Bartholomew K, Parcel G, Kok G, Gottlieb N. *Planning health promotion program: an intervention mapping approach*. 2nd ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2006.
14. สม นาสอ้าน และทิพาพร ราชไกร. การพัฒนารูปแบบการลดการบริโภคเค็มในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น* 2563; 27(3): 99-110.
15. Solomon, M., Negussie, Y.M., Bekele, N.T. et al. Uncontrolled blood pressure and associated factors in adult hypertensive patients undergoing follow-up at public health facility ambulatory clinics in Bishoftu town, Ethiopia: a multi-center study. *BMC Cardiovasc Disord* 2023; 23: 258.
16. ณัฐภัสชญ์ นวลสีทอง, ธมลวรรณ สวัสดิ์สิงห์, อ้อยทิพย์ บัวจันทร์ และฐานิตา เพชรนุ้ย. การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี* 2562; 27(3): 231-39.
17. วุฒิพงษ์ สิ้นทรัพย์, ประวุฒิ พุทธชิน และเสถียรพงษ์ ศิวินา. การพัฒนาระบบและกลไกการดำเนินงานสถานีสุขภาพประจำหมู่บ้านต้นแบบจังหวัดอำนาจเจริญ. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ* 2568; 18(2): 14-25.
18. Wiriyanakorn, S., Mukdadilok, A., Kantachuesiri, S., et al. Impact of self-monitoring of salt intake by salt meter in hypertensive patients: A randomized controlled trial (SMAL-SALT). *Journal of clinical hypertension (Greenwich, Conn.)* 2021; 23(10):1852-61.



การพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วย CAPD แบบไร้รอยต่อในระบบบริการปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน พื้นที่อำเภอเลิงนกทา

DEVELOPMENT OF A SEAMLESS PRIMARY CARE DELIVERY SYSTEM FOR CAPD PATIENTS WITH FAMILY AND COMMUNITY PARTICIPATION, LOENGNOKTHA DISTRICT

Received: September 15, 2025

Revised: December 12, 2025

Accepted: January 13, 2026

ปัทมธร สายพฤษย์¹, ประเสริฐ ประสมรักษ์^{2*}, วาสนา นิมิตร¹, กนกฉัตร สมชัย³
Pannathorn Sayplug¹, Prasert Prasomruk^{2*}, Wasana Nimit¹, Kanokchat Somchai³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วย CAPD แบบไร้รอยต่อในระบบบริการปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน พื้นที่อำเภอเลิงนกทา ศึกษาประชากรในกลุ่มญาติที่ดูแลและผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องทุกราย จำนวน 69 คน ระหว่างเดือนมีนาคมถึงสิงหาคม 2568 ดำเนินการตามกระบวนการ PAOR เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามในกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 และ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานด้วย paired Sample t-test

ผลการศึกษา พบว่า ระบบดูแลผู้ป่วย CAPD ไร้รอยต่อขับเคลื่อนด้วย 4 กลไกหลัก ได้แก่ การพัฒนาระบบและบุคลากร, การเชื่อมโยงระบบส่งต่อและสื่อสาร, การบูรณาการฐานข้อมูล และการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง ภายหลังใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ ทักษะในการดูแลเพิ่มขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) มีภาวะแทรกซ้อนลดลง และญาติที่ดูแลมีความรู้ ทักษะในการดูแลคุณภาพชีวิต และมีส่วนร่วมในการดูแลเพิ่มจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) โดยมีขนาดผลกระทบระดับปานกลางขึ้นไปทั้งสองกลุ่ม

สรุปได้ว่า ผลการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วย CAPD แบบไร้รอยต่อทำให้ตัวชี้วัดหลักดีขึ้นทุกด้าน จึงควรนำไปขยายผลในโรงพยาบาลที่มีอายุรแพทย์และศูนย์ไตที่พร้อม

คำสำคัญ: โรคไตวายเรื้อรัง, ล้างไตทางช่องท้อง, ระบบบริการปฐมภูมิ, การมีส่วนร่วม

¹ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา

Loengnoktha Crown Prince hospital

² มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ

Mahidol University Amnatchareon Campus

³ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

*Corresponding author E-mail: Prasert.pra@mahidol.ac.th



Abstract

This action research aimed to Development of a Seamless Primary Care Delivery System for CAPD Patients with Family and Community Participation in the Loengnoktha District. The study population included all 69 CAPD patients and their caregivers in the area. Data collection was conducted from March to August 2025 using the PAOR (Plan, Act, Observe, Reflect) process. Data were collected using questionnaires for both patients and caregivers, which had reliability scores of 0.93 and 0.87, respectively. The data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics with a paired Sample t-test.

The study results revealed that the seamless CAPD care system was driven by four key mechanisms: 1) Development of the system and personnel 2) Linkage of referral and communication systems 3) Integration of databases and 4) Continuous monitoring and evaluation after the implementation of the developed model. This resulted in patients demonstrating significant increases in knowledge and care skills, and improved quality of life compared to the pre-intervention phase ($p\text{-value} < 0.001$), along with a reduction in complications. Furthermore, the accompanying relatives/caregivers showed significant increases in knowledge, care skills, quality of life, and participation in care compared to the pre-intervention phase ($p\text{-value} < 0.001$). Both groups demonstrated an effect size of medium or higher.

In conclusion, the Seamless primary care delivery system for CAPD patients resulted in improvement across all key indicators. Therefore, this model should be expanded for implementation in hospitals equipped with physicians and a fully prepared renal center.

Keywords: Chronic Kidney Disease, Peritoneal Dialysis, Primary Care System, Participation



บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลก รวมถึงประเทศไทยและมีแนวโน้มอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทุกปี⁽¹⁾ โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา ข้อมูลองค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่าผู้ป่วยโรคไตวายเพิ่มมากขึ้นทุกปี จากปี ค.ศ. 2019-2023 จำนวน 750 ล้านคน, 770 ล้านคน, 790 ล้านคน, 810 ล้านคน และ 830 ล้านคน ทั่วโลก ตามลำดับ และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 12⁽²⁾ ในประเทศไทย ปัญหาโรคไตวายเรื้อรังยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเช่นกัน โดยมีแนวโน้มการเกิดที่เพิ่มสูงขึ้นในประชากรกลุ่มสูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค ระบุว่าในประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ปี พ.ศ. 2562-2565 จำนวน 1.1 ล้านคน, 1.3 ล้านคน, 1.5 ล้านคน และ 1.6 ล้านคน ตามลำดับ หากผู้ป่วยไตวายเรื้อรังไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมจะทำให้มีอาการแย่ลง จนเข้าสู่ไตวายระยะสุดท้าย (Chronic Kidney disease stage 5: CKD5)⁽³⁾

การล้างไตถือเป็นวิธีการบำบัดทดแทนไตที่สำคัญและช่วยยืดอายุขัยของผู้ป่วยได้หลายปี⁽⁴⁾ การเข้าถึงการรักษาโรคไตในระดับโลกยังคงมีความไม่เท่าเทียมกัน โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาที่มีความขาดแคลนในเทคโนโลยีและบุคลากรทางการแพทย์ที่เชี่ยวชาญ⁽⁵⁾ นอกจากนี้ งานวิจัยของ Kazancioglu ยังเน้นย้ำถึงความสำคัญของการบำบัดทดแทนไตว่า ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ หากได้รับการรักษาที่เหมาะสม⁽⁶⁾ ในประเทศไทย มีผู้ป่วยไตวายระยะที่ 5 ที่ต้องได้รับการล้างไต พ.ศ. 2560-2564 จำนวน 60,795 คน, จำนวน 66,409 คน, จำนวน 68,742 คน, จำนวน 62,081 คน, จำนวน 659,531 คน⁽³⁾ ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยฟอกไตเพิ่มขึ้น 13,045 ราย ขณะที่จำนวนผู้ป่วยใหม่ที่รับการล้างไตทางช่องท้องลดลงเกือบร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2564

ทั้งนี้ การบำบัดทดแทนไตในรูปแบบต่างๆ ยังเป็นแนวทางที่หน่วยงานสาธารณสุขในประเทศไทยพยายามพัฒนาและสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง โดยสามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่ การฟอกเลือดผ่านเครื่อง การล้างไตทางช่องท้อง และการปลูกถ่ายไต ถึงแม้การปลูกถ่ายไตเป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุด แต่มีข้อจำกัดเรื่องผู้บริจาคไตทั่วประเทศน้อย ส่วนการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมยังมีข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่ายในการรักษา ดังนั้น การล้างไตทางช่องท้องที่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลสามารถทำเองได้บ้านจึงเป็นทางเลือกที่ดีที่สุด ซึ่งสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ขยายสิทธิประโยชน์ความคุ้มครองโดยผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ⁽⁷⁾ อย่างไรก็ตาม การจัดการบริการล้างไตทางช่องท้อง ยังขาดการบูรณาการและการสนับสนุนจากทีมสหวิชาชีพ โดยเฉพาะขาดการจัดการแบบ case management และการใช้เทคโนโลยีสนับสนุน ส่งผลให้การประเมิน วางแผน และติดตามผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง⁽⁸⁾ ความรู้และทักษะของบุคลากรปฐมภูมิไม่เพียงพอ และการดูแลที่บ้านมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้และทักษะที่ถูกต้อง รวมถึงสภาพแวดล้อมบ้านที่ไม่เหมาะสม⁽⁹⁾ ซึ่งเป็นผลจากการขาดระบบบริการที่เชื่อมโยงไร้รอยต่อ โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาและประเมินผลระบบบริการที่มีคุณภาพในการให้บริการ

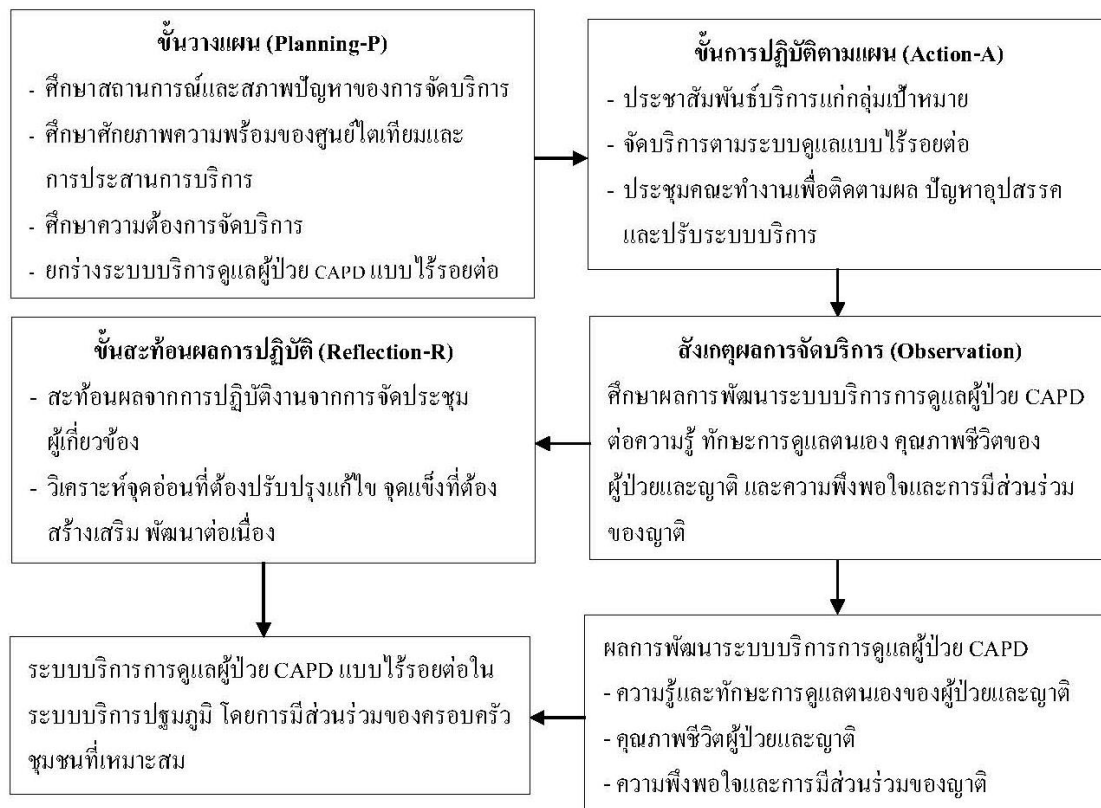


จากแนวโน้มผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกรับการรักษาบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้องที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยเหล่านี้จึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ญาติ ชุมชน และเครือข่ายระบบบริการเพื่อรองรับการดูแลที่ต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับบทบาทของพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ที่ต้องใช้เวลาในระดับสูงในการจัดการความซับซ้อนของโรค อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลยังขาดการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการอย่างเป็นระบบเพื่อเชื่อมโยงการดูแลในระดับปฐมภูมิ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะพัฒนาระบบบริการที่สามารถสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย CAPD แบบไร้รอยต่อ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การลดภาวะแทรกซ้อน ที่มีประสิทธิภาพให้กับชุมชนอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วย CAPD แบบไร้รอยต่อในระบบบริการปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน พื้นที่อำเภอเลิงนกทา

กรอบแนวคิดในการวิจัย





ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามแนวคิดของเคมมิต และแมคแท็กการ์ท⁽¹⁰⁾ ประกอบด้วย มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) ศึกษาสถานการณ์ความพร้อม ความต้องการในการจัดบริการ ของศูนย์ไตเทียม เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผนที่กำหนด (Action) ดำเนินการประชาสัมพันธ์บริการแก่ กลุ่มเป้าหมาย ในการจัดบริการตามระบบดูแลแบบไร้รอยต่อ และประชุมคณะทำงานเพื่อติดตามผล ปัญหาอุปสรรค และปรับระบบบริการ

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน (Observation) ดำเนินการศึกษาลง การพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วย CAPD โดยการประเมินความรู้และทักษะการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยและญาติ คุณภาพชีวิตผู้ป่วยและญาติ ความพึงพอใจและการมีส่วนร่วมของญาติ

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลจากการปฏิบัติงาน (Reflection) โดยจัดประชุมผู้เกี่ยวข้อง เพื่อวิเคราะห์จุดอ่อนที่ต้องปรับปรุงแก้ไข จุดแข็งที่ต้องพัฒนาต่อเนื่อง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยล้างไต ทางช่องท้อง และทีมดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และ 2) กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง แบบต่อเนื่อง และญาติที่ดูแลโดยตรง ที่รับบริการที่หน่วยล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จำนวน กลุ่มละ 69 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นการศึกษาประชากรทั้ง 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้ให้บริการ ศึกษาในทีมสหวิชาชีพ ที่ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง และทีมดูแลต่อเนื่องที่บ้านทุกคน รวม 24 คน 2) กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยและญาติ

เกณฑ์คัดเข้า: เป็นผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง และญาติที่ดูแลโดยตรง ที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่ คลินิกล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา อาศัยอยู่ที่อำเภอเลิงนกทา ระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป สามารถสื่อสารภาษาไทยและอ่านออก เขียนได้

เกณฑ์คัดออก: เป็นผู้ที่ไม่สามารถติดต่อได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วย ประกอบด้วย 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามตรวจสอบรายการ จำนวน 10 ข้อ



ส่วนที่ 2 ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ ถูก ผิด จำนวน 15 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน แปลผลตามเกณฑ์ของ Bloom⁽¹¹⁾ ได้คะแนนร้อยละ 80-100 มีความรู้ระดับมาก คะแนนร้อยละ 60-79 มีความรู้ระดับปานกลาง ได้คะแนน น้อยกว่าร้อยละ 60 มีความรู้ระดับน้อย

ส่วนที่ 3 ทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วย เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ทำได้ดีมาก ทำได้ดี ทำได้ปานกลาง ทำได้น้อย จำนวน 15 ข้อ แปลผลตามเกณฑ์ของแดเนียล⁽¹²⁾ คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00 มีทักษะการดูแลตนเองระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 ระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วย เป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 20 ข้อ เกณฑ์แปลผลคะแนนรวม 80-100 คะแนน มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสามารถในการจัดการกับการล้างไตอย่างมีประสิทธิภาพ โดยไม่รู้สึกรำคาญหรือปัญหาจากการล้างไต คะแนนรวม 60-79 คะแนน มีคุณภาพชีวิตที่ค่อนข้างดี แต่ยังมีบางปัญหาหรืออาการที่ยังมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน คะแนนรวมต่ำกว่า 60 คะแนน มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี เสี่ยงต่อการได้รับผลกระทบจากการล้างไตอย่างชัดเจน อาจต้องการการสนับสนุนเพิ่มเติมทั้งจากแพทย์และญาติที่ดูแล

ส่วนที่ 5 แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนจากการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำนวน 5 ข้อ โดยตอบ เคย ไม่เคย และระบุจำนวนครั้งที่เกิดภาวะแทรกซ้อน

2. แบบสอบถามสำหรับญาติที่ดูแล ประกอบด้วย 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามตรวจสอบรายการ 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ในการดูแลผู้ป่วยของญาติที่ดูแล เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ ถูก ผิด จำนวน 15 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน แปลผลตามเกณฑ์ของ Bloom⁽¹¹⁾ ได้คะแนน ร้อยละ 80-100 มีความรู้ระดับมาก ได้คะแนน ร้อยละ 60-79 ระดับปานกลาง ได้คะแนน น้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับน้อย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทักษะการดูแลผู้ป่วยของญาติที่ดูแล เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ทำได้ดีมาก ทำได้ดี ทำได้ปานกลาง ทำได้น้อย จำนวน 15 ข้อ แปลผลตามเกณฑ์ของแดเนียล⁽¹²⁾ คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00 มีทักษะการดูแลตนเองระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 ระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 ระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบวัดคุณภาพชีวิตญาติที่ดูแล เป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 20 ข้อ การแปลผลจากคะแนนรวม 80-100 คะแนน มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสามารถในการจัดการกับการล้างไตอย่างมี



ประสิทธิภาพ โดยไม่รู้ตัวว่ามีอุปสรรคหรือปัญหาจากการล้างไต คะแนนรวม 60-79 คะแนน มีคุณภาพชีวิตที่ค่อนข้างดี แต่ยังมีบางปัญหาหรืออาการที่ยังมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน คะแนนรวมต่ำกว่า 60 คะแนน มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี เสี่ยงต่อการได้รับผลกระทบจากการล้างไตอย่างชัดเจน อาจต้องการการสนับสนุนเพิ่มเติมทั้งจากแพทย์และชุมชน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของญาติที่ดูแล เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ มีส่วนร่วมประจำ บางครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติ จำนวน 10 ข้อ แปลผลตามเกณฑ์ของแคนเนล⁽¹²⁾ คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00 มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 ระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ทำการทดสอบความตรงของเนื้อหา ได้ค่าตั้งแต่ 0.5-1.00 และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือในผู้ป่วยที่รับบริการที่โรงพยาบาลกุดชุม จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์คอนบราคของแบบสอบถามสำหรับกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแล เท่ากับ 0.93 และ 0.87 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการจัดทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัย ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ต่อผู้พัฒนาระบบผู้ป่วยและญาติ โดยดำเนินการวิจัยภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร เลขที่ HE 6818/2568 โดยผู้วิจัยปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยโดยเคร่งครัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมาน เพื่อเปรียบเทียบความรู้และทักษะการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยและญาติ การมีส่วนร่วมของญาติ ก่อนและหลังการได้รับบริการที่พัฒนาขึ้น ด้วยสถิติทดสอบ Paired Sample T-Test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติทุกตัวแปร

ผลการวิจัย

1. ระบบบริการการดูแลผู้ป่วย CAPD แบบไร้รอยต่อในระบบบริการปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน มีรายละเอียดดังนี้

1) กำหนดโครงสร้างและบทบาทผู้ให้บริการ ประกอบด้วย 1) โรงพยาบาลชุมชน บริการติดตามการรักษา ตรวจร่างกาย และส่งผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ วางระบบแผนการรักษา สนับสนุนความรู้ทางวิชาการแก่หน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นศูนย์กลางรับส่งต่อผู้ป่วยกรณีมีภาวะแทรกซ้อน จัดหา



เครื่องมือ อุปกรณ์ ประสานการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลหลักเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน ติดตามเยี่ยมบ้าน ร่วมกับ รพ.สต. อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 2) รพ.สต. ติดตามอาการและเยี่ยมบ้าน ร่วมกับ อสม. และชุมชน ตามแผนการเยี่ยม เพื่อติดตามอาการทั่วไป ประเมินแผล สังเกตภาวะแทรกซ้อน ติดตามอาการทุก 3 เดือน 3) ครอบครัวและญาติผู้ป่วย มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน เรียนรู้และฝึกฝนการดูแลแผล การเปลี่ยนน้ำยา สื่อสารข้อมูลกับบุคลากรสาธารณสุข 4) อสม. และชุมชน มีบทบาทในการดำเนินการเยี่ยมบ้าน ร่วมติดตามอาการผู้ป่วยล้างไตเบื้องต้น ให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเอง เฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ สนับสนุนด้านจิตใจและสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษา ทุก 3 เดือน

2) การพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการและบริหารจัดการผู้ให้บริการ จัดอบรมบุคลากร รพ.สต. ให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับ CAPD ขั้นตอนการล้างไต การเปลี่ยนถุงน้ำยา การดูแลแผลและการรักษา ความสะอาด การประเมินอาการผิดปกติและภาวะแทรกซ้อน การสังเกตความผิดปกติ การตัดสินใจส่งต่อ และแนวทางการประสานงาน บทบาทของ รพ.สต. และ อสม. ในการดูแลต่อเนื่อง การเยี่ยมบ้านและการให้คำแนะนำแก่ครอบครัว การใช้แบบฟอร์มประเมินและแนวทางรายงานผล การสื่อสารและใช้เทคโนโลยีสนับสนุน การใช้งาน Line กลุ่ม CAPD การถ่ายภาพแผล/สีน้ำล้างไต ส่งปรึกษาทางไกล พัฒนาคู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่และครอบครัว สร้างระบบ “พี่เลี้ยงชุมชน” โดยใช้ อสม. หรือผู้ป่วย แบ่งปันประสบการณ์ สร้างคลังความรู้ในรูปแบบออนไลน์ผ่านวิดีโอ

3) จัดระบบส่งต่อและการสื่อสารทางไกลเพื่อการดูแลผู้ป่วย จัดทำแนวทางการส่งต่อที่ชัดเจน โดยใช้แบบฟอร์ม CAPD Referral Sheet ส่งต่อจาก รพ.สต. ไปยังโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไปตามระดับความรุนแรง มีการกำหนดจุดเชื่อมต่อประสานในแต่ละระดับโดยพยาบาล CAPD โรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบกลาง และการให้คำปรึกษาทางไกล เปิด Line กลุ่ม “เครือข่าย CKD CAPD เล็งนกทา” โดยมีสมาชิกเป็นพยาบาลของโรงพยาบาลหลัก รพ.สต. หรือผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง เกษัชกร นักกายภาพบำบัด และนักโภชนาการ กลุ่ม Line ใช้ในการส่งข้อความและคำตอบ ปรึกษาอาการผิดปกติ แจ้งตารางเยี่ยมบ้านหรือเปลี่ยนนัด ส่งวิดีโอสอนวิธีดูแลแผล หรือล้างมือ โดยมีพยาบาลเวร CAPD ออนไลน์ดูแลในเวลาราชการ และกรณีฉุกเฉิน ส่วนการจัดระบบส่งต่อและการสื่อสารทางไกล เชื่อมโยงข้อมูลและการตัดสินใจระหว่างระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ผ่าน Line ให้พยาบาลโรงพยาบาลประเมิน โดยมีแบบฟอร์มการส่งต่อในกรณีผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน กรณีมีการส่งต่อโดยใช้แบบฟอร์มการส่งต่อด้วยแบบฟอร์มมาตรฐาน CAPD Referral Form สามารถแนบส่งได้ทั้งแบบกระดาษหรือ Google Form ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป อาการผิดปกติ การดำเนินการเบื้องต้น ภาพถ่ายประกอบ ดำเนินการส่งแบบผ่านช่องทางที่กำหนดไว้

4) ระบบข้อมูลสุขภาพผู้ป่วย ใช้ระบบบันทึกออนไลน์ Google Sheet ที่สามารถใช้งานร่วมกันได้ซึ่งโรงพยาบาลหลักสามารถเข้าถึงข้อมูลการเยี่ยมบ้านได้ และสรุปผลการดำเนินงานทุกๆ 3 เดือน โดยนำเสนอในการประชุมติดตามแผนการดูแล ส่งต่อ และให้คำปรึกษาโดยจัดตาราง



เยี่ยมบ้านรายปี ดำเนินงานโดยโรงพยาบาล รายเดือน ดำเนินงานโดย รพ.สต. พร้อมแบบฟอร์มการเยี่ยมบ้าน เปิดช่องทางสื่อสารทางไกล (Line กลุ่ม “ชมรมรักษ์ไต”) ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล

5) ระบบกำกับติดตามและเสริมพลังการดำเนินงาน แต่งตั้งคณะกรรมการติดตามระดับตำบล โดยมีผู้แทน รพ.สต., อสม., ครอบครัวผู้ป่วย และผู้นำชุมชน จัดประชุมติดตามความก้าวหน้าทุก 3 เดือน และมีการให้แรงจูงใจ “ครอบครัวต้นแบบ” และ “อสม.ดีเด่นด้านการดูแลล้างไต” ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วย และความพึงพอใจต่อบริการเพื่อปรับปรุงการดำเนินงาน

2. ผลของการพัฒนาระบบบริการต่อผู้ป่วย โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 62.30 อายุระหว่าง 50-69 ปี ร้อยละ 60.80 (M = 60.77±11.93 ปี) สถานภาพสมรส ร้อยละ 82.60 ระยะเวลาล้างไตทางช่องท้องน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 63.80 (M = 3.77±2.68 ปี) เป็นผู้ป่วยที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 92.80 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่เกิน 1,500 บาท ร้อยละ 46.40

ความรู้ ทักษะในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย CAPD พบว่า หลังจากการใช้ระบบบริการที่พัฒนาขึ้น ผู้ป่วยมีตัวชี้วัดหลักดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ทุกด้าน โดยหลังการทดลอง ความรู้ด้านการดูแลตนเอง ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง (M = 14.13, S.D. = 1.57) เป็น (M = 14.92, S.D. = 0.60, t = 3.85) มีขนาดผลกระทบปานกลาง (d ≈ 0.50) ทักษะการดูแลตนเอง ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (M = 2.79, S.D. = 0.74) เป็นระดับสูง (M = 3.50, S.D. = 0.52, t = 7.24) มีขนาดผลกระทบใหญ่ (d ≈ 0.96) คุณภาพชีวิต ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากระดับค่อนข้างดี (M = 75.46, S.D. = 7.43) เป็นระดับดี (M = 85.66, S.D. = 4.38, t = 10.47) มีขนาดผลกระทบใหญ่มาก (d ≈ 1.37) และส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนลดลง จากร้อยละ 36.1 ในปี 2566 เป็น 31.0 ในปี 2568 แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้ ทักษะการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย CAPD ภาพรวม พื้นที่อำเภอเลิงนกทา ก่อนและหลังการทดลอง (n = 69)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value	Effect size
	Mean (S.D.)	แปลผล	Mean (S.D.)	แปลผล			
ความรู้ด้านการดูแลตนเอง	14.13 (1.57)	มาก	14.92 (0.60)	มาก	3.85	< 0.001	0.50
ทักษะการดูแลตนเอง	2.79 (0.74)	ปานกลาง	3.50 (0.52)	สูง	7.24	< 0.001	0.96
คุณภาพชีวิต	75.46 (7.43)	ค่อนข้างดี	85.66 (4.38)	ดี	10.47	< 0.001	1.37

3. ผลของการพัฒนาระบบบริการต่อญาติที่ดูแลผู้ป่วย ญาติที่ดูแลผู้ป่วย CAPD ส่วนใหญ่ อายุระหว่าง 45-64 ปี (M = 48.22, S.D. = 15.15) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.80 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ



72.50 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 59.40 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นคู่สมรส ร้อยละ 40.60 มีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยมากกว่า 2 ปี ร้อยละ 56.50

หลังจากการใช้ระบบบริการที่พัฒนาขึ้น ผู้ดูแลมีตัวชี้วัดหลักดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ทุกด้าน โดยหลังการทดลอง ความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากการทดลอง ($M = 14.53, S.D. = 1.05$) เป็น ($M = 15.00, S.D. = 0.00, t = 3.66$) มีขนาดผลกระทบปานกลาง ($d \approx 0.45$) ทักษะการดูแลผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง ($M = 3.28, S.D. = 0.44$) เป็นระดับมาก ($M = 3.96, S.D. = 0.16, t = 12.55$) มีขนาดผลกระทบใหญ่มาก ($d \approx 1.55$) คุณภาพชีวิตของญาติที่ดูแล มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากระดับก่อนข้างดี ($M = 75.68, S.D. = 6.64$) เป็นระดับดี ($M = 91.17, S.D. = 4.19, t = 17.01$) มีขนาดผลกระทบใหญ่มาก ($d \approx 2.33$) การมีส่วนร่วมดูแลของญาติ มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากระดับมาก ($M = 3.55, S.D. = 0.54$) เป็นระดับมาก ($M = 3.94, S.D. = 0.23, t = 6.52$) มีขนาดผลกระทบใหญ่ ($d \approx 0.72$) แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้ ทักษะ คุณภาพชีวิต การมีส่วนร่วมของญาติที่ดูแลผู้ป่วย CAPD พื้นที่อำเภอเลิงนกทา ก่อนและหลังการทดลอง ($n = 69$)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value	Effect size
	Mean (S.D.)	แปลผล	Mean (S.D.)	แปลผล			
ความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วย	14.53 (1.05)	มาก	15.00(0.00)	มาก	3.66	<0.001	0.45
ทักษะการดูแลผู้ป่วย	3.28 (0.44)	ปานกลาง	3.96(0.16)	มาก	12.55	<0.001	1.55
คุณภาพชีวิตของญาติ	75.68 (6.64)	ค่อนข้างดี	91.17(4.19)	ดี	17.01	<0.001	2.33
การมีส่วนร่วมดูแลของญาติ	3.55 (0.54)	มาก	3.94(0.23)	มาก	6.52	<0.001	0.72

อภิปรายผลการวิจัย

1. ระบบบริการดูแลผู้ป่วย CAPD แบบไร้รอยต่อ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนที่พัฒนาขึ้นนี้ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการยกระดับกระบวนการให้บริการตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน ไปจนถึงระดับโรงพยาบาล ซึ่งเกิดจากกลไกสำคัญหลายประการ ได้แก่

1) กลไกการลดช่องว่างบริการผ่านการกำหนดโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การกำหนดโครงสร้าง บทบาทหน้าที่ให้บริการอย่างชัดเจนในทุกๆระดับ ตั้งแต่โรงพยาบาล, รพ.สต., ครอบครัวและญาติผู้ป่วย, ไปจนถึง อสม. ได้สร้างความชัดเจนในการปฏิบัติงานและลดช่องว่างในระบบบริการได้อย่างมีนัยสำคัญ กลไกนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ เทพไกร⁽¹³⁾ ที่ระบุว่า ระบบบริการปฐมภูมิแบบไร้รอยต่อมีความสำคัญต่อการลดช่องว่างระหว่างบริการเพิ่มประสิทธิภาพการรักษา และลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยระยะยาวอย่างมีประสิทธิภาพ



การมีบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนและมีมาตรฐานทำให้ผู้ป่วยสามารถ เข้าถึงการให้บริการได้อย่างรวดเร็ว และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2) กลไกการเสริมสร้างศักยภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชน การพัฒนาระบบนี้มุ่งเน้นที่ การเสริมสร้างศักยภาพของผู้ให้บริการ และผู้ดูแลในทุกระดับ โดยมีการฝึกอบรมให้ความรู้และ ทักษะในการปฏิบัติแก่บุคลากรตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้ นอกจากนี้ การพัฒนาระบบที่เลี้ยง ชุมชน เพื่อเข้ามามีส่วนร่วมดูแลและแบ่งปันประสบการณ์ เป็นอีกกลไกสำคัญที่สร้างความเข้มแข็งใน ชุมชน กลไกนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพร อยู่แดง และคณะ⁽¹⁴⁾ และสุกัญญา อึ้งตระกูล และ คณะ⁽¹⁵⁾ ที่ยืนยันถึงความจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการใช้กลไกเหล่านี้ ช่วยให้ผู้ดูแลและชุมชนมีความมั่นใจและทักษะเพิ่มขึ้น ส่งผลโดยตรงต่อการลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจ เกิดขึ้นจากการดูแลที่บ้าน

3) กลไกการกำกับติดตามและการเสริมพลังเพื่อความยั่งยืน การพัฒนาระบบได้รวมเอา กลไกการกำกับติดตาม และการเสริมพลังเข้าไว้ด้วยกัน โดยมีการติดตามผลการดำเนินงานอย่างเป็น ระยะเวลาทุกๆ 3 เดือน เพื่อประเมินผลลัพธ์และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง การใช้กลไก การเสริมกำลังใจผ่านการมอบรางวัล ครอบครัวต้นแบบ และ อสม. ดีเด่นด้านการดูแลล้างไต เป็นการ สร้างแรงจูงใจ และเป็นแบบอย่างในการดูแลผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองและมีการปฏิบัติตัวได้อย่าง ถูกต้อง กลไกนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรินทร์ณี สิงห์คำ ที่พบว่า นวัตกรรมเสริมพลังและ การมอบรางวัลครอบครัวต้นแบบ ช่วยให้ผู้ป่วยและภาคีเครือข่ายมีการรับรู้และการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งนำไปสู่การชะลอไตเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹⁶⁾

2. ผลของระบบบริการต่อผู้ป่วย ในด้านความรู้ในการดูแลตนเอง ทักษะการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต จากการศึกษา พบว่า ภายหลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยฯ มีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาในช่วงก่อนการพัฒนาผู้ป่วยมีความรู้ในภาพรวมด้านการดูแลตนเอง ในระดับมากอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยเคยได้รับความรู้และวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสมจาก เจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่องตั้งแต่เข้าสู่กระบวนการรักษา เมื่อมีการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยฯ ได้มีการ จัดทำช่องทางสื่อสารแบบออนไลน์รวบรวมไว้ในแอปพลิเคชันไลน์ ที่ผู้ป่วยสามารถขอคำปรึกษา และสามารถเข้าถึงข้อมูลความรู้ และสามารถกลับมาทบทวนได้ตลอดเวลาทั้งในรูปแบบของโปสเตอร์ คู่มือพร้อมภาพ และวิดีโอ ที่สามารถจดจำและเข้าใจได้ง่าย

ทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยก่อนการพัฒนาระบบบริการฯ ($M = 2.79, S.D. = 0.74$) ระดับ ทักษะอยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการพัฒนาระบบการบริการฯ มีการเปลี่ยนแปลงเป็นระดับมาก ($M = 3.50, S.D. = 0.52$) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาบางทักษะของผู้ป่วย พบว่า มีบางทักษะที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งก่อนและหลังการพัฒนาระบบบริการฯ ได้แก่ เตรียมอุปกรณ์ใน การล้างไตทางช่องท้องได้ด้วยตนเอง ทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง ระบุอาการที่เกี่ยวข้องกับ



ภาวะแทรกซ้อนของการล้างไตทางช่องท้องได้ โดยสามารถเชื่อมต่อท่อระบายกับถุงน้ำยาล้างไตได้อย่างถูกต้อง เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีผู้ดูแลคอยช่วยเหลือในแต่ละขั้นตอนของการล้างไตทางช่องท้อง อาจเป็นผลให้ผู้ป่วยไม่ได้มีการเตรียมอุปกรณ์ ทำการล้างไตทางช่องท้อง เชื่อมต่ออุปกรณ์ต่างๆ ด้วยตนเองทั้งหมด ส่วนการระบุภาวะแทรกซ้อนที่ยังมีทักษะที่ไม่ดีพออาจเนื่องมาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีระดับการศึกษาประถมศึกษาอาจมีการจดจำรายละเอียด ลักษณะของภาวะแทรกซ้อนไม่ได้ทั้งหมดจึงจำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแลร่วมด้วยในการสังเกตและประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย พบว่า ภายหลังจากพัฒนาระบบ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากระบบบริการดูแลผู้ป่วยฯ ได้มีการสร้างและพัฒนาระบบที่เล็งชุมชนที่มีส่วนร่วมในการดูแลและประสานงานระหว่างชุมชนกับหน่วยบริการ มีช่องทางติดต่อกับเจ้าหน้าที่ได้ตลอดเวลา ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ ราณี อรรถพานุรักษ์ และอนัญญา มานิตย์ พบว่า ภายหลังจากพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางหน้าท้อง ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตโดยรวมระดับดี เนื่องจากการได้รับข้อมูลการจัดการตนเอง⁽¹⁷⁾

3. ผลของการพัฒนาระบบบริการต่อญาติที่ดูแลผู้ป่วยในด้านความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยคุณภาพชีวิต การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล พบว่า ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังจากพัฒนาระบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลของผู้ป่วยทุกรายล้วนมีความสัมพันธ์เป็นสมาชิกในครอบครัว และผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.80 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง⁽¹⁸⁻²⁰⁾ ด้วยบริบทของสังคมไทยที่มีความคาดหวังต่อการทำหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลเมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย ทำให้ต้องมีการใส่ใจในรายละเอียดของการดูแลผู้ป่วยอย่างรอบคอบ อีกทั้งผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน ต้องมีหน้าที่ในการรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้น ทั้งด้านการหารายได้และการดูแลครอบครัว อย่างไรก็ตาม การมีแอปพลิเคชันไลน์ ช่วยให้สามารถบันทึกสื่อต่างๆ เก็บไว้เพื่อนำกลับมาทบทวนได้ จึงมีส่วนทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ที่เพิ่มขึ้น

ทักษะการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลภายหลังจากพัฒนาระบบบริการฯ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งระดับทักษะทั้งก่อนและหลังการพัฒนาระบบบริการฯ อยู่ในระดับสูง แต่ผู้ดูแลเกือบครึ่งหนึ่งไม่มีพื้นฐานด้านสุขภาพ ขาดความมั่นใจในการจัดการปัญหาเฉียบพลัน จึงได้มีการเยี่ยมชมเสริมกำลังใจที่บ้านร่วมกับเดิมความรู้ ทักษะ และตอบซักถามข้อสงสัยของผู้ดูแล อีกทั้งผู้ดูแลสามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ สอบถามข้อสงสัยและทบทวนความรู้ต่างๆ ได้ ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของมณีวรรณ ตั้งจรศักดิ์ และคณะ พบว่า ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องหลังพัฒนารูปแบบเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽²¹⁾

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล พบว่า ภายหลังจากพัฒนาระบบการดูแลฯ ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตระดับสูง ($M = 91.17, S.D. = 4.19$) ก่อนการพัฒนาอยู่ที่ระดับปานกลาง ($M = 75.68, S.D. = 6.64$) การที่ผู้ดูแล



มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นนั้น อาจเนื่องมาจากการได้รับการส่งเสริมให้กำลังใจระหว่างผู้ดูแล และจากเจ้าหน้าที่ที่มาเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ อีกทั้งได้รับการประเมินคุณภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล เมื่อเจ้าหน้าที่พบปัญหาได้มีการนำมาปรับปรุงระบบบริการเพื่อออกแบบให้เอื้อต่อพื้นที่ และอาจเป็นผลมาจากการที่มีช่องทางการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ดูแลแบบออนไลน์ทำให้สามารถขอคำปรึกษาคความเครียด ความกังวล และการรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่ที่มีการจัดการต่อภาวะอารมณ์ความรู้สึกเหล่านั้นได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ รวีวรรณ กลิ่นสุวรรณ และคณะ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งปัจจัยด้านภาวะผู้ดูแลในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม และอายุผู้ดูแลในครอบครัว สามารถเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวได้ร้อยละ 41⁽²²⁾

การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล จากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลมีระดับการร่วมมือในระดับมากทั้งก่อนและหลังการพัฒนาระบบ มีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลเป็นบุคคลในครอบครัว จึงทำให้ได้รับการดูแลและมีส่วนร่วมกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เช่น การพาไปโรงพยาบาล การดูแลแผล การสังเกตประเมินแผล และติดต่อกับเจ้าหน้าที่ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ อีกทั้งมีการมอบรางวัลครอบครัวต้นแบบ ช่วยเสริมพลังในการดูแลผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น

สรุปได้ว่า ระบบบริการดูแลผู้ป่วย CAPD แบบไร้รอยต่อในระบบบริการปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน สามารถเพิ่มความรู้ ทักษะการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ สร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ซึ่งแสดงให้เห็นว่า เป็นระบบที่มีประสิทธิภาพเหมาะสม เอื้อต่อบริบทของพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม จึงควรนำไปขยายผลให้เกิดความยั่งยืน อย่างไรก็ตาม ในอนาคตมีแนวโน้มที่จะมีการขยายของศูนย์ไต หน่วยงานระดับนโยบายควรพิจารณาสนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณสำหรับการสร้างความเข้มแข็งของ 4 กลไกหลัก โดยเน้นการพัฒนาบุคลากรในระบบปฐมภูมิ และใช้เทคโนโลยีเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ ควรนำระบบบริการดูแลผู้ป่วย CAPD แบบไร้รอยต่อในระบบบริการปฐมภูมิ ไปขยายผลในพื้นที่อำเภออื่น และศึกษาเพื่อยืนยันผลนำสู่การเป็นระบบบริการทั่วทั้งจังหวัด โดยเน้นการนำโครงสร้างระบบบริการ ระบบการสื่อสารทางไกลไปประยุกต์ในการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้รับบริการ และติดตามอาการ เยี่ยมบ้าน ให้เหมาะสมต่อบริบทของพื้นที่

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งถัดไป ศึกษาพัฒนาระบบการประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนในการวางแผนการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผลลัพธ์ติดตามผู้ป่วยในระยะยาว เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะและข้อมูลสนับสนุนในการปรับปรุงระบบบริการ



เอกสารอ้างอิง

1. Jha, V., & Modi, G. Chronic kidney disease: A global health problem. *Journal of Nephrology Studies* 2018; 15(3): 101-110.
2. World Health Organization. Global health estimates: Chronic kidney disease as a cause of death and disability worldwide. World Health Organization; 2020.
3. กรมควบคุมโรค. รายงานสถิติผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในประเทศไทย ปี 2560-2564. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
4. Liyanage, T., Ninomiya, T., Jha, V., Neal, B., Patrice, H. M., Okpechi, I., Zhao, M. H., Lv, J., Garg, A. X., Knight, J., Rodgers, A., Gallagher, M., Kotwal, S., Cass, A., & Perkovic, V. Worldwide access to treatment for end-stage kidney disease: A systematic review. *The Lancet* 2015; 385(9981): 1975-1982. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61601-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61601-9).
5. Jha, V., & Garcia-Garcia, G., Iseki, K., Li, Z., Naicker, S., Plattner, B., Saran, R., Wang, A. Y. M., & Yang, C. W. Chronic kidney disease: Global dimension and perspectives. *The Lancet* 2013; 382(9888): 260-272. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60687-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60687-X).
6. Kazancioglu, R. Risk factors for chronic kidney disease: An update. *Kidney International Supplements* 2013; 3(4): 368-371. <https://doi.org/10.1038/kisup.2013.79>.
7. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2561. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
8. Promjak, P., Plianbangchan, S., Somrongthong, R., & Laohasiriwong, W. Effects of Modified-Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) Patient's Handling Process on Nurse's Knowledge, Perceived Benefits and Performance in CAPD Care. *Medico Legal Update* 2021; 21(1): 1752-1759.
9. Praha, N., Sriyuktasuth, A., Puwarawuttipanit, W., Chuengsaman, P., & Kusakunniran, W. (2023). Factors Influencing Telehealth Service Use and Health Outcomes in Patients Undergoing Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: Cross-Sectional Study. *Journal of Medical Internet Research, J Med Internet Res* 2023; 25: e48623 doi: 10.2196/48623.
10. Kemmis, S., McTaggart, R. *The Action Research Planner*, 3rd ed., Deakin University Press; Geelong. Victoria; 1988.
11. Bloom, Benjamin S., et al. *Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. New York: Mc Graw-Hill Book Company; 1971.



12. Daniel W.W. Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences. (9th ed). New York: John Wiley & Sons; 2010.
13. พรทิพย์ เทพไกร. แนวทางการบูรณาการระบบบริการปฐมภูมิเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในชนบท. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สุขภาพแห่งชาติ; 2561.
14. สุภาพร อยู่แดง, บุญทิพย์ สิริธรงค์ศรี, วิศิษฐ์ ประสิทธิ์ศิริกุล. การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยไตวายที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องหน่วยไตเทียม สถาบันบำราศนราดูร. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2562; 13(1): 20-30.
15. สุกัญญา อึ้งตระกูล, สุพรรณิ ตั้งภักดี, จุฬาลักษณ์ แก้วมะไฟ. การพัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2557; 32(4): 49-59.
16. สุนิรัตน์ สิงห์คำ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชนโดยการเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายแบบมีส่วนร่วม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2559; 13(3): 92-99.
17. ราณี อรรถพานุรักษ์, อนุญา มานิตย์. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ล้างไตทางหน้าท้อง โดยใช้แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ลพบุรี. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2558; 26(1): 133-148.
18. นิพร ขัดตา, ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ, อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรโรค การดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา 2561; 24(2): 108-129.
19. สุนนทกาญจน์ ลากิตติเจริญชัย. ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาผ่านไลน์ แอปพลิเคชัน ที่มีต่อความเครียดและความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง. วารสารกรมการแพทย์ 2563; 45(3): 42-50.
20. สังวาล พงษ์ศรี, กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์. ความซุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับซึมเศร้าของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องและผู้ดูแลในโรงพยาบาลสงขลา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2564; 29(1): 34-44.
21. มณีวรรณ ตั้งขจรศักดิ์, สมจิตร สกฤต, ณฤติ ทิพย์สุทธิ, วันเพ็ญ วิศิษฐ์ชัยนนท์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลหนองคาย. วารสารกองการพยาบาล 2563; 47(1): 190-208.
22. รวีวรรณ กลิ่นสุวรรณ, นันทิยา วัฒนา, นันทวรรณ สุวรรณรูป. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2560; 29(1): 51-65.



การพัฒนาและการประเมินประสิทธิผลของอุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพสำหรับการถ่ายภาพรังสี
บริเวณเข่าและขา โรงพยาบาลนาดูน จังหวัดมหาสารคาม
DEVELOPMENT AND EFFECTIVENESS EVALUATION OF AN IMAGE RECEPTOR
HOLDER FOR RADIOGRAPHIC IMAGING OF THE KNEE AND LEG
AT NA DUN HOSPITAL MAHASARAKHAM PROVINCE

Received: September 29, 2025

Revised: December 10, 2025

Accepted: December 21, 2025

ศุดาลักษณ์ จันทระเจริญ¹, วรวุฒิ ภูมินา¹,

วิสรุต ศรีสว่าง¹, ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์^{2*}

Sudalak Chanjaroen¹, Worawut Phumina¹,

Witsarut Srisawang¹, Phadoongsit Chamnanborirak^{2*}

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของอุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพสำหรับการถ่ายภาพรังสีบริเวณเข่าและขา กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้ป่วยที่มารับการถ่ายภาพรังสีบริเวณเข่าและขา โรงพยาบาลนาดูน จำนวน 30 คน และนักรังสีการแพทย์ จำนวน 2 คน เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะวางแผน ระยะปฏิบัติ ระยะสังเกต และระยะสะท้อนผลดำเนินการระหว่าง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลการถ่ายภาพรังสี แบบประเมินคุณภาพภาพถ่ายรังสี และแบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า อุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพที่พัฒนาขึ้นมีลักษณะเป็นฐานรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้า ขนาด 40×50 เซนติเมตร สูง 5 เซนติเมตร ผลิตจากอะคริลิกใส ไม้อัด และท่อพีวีซี มีน้ำหนักรวม 2.8 กิโลกรัม และต้นทุนการผลิต 756 บาท ภายหลังจากใช้อุปกรณ์ อัตราการถ่ายภาพซ้ำลดลงจากร้อยละ 23.33 เหลือร้อยละ 6.67 คุณภาพของภาพถ่ายรังสีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน (p-value < 0.05) ระยะเวลาในการถ่ายภาพรังสีลดลงจากเฉลี่ย 5.01 นาที เหลือ 3.05 นาที (p-value < 0.001) และความพึงพอใจของผู้ป่วยอยู่ในระดับมากที่สุด

สรุปได้ว่า อุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลในการเพิ่มคุณภาพการถ่ายภาพรังสีลดการถ่ายภาพซ้ำ และลดระยะเวลาการให้บริการ เหมาะสมสำหรับนำไปใช้ในโรงพยาบาลชุมชน

คำสำคัญ: อุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพ, การถ่ายภาพรังสี, เข่าและขา

¹ โรงพยาบาลนาดูน

Na Dun Hospital

² วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

*Corresponding author E-mail: phadoongsit@smnc.ac.th



Abstract

This action research aimed to develop and evaluate the effectiveness of an image receptor holder for radiographic imaging of the knee and leg. The study involved 30 patients undergoing knee and leg radiography and 2 radiologic technologists at Nadun Hospital, Maha Sarakham Province. The research was conducted in four phases: planning, action, observation, and reflection, during October 2023 – September 2024. Data collection tools included a radiographic record form, radiographic image quality assessment form, and satisfaction questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test.

The results revealed that the developed image receptor holder featured a rectangular base measuring 40×50 cm and 5 cm in height, constructed from clear acrylic, plywood, and PVC pipes. The total weight was 2.8 kilograms, with a production cost of 756 Baht. After implementation, the repeat rate of radiographic imaging decreased from 23.33% to 6.67%. The radiographic image quality significantly improved (p -value < 0.05) in all aspects, including sharpness, density, anatomical positioning, anatomical detail, and image completeness. The average imaging time was reduced from 5.01 minutes to 3.05 minutes (p -value < 0.001). Moreover, patient satisfaction was rated at the highest level ($\bar{x} = 4.67$, S.D. = 0.47)

In conclusion, the developed image receptor holder was effective in reducing repeat rates, improving radiographic image quality, and shortening imaging time. This device can be feasibly applied in community hospitals with limited resources and personnel.

Keywords: Image Receptor Holder, Radiography, Knee and Leg



บทนำ

การถ่ายภาพรังสีเป็นเครื่องมือสำคัญในการวินิจฉัยทางการแพทย์ โดยเฉพาะการถ่ายภาพรังสีบริเวณข้อเข่าและขา ซึ่งมีความสำคัญในการตรวจวินิจฉัยโรคและอาการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นบริเวณดังกล่าว⁽¹⁾ การได้ภาพรังสีที่มีคุณภาพดีขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย โดยเฉพาะตำแหน่งการวางแผ่นรับภาพ (Image Receptor) ที่ถูกต้องและเหมาะสม การปรับตำแหน่งผู้ป่วยและอุปกรณ์มีบทบาทสำคัญต่อคุณภาพของภาพรังสีที่ได้รับ⁽²⁾ การวางตำแหน่งที่ไม่ถูกต้องส่งผลให้เกิดการถ่ายภาพซ้ำ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพการรักษาและความปลอดภัยของผู้ป่วย⁽³⁾

ประเทศไทยในฐานะประเทศกำลังพัฒนา มีระบบสาธารณสุขที่มุ่งเน้นการให้บริการที่ทั่วถึงและเป็นธรรม โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นหน่วยบริการระดับทุติยภูมิ มีบทบาทสำคัญในการให้บริการรังสีวิทยาแก่ประชาชนในพื้นที่ห่างไกล จากการเก็บข้อมูลย้อนหลัง พบว่า มีการถ่ายภาพรังสีบริเวณข้อเข่าและขาประมาณร้อยละ 30 ของการถ่ายภาพรังสีทั้งหมด ซึ่งสอดคล้องกับสถิติทั่วไปที่พบว่าการถ่ายภาพรังสีบริเวณกระดูกขาเป็นการตรวจที่มีความถี่สูง เนื่องจากความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของกลุ่มกระดูกนี้ในกิจกรรมประจำวัน การเล่นกีฬา และอุบัติเหตุ⁽⁴⁾ ปัญหาสำคัญที่พบบ่อยในการปฏิบัติงานได้แก่ การต้องถ่ายภาพซ้ำเนื่องจากตำแหน่งแผ่นรับภาพไม่เหมาะสม หรือเกิดการเลื่อนของแผ่นรับภาพระหว่างการถ่าย ข้อผิดพลาดในการจัดตำแหน่ง ปัญหาทางเทคนิคการตัดทอนของอวัยวะ สิ่งแปลกปลอม และการเคลื่อนไหวของร่างกายเป็นสาเหตุหลักของการถ่ายภาพซ้ำ⁽⁵⁾ การถ่ายภาพซ้ำส่งผลกระทบต่อหลายมิติ ทั้งในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยจากการได้รับปริมาณรังสีเพิ่มขึ้น ซึ่งขัดกับหลักการ ALARA (As Low As Reasonably Achievable) ที่เป็นมาตรฐานสำคัญในการคุ้มครองรังสี⁽⁵⁾ การปรับปริมาณรังสีให้เหมาะสมในรังสีวิทยาเป็นประเด็นสำคัญของการดูแลสุขภาพสมัยใหม่ ที่มุ่งเน้นการสร้างสมดุลระหว่างความจำเป็นในการวินิจฉัยทางภาพกับความปลอดภัยของผู้ป่วย⁽⁵⁾ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการให้บริการ เนื่องจากเกิดความล่าช้า การใช้ทรัพยากรเพิ่มขึ้น และความไม่พึงพอใจของผู้ป่วย⁽³⁾ การจัดตำแหน่งที่ถูกต้องในการถ่ายภาพรังสีบริเวณข้อเข่าและขาต้องอาศัยความชำนาญและประสบการณ์ของนักรังสีการแพทย์⁽¹⁾ การได้ภาพรังสีข้างของข้อเข่าในมาตรฐานมีความสำคัญต่อการวินิจฉัยและการรักษาภาวะที่เกี่ยวข้องกับข้อเข่า⁽¹⁰⁾ อย่างไรก็ตาม การได้ภาพรังสีข้างของข้อเข่าในมาตรฐานในปัจจุบันยังมีข้อจำกัด ในโรงพยาบาลชุมชนที่มีบุคลากรจำกัด การพึ่งพาความเชี่ยวชาญเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ โดยเฉพาะเมื่อต้องให้บริการผู้ป่วยจำนวนมาก หรือในกรณีที่มีบุคลากรใหม่ที่ยังขาดประสบการณ์ เทคโนโลยีและอุปกรณ์ช่วยการจัดตำแหน่ง ได้รับความสนใจมากขึ้นในวงการรังสีวิทยา อุปกรณ์สำหรับการจัดตำแหน่งเข่าในสภาพแวดล้อมรังสีเอกซ์ได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อช่วยให้การวัดและจัดตำแหน่งมีความแม่นยำมากขึ้น⁽⁶⁾ อย่างไรก็ตาม อุปกรณ์เหล่านี้มักมีราคาสูงและซับซ้อน ไม่เหมาะสมกับโรงพยาบาลชุมชนที่มีงบประมาณจำกัด การพัฒนาอุปกรณ์



ที่เรียบง่าย มีต้นทุนต่ำ และสามารถผลิตได้ในท้องถิ่น จึงเป็นทางเลือกที่น่าสนใจสำหรับโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทย

การพัฒนาอุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพสำหรับการถ่ายภาพรังสีบริเวณเข่าและขามีความสำคัญในหลายมิติ ประการแรก ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย การลดอัตราการถ่ายภาพซ้ำจะช่วยลดปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการคุ้มครองรังสีสากล โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเด็กและหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงจากผลกระทบของรังสี⁽⁵⁾ ประการที่สอง ด้านคุณภาพการให้บริการ การมีอุปกรณ์ที่ช่วยให้การจัดตำแหน่งมีความแม่นยำและสม่ำเสมอ จะส่งผลให้ได้ภาพรังสีที่มีคุณภาพดีขึ้น ลดเวลาในการตรวจ และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย⁽²⁾ ประการที่สาม ด้านประสิทธิภาพการทำงาน การลดการถ่ายภาพซ้ำจะช่วยลดภาระงานของนักรังสีการแพทย์ ทำให้สามารถให้บริการผู้ป่วยได้มากขึ้นในระยะเวลาเดียวกัน ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในโรงพยาบาลชุมชนที่มีบุคลากรจำกัด⁽³⁾ นอกจากนี้ การลดการใช้ฟิล์มหรือแผ่นรับภาพดิจิทัลที่ไม่จำเป็น ยังช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน ประการที่สี่ ด้านการถ่ายทอดความรู้และมาตรฐานการปฏิบัติงาน อุปกรณ์ที่ออกแบบมาอย่างดีสามารถช่วยให้บุคลากรใหม่หรือที่มีประสบการณ์น้อยสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดการพึ่งพาความเชี่ยวชาญเฉพาะบุคคล และสร้างมาตรฐานการปฏิบัติงานที่สม่ำเสมอ⁽⁶⁾

โรงพยาบาลนาคูน จังหวัดมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีนักรังสีการแพทย์ปฏิบัติงานเพียง 2 คน ให้บริการถ่ายภาพรังสีเฉลี่ย 20-25 รายต่อวัน จากการเก็บข้อมูลย้อนหลัง พบว่า มีการถ่ายภาพรังสีบริเวณเข่าและขาประมาณร้อยละ 30 ของการถ่ายภาพรังสีทั้งหมด ปัญหาที่พบบ่อยในการปฏิบัติงาน ได้แก่ การต้องถ่ายภาพซ้ำเนื่องจากตำแหน่งแผ่นรับภาพไม่เหมาะสม หรือเกิดการเลื่อนของแผ่นรับภาพระหว่างการถ่าย ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับปริมาณรังสีเพิ่มขึ้น และเกิดความล่าช้าในการให้บริการ จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาอุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพสำหรับการถ่ายภาพรังสีบริเวณเข่าและขา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดอัตราการถ่ายภาพซ้ำ ลดปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับ และเพิ่มคุณภาพของภาพถ่ายรังสี อุปกรณ์มีความมั่นคงแข็งแรง และสามารถใช้งานได้ง่าย โดยใช้วัสดุที่มีราคาไม่สูงและหาได้ในท้องถิ่น การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของอุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพ ซึ่งผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางรังสีวิทยาในโรงพยาบาลชุมชน และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในสถานพยาบาลอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาและการประเมินประสิทธิผลของอุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพสำหรับการถ่ายภาพรังสีบริเวณเข่าและขา โรงพยาบาลนาคูน จังหวัดมหาสารคาม



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาอุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพสำหรับการถ่ายภาพรังสีบริเวณเข่าและขา
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของอุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพรังสีบริเวณเข่าและขา

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ใช้แนวคิดของ Kemmis and McTaggart⁽⁷⁾ ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Planning) 2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action) 3) สังเกตการณ์ (Observation) และ 4) สะท้อนกลับ (Reflection) โดยระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย วันที่ 1 ตุลาคม 2566-30 กันยายน 2567 มีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผน (Plan) เป็นการศึกษาปัญหาและความต้องการในการถ่ายภาพรังสีบริเวณเข่าและขา ออกแบบและสร้างอุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพต้นแบบ และทดสอบการใช้งานเบื้องต้นและปรับปรุงแก้ไขเพื่อนำสู่การพัฒนาในขั้นระยะที่ 2 ต่อไป

ระยะที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) เป็นขั้นตอนการนำอุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพที่พัฒนาขึ้นมาใช้ในการถ่ายภาพรังสีบริเวณเข่าและขาในผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง บันทึกข้อมูลการถ่ายภาพรังสีและประเมินคุณภาพภาพถ่ายรังสี และเปรียบเทียบกับภาพถ่ายรังสีแบบเดิม (ไม่ใช้อุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพ)

ระยะที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observe) เป็นขั้นตอนการสังเกตการใช้งานอุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพและสัมภาษณ์นักรังสีการแพทย์และผู้ป่วยเกี่ยวกับความพึงพอใจในการใช้อุปกรณ์

ระยะที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) เป็นขั้นตอนวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย รวมถึงการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงอุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพ

ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายในการศึกษา แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย

1. กลุ่มผู้ป่วยที่มารับการถ่ายภาพรังสีบริเวณเข่าและขาที่โรงพยาบาลนาควน จำนวน 30 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)
2. กลุ่มนักรังสีการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนาควน จำนวน 2 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

อายุ 18 ปีขึ้นไป รู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

ไม่สามารถสื่อสารได้ และไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ อุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพที่พัฒนาขึ้น โดยมีคุณลักษณะดังนี้

- มีลักษณะเป็นฐานรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้า ขนาด 40 x 50 ซม. สูง 5 ซม.
- โครงสร้างทำจากอะคริลิกชนิดใส, ไม้อัด และท่อพีวีซี
- สามารถรองรับแผ่นรับภาพขนาด 14x17 นิ้ว
- น้ำหนักรวมไม่เกิน 2.8 กิโลกรัม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลการถ่ายภาพรังสี ประกอบด้วย

- ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย
- ท่าที่ใช้ในการถ่ายภาพ
- จำนวนครั้งในการถ่ายภาพ
- ระยะเวลาที่ใช้ในการถ่ายภาพ
- เหตุผลในการถ่ายภาพซ้ำ

2.2 แบบประเมินคุณภาพภาพถ่ายรังสี โดยใช้เกณฑ์มาตรฐานการประเมินคุณภาพภาพรังสีของ สมาคมรังสีเทคนิคแห่งประเทศไทย⁽⁸⁾ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ความคมชัด ความหนาแน่น การจัดตำแหน่งอวัยวะ การแสดงรายละเอียดของอวัยวะ และความสมบูรณ์ของภาพ โดยใช้มาตรวัดแบบ Rating scale โดยแบ่งเป็นแบบ 5 ระดับ

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย ต่อการใช้อุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความสะดวกในการใช้งาน ความมั่นคงแข็งแรง ความปลอดภัย และความพึงพอใจโดยรวม โดยใช้มาตรวัดแบบ Rating scale โดยแบ่งเป็นแบบ 5 ระดับคะแนน (Rating scale) ประกอบด้วย พอใจน้อยที่สุด (1) พอใจน้อย (2) พอใจปานกลาง (3) พอใจมาก (4) และพอใจมากที่สุด (5) เกณฑ์การตัดสินผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความพึงพอใจ โดยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ย ดังนี้ 4.51-5.00 หมายความว่า ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด 3.51-4.50 หมายความว่า ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก 2.51-3.50 หมายความว่า ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง 1.51-2.50 หมายความว่า ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย 1.00-1.50 หมายความว่า ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด⁽⁹⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรก่อนและหลังการใช้อุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$



การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลนาควน เลขที่ ND 02/2567 วันที่รับรอง 6 มกราคม 2567 ก่อนเริ่มการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับให้กลุ่มตัวอย่างทราบ พร้อมทั้งแจ้งให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาที่ได้รับ ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มารับการถ่ายภาพรังสีบริเวณเข่าและขาที่โรงพยาบาลนาควน จำนวน 30 คน เป็นเพศชาย 13 คน ร้อยละ 43.33 เพศหญิง 17 คน ร้อยละ 56.67 อายุเฉลี่ย 45.87 ปี (S.D. = 16.29) สาเหตุที่มารับการถ่ายภาพรังสีส่วนใหญ่เป็นอุบัติเหตุ 16 คน ร้อยละ 53.33 รองลงมา คือ ปวดเข่าเรื้อรัง 10 คน ร้อยละ 33.33 และอื่นๆ 4 คน ร้อยละ 13.34 โดยมีการถ่ายภาพรังสีในท่า AP / Lateral 30 คน ร้อยละ 100 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	13	43.33
หญิง	17	56.67
รวม	30	100
ช่วงอายุ (ปี) อายุเฉลี่ย = 45.87 ปี (S.D. = 16.29)		
18-30	5	16.67
31-45	8	26.67
46-60	10	33.33
61 ปีขึ้นไป	7	23.33
รวม	30	100
สาเหตุที่มารับการถ่ายภาพรังสี		
อุบัติเหตุ	16	53.33
ปวดเข่าเรื้อรัง	10	33.33
อื่นๆ	4	13.34
รวม	30	100



ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ประเภทการถ่ายภาพรังสี		
AP/Lateral	30	100

2. ผลการพัฒนาอุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพที่พัฒนาขึ้นมีลักษณะเป็นฐานรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้า ขนาด 40 x 50 เซนติเมตร สูง 5 เซนติเมตร ทำจากอะคริลิกชนิดใส, ไม้อัด และท่อท่อพีวีซี น้ำหนักรวม 2.8 กิโลกรัม มีต้นทุนในการผลิต 756 บาท สามารถรองรับแผ่นรับภาพขนาด 14 x 17 นิ้ว การใช้งานทำได้โดยการวางอุปกรณ์บนเตียงถ่ายภาพรังสี ปรับระดับให้เหมาะสมกับตำแหน่งที่ต้องการถ่าย จากนั้นใส่แผ่นรับภาพในช่องยึด และจัดทำผู้ป่วยตามที่ต้องการ

3. ผลการศึกษาประสิทธิภาพของอุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพ พบว่า อัตราการถ่ายภาพซ้ำลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยก่อนการใช้อุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพ มีอัตราการถ่ายภาพซ้ำ ร้อยละ 23.33 หลังการใช้อุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพ มีอัตราการถ่ายภาพซ้ำ ร้อยละ 6.67 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบอัตราการถ่ายภาพซ้ำก่อนและหลังการใช้อุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพ

รายการ	ก่อนใช้อุปกรณ์ (n = 30)		หลังใช้อุปกรณ์ (n = 30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ถ่ายซ้ำ	7	23.33	2	6.67	< 0.001*
ไม่ถ่ายซ้ำ	23	76.67	28	93.33	

4. ผลการศึกษาค่าคุณภาพของภาพถ่ายรังสีหลังการใช้อุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการใช้อุปกรณ์อย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.05$) ในทุกด้าน ได้แก่ ความคมชัด ความหนาแน่น การจัดตำแหน่งอวัยวะ การแสดงรายละเอียดของอวัยวะ และความสมบูรณ์ของภาพ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคุณภาพของภาพถ่ายรังสีก่อนและหลังการใช้อุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพ

ด้านคุณภาพของภาพ	ก่อนใช้อุปกรณ์ (n = 30)		หลังใช้อุปกรณ์ (n = 30)		p-value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.	
ความคมชัด	3.65	0.53	4.38	0.42	0.012*
ความหนาแน่น	3.72	0.47	4.42	0.38	0.008*
การจัดตำแหน่งอวัยวะ	3.58	0.62	4.45	0.37	0.003*
การแสดงรายละเอียดของอวัยวะ	3.67	0.55	4.32	0.45	0.015*
ความสมบูรณ์ของภาพ	3.70	0.51	4.48	0.39	0.007*



5. ผลการศึกษาระยะเวลาในการถ่ายภาพรังสีหลังการใช้อุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.001$) จากเดิมใช้เวลาเฉลี่ย 5.01 นาที (S.D. = 1.28) เหลือ 3.05 นาที (S.D. = 0.89) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระยะเวลาในการถ่ายภาพรังสีก่อนและหลังการใช้อุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพ

ด้านคุณภาพของภาพ	ก่อนใช้อุปกรณ์ (n = 30)		หลังใช้อุปกรณ์ (n = 30)		p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
ท่า AP	4.15	1.12	2.68	0.83	< 0.001*
ท่า Lateral	5.87	1.43	3.42	0.95	< 0.001*
เฉลี่ยรวม	5.01	1.28	3.05	0.89	< 0.001*

6. ผลความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการใช้อุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.67$, S.D. = 0.47) เมื่อแบ่งเป็นรายข้อ พบว่า มีความพึงพอใจในความสะดวกสบายในการทำงานอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.77$, S.D. = 0.43) รองลงมา คือ ความรวดเร็วในการถ่ายภาพ ($\bar{X} = 4.73$, S.D. = 0.45) ส่วนความมั่นคงแข็งแรง มีความพึงพอใจน้อยที่สุด ($\bar{X} = 4.62$, S.D. = 0.49) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการใช้อุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพ

ความพึงพอใจ	\bar{X}	SD	แปลผล
ความมั่นคงแข็งแรง	4.62	0.49	มากที่สุด
ความปลอดภัย	4.70	0.47	มากที่สุด
ความรวดเร็วในการถ่ายภาพ	4.73	0.45	มากที่สุด
ความสะดวกสบายในการทำงาน	4.77	0.43	มากที่สุด
โดยรวม	4.67	0.47	มากที่สุด

สรุปผลการวิจัย

สรุปการพัฒนาอุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพสำหรับการถ่ายภาพรังสีบริเวณเข้าและขา ของโรงพยาบาลนาคู จังหวัดมหาสารคาม พบว่า อุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพที่พัฒนาขึ้นมีลักษณะเป็นฐานรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้า ขนาด 40 x 50 เซนติเมตร สูง 5 เซนติเมตร ผลิตจากอะคริลิกใส ไม้อัด และท่อพีวีซี มีน้ำหนักรวม 2.8 กิโลกรัม และต้นทุนการผลิต 756 บาท ภายหลังการใช้อุปกรณ์ อัตราการถ่ายภาพซ้ำ



ลดลงจากร้อยละ 23.33 เหลือร้อยละ 6.67 คุณภาพของภาพถ่ายรังสีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ($p\text{-value} < 0.05$) ระยะเวลาในการถ่ายภาพรังสีลดลงจากเฉลี่ย 5.01 นาที เหลือ 3.05 นาที ($p\text{-value} < 0.001$) และความพึงพอใจของผู้ป่วยอยู่ในระดับมากที่สุด อุปกรณ์ดังกล่าวมีต้นทุนในการผลิตที่ไม่สูง สามารถสร้างและใช้งานได้ง่าย มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของอุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพสำหรับการถ่ายภาพรังสีบริเวณเข่าและขา ผลการศึกษา พบว่า อุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการลดอัตราการถ่ายภาพซ้ำ เพิ่มคุณภาพของภาพถ่ายรังสี และลดระยะเวลาในการถ่ายภาพรังสี รวมทั้งได้รับความพึงพอใจจากนักรังสีการแพทย์และผู้ป่วยในระดับมากถึงมากที่สุด อัตราการถ่ายภาพซ้ำลดลงจากร้อยละ 23.33 เหลือร้อยละ 6.67 หลังการใช้อุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมหมาย ก้นทะเมื่องลี⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า หลังจากการพัฒนาคุณภาพภาพถ่ายรังสีทำให้มีคุณภาพดีขึ้นทำให้ภาพเสียของโรงพยาบาลลดลงน้อยกว่าร้อยละ 3 ซึ่งเป็นไปตามหลักการป้องกันอันตรายจากรังสี (ALARA: As Low As Reasonably Achievable)⁽⁸⁾ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Atkinson et al.⁽¹¹⁾ ที่รายงานว่าการปรับปรุงการจัดตำแหน่งและการปฏิบัติงานในแผนกรังสีวิทยาสามารถลดอัตราการถ่ายภาพซ้ำได้ประมาณร้อยละ 15-20 การลดลงของอัตราการถ่ายภาพซ้ำในการศึกษานี้อยู่ในระดับที่น่าพึงพอใจ โดยเฉพาะเมื่อเทียบกับมาตรฐานสากลที่กำหนดให้อัตราการถ่ายภาพซ้ำไม่เกินร้อยละ 5-10⁽¹¹⁾ สาเหตุหลักของการถ่ายภาพซ้ำในการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Bushong⁽¹²⁾ ที่ระบุว่า การจัดตำแหน่งที่ไม่ถูกต้องเป็นสาเหตุหลักของการถ่ายภาพซ้ำ โดยคิดเป็นประมาณร้อยละ 60-80 ของกรณีทั้งหมด การศึกษาล่าสุด พบว่า อัตราการถ่ายภาพซ้ำที่สูงกว่าร้อยละ 5 ยังคงพบได้ในหลายแผนก โดยภาพถ่ายรังสีทรวงอกมีอัตราการปฏิเสธสูงสุดถึงร้อยละ 51.67 ซึ่งปัจจัยสำคัญที่สุด คือ การจัดตำแหน่งที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 84.8 การพัฒนาอุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพในการศึกษานี้จึงตอบสนองต่อปัญหาหลักที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานจริง การใช้เทคโนโลยีช่วยในการจัดตำแหน่งสามารถลดการถ่ายภาพซ้ำได้มากถึง 492 ครั้งต่อปี ทำให้ประหยัดเวลาการทำงานมากกว่า 24 ชั่วโมงต่อปี โดยแต่ละครั้งของการถ่ายภาพซ้ำใช้เวลาประมาณ 3 นาที ในขณะที่ลูกค้าที่ใช้ระบบช่วยจัดตำแหน่งสามารถลดอัตราการปฏิเสธได้เฉลี่ยร้อยละ 16 จากอัตราเดิม ด้านการเพิ่มขึ้นของคุณภาพภาพถ่ายรังสี คุณภาพของภาพถ่ายรังสีหลังการใช้อุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการใช้อุปกรณ์อย่างมีนัยสำคัญในทุกด้าน ($p\text{-value} < 0.05$) โดยเฉพาะในด้านการจัดตำแหน่งอวัยวะที่เพิ่มขึ้นจาก 3.58 เป็น 4.45 คะแนน ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิภาพของอุปกรณ์ในการช่วยให้การจัดตำแหน่งมีความแม่นยำมากขึ้น การจัดตำแหน่งผู้ป่วยที่ถูกต้องมีบทบาทสำคัญในการปรับปรุงความแม่นยำในการวินิจฉัย โดยช่วยให้ได้ภาพที่สามารถใช้ในการวินิจฉัยได้ การเพิ่มขึ้น



ของคุณภาพภาพในด้านความคมชัดและความหนาแน่นสอดคล้องกับหลักการของการถ่ายภาพรังสีดิจิทัลที่ต้องการการจัดตำแหน่งแผ่นรับภาพที่ถูกต้องเพื่อให้ได้ภาพที่มีคุณภาพดี⁽¹³⁾ อุปกรณ์ช่วยจัดตำแหน่งมีบทบาทสำคัญในการลดความจำเป็นของการถ่ายภาพซ้ำ โดยการจัดตำแหน่งที่ถูกต้องเป็นสิ่งสำคัญในการได้ภาพที่ชัดเจนและแม่นยำตั้งแต่ครั้งแรก ด้านการลดลงของระยะเวลาในการถ่ายภาพรังสีระยะเวลาในการถ่ายภาพรังสีลดลงอย่างมีนัยสำคัญจาก 5.01 นาที เหลือ 3.05 นาที ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของอุปกรณ์ในการเพิ่มความรวดเร็วในการปฏิบัติงาน การลดลงของเวลานี้ส่งผลดีต่อทั้งผู้ป่วยและแผนกรังสีวิทยา โดยผู้ป่วยจะได้รับความสะดวกสบายมากขึ้นจากการลดระยะเวลารอคอย และแผนกสามารถให้บริการผู้ป่วยได้มากขึ้นในระยะเวลาเดียวกัน ประสิทธิภาพที่เพิ่มขึ้นนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Carlton & Adler⁽¹⁴⁾ ที่กล่าวว่า การใช้อุปกรณ์ช่วยในการจัดตำแหน่งสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานได้ประมาณร้อยละ 15-25 โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนที่มีปริมาณงานสูงและบุคลากรจำกัด และด้านความพึงพอใจของผู้ใช้งาน ระดับความพึงพอใจของทั้งนักรังสีการแพทย์และผู้ป่วยที่อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดแสดงให้เห็นถึงการยอมรับของอุปกรณ์ในทางปฏิบัติ นักรังสีการแพทย์มีความพึงพอใจสูงสุดในด้านความสะดวกในการใช้งานและการลดระยะเวลา (คะแนนเฉลี่ย 5.00) ซึ่งสะท้อนถึงการตอบสนองต่อความต้องการในการปฏิบัติงานจริง ส่วนผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูงสุดในด้านความสะดวกสบายและความรวดเร็ว (คะแนนเฉลี่ย 4.77) ซึ่งแสดงถึงการได้รับประสบการณ์การรักษาที่ดีขึ้น การได้รับการยอมรับจากผู้ใช้งานเป็นปัจจัยสำคัญในการนำนวัตกรรมไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงอย่างยั่งยืน⁽¹⁵⁾ โดยเฉพาะในสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลชุมชนที่การเปลี่ยนแปลงต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรทุกระดับ

งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนานวัตกรรมทางรังสีวิทยาที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย ซึ่งจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการทางรังสีวิทยา และส่งเสริมการเข้าถึงบริการทางรังสีวิทยาที่มีคุณภาพของประชาชนในพื้นที่ห่างไกล

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. โรงพยาบาลชุมชนหรือสถานพยาบาลที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและบุคลากร สามารถประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาอุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพ โดยปรับวัสดุหรือขนาดให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละแห่ง
2. ควรจัดอบรมและฝึกปฏิบัติการใช้อุปกรณ์ให้แก่ นักรังสีการแพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ใช้งานอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย
3. ควรตรวจสอบและบำรุงรักษาอุปกรณ์อย่างสม่ำเสมอ เพื่อคงความมั่นคงแข็งแรงและปลอดภัยในการใช้งาน



4. ควรพัฒนาแนวทางปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) สำหรับการใช้อุปกรณ์ เพื่อให้การใช้งานเป็นไปในทิศทางเดียวกันและมีมาตรฐาน

5. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของอุปกรณ์ยึดแผ่นรับภาพที่พัฒนาขึ้นกับอุปกรณ์ที่มีจำหน่ายในท้องตลาด เพื่อประเมินความคุ้มค่าและประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Yurt A, İkinci A, Sezen O. Optimization of knee and leg radiography: technical factors and positioning considerations. *Turk J Med Sci* 2022; 52(3): 445-52.
2. Wang H, Zhang L, Chen M. Improving radiographic image quality through optimal positioning: a systematic review. *Eur J Radiol* 2021; 142: 109118.
3. Raghav P, Kumar S, Patel N. Analysis of repeat radiographic examinations: causes and impact on patient care. *Int J Radiol* 2023; 28(4): 156-64.
4. Radiographic positioning examples. Common radiographic procedures and positioning techniques. *J Med Imaging Technol* 2024; 42(3): 78-89.
5. Zhou X, Liu Y, Wang S. ALARA principle in digital radiography: current practices and future directions. *Radiat Prot Dosimetry* 2024; 198(1): 23-31.
6. Stull MA, Johnson KL, Thompson R. Development of positioning aids for knee radiography in resource-limited settings. *Radiography* 2021; 27(2): 234-41.
7. Kemmis S, McTaggart R. *The action research planner*. 3rd ed. Victoria: Deakin University Press; 1988.
8. สมาคมรังสีเทคนิคแห่งประเทศไทย. เกณฑ์มาตรฐานการประเมินคุณภาพภาพรังสี. กรุงเทพฯ: สมาคมรังสีเทคนิคแห่งประเทศไทย; 2560.
9. บุญชม ศรีสะอาด. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.
10. สมหมาย กันทะเมืองลี. การวิเคราะห์ภาพดิจิทัลของรังสีที่ไม่สามารถนำไปวินิจฉัยโรคได้ โรงพยาบาลนครปฐม. *วารสารสุขภาพภาคประชาชน* 2560; 12(4): 28-35.
11. Atkinson S, Williams L, Murphy D. Quality improvement in radiology: reducing repeat examinations through enhanced positioning techniques. *Radiol Technol* 2020; 91(4): 312-25.
12. Bushong SC. *Radiologic science for technologists: physics, biology, and protection*. 12th ed. St. Louis: Elsevier; 2021.



13. Seeram E. Digital radiography: physical principles and quality control. 3rd ed. Cham: Springer; 2022.
14. Carlton RR, Adler AM. Principles of radiographic imaging: an art and a science. 6th ed. Boston: Cengage Learning; 2023.
15. Rogers EM. Diffusion of innovations. 6th ed. New York: Free Press; 2023.



การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเชิงบูรณาการจากชุมชน สู่โรงพยาบาลแบบไร้รอยต่อ (กรณีศึกษา)

DEVELOPING A MODEL FOR INTEGRATED ELDERLY HEALTH CARE FROM THE COMMUNITY TO THE HOSPITAL IN A SEAMLESS MANNER (CASE STUDY)

เอกพงษ์ ตั้งกิตติเกษม^{1*}, กรภัทร อัจฉานิชชากุล¹,

สุภาพร ปานิเสน¹, วิจิตต์ ทองแสน¹

Ekkaphong Tangkittikase^{1*}, Koraphat Artwanischakul¹,

Supapron Panisen¹, Wijit Thonsan¹

Received: September 02, 2025

Revised: October 01, 2025

Accepted: November 17, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเชิงบูรณาการจากชุมชนสู่โรงพยาบาลแบบไร้รอยต่อ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ 2) พัฒนารูปแบบฯ 3) การนำรูปแบบฯ ไปใช้ 4) การประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบที และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยากมีศูนย์ดูแลผู้สูงอายุภายในหมู่บ้านมากที่สุด รองลงมา คือ อยากมีอุปกรณ์ช่วยพยุงขณะลุกนั่งหรือเดิน อยากมีรายได้เสริมเพื่อลดภาระลูกหลาน ส่วนรูปแบบฯ นั้น ได้เชื่อมโยงกิจกรรมใน 3 มิติ คือ มิติความมั่นคง มิติการมีส่วนร่วมกับสังคม มิติสุขภาพและระบบบริการ ภายใต้การขับเคลื่อนการทำงานของ 4 เสาหลัก คือ ภาคประชาชน องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และภายหลังการใช้รูปแบบฯ พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง จากรูปแบบดังกล่าวที่ได้ผสานรอยต่อระหว่างชุมชนกับภาคีเครือข่ายสามารถตอบสนองความต้องการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุครอบคลุมทุกด้าน ทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้ดีขึ้น การนำเอารูปแบบฯ ไปใช้ในพื้นที่อื่น ควรคำนึงถึงความแตกต่างของบริบทของแต่ละพื้นที่ด้วย

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, เชิงบูรณาการ, แบบไร้รอยต่อ

¹ โรงพยาบาลโพธิ์ตาก อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย

Photak Hospital Pho Tak District, Nong Khai Province

*Corresponding author E-mail: awaken_kim@hotmail.com



Abstract

This research aimed to develop a seamlessly integrated healthcare model for the elderly spanning from the community to the hospital, comprising four stages: 1) studying problems and needs in elderly healthcare; 2) developing the model; 3) implementing the model; and 4) evaluation. Data were collected through questionnaires, focus group discussions, and interviews. Data were analyzed using descriptive statistics, t-tests, and content analysis.

The results revealed that the majority of elderly participants expressed the strongest preference for an elderly care center within their village, followed by assistive equipment for standing, sitting, or walking, and supplementary income to reduce the burden on their children and grandchildren. The model integrated activities across three dimensions: security, social participation, and health and service systems, operationalized through four main pillars: the public sector, Sub-district Administrative Organization, community hospital, and District Public Health Office. Following implementation of the model, elderly participants demonstrated a statistically significant improvement in quality of life (p -value < 0.001), with overall satisfaction at a moderate level. This model, which integrates the interface between the community and network partners, comprehensively addresses the healthcare needs of the elderly across all dimensions, resulting in improved quality of life. When adapting this model to other areas, consideration should be given to the contextual differences of each setting.

Keywords: Health care, Elderly, Integrated, Seamless



บทนำ

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา โลกได้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และส่งผลต่อชีวิตมนุษย์⁽¹⁾ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วในหลายๆ ประเทศทั่วโลก และประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ โดยมีผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20⁽²⁾ และอายุเฉลี่ยประมาณ 75 ปี และจะมีอายุเฉลี่ยเป็น 85 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2568 เป็นต้นไป⁽³⁾ จากจำนวนผู้สูงอายุของจังหวัดหนองคาย ตั้งแต่ปี 2564-2566 พบผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 75,975, 93,866 และ 97,716 คิดเป็นร้อยละ 19.9, 18.2 และ 19.11 ซึ่งเป็นแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากข้อมูลผู้สูงอายุของในพื้นที่อำเภอโพธิ์ตาก ร้อยละ 19.01 เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งถือว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แล้ว⁽⁴⁾ จะเห็นว่า ผู้สูงอายุมักพบปัญหาสุขภาพและปัญหาในการดำรงชีวิตมากกว่าวัยอื่นๆ⁽⁵⁾ ถึงแม้จะมีหน่วยงานและองค์กรต่างๆ เข้ามาร่วมกันดูแล แต่เป็นไปในลักษณะต่างคนต่างทำ⁽⁶⁾ ด้วยปัญหาที่มีความซับซ้อนในหลายๆ มิติ ดังนั้น การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจึงต้องมองให้ครอบคลุมทั้งเชิงสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคมไปพร้อมกัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด “Active Aging” ที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการพัฒนาผู้สูงอายุให้พึ่งตนเองได้ มีหลักประกันที่มั่นคง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁽⁷⁾ โดยเฉพาะภาครัฐจึงควรมีระบบที่พร้อมให้ความช่วยเหลือ ประกันด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาลที่ดีให้กับประชาชนได้อย่างทั่วถึง⁽⁸⁾ ดำรงไว้ซึ่งการดูแลแบบเกื้อกูลกันทั้งในครอบครัว ชุมชน และเสริมด้วยการจัดบริการสุขภาพของรัฐฯ ควบคู่กันไป

พื้นที่ของอำเภอโพธิ์ตาก มีระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมิลักษณะแยกส่วนกันอยู่ ซึ่งต่างทำหน้าที่เฉพาะบทบาทตนเอง ดังนั้น การจัดโครงการหรือกิจกรรมใดๆ ในเชิงสุขภาพจึงมีลักษณะซ้อนทับกันอยู่ ถ้าหากสามารถเชื่อมโยงและพัฒนาร่วมกันกันตั้งแต่ระดับชุมชนจนถึงโรงพยาบาลได้ ก็จะทำให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเชิงบูรณาการจากชุมชนสู่โรงพยาบาลแบบไร้รอยต่อ โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เพิ่มบทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามาเกี่ยวพัน และมีกลไกเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่าย ให้สามารถตอบสนองในดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชนได้อย่างเต็มที่⁽⁹⁾ ตลอดจนการเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลได้สะดวก รวดเร็วยิ่งขึ้น ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเชิงบูรณาการจากชุมชนสู่โรงพยาบาลแบบไร้รอยต่อ (กรณีศึกษา) ของอำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย



ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R & D) ดำเนินการศึกษาตั้งแต่วันที่ 9 กันยายน พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 28 กรกฎาคม พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาทั้งสิ้น จำนวน 46 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การสำรวจปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ 2) การพัฒนารูปแบบฯ 3) นำรูปแบบฯ ไปใช้ในพื้นที่นำร่อง 4) การประเมินผลฯ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสำรวจปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีชื่อตามทะเบียนราษฎร์ของอำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูปของ Taro Yamane จำนวน 360 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยมีสัดส่วนเท่ากับ 0.5 ระดับความเชื่อมั่น 95% และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 จากนั้นสุ่มตัวอย่างแบบจัดกลุ่มและหาสัดส่วนของประชากรแต่ละหมู่บ้าน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการจับสลากบ้านเลขที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่และไม่ไต่กัน จนได้ครบตามจำนวนที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ทีมวิจัยพัฒนาขึ้น มี 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ 2) แบบสอบถามปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 5 (เห็นด้วยมากที่สุด) 4 (เห็นด้วยมาก) 3 (เห็นด้วยปานกลาง) 2 (เห็นด้วยน้อย) 1 (เห็นด้วยน้อยที่สุด) เป็นต้น

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา เช่น ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบฯ มี 2 กิจกรรม คือ 1) การจัดกิจกรรมการเสวนา เพื่อเปิดโอกาสให้คนในหมู่บ้านร่วมแสดงความคิดเห็นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 2) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ให้กับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดแนวทางปฏิบัติและร่างรูปแบบฯ ก่อนนำไปใช้จริง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการคัดเลือกด้วยการจับสลาก เพื่อหาตำบลและหมู่บ้านต้นแบบได้ตำบลโพธิ์ตากและหมู่บ้านนำร่องอีก 3 หมู่บ้าน ที่จะใช้ดำเนินการจัดกิจกรรมเสวนา สำหรับการประชุมเชิงปฏิบัติการนั้น ได้คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง จำนวน 18 คน ได้แก่ ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ตัวแทนชมรมชาวไทพวนและผู้สูงอายุ สาธารณสุขอำเภอ/รพ.สต. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลโพธิ์ตาก และประธาน อสม. ทั้ง 3 หมู่บ้าน เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบบันทึกการสนทนา และแบบบันทึกการประชุม เครื่องบันทึกเสียง เป็นต้น



การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) โดยใช้การวิเคราะห์แก่นสาร (Thematic analysis)

ขั้นตอนที่ 3 นำรูปแบบฯไปใช้ โดยบูรณาการการทำงานของประชาชนและภาคีเครือข่าย โดยจัดกิจกรรมให้กับกลุ่มตัวอย่างทั้งในระดับชุมชนและผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้สูงอายุที่จะใช้รูปแบบฯในหมู่บ้าน จำนวน 41 คน ได้มาจากการคัดเข้าตามเกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นผู้สูงอายุไม่มีโรคประจำตัว ร่างกายแข็งแรง ยินดีให้ความร่วมมือ และเกณฑ์คัดออก คือ บกพร่องทางการสื่อสาร และไม่ยินดีเข้าร่วมกิจกรรม 2) กลุ่มผู้สูงอายุที่ใช้รูปแบบฯในโรงพยาบาล จำนวน 11 คน ที่ได้จากการสุ่มโดยบังเอิญกับผู้สูงอายุที่ใช้รูปแบบฯในชุมชนมาก่อน และเข้าใช้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลตั้งแต่เดือนมกราคม-เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2568 ไม่มีอาการรุนแรงของโรค ยินดีให้ข้อมูลและสื่อสารเข้าใจ เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามที่ใช้กับผู้สูงอายุที่จะใช้รูปแบบฯ ในหมู่บ้าน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำนวน 25 ข้อ และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้สูงอายุ จำนวน 25 ข้อ 2) แบบสอบถามที่ใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่ใช้รูปแบบฯ ในโรงพยาบาล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ และแบบสัมภาษณ์ (In-depth Interview) ในประเด็นรูปแบบบริการของโรงพยาบาลที่ได้รับ และความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับจากโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Pair Sample t-Test และวิเคราะห์แก่นสาร (Thematic analysis) เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล โดยการทำกิจกรรมกับกลุ่มตัวอย่าง ทั้งการมีส่วนร่วมทั้งทางตรงและทางอ้อม ประกอบการสังเกต เป็นต้น

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่ 82/2567 เมื่อวันที่ 5 กันยายน 2567

ผลการวิจัย

1. การสำรวจปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.8 มีอายุระหว่าง 61-69 ปี ร้อยละ 50 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 74.2 จบชั้นประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 85 ทำอาชีพการเกษตร ร้อยละ 76.7 มีรายได้ต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาท ร้อยละ 85 และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 87.8 เป็นต้น จากผลการสำรวจฯ พบว่า ผู้สูงอายุอยากให้มีศูนย์ดูแลผู้สูงอายุภายในหมู่บ้านมากที่สุด ($\bar{X} = 4.23$, S.D. = 0.83) รองลงมา คือ

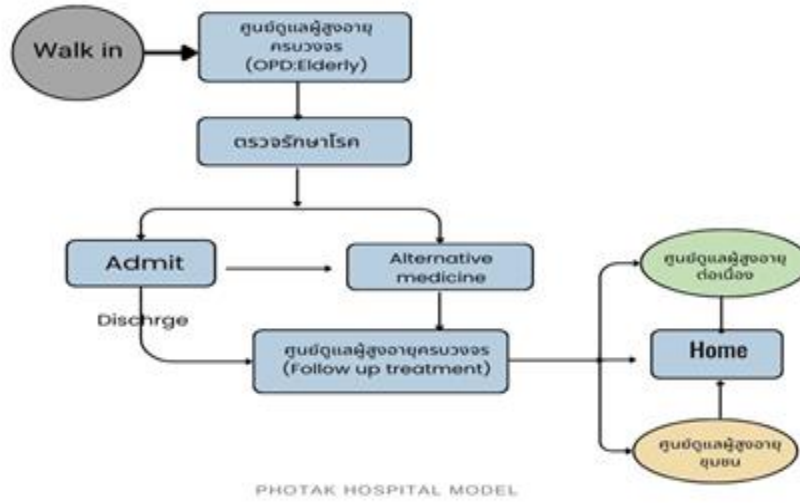


อยากได้อุปกรณ์ช่วยพยุงร่างกายในการลุก-นั่ง หรือขณะเดิน ($\bar{X} = 4.03$, S.D. = 0.91) ส่วนความต้องการสถานที่ออกกำลังกายภายในหมู่บ้านน้อยที่สุด ($\bar{X} = 1.44$, S.D. = 0.71) รองลงมา คือ อยากมีสถานที่พักผ่อนภายในหมู่บ้าน ($\bar{X} = 2.15$, S.D. = 0.50) เป็นต้น

2. การพัฒนารูปแบบฯ โดยการจัดประชุมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ โดยใช้กระบวนการมองภาพที่อยากให้เป็นในอนาคต บนรากฐานที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และการเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลได้สะดวกยิ่งขึ้น ประกอบกับการนำเอาผลที่ได้จากการสำรวจฯ กับข้อมูลที่มีการจัดเสวนาเพื่อสะท้อนปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน และผสมผสานกิจกรรมที่หลากหลายภายใต้แนวคิดที่ครอบคลุมทั้ง 3 มิติ คือ 1) มิติด้านความมั่นคง ที่เป็นการส่งเสริมชุมชนเข้มแข็ง สร้างกองทุนสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ และพัฒนางานเพิ่มรายได้ โดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น และการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ 2) มิติด้านการมีส่วนร่วมกับสังคม เป็นการรณรงค์สร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับบทบาท และการให้เกียรติผู้สูงอายุ และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในกิจกรรมทางสังคม เป็นต้น 3) มิติด้านสุขภาพ/ระบบบริการสุขภาพ สร้างการเรียนรู้และการฟื้นฟูสุขภาพให้ผู้สูงอายุ และส่งเสริมการเข้าถึงมีระบบบริการสุขภาพที่สะดวก รวดเร็ว ผ่านกลไกเชื่อมต่อข้อมูลภายใต้การขับเคลื่อนระบบการทำงานของ 4 เสาหลัก ดังนี้ *เสาหลักที่ 1*: ภาคประชาชน โดยมีคณะกรรมการฯ ทำงานร่วมกับอาสาไทพวน ดำเนินกิจกรรม ดังนี้ 1) จัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุชุมชน 2) จัดตั้งกองทุนสุขภาพผู้สูงอายุไทพวน 3) ส่งเสริมการเรียนรู้กับการดูแลสุขภาพ 4) เสริมทักษะสร้างรายได้จากงานทอผ้า สมุนไพร จักสาน เป็นต้น 4) จัดจำหน่ายผลิตภัณฑ์งานฝีมือ ซึ่งมีการประชุมติดตามการดำเนินทุกเดือน *เสาหลักที่ 2*: องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ตาก (อบต.) มีคณะทำงานกำกับดูแลผู้สูงอายุ จัดตั้งกองทุนสูงวัย โดยสนับสนุนเงินทุนดูแลสุขภาพผู้สูงอายุซึ่งกำหนดไว้ในแผนรายปี รวมถึงการพัฒนาการดำรงชีพ และการปรับสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยให้กับผู้สูงอายุ เป็นต้น *เสาหลักที่ 3*: โรงพยาบาลชุมชน จัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุครบวงจรภายในโรงพยาบาล พัฒนาแนวทางปฏิบัติ Elderly Care Pathway in Hospital ในการให้บริการผู้สูงอายุ โดยมีทีมประสานงานในการเชื่อมต่อบริการสุขภาพในโรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน เป็นต้น แสดงดังภาพที่ 1



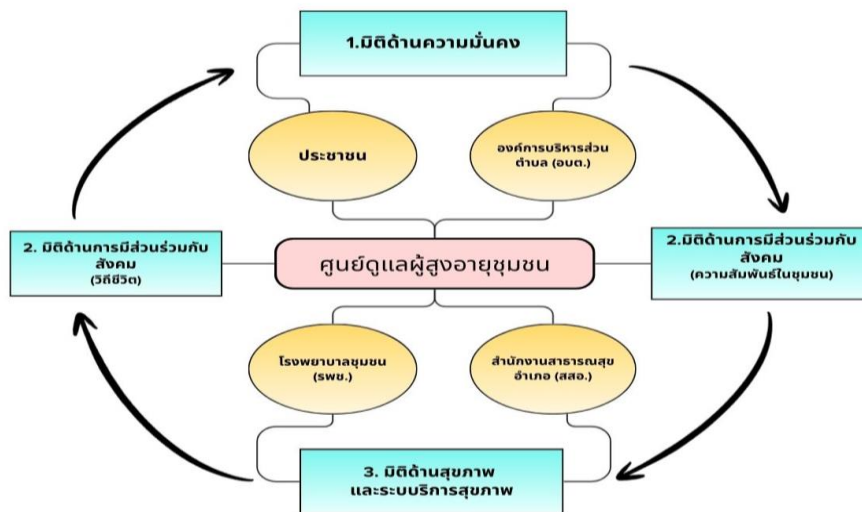
Elderly Care Pathway in Hospital



ภาพที่ 1: Elderly Care Pathway in Hospital

เสาหลักที่ 4 : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โดยการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่อง (Continuing of Care) ขึ้นเพื่อขับเคลื่อนการปฏิบัติงานในการประสานงานการดูแลต่อเนื่องในชุมชนที่เชื่อมโยงกับโรงพยาบาล และศูนย์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุชุมชน เพื่อตอบสนองความต้องการหรือปัญหาของผู้สูงอายุที่ครอบคลุมตั้งแต่โรงพยาบาลถึงบ้าน เช่น การเยี่ยมบ้าน (Home visit) การเยี่ยมบ้านประเมินผู้สูงอายุการเยี่ยมบ้านติดตามการรักษาหลังจากออกจากโรงพยาบาลกลับบ้าน เป็นต้น แสดงรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเชิงบูรณาการจากชุมชนสู่โรงพยาบาลแบบไร้รอยต่อ แสดงดังภาพที่ 2

รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเชิงบูรณาการจากชุมชนสู่โรงพยาบาลแบบไร้รอยต่อ



ภาพที่ 2: รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเชิงบูรณาการ



3. ผลการใช้รูปแบบฯ

1) ด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า คุณภาพชีวิตโดยภาพรวมก่อนใช้รูปแบบฯ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.94$, S.D. = 0.19) และข้อที่ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมาก คือ ความกล้าที่จะเผชิญปัญหาต่างๆ ในชีวิตได้ด้วยสติ ($\bar{X} = 3.71$, S.D. = 0.71) รองลงมา คือ ความพึงพอใจในชีวิตกับความสุขและความสงบ ($\bar{X} = 3.53$, S.D. = 0.67) ส่วนข้อที่ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับน้อย คือ การได้ออกไปทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นภายในหมู่บ้าน ($\bar{X} = 2.17$, S.D. = 0.89) รองลงมา คือ ความสามารถในการออกกำลังกายได้เป็นประจำ เช่น การเดิน การยกแขน-ยกขา เป็นต้น ($\bar{X} = 2.34$, S.D. = 0.85) เป็นต้น และภายหลังใช้รูปแบบฯ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.35$, S.D. = 0.21) โดยข้อที่ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมาก คือ ผู้สูงอายุสามารถใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เช่น การจักสาน ท่อผ้า เป็นต้น ($\bar{X} = 4.24$, S.D. = 0.76) รองลงมา คือ การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพในพื้นที่ได้ง่าย ($\bar{X} = 3.85$, S.D. = 0.98) ส่วนข้อที่ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง คือ การใช้เวลาว่างในการสนทนากับกลุ่มเพื่อนสูงวัยด้วยกัน ($\bar{X} = 2.78$, S.D. = 1.08) รองลงมา คือ ผู้สูงอายุมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น ($\bar{X} = 2.93$, S.D. = 0.46) เป็นต้น และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการพัฒนาในรูปแบบฯ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยดีขึ้น 0.45 คะแนน (95%CI = 0.36-0.48) ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนาในรูปแบบฯ (n = 41)

ด้านคุณภาพชีวิตของ	Mean						
	ผู้สูงอายุ	\bar{X}	S.D	difference	95% CI	t	p-value
ก่อนพัฒนาฯ		2.94	0.19				
				0.45	0.36-0.48	13.49	< 0.001
หลังพัฒนาฯ		3.39	0.18				

2) ด้านความพึงพอใจ ภายหลังการใช้รูปแบบฯ ในชุมชน พบว่า ความพึงพอใจของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.44$, S.D. = 1.07) เมื่อแยกเป็นรายด้านจะเห็นว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ดังนี้ (1) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการได้รับคำแนะนำด้านการกินและวิธีการปรุงอาหาร ($\bar{X} = 3.61$, S.D. = 1.22) (2) ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการให้คำแนะนำการป้องกันการล้ม ($\bar{X} = 3.78$, S.D. = 0.96) (3) ด้านการส่งเสริมอาชีพ พบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการจัดฝึกอบรมทักษะงานฝีมือ เช่น



การทอผ้า การจักสาน เพื่อทำเป็นอาชีพเสริม ($\bar{X} = 4.27$, S.D. = 0.83) (4) ด้านกองทุนสุขภาพหมู่บ้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการเข้าถึง และการใช้ประโยชน์ ($\bar{X} = 4.49$, S.D. = 0.74) (5) ด้านความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ พบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจความร่วมมือของชาวบ้านและอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการดูแลผู้สูงอายุ ($\bar{X} = 4.51$, S.D. = 0.63)

3) ผลการใช้รูปแบบฯ ในโรงพยาบาล พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 54.5 มีอายุระหว่าง 66-70 และ 71-75 ปี ร้อยละ 45.5 เท่ากัน ที่มาของรายได้ส่วนใหญ่มาจากและได้รับจากลูกหลานร้อยละ 54.5 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4 คนขึ้นไป ร้อยละ 81.1 มีความสามารถในการทำงานได้บ้าง ร้อยละ 54.5 ภาวะสุขภาพมีอาการปวดตึงร่างกายบางส่วน ร้อยละ 63.6 เมื่อยามเจ็บป่วยมีลูก-หลานเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 100 เป็นต้น ความพึงพอใจของผู้สูงอายุผู้ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาล โพรซีตัก ภายหลังที่มีศูนย์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุครบวงจร พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการมีความพึงพอใจต่อการบริการโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.89$, S.D. = 0.23) โดยข้อที่มีความพึงพอใจมากที่สุด คือ การมีแพทย์ที่คอยให้บริการผู้สูงอายุโดยเฉพาะ ($\bar{X} = 4.53$, S.D. = 0.51) รองลงมา คือ มีความรวดเร็วในการให้บริการ ($\bar{X} = 4.47$, S.D. = 0.64) ส่วนข้อที่พึงพอใจน้อยที่สุด คือ มีสถานที่ให้บริการที่เพียงพอ ($\bar{X} = 1.93$, S.D. = 0.96) และมีเจ้าหน้าที่เพียงพอต่อการให้บริการ ($\bar{X} = 2.60$, S.D. = 0.50) เป็นต้น ดังตัวอย่างการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้สูงอายุมีความประทับใจต่อระบบที่รองรับการเข้าบริการของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล โดยการแบ่งโซนพื้นที่แยกส่วนออกจากผู้ป่วยทั่วไป การมีแพทย์และพยาบาลที่คอยให้บริการ รวมถึงมีกระบวนการเชื่อมโยงบริการภายในโรงพยาบาลผ่านพยาบาล OPD Elderly ส่งผลให้การรอคอย การรับบริการที่รวดเร็ว สามารถความประทับใจกับบริการที่ได้รับมากขึ้นตามลำดับ ตลอดจนมีระบบการประสานที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพในชุมชนผ่านศูนย์ดูแลต่อเนื่องในชุมชนและศูนย์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุชุมชน เป็นต้น

อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาารูปแบบฯ สามารถอภิปรายได้ ดังนี้

1. รูปแบบฯ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นการดำเนินการทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพไปพร้อมๆ กัน ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือเชิงบูรณาการระหว่างกลไกทางด้านสังคม (อบต./ชุมชน/ครอบครัว) และกลไกด้านสุขภาพ (รพช./สสอ./รพ.สต.) โดยองค์กรในแต่ละด้านต้องมีบทบาทชัดเจนของตนเอง ประกอบกับการมีศูนย์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นบทบาทของภาคประชาชนชุมชนในการขับเคลื่อนกิจกรรมในชุมชน ดังนี้ 1) การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2) การถ่ายทอดความรู้เพิ่มพูนภูมิปัญญาท้องถิ่น 3) การสร้างขวัญกำลังใจกับผู้สูงอายุ โดยมีคณะกรรมการฯ ชมรมชาวไทพวน และ



กลุ่มอาสาไทพวนเข้ามาช่วยกันทำงานในการดูแลผู้สูงอายุแบบเครือข่าย ซึ่งเป็นอัตลักษณ์ของชาวไทพวนที่มีความเชื่อ ประเพณี พิธีกรรม และวัฒนธรรมทางด้านจิตใจที่ดีงาม มีความสามัคคี มีน้ำใจและรักพวกพ้อง เป็นต้น⁽¹⁰⁾ นับว่าเป็นจุดแข็งของชาติพันธุ์นี้ ขณะเดียวกันศูนย์ฯ ก็เป็นแกนกลางที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเข้ามารวมตัวกันในการส่งเสริม-ฟื้นฟูสุขภาพ การทำอาหารเพื่อสุขภาพ ซึ่งอาหารของชาวไทพวนมีความโดดเด่นเรื่องการนำสมุนไพรมาปรุงเป็นอาหาร “นอนนาในพงไพร (ชื่ออาหารพื้นบ้าน)” ภายใต้อาหารที่กินปลาเป็นหลักกินผักเป็นยา ที่กลายเป็นวัฒนธรรมต้อนรับนักท่องเที่ยว ประกอบกับการส่งเสริมอาชีพให้กับผู้สูงอายุให้ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ โดยการทำลูกประคบ/ย่องหม่อง เอาไว้ใช้เองจนเกิดชมรมผู้สูงอายุด้านสมุนไพร และได้เป็นตัวแทนของเขตสุขภาพที่ 8 เข้าประกวดระดับประเทศ และในการส่งเสริมการท่องเที่ยวโดยเพิ่มรายได้ที่ทันสมัยเข้าไปผสมผสานกับภูมิปัญญาท้องถิ่น สามารถสร้างรายได้เสริมอีกทาง และแบ่งรายได้ส่วนหนึ่งเข้ากองทุนดูแลสุขภาพผู้สูงอายุชุมชน ประกอบกับมีการระดมทุนจากลูก-หลานชาวไทพวนเข้าไปต่อยอดในกองทุนเพิ่มเติม

และองค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ตากได้ให้การสนับสนุนทุนอุดหนุน โดยใส่ไว้ในกองทุนสูงวัยที่ดั่งขึ้น โดยกำหนดเป็นแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในหมวดของการสร้างอาชีพและรายได้ที่มีผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุโดยตรงที่มีบทบาทในการเชื่อมประสานทรัพยากรต่างๆ ทั้งโครงการกิจกรรม วัสดุอุปกรณ์ อำนวยความสะดวกให้การดำเนินงานอื่นๆ กับหน่วยงานอื่นๆ รวมถึงการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้ที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ โดยมีระบบหรือกลไกสนับสนุนในการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม ครอบคลุมเป้าหมาย จนได้รับรางวัลชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 1 สิงหาคม 2568 สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑารัตน์ แสงทอง⁽¹¹⁾ พบว่า การส่งเสริมการรวมกลุ่มให้ใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ในการทำงานและหารายได้เป็นการสนับสนุนศักยภาพ (action ageing) ของผู้สูงอายุ ซึ่งจะช่วยเพิ่มคุณค่าของผู้สูงอายุโดยตรงที่จะนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ทั้งการสืบทอดภูมิปัญญา นำไปต่อยอดสร้างอาชีพต่อไป เช่นเดียวกับการศึกษาของ ปิยะนุช เรืองโพธิ์⁽¹²⁾ ที่พบว่า ผู้สูงอายุเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญ จึงต้องมีการส่งเสริมให้เป็นพลังขับเคลื่อนการพัฒนาชุมชน โดยเฉพาะการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น ชี้นำคนในสังคมให้ดำเนินชีวิตอย่างถูกต้องเหมาะสม และไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์ และคณะ⁽¹³⁾ พบว่า กระบวนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง จะส่งเสริมความเข้มแข็งให้ชุมชน และการพัฒนาทักษะผู้สูงอายุ โดยการบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นให้เป็นส่วนหนึ่งในการสร้างสรรค์ชุมชนและสังคมให้ดำรงอยู่ได้อย่างมีคุณค่า และเมื่อผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาทักษะที่เป็นประโยชน์แล้ว ย่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการพึ่งพาตนเองมากกว่าการรอรับประโยชน์สวัสดิการของรัฐเพียงอย่างเดียว⁽¹⁴⁾



และเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยจะได้รับการดูแลจากองค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ตาก โดยการจัดรถรับส่ง กรณีฉุกเฉินและผู้ป่วยหนัก รวมถึงผู้สูงอายุเข้าสู่บริการสุขภาพของโรงพยาบาล ที่มีระบบรองรับโดยมีศูนย์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุครบวงจรที่ถูกจัดตั้งขึ้น (OPD:ผู้สูงอายุ) และมีเจ้าหน้าที่คอยช่วยเหลือในการติดต่อประสานงานเชื่อมต่อบริการภายในโรงพยาบาล โดยจัดพื้นที่บริการแยกส่วนจากผู้ป่วยทั่วไป ทั้งนี้เพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุให้สามารถเข้าถึงบริการภายในโรงพยาบาลได้รวดเร็วยิ่งขึ้น ประกอบกับผู้บริหารได้ให้การสนับสนุนในการพัฒนาระบบอย่างเต็มที่ โดยกำหนดเป็นนโยบายหลัก รวมทั้งการประเมินและปรับปรุงแก้ไขร่วมกัน จะเห็นว่า การมีแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุเป็นระบบ มีกระบวนการหรือมาตรฐานงานรองรับ ช่วยให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพที่หลากหลายจากวิชาชีพได้อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งลาวัลย์ รัตนพันธ์⁽¹⁵⁾ ที่พบว่า การมีนโยบายการดูแลผู้สูงอายุส่งผลให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความพร้อมในการเรียนรู้ และมีความเสียสละ มีความตั้งใจร่วมกันพัฒนาส่งผลให้เกิดความร่วมมือของทุกๆ คน และสร้างผลงานคุณภาพได้ดียิ่งขึ้น และในการส่งต่อและดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่องชุมชน โดยมุ่งเน้นการจัดการความรู้เข้าสู่กระบวนการเชื่อมโยงกับการฟื้นฟูสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับทำงานแบบหนุนเสริมสร้างของภาคีเครือข่ายผ่านบูรณาการที่ผสมผสานระหว่างศูนย์บริการ (Integrated Service center Model) ทั้งระบบชุมชนและหน่วยงานภาครัฐ ที่เข้ามาทำงานร่วมกัน โดยมีศูนย์ดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่องทำงานร่วมกับศูนย์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุชุมชน ในการเชื่อมต่อข้อมูลเป็นทั้งหน่วยประสาน-ปฏิบัติการในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ ทั้งส่งเสริมสุขภาพ ชะลอความเสื่อม และการรวมกลุ่มทำกิจกรรมสาธารณประโยชน์ในชุมชน เป็นต้น

2. ผลลัพธ์ภายหลังที่นำรูปแบบไปใช้ในพื้นที่นำร่อง พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากอย่างเช่น การส่งเสริมการฟื้นฟูสุขภาพ กองทุนสุขภาพผู้สูงอายุ การพัฒนาอาชีพเสริม เป็นต้น จากแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายให้เข้าช่วยกันดูแลผู้สูงอายุครอบคลุมทุกมิติ ในการเสริมสร้างสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งเศรษฐกิจและสังคมให้กับผู้สูงอายุภายใต้กฎเกณฑ์ชุมชน ความเชื่อและทรัพยากรในชุมชน อย่างไรก็ตามการผสมผสานภูมิปัญญาพื้นบ้านร่วมกับความต้องการการมีภาวะสุขภาพที่ดีสู่กระบวนการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นการบูรณาการ นำไปสู่กลยุทธ์การมีส่วนร่วมของชุมชนจะส่งผลทางบวกกับการสร้างเสริมสุขภาพสังคมของผู้สูงอายุภายใต้ข้อจำกัดของทรัพยากรธรรมชาติ⁽¹⁶⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ เริงชาติ ศรีขจรวงศ์ และคณะ⁽¹⁷⁾ พบว่า การพัฒนานวัตกรรมและกระบวนการเชิงบูรณาการในการกำหนดรูปแบบและการจัดสวัสดิการแห่งรัฐในการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุ ควรจัดให้ครอบคลุมบริการทางสังคม การประกันสังคม การช่วยเหลือทางสังคม และ



การสนับสนุนหุ้นส่วนทางสังคม โดยที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพหลักในการขับเคลื่อน จึงรู้สภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี เนื่องจากเป็นเจ้าของพื้นที่ และมีการจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุได้อย่างทั่วถึงเป็นธรรมชาติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ รมย์ชนิกา ฝ่ายหมื่นไว และคณะ⁽¹⁸⁾ ที่พบว่า การใช้ชุมชนเป็นฐาน โดยมีการออกแบบการดูแลผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดทางสังคมและวัฒนธรรม จะสร้างความเหมาะสมกับวิถีชุมชนในแต่ละท้องถิ่น และองค์กรภาคีต่างๆ มีการบูรณาการทำงานเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ และเพิ่มศักยภาพให้กับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

ในส่วนของการจัดระบบบริการรองรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลโพธิ์ตากนั้น มีกลไกการเชื่อมโยงข้อมูลและเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพให้ผู้สูงอายุเข้าถึงได้สะดวก รวดเร็ว สามารถสร้างความพึงพอใจและความประทับใจให้กับผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของอมรรัตน์ แสงสุวรรณ⁽¹⁹⁾ ที่พบว่า ระบบบริการคลินิกผู้สูงอายุเป็นกระบวนการที่ดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม โดยมีการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบวงจรและให้การดูแลบำบัดรักษาในกลุ่มอาการและปัญหาสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ รวมทั้งการเชื่อมโยงการบริการอย่างชัดเจน ทันสถานการณ์ และไร้รอยต่อ (Seamless) ที่จะรองรับการส่งต่อเพื่อการดูแลบำบัดรักษาจากการคัดกรองสุขภาพในชุมชน

จากความร่วมมือหน่วยงานและองค์กรต่างๆ ที่มีผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ รวมถึงการออกแบบและจัดกิจกรรมหรือโครงการที่สามารถเชื่อมโยงกับการใช้งบประมาณและทรัพยากรของชุมชนภายใต้ข้อกำหนด กฎเกณฑ์ กติกาในพื้นที่ ส่งผลให้เกิดระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุครอบคลุมทุกมิติ ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่สามารถผสมผสานทั้งการเรียนรู้สู่การปฏิบัติ โดยอาศัยฐานครอบครัวและชุมชนเป็นแกนหลักในการเกื้อหนุน และหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องให้การสนับสนุนในการพัฒนาศักยภาพและการจัดบริการสุขภาพและสังคม⁽²⁰⁾ การบูรณาการทำงานร่วมกันของภาครัฐกับครอบครัวและชุมชน สามารถตอบสนองและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ได้เป็นอย่างดีทำให้การจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการต่อยอดและการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการมีสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม⁽²¹⁾ จะเห็นได้ว่า การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและยั่งยืนได้นั้น จะต้องเสริมสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการพัฒนาระบบ สนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ และจัดกิจกรรมส่งเสริมสมรรถภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง⁽²²⁾ ซึ่งจุดเด่นการศึกษานี้ คือ ชมรมชาวไทพวนที่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ ที่มีขนบธรรมเนียมและประเพณีเป็นเอกลักษณ์ โดยเฉพาะการทอผ้าลายไทพวนที่สามารถสร้างความโดดเด่นทางวัฒนธรรม และกลายเป็นจุดขายในเชิงการท่องเที่ยว ช่วยส่งเสริมความร่วมมือและสร้างเข้มแข็งของชุมชนได้เป็นอย่างดี



สรุปได้ว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเชิงบูรณาการจากชุมชนสู่โรงพยาบาลแบบไร้รอยต่อ (กรณีศึกษา) ได้ใช้แนวคิดชุมชนเป็นฐาน (Community-based) โดยอาศัยครอบครัวและชุมชนเป็นแกนหลักในการเกื้อหนุนซึ่งกันและกัน นับว่าเป็นกลไกสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบและเกิดความต่อเนื่อง ทำให้เกิดการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุมทุกมิติ ซึ่งสอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ จนสามารถยกระดับคุณภาพชีวิตได้ดียิ่งขึ้น และการสร้างระบบบริการที่มีประสิทธิภาพให้กับผู้สูงอายุในพื้นที่ได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การนำเอารูปแบบฯ ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ จะต้องคำนึงถึงความแตกต่างของบริบทและสภาพแวดล้อมของแต่ละพื้นที่
2. ควรใช้ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุชุมชนให้เต็มศักยภาพในการใช้เป็นสถานดูแลชั่วคราวในช่วงกลางวัน (Day care) ขณะที่ลูกหลานออกไปทำงานนอกบ้าน
3. ควรมีการติดตามประเมินผลกระบวนการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุภายในโรงพยาบาล ซึ่งจะช่วยพัฒนาคุณภาพบริการได้ดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ตลอดจนภาคีเครือข่ายและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลโพธิ์ตากทุกท่าน ที่สำคัญขอกราบขอบคุณผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างรวมถึงผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมในการศึกษาครั้งนี้ จนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กองมาตรฐานการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. รายงานสถานการณ์ทางสังคมประจำปี. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 12 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://ebooks.m-society.go.th/ebooks/detail/823>
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 12 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20241209145003_27188.pdf
3. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สังคมผู้สูงอายุในปัจจุบันและเศรษฐกิจในประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dop.go.th/th/know/1/926>



4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย. รายงานประจำปี 2566. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 9 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nko2.moph.go.th/plan/index.php?plan=w5-yearreport>
5. สุเทพ คามเมฆ, กฤติมา อินทะภูด. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเชิงบูรณาการในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท กรณีศึกษา เทศบาลตำบลพลายชุมพล อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิทยาลัยสงฆ์นครลำปาง 2564; 10 (1): 74-88.
6. นฤมล ปิ่นพรม. ผลของโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ โรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2567; 9(4): 623-629.
7. World Health Organization. Active Ageing: A Policy Framework. [Internet]. 2002 [cited 2024 Jan 10]. Available from: http://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/
8. สุขชัย นาคสุวรรณ, กิรรัตน์ อุปลา, อรวรรณ หนูเสมียน. การพัฒนาระบบและนวัตกรรม การดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นตำบลท่าศาลา อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช [รายงานการวิจัย]. นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์; 2562.
9. พัฒนภานุ ทูลธรรม และคณะ. การพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการสืบสานภูมิปัญญาท้องถิ่นผ่านเรื่องเล่า กรณีศึกษา ตำบลบ้านหนอง อำเภอสอง จังหวัดแพร่. วารสารวิทยาลัยสงฆ์นครลำปาง 2563; 9(2): 78-90.
10. เกศรี วิวัฒนปฐพี และคณะ. อัตลักษณ์และพื้นที่ทางสังคม: ภาพสะท้อนวิถีชีวิตไทพวนในภาคอีสาน. วารสารมหาจุฬานาครธรรมศาสตร์ 2566; 9(10): 62-77.
11. จุฑารัตน์ แสงทอง. สังคมผู้สูงอายุ (อย่างสมบูรณ์): ภาวะสูงวัยอย่างมีคุณภาพ. วารสารกิ่งวิชาการ 2560; 38(1): 6-28.
12. ปิยะนุช เรืองโพธิ์. รูปแบบการจัดการความรู้ภูมิปัญญาผู้สูงอายุสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษา เทศบาลนครสกลนคร. วารสารชุมชนวิจัย 2564; 15(4): 42-56.
13. ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์ และยุวดี รอดจากภัย. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน. [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 23 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://buuir.buu.ac.th/bitstream/1234567890/1463/1/2559_107.pdf
14. ธนิกานต์ สังฆโสภณ. การมีส่วนร่วมของผู้บริหารในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนนโยบายเขตสุขภาพที่ 10. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพศรีสะเกษ 2566; 2(3): 76-89.
15. รุ่งลาวัลย์ รัตนพันธ์. การพัฒนาระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2564; 15(37): 250-261.



16. สามารถ ใจเตี้ย. การเสริมสร้างสุขภาพสังคมผู้สูงอายุในยุคไทยแลนด์ 4.0. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562; 28 (2): s186-s194.
17. เริงชาติ ศรีขจรวงศ์, ภักดี โพธิ์สิงห์. นวัตกรรมกระบวนการเชิงบูรณาการสำหรับกำหนดรูปแบบการจัดสวัสดิการแห่งรัฐในการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุ. วารสารการบริหารนิติบุคคลและนวัตกรรมท้องถิ่น 2566; 9(4): 426-440.
18. รมย์ชนิกา ฝ่ายหมื่นไวย, นิภา กิมสูงเนิน, เขมส์ณิณี รื่นฤติภิรมณ์. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ : คำตอบอยู่ที่ระบบสุขภาพชุมชน. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม; 44(3): 11-22
19. อมรรัตน์ แสงสุวรรณ, นันทิกานต์ หวังจิ. การพัฒนารูปแบบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2568; 10(1): 731-737.
20. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ขวัญใจ อำนางสัตย์เชื้อ. รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน. [อินเทอร์เน็ต]. 2552 [เข้าถึงเมื่อ 24 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/2713/p022-031.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
21. รังสียา นารินทร์, เรณู มีปาน. นวัตกรรมการจัดการดูแลสุขภาพของชุมชน: อาสาป็นสุข. พยาบาลสาร 2558; 42(4): 1-11.
22. นิสิต บุญอะริณ, กองทิพย์ ปิ่นกะโน. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพที่มีคุณภาพ อำเภอ ปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2567; 17 (3): 73-86.



การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด

DEVELOPING A CARE MODEL FOR SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN THE AREA UNDER THE RESPONSIBILITY IN NONG PHOK HOSPITAL, NONG PHOK DISTRICT, ROI ET PROVINCE

Received: October 12, 2025

Revised: December 29, 2025

Accepted: February 04, 2026

วัลย์ลาลักษณ์ พลชัย

Wallaluk Polsue

บทคัดย่อ

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับชุมชนมักขาดความต่อเนื่อง เกิดการกำเริบซ้ำ และเพิ่มภาระต่อครอบครัว การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตบริการโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด และประเมินผลต่อความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดำเนินการ 2 วนรอบ รวม 24 สัปดาห์ (ตุลาคม 2567-มีนาคม 2568) ศึกษาบริบทและปัญหาด้วยการทบทวนเอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 63 คน จากนั้นร่วมพัฒนารูปแบบกับภาคีเครือข่ายและทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภท 30 คน (คัดเลือกแบบเจาะจง) ประเมินก่อน-หลังด้วยแบบสอบถามความพึงพอใจ 15 ข้อ และแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI 26 ข้อ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ paired t-test ผลการวิจัยได้รูปแบบการดูแลเอ็นพีเอช (NPH Care Model) ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การดูแลแบบเครือข่าย การเสริมสร้างพลังอำนาจ การพัฒนาศักยภาพ และการจัดการแบบบูรณาการ หลังดำเนินการคะแนนความพึงพอใจเพิ่มจาก 10.43 ± 2.28 เป็น 13.50 ± 1.22 ($p\text{-value} < 0.001$) และคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มจาก 74.40 ± 7.59 เป็น 92.06 ± 3.74 ($p\text{-value} < 0.001$) สรุปว่า รูปแบบการดูแลเอ็นพีเอชช่วยยกระดับความต่อเนื่องของการดูแลโดยใช้เครือข่ายชุมชนเป็นฐานและเพิ่มผลลัพธ์รายงานโดยผู้ป่วย ควรขยายผลสู่พื้นที่ใกล้เคียงและติดตามประเมินผลระยะยาว

คำสำคัญ: รูปแบบ, การดูแล, ผู้ป่วยจิตเภท

โรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด

Nong Phok Hospital, Roi Et Province

Corresponding author E-mail: Wallaluktong@gmail.com



Abstract

This action research aimed to develop a care model for patients with schizophrenia in the catchment area of Nong Phok Hospital, Roi Et Province, and to assess changes in patient satisfaction and quality of life. The study was conducted over 24 weeks in two cycles (October 2024-March 2025). Context and needs were explored through document review, in-depth interviews, and focus group discussions with 63 stakeholders. The developed model was then implemented with 30 purposively selected patients with schizophrenia. Outcomes were measured before and after implementation using a 15-item satisfaction questionnaire and the WHOQOL-BREF-THAI (26 items). Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test. The study produced the NPH Care Model comprising four components: network-based care, empowerment, capacity building, and integrated management. After implementation, mean satisfaction scores increased from 10.43 ± 2.28 to 13.50 ± 1.22 (p -value < 0.001), and mean quality-of-life scores increased from 74.40 ± 7.59 to 92.06 ± 3.74 (p -value < 0.001). The findings suggest that the NPH Care Model improves continuity of care through community networks and enhances patient-reported outcomes. Further scale-up and long-term evaluation are recommended.

Keywords: Model, Care, Schizophrenic Patient



บทนำ

โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติทางจิตที่กระทบต่อการคิด การรับรู้ความเป็นจริง และการดำรงชีวิตประจำวันอย่างมีนัยสำคัญ โดยองค์การอนามัยโลกระบุว่า ทั่วโลกมีผู้ป่วยประมาณ 24 ล้านคน มักเริ่มแสดงอาการในช่วงวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรสูงกว่าประชากรทั่วไปจากโรคทางกายร่วมและปัจจัยสุขภาพที่เกี่ยวข้อง⁽¹⁾ อาการสำคัญครอบคลุมทั้งอาการทางบวก เช่น หลงคิด ประสาทหลอน และพฤติกรรมผิดปกติ และอาการทางลบ เช่น แยกตัว เฉื่อยชา และการบกพร่องด้านการดูแลตนเอง ซึ่งสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ในสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁽²⁻³⁾ ในเชิงระบบบริการ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องคำนึงถึงความปลอดภัยและการจัดการภาวะเสี่ยง โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบร่วมกับพฤติกรรมก้าวร้าวหรือเสี่ยงก่อความรุนแรง ซึ่งเป็นประเด็นที่กฎหมายด้านสุขภาพจิตกำหนดให้ต้องได้รับการบำบัดรักษาอย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น⁽⁴⁾

สำหรับบริบทพื้นที่โรงพยาบาลหนองพอก อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด ข้อมูลย้อนหลังปี 2562-2566 พบจำนวนผู้ป่วยจิตเภทสะสมเพิ่มขึ้นต่อเนื่องจาก 598 ราย (ปี 2562) เป็น 775 ราย (ปี 2566) และพบผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบซ้ำร่วมกับพฤติกรรมก้าวร้าว/คลุ้มคลั่งและเหตุรุนแรงเพิ่มขึ้น (23, 26, 52, 62 และ 57 รายตามลำดับ)⁽⁵⁾ สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนความจำเป็นของระบบติดตามรักษาต่อเนื่องและการบริหารจัดการความเสี่ยงที่เชื่อมโยงโยงระหว่างโรงพยาบาล ครอบครัว และชุมชน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V)

ช่องว่างเชิงประจักษ์และเชิงปฏิบัติ: แม้มีงานศึกษาที่เสนอรูปแบบการดูแลเชิงรุกแบบบูรณาการร่วมกับเครือข่ายชุมชนเพื่อเสริมความต่อเนื่องของการดูแล⁽⁶⁾ และมีงานที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในระดับโรงพยาบาลซึ่งเน้นระบบการประสานงานและการติดตาม⁽⁷⁾ รวมทั้งการวิเคราะห์รูปแบบการดูแลในระดับตำบลที่ชี้ให้เห็นจุดเปราะบางของระบบสนับสนุนในชุมชน⁽⁸⁾ อย่างไรก็ตามงานวิชาการยังชี้ว่า “ตราบาป” เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงบริการและการยอมรับในชุมชนและระบบสุขภาพ⁽⁹⁾ ขณะเดียวกัน งานที่มุ่งพัฒนาการดูแลต่อเนื่องโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน ย้ำถึงความจำเป็นของการเสริมศักยภาพผู้ดูแลและกลไกประสานงานข้ามหน่วยบริการ⁽¹⁰⁾ และมีงานที่พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายเพื่อดูแลเชิงรุกในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยเน้นการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนและการจัดการภาวะวิกฤติ⁽¹¹⁾ ตลอดจนรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อความรุนแรงในบริบทบริการเฉพาะพื้นที่⁽¹²⁾ เมื่อพิจารณาเฉพาะบริบทหนองพอก ยังพบข้อจำกัดด้านความต่อเนื่องของการติดตามรักษา การประสานงานเครือข่าย และทักษะของผู้ดูแล/ชุมชนในการเฝ้าระวังและจัดการภาวะวิกฤติ ซึ่งส่งผลต่อความเสี่ยงการกำเริบซ้ำและเหตุรุนแรงซ้ำในชุมชน⁽⁵⁾ ด้วยเหตุนี้ การศึกษานี้จึงดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทใน



เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อให้เกิดการ
ออกแบบ ทดลองใช้ และปรับปรุงร่วมกับผู้เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ⁽¹³⁾ เป้าหมายสำคัญ คือ เพิ่มความ
ต่อเนื่องของการดูแล ลดการกำเริบซ้ำ และยกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก
จังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก
ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติงาน การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ การสะท้อนการปฏิบัติงาน
และประเมินผลการปฏิบัติงาน
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล
หนองพอก

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก
จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน
เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด
ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart⁽⁶⁾
ประกอบด้วย การวางแผน (Planning: P) การปฏิบัติการ (Action: A) การสังเกตการณ์ (Observation: O)
และการสะท้อนกลับ (Reflection: R) ดำเนินการวิจัยในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก
จังหวัดร้อยเอ็ด ระยะเวลาดำเนินการจำนวน 24 สัปดาห์ แบ่งเป็น 3 ระยะ ตั้งแต่การศึกษาริบทและ
วิเคราะห์สถานการณ์ของผู้ป่วยจิตเภท นำมาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท นำรูปแบบที่พัฒนา
ไปทดลองใช้จนถึงขั้นประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบในเขตโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัด
ร้อยเอ็ด

1. ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทและวิเคราะห์สถานการณ์

ศึกษาข้อมูลบริบทของพื้นที่และระบบบริการเดิม ครอบคลุมข้อมูลทั่วไป แนวทางการ
ดำเนินงานที่ผ่านมา ปัญหา/อุปสรรค และนโยบายหรือแนวทางที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทใน
ระดับพื้นที่ โดยใช้ข้อมูลจากเอกสาร/รายงานการดำเนินงาน และข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) จาก
หน่วยบริการ รวมถึงการเก็บข้อมูลภาคสนามตามความเหมาะสม (เช่น แบบสำรวจ/แบบสัมภาษณ์)



เพื่อนำไปสู่การระบุประเด็นปัญหาและความต้องการเชิงระบบของพื้นที่ และนำเสนอผลต่อเวทีประชาคมเพื่อสะท้อนสถานการณ์ร่วมกับชุมชน

2. ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแล

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด โดยนำข้อมูลบริบท และนโยบายพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด ของกระทรวงสาธารณสุขมาออกแบบพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อวางแผนการดำเนินงานให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป โดยมีขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด ดังนี้

2.1 การศึกษาบริบทและการประเมินสถานการณ์

2.1.1 ข้อมูลพื้นฐานด้านบริบทของพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด

2.1.2 ประเมินสถานการณ์ของพื้นที่และข้อมูลพื้นฐานพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้การศึกษาข้อมูลพื้นฐานที่มีการแบบสัมภาษณ์ การสำรวจข้อมูลพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด จากการสำรวจและข้อมูล Secondary Data จากหน่วยบริการสาธารณสุข ข้อมูลการปฏิบัติงานกระทรวงสาธารณสุข และนำข้อมูลมาวิเคราะห์และสะท้อนปัญหาค้นสู่ชุมชนผ่านการประชาคม

2.2 การสนทนากลุ่ม และการประชุมกลุ่มย่อย เพื่อทราบถึงบริบท สถานการณ์พัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด ข้อมูลทั่วไป แนวทางการดำเนินงานที่ผ่านมา ปัญหา อุปสรรค รวมถึงนโยบายด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แนวทางสนับสนุนพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรสาธารณสุข องค์กรเอกชน นำผลการศึกษาและผลการประชุมกลุ่มย่อยมาสังเคราะห์ข้อมูลนำเข้าเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด ต่อไป จำนวน 2 วงรอบ (ครั้งที่ 1 เดือนพฤศจิกายน 2567 ครั้งที่ 2 เดือนธันวาคม 2567)

3. ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เป็นการนำรูปแบบที่เกิดจากการระดมสมองเพื่อหารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด โดยประเมินผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 30 คน ในด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยจิตเภท และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. พื้นที่ทำการศึกษ ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความสำคัญต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนท้องถิ่น

2. กลุ่มเป้าหมาย การศึกษาในครั้งนี้ได้มีการมีการศึกษาโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการจัดการคุณภาพตามกระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) โดยเลือกกลุ่มเป้าหมายที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่จริงในอำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด

2.1 กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการพัฒนาระบวนการผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภท ประชาชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตัวแทนละ 9 คน รวมทั้งหมด 63 คน

2.2 กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ ผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 30 คน

2.2.1 เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) คือ 1) ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยทางการแพทย์ ตามรหัสโรค F200-F209 จากแพทย์ในโรงพยาบาลหนองพอก หรือ โรงพยาบาลอื่นๆ ที่มีประวัติการรักษาอาการทางจิตในพื้นที่อำเภอหนองพอก 2) ผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาทางจิตเวชที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลหนองพอก ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2564 จนถึงปัจจุบัน 3) ผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 18-60 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย 4) ผู้ป่วยที่ต้องการมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย และยินดีที่จะเข้าร่วมในการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแล 5) ผู้ป่วยที่สามารถให้ข้อมูลได้ และมีการตัดสินใจที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยได้อย่างเต็มใจ

2.2.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ 1) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยเนื่องจากมีปัญหาทางสุขภาพที่ไม่สามารถควบคุมได้ หรือไม่สามารถสื่อสารได้ชัดเจน 2) ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพที่ไม่สามารถรับการรักษาหรือกิจกรรมในโครงการวิจัยได้ 3) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการวิจัย หรือไม่สามารถเข้าร่วมการเก็บข้อมูลและกิจกรรมต่าง ๆ ของการวิจัย 4) ผู้ป่วยที่ย้ายออกจากพื้นที่ หรือไม่สามารถติดต่อได้ระหว่างระยะเวลาของการศึกษาหรือการติดตาม 5) ผู้ป่วยที่ไม่ให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย หรือเลือกที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยระหว่างการดำเนินการ

2.3 ขอบเขตด้านระยะเวลา ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2567 ถึง มีนาคม 2568



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการ

1.1 แนวทางการสนทนากลุ่มในระยะสังเกตพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แนวคำถามในการสนทนากลุ่มในระยะตรวจสอบความรู้ทักษะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด มีประเด็นหลัก ดังนี้ 1) แนวการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 2) ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภท 3) แนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด

ส่วนที่ 2 แนวคำถามในการสนทนากลุ่มในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก การประสานความร่วมมือกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ภาวการณ์ช่วยในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1.2 แนวทางการสังเกต ติดตาม และบันทึกการเปลี่ยนแปลง ใช้ในการประเมินตลอดช่วงของการดำเนินกิจกรรมทุกระยะ สังเกตสิ่งต่างๆ รวมทั้งพฤติกรรมของผู้ร่วมวิจัย และมีการบันทึกการสังเกตการดำเนินงานทุกขั้นตอนของการวิจัย โดยมีแนวทางการสังเกต ประกอบด้วย การสังเกตการมีส่วนร่วม ได้แก่ การสังเกตการแสดงความคิดเห็น ความสนใจขณะเข้าร่วมกลุ่ม สังเกตการเปลี่ยนแปลงและกระบวนการปฏิสัมพันธ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น เช่น การรวมกลุ่ม การแสดงความคิดเห็น และการสังเกตผลลัพธ์การดำเนินการ ตามวัตถุประสงค์ รวมทั้งปัญหาและอุปสรรค อุปกรณ์ที่ใช้ในการช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เทปบันทึกเสียง ช่วยให้มีข้อมูลที่ถูกต้องและครอบคลุมทุกประเด็น

1.3 สื่อที่ใช้ในการฝึกอบรม ประกอบด้วย วัสดุทัศนศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ชุดสไลด์สำหรับสอนความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เรื่องสั้นการดูแลผู้ป่วยจิตเภท Role Model และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบบสอบถามพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก ประกอบด้วย

2.1 ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษาผู้ดูแลหลัก และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว จำนวน 6 ข้อ

2.2 ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 2 ระดับ คือ พึงพอใจ ให้ 1 คะแนน และไม่พึงพอใจ ให้ 0 คะแนน

2.3 ส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 26 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย ไม่เลย มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ มากที่สุด ให้ 5 คะแนน มาก ให้ 4 คะแนน ปานกลาง ให้ 3 คะแนน เล็กน้อย ให้ 2 คะแนน ไม่เลย ให้ 1 คะแนน



โดยเครื่องมือได้รับการทดสอบแล้ว พบว่า ความเที่ยงตรง (validity) มีค่า content validity = 0.65 และ ความเชื่อมั่น (reliability) มีความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ซึ่งแสดงค่า Cronbach's alpha coefficient = 0.84⁽¹⁴⁾

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1: ทบทวนเอกสาร/สถิติในพื้นที่ สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยและผู้ดูแล สนทนากลุ่มกับผู้นำชุมชน อสม. ประชาชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อระบุปัญหา-ความต้องการ

ระยะที่ 2: ประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมภาคีเครือข่ายเพื่อออกแบบองค์ประกอบรูปแบบ จัดทำคู่มือ/สื่อ และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ระยะที่ 3: เก็บข้อมูลเชิงปริมาณก่อนทดลองใช้ (สัปดาห์ที่ 9) และหลังทดลองใช้ครบ 24 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 24) พร้อมบันทึกการดำเนินกิจกรรมและการสะท้อนผลในแต่ละรอบการติดตาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ระยะที่ 1-2 (เชิงคุณภาพ): วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) จัดหมวดหมู่ ประเด็นหลัก และสังเคราะห์เป็นข้อเสนอเพื่อพัฒนารูปแบบ

2. ระยะที่ 3 (เชิงปริมาณ): ใช้สถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และทดสอบความแตกต่างก่อน-หลังด้วยการทดสอบทีแบบจับคู่ (paired t-test) หากข้อมูลไม่เป็นปกติใช้ Wilcoxon signed-rank test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยเรื่องนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เอกสารรับรองเลขที่ COE-0722567 ลงวันที่ 27 ธันวาคม 2566 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการทำวิจัย โดยละเอียด รวมทั้งขอความยินยอมกลุ่มตัวอย่างก่อนเก็บข้อมูลทุกครั้ง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธ การเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. บริบทและสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 80.0 อายุเฉลี่ย 40.70 (S.D. = 9.87) มีมัชฐานของรายได้ 1,000 บาท ($P_{25} = 800$ บาท : $P_{75} = 2,000$ บาท) มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 56.7 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา 76.7 สถานภาพโสด ร้อยละ 60.0 ผู้ดูแลส่วนใหญ่ คือ บิดา/มารดา/พี่น้อง ร้อยละ 90.0 สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่ารายจ่าย



ร้อยละ 46.7 ส่วนใหญ่เคยใช้สารเสพติด ร้อยละ 66.7 ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง ชมเชยบ้าง มีการดูค่า ต่อบว่า ตกเดือนกันบางครั้ง ร้อยละ 50.0 ไม่มีโรคร่วมมากที่สุด ร้อยละ 86.7 ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา มีอาการทางจิตกำเริบ และมีอาการกำเริบซ้ำ ร้อยละ 80.0 ตามลำดับ

2. ผลการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ เคมมิส และแมกแทกการ์ด ร่วมกับการนำทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ มาออกแบบกิจกรรมผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพ จำนวน 2 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) โดยรูปแบบที่ได้ คือ NPH Care Model เป็นการพัฒนาระบบที่บูรณาการ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเข้ากับบริบทของชุมชนอย่างเป็นองค์รวม เพื่อให้เกิดการดูแลที่ยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ โดยมีหลักการสำคัญดังนี้

2.1 การดูแลแบบเครือข่าย (Network-based Care): รูปแบบนี้ยึดหลักการสร้างความร่วมมือ จากหลายฝ่ายในพื้นที่ โดยหัวใจสำคัญคือการจัดตั้งทีมดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับชุมชน ซึ่งประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต, อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำชุมชน ทีมนี้ทำหน้าที่ ร่วมกันในการจัดทำ แผนการดูแลรายบุคคล สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย โดยคำนึงถึงปัจจัยเฉพาะตัว เช่น อาการ, สภาพแวดล้อมที่บ้าน และความสัมพันธ์ในครอบครัว ซึ่งจะแตกต่างจากแผนการรักษา มาตรฐานทั่วไป

2.2 การเสริมสร้างพลัง (Power-Empowerment): รูปแบบนี้เน้นการเสริมสร้างศักยภาพให้แก่ ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้พวกเขาสามารถดูแลตนเองและจัดการกับอาการของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยไม่ได้มองว่า ผู้ป่วยและญาติเป็นเพียงผู้รับบริการ แต่เป็นหุ้นส่วนสำคัญ ในกระบวนการรักษา มีการจัดฝึกอบรมทักษะการเผชิญปัญหา และการจัดตั้งกลุ่มสนับสนุน เพื่อให้เกิดการแบ่งปันประสบการณ์และความรู้จากผู้ที่เคยประสบปัญหาคล้ายกัน ซึ่งจะช่วยลดความรู้สึก โดดเดี่ยวและสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ

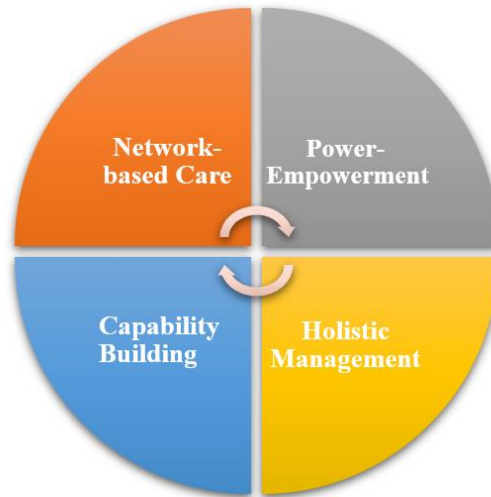
2.3 การจัดการแบบบูรณาการ (Holistic Management): รูปแบบนี้เป็นการเชื่อมโยง การทำงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในชุมชน ทั้งโรงพยาบาลแม่ข่าย, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และตำรวจ โดยมีการจัดทำโปรโตคอลการประสานงานที่ชัดเจน สำหรับการนำส่งผู้ป่วยที่มีอาการคลุ้มคลั่งเข้าสู่การรักษา เพื่อลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับทั้งผู้ป่วย และผู้ดูแล

2.4 การพัฒนาศักยภาพ (Capability Building): การพัฒนาศักยภาพไม่ได้จำกัดอยู่แค่ผู้ป่วย และครอบครัว แต่ขยายไปถึงชุมชนทั้งหมด เพื่อลดการตีตราทางสังคมที่อาจเกิดขึ้น โดยมีการณรงค์ ให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค เพื่อความเข้าใจที่ถูกต้องและส่งเสริมการยอมรับในชุมชน นอกจากนี้



ยังรวมถึงการพัฒนาทักษะเฉพาะทางให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น ทักษะการสื่อสารเชิงสร้างสรรค์ และการจัดการวิกฤต เพื่อให้สามารถรับมือกับสถานการณ์ที่ซับซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โดยสรุป NPH Care Model ไม่เพียงแต่ให้ความสำคัญกับการรักษาทางการแพทย์เท่านั้น แต่ยังคงครอบคลุมมิติด้านสังคมและชุมชนอย่างครบถ้วน ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการดูแลที่ยั่งยืนและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่โรงพยาบาลหนองพอกได้อย่างแท้จริง ดังภาพประกอบที่ 1



ภาพประกอบที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก

3. ผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจของผู้ป่วยจิตเภท เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง 3.07 คะแนน (95%CI = 2.43-3.69) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิต เพิ่มขึ้น 17.66 คะแนน (95%CI = 14.64-20.69) ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยจิตเภทและคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก ก่อนและหลังการทดลอง (n = 30)

การดูแลผู้ป่วยจิตเภท	\bar{X} (S.D.)		\bar{d}	95%CI	t	p-value
	ก่อน	หลัง				
ความพึงพอใจ	10.43 (2.28)	13.50 (1.22)	3.07	2.43-3.69	9.99	< 0.001
คุณภาพชีวิต	74.4 (7.59)	92.06 (3.74)	17.66	14.64-20.69	11.94	< 0.001



สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด และประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นซึ่งเรียกว่า “NPH Care Model” ซึ่งเป็นการบูรณาการให้เข้ากับทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ พบว่ารูปแบบมีประสิทธิภาพอย่างมีนัยสำคัญ โดยข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยส่วนใหญ่แสดงถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพเนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่าง เช่น รายได้น้อย เคยใช้สารเสพติด และมีประวัติอาการกำเริบซ้ำ NPH Care Model ได้รับการพัฒนาขึ้นโดยมีองค์ประกอบหลัก 4 ประการ คือ การดูแลแบบเครือข่าย ที่เน้นการจัดตั้งทีมสหวิชาชีพในชุมชน เพื่อสร้างแผนการดูแลรายบุคคล การเสริมสร้างพลัง เพื่อเพิ่มศักยภาพให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ การจัดการแบบบูรณาการ โดยสร้างโปรโตคอลการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการพัฒนาศักยภาพ เพื่อลดการตีตราทางสังคมเกี่ยวกับโรค หลังจากการทดลองใช้รูปแบบดังกล่าวเป็นเวลา 24 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า NPH Care Model เป็นรูปแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพและสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในชุมชนได้อย่างแท้จริง

อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท “NPH Care Model” ในการศึกษาี้เกิดจากการวิเคราะห์บริบทจริงของอำเภอหนองพอก และการทำงานร่วมกับภาคีในพื้นที่อย่างเป็นระบบ ผลพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย โสด และมีประวัติใช้สารเสพติด ซึ่งสะท้อนความเปราะบางต่อการขาดความต่อเนื่องในการดูแลและความเสี่ยงกำเริบซ้ำ อีกทั้งพื้นที่มีข้อจำกัดเชิงโครงสร้าง ได้แก่ ผู้ดูแลขาดศักยภาพ (โดยเฉพาะผู้ดูแลสูงอายุ) และความกังวลของชุมชนต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย ส่งผลให้การติดตามรักษาในชุมชนทำได้ยาก จึงออกแบบ NPH Care Model ให้ขยาย “ขอบเขตการดูแล” จากโรงพยาบาลไปสู่การจัดการเชิงระบบที่เชื่อมโยงโรงพยาบาล-ปฐมภูมิ-ครอบครัว-ชุมชนอย่างบูรณาการ สอดคล้องกับงานในประเทศที่ชี้ว่า ประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนขึ้นกับการบูรณาการระบบบริการและการประสานงานเครือข่ายอย่างมีโครงสร้าง มากกว่าการพึ่งพาหน่วยบริการใดเพียงลำพัง^(6-7,10) ดังนั้น กระบวนการที่นำไปสู่ผลลัพธ์ของการศึกษานี้จึงสามารถอภิปรายตามองค์ประกอบหลักของรูปแบบได้ดังนี้

1. การสร้างเครือข่ายความร่วมมือที่แข็งแกร่ง (Network-based Care)

รูปแบบ NPH Care Model ให้ความสำคัญกับ “ทีมดูแลระดับชุมชน” และการทำงานแบบเครือข่ายเพื่อให้การดูแลเกิดความต่อเนื่องและตอบสนองต่อความเสี่ยงได้ทันทั่วถึง แทนที่จะให้



โรงพยาบาลเป็นผู้รับภาระเพียงลำพัง ทีมเครือข่าย ประกอบด้วย บุคลากรจากโรงพยาบาล รพ.สต. อสม. ผู้นำชุมชน และครอบครัวผู้ป่วย โดยร่วมกันจัดทำ “แผนการดูแลรายบุคคล” ที่คำนึงถึงปัจจัย เฉพาะราย เช่น รูปแบบอาการ สภาพแวดล้อมที่บ้าน ความพร้อมผู้ดูแล และความสัมพันธ์ใน ครอบครัว การมีแผนรายบุคคลทำให้การติดตาม การเฝ้าระวังสัญญาณเตือน และการจัดการภาวะเสี่ยง มีทิศทางเดียวกัน ลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลระหว่างหน่วยบริการกับชุมชน อีกทั้งทำให้ การประสานงานในสถานการณ์ฉุกเฉิน (เช่น ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้หรือท้องอืดรุนแรง) สามารถ ดำเนินการได้รวดเร็วและปลอดภัยขึ้นในทางปฏิบัติ ลักษณะการทำงานเชิงรุกแบบบูรณาการกับภาคี เครือข่ายดังกล่าวสอดคล้องกับงานของ ธรรมนูญท้องถิ่น ไชยสุข และคณะ ที่เน้นการดูแลเชิงรุกโดยเชื่อม ระบบบริการกับเครือข่ายชุมชนเพื่อเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล⁽⁶⁾ และสอดคล้องกับงานของ ภักรินทร์ ชิดดี และคณะ ที่ชี้ความสำคัญของ “ระบบติดตามและการประสานงาน” ในระดับบริการที่ ทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีประสิทธิภาพมากขึ้น⁽⁷⁾ นอกจากนี้ การวิเคราะห์รูปแบบการดูแลในระดับ ตำบลที่รายงานจุดเปราะบางของระบบสนับสนุนในชุมชน ยังสะท้อนว่าหากไม่มีเครือข่ายที่ชัดเจน และบทบาทที่แบ่งหน้าที่เหมาะสม ผู้ป่วยมักเสี่ยงต่อการหลุดการดูแลและกลับมากำเริบซ้ำ⁽⁸⁾

2. การเสริมสร้างพลัง (Power-Empowerment) และการพัฒนาศักยภาพ (Capability Building)

รูปแบบนี้เปลี่ยนบทบาทของผู้ป่วยและครอบครัวจาก “ผู้รับบริการ” มาเป็น “หุ้นส่วนใน การดูแล” โดยเน้นการให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นต่อการอยู่ร่วมกับโรค การเฝ้าระวังสัญญาณเตือน การจัดการความเครียดและพฤติกรรมเสี่ยง ตลอดจนการติดต่อประสานเมื่อเกิดภาวะวิกฤติ การจัดตั้ง/ ใช้กลไกสนับสนุน (เช่น กลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือการให้คำปรึกษาเชิงระบบ) ช่วยให้ผู้ป่วย และผู้ดูแลลดความโดดเดี่ยว เพิ่มความเชื่อมั่นในการดูแลต่อเนื่อง และมีแนวทางรับมือที่เหมาะสม มากขึ้น ประเด็นนี้สอดคล้องกับงานที่พัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องโดยผู้ดูแลและเครือข่ายชุมชน ซึ่งเน้นว่าการเสริมศักยภาพผู้ดูแลและการมีระบบสนับสนุนเป็นหัวใจของการลดการกำเริบซ้ำและ ยกระดับคุณภาพชีวิต⁽¹⁰⁾ รวมถึงสอดคล้องกับงานที่เสนอการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย จิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงเชิงรุก ซึ่งชี้ว่า ทักษะของผู้ดูแลและเครือข่ายในการเฝ้าระวัง-ตอบสนอง ต่อภาวะวิกฤติเป็นปัจจัยสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและชุมชน⁽¹¹⁾ ทั้งนี้ งานในระดับพื้นที่หลาย แห่งยังชี้ว่าความรู้/ทักษะของผู้ดูแลเป็นจุดอ่อนสำคัญของระบบดูแลในชุมชน หากไม่พัฒนาอย่างเป็น ระบบจะทำให้การดูแลไม่ต่อเนื่อง และเพิ่มความเสี่ยงเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์^(8,10)

3. การจัดการแบบบูรณาการ (Holistic Management)

NPH Care Model มีได้มุ่งเพียงลดอาการหรือเพิ่มการกินยาสม่ำเสมอ แต่ให้ความสำคัญกับ การจัดการเชิงระบบ เช่น การกำหนดแนวปฏิบัติการประสานงานเมื่อเกิดเหตุเสี่ยง (protocol/ขั้นตอน การนำส่ง) การแบ่งบทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการสื่อสารกับชุมชนเพื่อสร้างความเข้าใจที่ ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท การทำงานระดับชุมชนในลักษณะนี้มีความสำคัญต่อการลด “ตราบาป”



ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการและการยอมรับของชุมชน งานของ Phelan และคณะชี้ว่า การลด ทรานซาปจำเป็นต้องอาศัยการสื่อสารที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและทำให้การดูแลสุขภาพจิตเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการโดยรวม⁽⁹⁾ เมื่อชุมชนเข้าใจมากขึ้น ความร่วมมือในการเฝ้าระวัง การช่วยเหลือ และการส่งต่อจะดีขึ้น ส่งผลต่อความปลอดภัยทั้งของผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากร และสมาชิกชุมชน นอกจากนี้ รูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความรุนแรงในบริบทบริการเฉพาะพื้นที่ยัง สนับสนุนว่า การมีโครงสร้างประสานงานชัดเจนก่อน-ระหว่าง-หลังการรักษามีส่วนสำคัญต่อการลด ความเสี่ยงและเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล⁽¹²⁾

4. ผลลัพธ์เชิงประจักษ์ที่ยืนยันประสิทธิภาพ

ผลลัพธ์ด้านปริมาณของการศึกษานี้ พบว่า หลังดำเนินรูปแบบครบ 24 สัปดาห์ คะแนน ความพึงพอใจ และคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.001$ ผลดังกล่าว สะท้อนว่าการบูรณาการการดูแลผ่านเครือข่าย การเสริมพลัง และการจัดการเชิงระบบ ช่วยให้ผู้ป่วย ได้รับบริการที่ตอบโจทย์ความต้องการจริงมากขึ้น ขณะเดียวกันผู้ดูแลมีทักษะและความมั่นใจในการ ดูแลต่อเนืองมากขึ้น ส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพบริการและการดำรงชีวิตของผู้ป่วยในภาพรวม แนวโน้มดังกล่าวสอดคล้องกับงานในประเทศที่รายงานว่า รูปแบบการดูแลต่อเนืองโดยอาศัย เครือข่ายชุมชนสามารถยกระดับผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิต ลดภาวะวิกฤติ และลดความเสี่ยงการกำเริบ รุนแรงได้⁽¹⁰⁻¹¹⁾ และสอดคล้องกับงานในกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูงต่อความรุนแรงที่ชี้ว่าการประสานงาน หลายหน่วยงานและมาตรการความปลอดภัยเชิงระบบช่วยเพิ่มประสิทธิผลของการดูแล⁽¹²⁾ อีกทั้ง กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ทำให้รูปแบบได้รับการ ปรับปรุงจากข้อมูลจริงผ่านวงรอบการวางแผน-ปฏิบัติ-สังเกต-สะท้อนผล จนได้รูปแบบที่เหมาะสมกับ บริบทพื้นที่และนำไปใช้ได้จริง⁽¹³⁾

โดยสรุป NPH Care Model แสดงศักยภาพในการเป็นแนวทางดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูง ต่อความรุนแรงอย่างเป็นระบบ ผ่านการแก้ไขข้อจำกัดเชิงโครงสร้างในชุมชน การพัฒนาเครือข่าย และศักยภาพผู้ดูแล และการจัดการเชิงบูรณาการที่ลดทรานซาปและเพิ่มความปลอดภัย ส่งผลให้ผู้ป่วยมี ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งของข้อสรุป เชิงสาเหตุ งานวิจัยระยะต่อไปควรพิจารณาการติดตามระยะยาว และเพิ่มตัวชี้วัดด้านความปลอดภัย/ การกำเริบซ้ำเชิงเหตุการณ์ (เช่น การนำส่งฉุกเฉิน การขาดยา หรือการก่อเหตุซ้ำ) เพื่อประเมิน ประสิทธิภาพของรูปแบบให้รอบด้านยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ควรบูรณาการ NPH Care Model เข้ากับระบบงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาล และ รพ.สต. โดยกำหนดบทบาทของเครือข่ายและระบบติดตามที่ชัดเจน ควบคู่กับการสนับสนุนเงินโยยายให้มี



ทรัพยากรเพียงพอเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ อปท. และเครือข่ายชุมชนในกิจกรรมเยี่ยมบ้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการลดตราบาป อีกทั้งควรดำเนินการวิจัยติดตามผลระยะยาวอย่างน้อย 6-12 เดือน และพิจารณาการวิจัยแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบอย่าง ชัดเจน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ โรงพยาบาลหนองพอก ที่กรุณาอนุเคราะห์ในการศึกษาวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Schizophrenia. Geneva: WHO; 2022.
2. มหาวิทยาลัยมหิดล. โรคจิตเภท. [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 3 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: www.rama.mahidol.ac.th
3. วรลักษณ์ ชีราโมกข์. โรคจิตเภท (Schizophrenia). กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลมนารมย์; 2564.
4. จุมภฏ พรหมเสีดา. พ.ร.บ.สุขภาพจิต ระบุชัด พบ 'ผู้มีภาวะอันตราย-ต้องรักษา' สามารถแจ้งพนักงานปกครอง ให้ส่งตัวไปรักษาต่อที่ รพ. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: www.thecoverage.info
5. โรงพยาบาลหนองพอก. ยอดสะสมของผู้ป่วยจิตเวช ปี 2562-2566. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลหนองพอก; 2567.
6. ัญญลักษณ์ ไชยสุข, กานดา ศรีโพธิ์ชัย, ัญญพร ยี่วาศรี. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเชิงรุกแบบบูรณาการร่วมกับบริการรูปแบบคลินิกหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน 2566; 8(2): 521-531.
7. ภักรินทร์ ชิดดี, สุจิต ทุมจันทร์, เพชรศรี สารรัตน์, อชรา พิลาทอง, พิสมัย ทิพย์วารี, ดาราพร สิงห์ทอง. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2563; 29(3): 489-496.
8. สาวินี คลังคา, ลมวี ปิยะบัณฑิตกุล, อรุณณี ใจเที่ยง. การวิเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในตำบลแห่งหนึ่งของจังหวัดขอนแก่น. Nurs Sci J Thai 2564; 40(3): 31-41.
9. Phelan SM, Salinas M, Pankey T, Cummings G, Allen JP, Waniger A, et al. Patient and health care professional perspectives on stigma in integrated behavioral health: Barriers and recommendations. Ann Fam Med 2023; 21(2): 56-60.
10. มยุรี ลักนาศิริโรรัตน์, จารุมน ลักนาวิวัฒน์, สุวนิตย์ วงศ์ยงค์ศิลป์, ปิยวิทย์ เนกขพัฒน์. การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน ตาม



กรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิตแบบบูรณาการอย่างยั่งยืน. วารสาร
อนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน 2566; 8(1): 130-142.

11. วิภาวี จันทมัตตการ, นพรัตน์ ไชยธานี, สิ้นศักดิ์ สุวรรณโชติ, สายฝน เอกวางกูร. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงเชิงรุกในชุมชนแบบครบวงจร. วารสารวิชาการแพทย์เขต 2566; 11(37): 85-104.
12. ชารีนา ตะโละ, นวรัตน์ ไชยมภู. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มารับบริการโรงพยาบาลปัตตานี. วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา 2567; 4(2): 58-70.
13. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University Press; 1988.
14. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิรวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิตา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, ราณี พรมานะจรัสกุล. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกแบบ 100 ตัวชี้วัด และแบบ 26 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2540.



ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุรา
**THE EFFECTS OF A PROGRAM TO PROMOTE PROFESSIONAL NURSES'
 COMPETENCIES FOR CARING PATIENTS WITH ALCOHOL WITHDRAWAL SYNDROME**

Received: June 26, 2025

Revised: February 07, 2025

Accepted: February 07, 2026

นิภาพร กวดวงษา¹, นาถนภา อารยะศิลป์^{2*},จรินทร์ โคตพรหม², พัชนี สมกำลิ่ง²Nipabhorn Kaudwongsa¹, Nadnapa Arayasinlapathon^{2*},Jarintorn Koteprom², Patchanee Somkumlung²

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้เป็น แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังทำการทดลองเพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะ และศึกษาระดับความพึงพอใจของพยาบาล หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุรา กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 33 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบประเมินสมรรถนะ แบบประเมินความพึงพอใจ หากความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่น โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.83 และ 0.90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า 1) พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) ก่อนได้รับ โปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 2.32, S.D. = 0.41) และหลังได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับสูง (\bar{X} = 3.66, S.D. = 0.19) 2) ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (\bar{X} = 4.88, S.D. = 0.19)

ดังนั้น จึงควรนำโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุรา ไปใช้ในโรงพยาบาลพื้นที่ทำวิจัย และโรงพยาบาลชุมชนอื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียง

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะ, สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ, การดูแลผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุรา

¹ โรงพยาบาลนาหว้า จังหวัดนครพนม

Nawa Hospital, Nakhon Phanom province

² วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University

*Corresponding author E-mail: nadnapa_a@npu.ac.th



Abstract

This quasi-experimental research using a one-group pretest-posttest design aimed to compare the mean scores of competencies, as well as to assess the level of satisfaction among nurses after receiving a competency promotion program for caring patients with alcohol withdrawal syndrome. The sample consisted of 33 professional nurses. The research instruments included a competency assessment form, and a satisfaction questionnaire. The content validity and reliability were established, with Cronbach's alpha coefficients of 0.83 and 0.90, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics: frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test statistics.

Results: 1) The professional nurses' competencies mean scores significantly increased after the intervention of the program (p -value < 0.001). The mean scores before receiving the program were at a moderate level ($\bar{X} = 2.32$, S.D. = 0.41), after the mean scores improved to a high level ($\bar{X} = 3.66$, S.D. = 0.19) 2) The satisfaction mean score following the program was at the highest level ($\bar{X} = 4.88$, S.D. = 0.19).

Therefore, the competency promotion program for caring patients with alcohol withdrawal syndrome should be implemented in the hospital where the study was conducted and the others with similar contexts.

Keywords: Competency Promotion Program, Professional Nurses' Competency, Alcohol Withdrawal Syndromes



บทนำ

ภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Syndromes) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ที่มีการติดสุราหยุดหรือลดปริมาณการดื่มลงอย่างรวดเร็ว มีอาการแสดงที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของระบบประสาทผิดปกติ ได้แก่ อาการสั่น หงุดหงิดง่าย กระสับกระส่าย คลื่นไส้ อาเจียน วิดกกังวล ตื่นเต้น ตกใจง่าย เหงื่อแตก มีไข้ ร้อนวูบวาบที่ใบหน้า ม่านตาขยาย หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง รวมไปถึงมีอาการทางจิตร่วมด้วย เช่น หลงผิด ประสาทหลอน หากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษามักเกิดอาการชักทั้งตัว (grand mal seizure) เกิดภาวะสมองสับสน หรือ Delirium tremens (DTs)⁽¹⁾ เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงถึงร้อยละ 48 เป็นสาเหตุของเสียชีวิตได้ถึงร้อยละ 20⁽²⁾ ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ติดสุราแบบอันตรายสูงถึง 1.8 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตติดสุรามากกว่า 9 แสนคน⁽³⁾ ซึ่งเป็นพฤติกรรมหลักที่นำไปสู่การเกิดภาวะถอนพิษสุรา

พยาบาลและการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพมีความสำคัญในกระบวนการดูแลผู้ป่วยในระหว่างที่มีภาวะถอนพิษสุรา เพราะเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดในทุกขั้นตอนของการรักษาพยาบาลต้องมีสมรรถนะที่เพียงพอและเหมาะสม ทั้งความรู้ทางวิชาการ ทักษะทางวิชาชีพ และการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายและจริยธรรม คัดกรองอาการได้ในระยะเริ่มต้น และดูแลได้อย่างรวดเร็ว จัดการกับอาการทางจิตประสาท ผูกยึดผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย และป้องกันอันตรายจากการถูกทำร้าย ในขณะที่ผู้ป่วยเกิดภาวะถอนพิษสุรา^(4,5) โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในโรงพยาบาลชุมชน เพราะมีความท้าทายหลายประการ ได้แก่ การประเมิน การคัดกรองอาการเริ่มต้นที่ไม่ชัดเจน การจัดการและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด การบริหารยา การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวและสับสน การป้องกันการถูกทำร้ายจากผู้ป่วย จากสถานการณ์ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครพนม⁽⁶⁾ พบผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องปี 2564-2565 มีผู้ป่วย 129 และ 76 ราย ตามลำดับ พบว่า สมรรถนะของพยาบาลผู้ดูแลแตกต่างกันตามประสบการณ์ ทั้งความรู้และทักษะส่งผลต่อคุณภาพการดูแลในภาพรวม งานการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลน่าทึ่งว่ายังไม่มีการกำหนดสมรรถนะเฉพาะทางของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราอย่างเป็นรูปธรรม ยังไม่มีการพัฒนาและประเมินสมรรถนะอย่างชัดเจน การดูแลผู้ป่วยในปัจจุบันเป็นการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา ปัญหาสำคัญในการดูแลคือ การประเมินและคัดกรองผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะชักยังมีความล่าช้า พยาบาลยังมีสมรรถนะในการใช้แบบประเมินภาวะถอนพิษสุรา การบริหารยา การจัดการผู้ป่วยที่อาการทางจิตประสาทแตกต่างกันตามประสบการณ์ของแต่ละคน พยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานน้อยยังขาดความสามารถในการประเมินคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ไม่มั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล อีกทั้งมีความเสี่ยงต่อการถูกผู้ป่วยทำร้ายในขณะที่ปฏิบัติการพยาบาล โดยพยาบาลในแผนกผู้ป่วยในร้อยละ 50 มีประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 5 ปี ซึ่งยังต้องการพยาบาลต้องการความช่วยเหลือในด้านการจัดการเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานออกมาได้ผลดี และต้องการฝึกฝน



ในเรื่องการตัดสินใจต่อภาวะวิกฤติ ในขณะที่เดียวกันพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนต้องดูแลผู้ป่วยทุกกลุ่ม โรค จึงยัง ไม่มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมหรือได้รับการพัฒนาสมรรถนะเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยติดสุราที่มีภาวะถอนพิษสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า แนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะของ Bandura⁽⁷⁾ เป็นแนวคิดที่นำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลได้ โดยมีหลักการสำคัญ คือ การพัฒนาความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง (self-efficacy) เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้บุคคลตัดสินใจลงมือปฏิบัติเพื่อให้เกิดความสำเร็จตามที่คาดหวัง (outcome expectancies) โดยความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองเกิดขึ้นจากการมีประสบการณ์ตรงที่ประสบความสำเร็จ (Enactive mastery experience) การสังเกตเห็นความสำเร็จของผู้อื่น (Vicarious experience) การพูดชักจูงและให้กำลังใจจากผู้อื่น (Verbal persuasion) และการมีสภาพอารมณ์และร่างกายที่พร้อม (Physiological and affective states) มีรายงานการวิจัยที่สนับสนุนว่า โปรแกรมหรือรูปแบบในการส่งเสริมสมรรถนะพยาบาลเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานในหลายบริบท เช่น การเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดก้อนเนื้ออกสมอง ผ่านกิจกรรมการปฐมนิเทศ การให้ความรู้สถานการณ์จำลอง การมอบหมายงาน และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้⁽⁸⁾ เช่นเดียวกับการศึกษาของศิริวรรณ ชูกำเนิด และคณะ⁽⁹⁾ เกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลในภาวะที่มีการระบาดหรือภายหลังการระบาดของโรค COVID-19 พบว่า โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะที่จัดกิจกรรมการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องและการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์จริงในสถานการณ์ต่างๆ ช่วยเพิ่มศักยภาพของพยาบาลในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติกได้⁽¹⁰⁾ เพิ่มสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด⁽¹¹⁾ และเพิ่มความรู้ด้านวิชาการและทักษะการปฏิบัติงานของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง⁽¹²⁾

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา ที่สร้างมาจากแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura⁽⁷⁾ มาใช้ในการส่งเสริมสมรรถนะของพยาบาล เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาล คุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราให้ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสูงสุดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุรา
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุรา



ระเบียบวิธีวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง (one-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครพนม ที่ปฏิบัติงานระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2567 ถึงเดือนมิถุนายน 2567 โดยมี เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ประกอบการทำงานในโรงพยาบาลพื้นที่ที่วิจัยอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป 2) ปฏิบัติงานในหอฉุกเฉิน หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยใน และเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ ไม่สามารถเข้าร่วมได้ตลอดกระบวนการวิจัย เช่น มีภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉิน การลาหรือไปราชการในระยะยาว

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด (Inclusion Criteria) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดกลางของ Cohen⁽¹³⁾ ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดอิทธิพลขนาดกลาง เท่ากับ 0.5 ค่ากำลังทดสอบ (power of the test) เท่ากับ 0.95 กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 ใช้สถิติ paired sample t-test แทนค่าจำนวนในโปรแกรม G*Power ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 คน แต่เนื่องจากมีพยาบาลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เพียง 33 คน ผู้วิจัยจึงนำเข้าสู่การวิจัยทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา ที่สร้างมาจากแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura⁽⁷⁾ ประกอบด้วย กิจกรรมปลุกพลัง (Stimulating) กิจกรรมการสร้างแรงจูงใจ (Motivation) กิจกรรมการให้แรงกระตุ้น (Activating) กิจกรรมการสนับสนุนการเป็นแบบอย่าง (Role modelling) และสร้างทักษะสู่สมรรถนะเป้าหมาย (Training)

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์การทำงาน ประวัติการอบรมที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 2 ประกอบด้วย 1) แบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุราโดยใช้กรอบแนวคิดสมรรถนะของพยาบาลจิตเวชในการปฏิบัติการพยาบาล⁽¹⁴⁾ มี 7 ด้าน ได้แก่ สมรรถนะด้านคุณธรรมจริยธรรม ด้านความรู้ ด้านทักษะทางปัญญา ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและการสื่อสาร ด้านการใช้ระบบสารสนเทศและการประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ด้านบุคลิกภาพ รวมทั้งหมดจำนวน 50 ข้อ ให้คะแนนตามมาตราส่วนประเมินค่าของลิเคอร์ท (Likert Rating Scale)⁽¹⁵⁾ พฤติกรรมบ่งชี้สมรรถนะ 4 ระดับ ซึ่งประกอบด้วย 1 = น้อย 2 = ปานกลาง 3 = มาก และ 4 = มากที่สุด การแปลผลคะแนนเฉลี่ยตามหลักการแบ่งอันตรายชั้น⁽¹⁵⁾ สามารถแบ่งสมรรถนะออกเป็น 3 ระดับ คือ



คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.01-4.00 หมายถึง มีสมรรถนะการพยาบาลอยู่ในระดับสูง
 คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.01-3.00 หมายถึง มีสมรรถนะการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง
 คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-2.00 หมายถึง มีสมรรถนะการพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ

2) แบบประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ตามกรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การกำหนดเป้าหมาย การกำหนดกิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผล จำนวน 10 ข้อ แบบ (Rubric score) ให้คะแนนตามมาตราส่วนประเมินค่าของลิเคอร์ท์ (Likert Rating Scale)⁽¹⁵⁾ พฤติกรรมบ่งชี้ทักษะ 4 ระดับ ซึ่งประกอบด้วย 0 = ปฏิบัติไม่ถูกต้อง 2 = ปฏิบัติถูกต้องส่วนน้อย 3 = ปฏิบัติถูกต้องส่วนใหญ่ และ 4 = ปฏิบัติถูกต้องทั้งหมด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อ โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุราที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Kotler⁽¹⁶⁾ ประกอบด้วย ด้านรูปแบบของโปรแกรม ด้านแนวทางการจัดการเรียนรู้ ด้านการใช้โปรแกรม จำนวน 10 ข้อ ให้คะแนนตามมาตราส่วนประเมินค่าของลิเคอร์ท์ (Likert Rating Scale) ใช้มาตรประมาณค่า 3 ระดับ ตั้งแต่พึงพอใจน้อย พึงพอใจปานกลาง และพึงพอใจมากที่สุด กำหนดคะแนน 5 ถึง 1 ตามลำดับ แปลผลระดับโดยใช้ค่าเฉลี่ย

3.41 - 5.00 หมายถึง มากที่สุด

1.75 - 3.40 หมายถึง ปานกลาง

1.00 - 1.74 หมายถึง น้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การทดสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุรา ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมินผล 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุรา 1 ท่าน จากนั้นจึงนำเครื่องมือทั้งหมดมาปรับปรุงก่อนนำไปทดสอบความเป็นปรนัยต่อไป

การตรวจสอบความเป็นปรนัย (objectivity) หลังได้ปรับปรุงแก้ไข โปรแกรมการวิจัยตามคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่สร้างขึ้นนี้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อให้โปรแกรมที่สร้างขึ้นมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในทุกระดับชั้นตอนได้จริง ด้านความตรงตามเนื้อหาของ (content validity) ของแบบประเมินสมรรถนะ และแบบประเมินความพึงพอใจ ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ตรวจสอบโปรแกรมการทดลองทั้ง 3 ท่านดังกล่าว โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 0.89, 0.92 ตามลำดับ การหาความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มี



คุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย นำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยการทดสอบความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 และแบบประเมินความพึงพอใจมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90

วิธีการรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1) นำเสนอโครงร่างวิจัย เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

2) ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลพื้นที่วิจัย ภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

3) ชี้แจงขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยให้แก่ผู้เกี่ยวข้องและกลุ่มตัวอย่างทราบ ดำเนินการขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง โดยจัดทำหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการพิทักษ์สิทธิ ข้อมูลที่ได้จากการทดลองจะเก็บเป็นความลับโดยไม่มีการเปิดเผยรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น

4) ใช้เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า

2. ขั้นดำเนินการทดลอง

รวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบสอบถามก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ดำเนินการทดลองโดยจะนัดมาเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 12 ครั้ง ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนตาม SMART Model ได้แก่ 1) S: Stimulation ปลุกพลัง 2) M: Motivation สร้างแรงจูงใจ 3) A: Adding Knowledge ให้ความรู้ 4) R: Role modelling คู่ตัวอย่าง T: Training สร้างทักษะสู่สมรรถนะเป้าหมาย ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ 8 กิจกรรม ใช้เวลาทดลองโปรแกรม จำนวน 8 สัปดาห์ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 สร้างแรงจูงใจสู่เป้าหมาย

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 “สัญญาใจ” ใช้เวลา 1.30-2 ชั่วโมง สนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์และทบทวนบทบาทหน้าที่ในการดูแล เพื่อสร้างความตระหนักรู้ในบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา จนนำไปสู่การกำหนด “สัญญาใจ” กิจกรรมที่ 2 “เป้าหมายมีไว้พุ่งชน” ใช้เวลา 1.30-2 ชั่วโมง สนทนาแลกเปลี่ยนด้านผลลัพธ์การดูแล นำไปสู่การทำความเข้าใจตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล เพื่อกำหนดผลลัพธ์การดูแลร่วมกัน กิจกรรมที่ 3 “เรียนรู้ไปด้วยกัน” ใช้เวลา 2 ชั่วโมง สร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมการเรียนรู้โดยร่วมกันวิเคราะห์กรณีศึกษาที่ผ่านมา โดยมุ่งเน้นให้เกิดการแลกเปลี่ยน การให้ข้อเสนอแนะ และการสะท้อนบทบาทพยาบาล



องค์ประกอบที่ 2 สร้างความรู้สู่ทักษะที่ถูกต้องผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 4 “สร้างความรู้ เสริมความมั่นใจ” โดยการบรรยายแบบมีส่วนร่วม ประกอบการใช้สื่อการสอน เช่น สไลด์บรรยาย กรณีศึกษา และคลิปวิดีโอ ในหัวข้อ แนวคิดและพยาธิสรีรวิทยา การรักษา การประเมินและเฝ้าระวัง การพยาบาล การสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลแก่ญาติ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต การวางแผนจำหน่าย คุณลักษณะของพยาบาล การพิทักษ์สิทธิ และจริยธรรม การนำหลักฐานเชิงประจักษ์และนวัตกรรมมาประยุกต์ใช้ กิจกรรมที่ 5 “พัฒนาทักษะสู่ปฏิบัติการพยาบาลได้ปลอดภัย” โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการ บรรยายร่วมกับการสาธิต และการฝึกปฏิบัติทักษะการพยาบาลในสถานการณ์จำลอง

สัปดาห์ที่ 3-4 ดำเนินกิจกรรมในลักษณะ การนิเทศในระหว่างปฏิบัติงาน โดยผู้วิจัยและวิทยากรผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา จะทำหน้าที่เป็นผู้นิเทศงานในระหว่างปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน ประกอบด้วย การพัฒนาทัศนคติ ฝึกปฏิบัติทักษะการพยาบาล แรกรับ การให้ข้อมูล การใช้กระบวนการพยาบาล การบันทึกทางการพยาบาล การพยาบาลที่มีภาวะวิกฤต การผูกมัด การบริหารยาฉีด การจัดการความเสี่ยง การให้คำปรึกษา การวางแผนการจำหน่าย

องค์ประกอบที่ 3 สร้างความสามารถสู่ความสำเร็จ สัปดาห์ที่ 5

วันที่ 1 ผู้วิจัยขอนัดหมายกับผู้ร่วมวิจัยเพื่อฝึกซ้อมสถานการณ์จำลองในช่วงบ่ายวันใดวันหนึ่งของสัปดาห์ โดยใช้เวลาประมาณ 4 ชม. กิจกรรมที่ 6 “ลงมือทำ สร้างความสำเร็จ” ใช้เวลา 3 ชั่วโมง ผู้วิจัยกำหนดสถานการณ์จำลองการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัย ฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์จำลองเริ่มตั้งแต่การรับแจ้งเหตุ การดูแลในสถานการณ์ฉุกเฉิน การดูแลในหอผู้ป่วย จนถึงการจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อส่งต่อสู่การบำบัดฟื้นฟู โดยทีมผู้วิจัยและวิทยากร ผู้มีประสบการณ์ในการดูแลทำหน้าที่เป็นผู้ฝึกสอนและให้คำปรึกษาในขณะที่ฝึกปฏิบัติ พร้อมทั้งมีการประเมินผลให้ข้อมูลป้อนกลับรายบุคคลเพื่อนำไปพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม กิจกรรมที่ 7 “เติมพลังใจ สร้างพลังบวก” ใช้เวลา 1 ชั่วโมง ร่วมกันทบทวนการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง ทบทวนความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ทบทวนความสำเร็จ แลกเปลี่ยนปัญหาและอุปสรรคร่วมกันให้ข้อเสนอแนะและให้กำลังใจในการร่วมกันพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดร่วมกัน

องค์ประกอบที่ 4 ติดตามประเมินสมรรถนะและทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา

สัปดาห์ที่ 6-8 กิจกรรมที่ 8 “ก้าวสู่เป้าหมาย” โดยติดตามประเมินสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์จริง ประเมินระดับสมรรถนะรายบุคคล และให้ผู้ร่วมวิจัยประเมินระดับสมรรถนะของตนเองตามการรับรู้ของตนเอง รวมทั้งติดตามประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก



ภายหลังดำเนินกิจกรรมครบ 8 สัปดาห์ ผู้วิจัยติดตามประเมินผลผลลัพธ์การใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราในโรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้ ประกอบด้วย ผลลัพธ์ด้านวิชาชีพ ได้แก่ 1) ระดับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ 1) อุบัติการณ์การเกิดภาวะชักจากการขาดสุรา 2) อุบัติการณ์การเกิดผลัดตกหกล้มในผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุรา ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราในโรงพยาบาลพื้นที่การวิจัย วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลของการใช้โปรแกรมเพื่อนำเสนอและเผยแพร่ต่อไป

3. ระยะเวลาหลังทดลอง ภายหลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรม 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยประเมินระดับสมรรถนะฯ และความพึงพอใจต่อโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะฯ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ด้วยสถิติการทดสอบค่าทีแบบสัมพันธ์ (Paired t-test)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้คำนึงถึงประเด็นการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยยึดหลักประโยชน์ เสมอภาค ความเคารพในความเป็นบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และได้เสนอขอการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม และได้รับการรับรองโครงการวิจัย REC 006/67 วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอายุ 30-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.30 ($\bar{x} = 37.0$, S.D.= 11.00) มีประสบการณ์ทำงานระหว่าง 1-38 ปี ส่วนใหญ่มากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.30 ($\bar{x} = 16.8$, S.D.= 11.50) กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด ร้อยละ 96.40 ไม่เคยเข้าอบรมหรือประชุมวิชาการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะพยาบาลก่อนได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุรา พบว่า สมรรถนะโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.32$, S.D.= 0.41) แยกเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านคุณธรรมจริยธรรม ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและการสื่อสาร ด้านการประเมินผลและการใช้ระบบสารสนเทศ ด้านการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช มีสมรรถนะในระดับปานกลาง ด้านความรู้ และด้านทักษะทางปัญญามีสมรรถนะอยู่ในระดับต่ำ ดังแสดงค่าเฉลี่ยคะแนนในตารางที่ 1



เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.836$, $p\text{-value} < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบสมรรถนะรายด้านพบว่า สมรรถนะทุกด้านหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการพยาบาล และการเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้ Paired samples t-test ($n = 33$)

สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุรา	คะแนนเฉลี่ย						t	p-value
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง				
	\bar{x}	S.D.	ระดับ	\bar{x}	S.D.	ระดับ		
ด้านที่ 1 คุณธรรมจริยธรรม	2.33	0.47	ปานกลาง	3.57	0.45	สูง	9.430	< 0.001
ด้านที่ 2 ความรู้	1.86	0.48	ต่ำ	3.50	0.42	สูง	15.897	< 0.001
ด้านที่ 3 ทักษะทางปัญญา	1.96	0.53	ต่ำ	3.64	0.28	สูง	16.209	< 0.001
ด้านที่ 4 สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและการสื่อสาร	2.38	0.62	ปานกลาง	3.73	0.31	สูง	14.550	< 0.001
ด้านที่ 5 การประเมินผลและการใช้ระบบสารสนเทศ	2.43	0.42	ปานกลาง	3.69	0.29	สูง	12.663	< 0.001
ด้านที่ 6 การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช	2.06	0.44	ปานกลาง	3.50	0.24	สูง	15.225	< 0.001
ด้านที่ 7 บุคลิกภาพ	2.85	0.51	ปานกลาง	3.87	0.18	สูง	10.726	< 0.001
คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะโดยรวม	2.32	0.41	ปานกลาง	3.66	0.19	สูง	9.836	< 0.001

3. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุราโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.88$, $S.D. = 0.19$) โดยในด้านรูปแบบของโปรแกรมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.92$, $S.D. = 0.12$) ด้านแนวทางการจัดการเรียนรู้อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.83$, $S.D. = 0.19$) ด้านการใช้โปรแกรมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.78$, $S.D. = 0.27$)

สรุปผลการวิจัย

โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุราสามารถเพิ่มสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุราและสร้างความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังได้รับโปรแกรม



อภิปรายผลการวิจัย

1. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุรา การทดลองใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราในโรงพยาบาลพื้นที่การวิจัย พบว่า สามารถเพิ่มสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราได้ เนื่องจากโปรแกรมพัฒนาขึ้นจากการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องและมีการรูปแบบการดำเนินงานให้สอดคล้องกับบริบทการปฏิบัติงาน ประกอบกับการประยุกต์ใช้แนวคิดในการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของBandura⁽⁷⁾ ที่มีแนวคิดสำคัญ คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะมีผลต่อการที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรม โดยบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการกระทำพฤติกรรมใดๆ จะมีความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ให้สำเร็จตามที่ตั้งเป้าหมายไว้โดยไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงมีอิทธิพลต่อการกระทำพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งเกิดขึ้นจาก 1) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceived self-efficacy) เป็นการที่บุคคลมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมให้สำเร็จตามจุดมุ่งหมายที่ตนเองตั้งไว้ 2) ความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectancies) เป็นความเชื่อมั่นของบุคคลต่อการกระทำพฤติกรรมของตนเองว่าจะทำให้เกิดผลลัพธ์ตามที่ตนเองตั้งเป้าหมายไว้ ซึ่งโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราในโรงพยาบาลพื้นที่การวิจัยที่พัฒนาขึ้น ได้นำแนวคิดดังกล่าวมากำหนดเป็นองค์ประกอบของโปรแกรมทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) สร้างแรงจูงใจสู่เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา 2) สร้างความรู้สู่ทักษะที่ถูกต้องของผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา 3) สร้างความสามารถสู่ความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา และ 4) สร้างความเชื่อมั่นสู่สมรรถนะเป้าหมายในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา โดยมีการออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นให้เกิดความตระหนักรู้ในสมรรถนะของตนเองเพื่อบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ จึงส่งผลให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมสามารถพัฒนาสมรรถนะของตนเองจากระดับปานกลางสู่ระดับที่สูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพร มุลดี และจิตภินันท์ ศรีจักรโคตร⁽¹¹⁾ พบว่า การพัฒนาโปรแกรมเพิ่มสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานไม่เกิน 5 ปี และไม่เคยผ่านการอบรมการพยาบาลผู้ป่วยในมะเร็งเคมีบำบัดในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น โดยโปรแกรมประกอบด้วยกรอบภาคทฤษฎี และการอบรมภาคปฏิบัติ ผลการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าคะแนนสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยรวมหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($Z = -2.371, p\text{-value} = 0.018$)

2. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุรา จากผลการวิจัยในครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะพยาบาล



วิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราในโรงพยาบาลพื้นที่วิจัย เป็นรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลที่มีประสิทธิภาพสามารถส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพมีระดับสมรรถนะและทักษะการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราในระดับที่สูงขึ้น นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพด้านการพยาบาลและการพัฒนาองค์กร จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จุฑามาศ ผดุงญาติ⁽¹⁷⁾ ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีระดับความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยติดสุราระยะถอนพิษสุราอยู่ในระดับมาก เพราะช่วยเพิ่มคุณภาพการบริการของพยาบาล ทำให้การดูแลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและมีประโยชน์ต่อหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราในโรงพยาบาลพื้นที่วิจัย มีความเหมาะสมในการนำไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลพยาบาลวิชาชีพ โดยมีการปรับให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน
2. ในการศึกษาครั้งต่อไปการประเมินผลโปรแกรมควรศึกษาผลลัพธ์ในด้านผู้รับบริการ และผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญของผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา
3. การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลซึ่งเป็นการพัฒนารายบุคคล การศึกษาต่อไป ควรพัฒนาระบบหรือการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมีภาวะถอนพิษสุราในโรงพยาบาลพื้นที่วิจัย เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราเป็นไปตามมาตรฐาน

เอกสารอ้างอิง

1. บุญกุล โลกะพันธ์, พิชัย แสงชาญชัย, วนิดา รัตนสุมาวงศ์. ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรงแบบเพื่อสับสนในผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ในหอผู้ป่วยจิตเวช. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2564; 67(1): 71-80.
2. Vigouroux A, Garret C, Lascarrou JB, Martin M, Mialhe AF, Lemarié J, Dupeyrat J, Zambon O, Seguin A, Reignier J, & Canet E. Alcohol withdrawal syndrome in ICU patients: Clinical features, management, and outcome predictors. PloS one. [Internet]. 2021 [cited on 2025 June 11]; 16(12): e0261443. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261443>
3. สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย. สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทย พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สำนักบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดี สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2562.



4. สุดาดวง พัฒนสาร, มะถิวรรณ อังคณิตย์, อภิญญา วงศ์พิริยโยธา. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2564; 39(3): 71-80.
5. นุชนาจ เนตรบุตร. การพยาบาลผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังที่มีภาวะปอดติดเชื้อร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2565; 7(1): 86-101.
6. งานเวชระเบียน. ข้อมูลสถิติผู้มารับบริการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566. โรงพยาบาลนาหว้า จังหวัดนครพนม 2566.
7. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company; 1997.
8. สุลักษณ์ จันทวิสุข, บุญทิพย์ สิริธรงค์ศรี, สมปอง พะมุติลา และอุษาวดี อัครวิเศษ. การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ สำหรับพยาบาลปริศัลยกรรมในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดก้อนเนื้ออกสมองโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. วารสารพยาบาลทหารบก 2562; 21(3): 48-57.
9. ศิริวรรณ ชูกำเนิด, ศักรินทร์ สุวรรณเวหา, ผาณิต หลีเจริญ, จารุณี วารหัส, อภิสัทธ์ เชื้อคำเพ็ง, นัยนันต์ เตชะวณิช, และดาร์รัตน์ คำรงกุลชาติ. การพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลในภาวะที่มีการระบาดของ COVID-19: กรณีศึกษาจังหวัดสงขลา. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2566; 17(3): 510-530.
10. อารีย์ ชูศักดิ์, สมดี อนันต์ปฏิเวช, ปณัฏฐา บุญชนเมธี. การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2564; 35(3): 107-125.
11. สุภาพร มุลดี, จิตภินันท์ ศรีจักรโคตร. การพัฒนาโปรแกรมเพิ่มสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานไม่เกิน 5 ปี และไม่เคยผ่านการอบรมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับขยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2566; 26(2): 78-90.
12. อารีย์ เสถียรวงศา. การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2563; 14: 114-24.
13. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.



14. ชมรมเครือข่ายพยาบาลจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. สมรรถนะของบุคลากรทางการพยาบาลแต่ละระดับ: สมรรถนะของพยาบาลจิตเวชในการปฏิบัติการพยาบาล (The Competency of Psychiatric Nursing in the Practice of Nursing) ในคู่มือบริหารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 11 มิถุนายน 2568]; 1-14. เข้าถึงได้จาก: www.suanprung.go.th/nurse_standard/pdf/12.pdf
15. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2560.
16. Kotler, P. Marketing Management. 10th ed. Upper Saddle River, N.J.: Prentice-Hall; 2000.
17. จุฑามาศ ผดุงญาติ. ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุราระยะถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยใน. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง. [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2568]; 1-15. เข้าถึงได้จาก: <https://atg-h.moph.go.th/node/717>



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชลบุรี

FACTORS INFLUENCING JOB BURNOUT AMONG PUBLIC HEALTH PERSONNEL WORKING IN SUB-DISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITALS, CHONBURI PROVINCE

Received: October 05, 2025

Revised: February 09, 2026

Accepted: March 14, 2026

ภาสวุฒิ ภักดีบดี¹, สุริวิภา มั่งคั่ง¹, ปภัสสร โสมะเค็ง¹,กัมปนาท ฉายชวงษ์^{1*}, วีรพงศ์ มิตรสันเทียะ¹, ธารินทร์ ลีละทิพย์¹Phatsawut Phakdibdee¹, Suriwipa Mangkang¹, Paphasorn Somakeng¹,Kampanart Chaychoowong^{1*}, Weeraphong Mitsanthia¹, Tharinee Leelathip¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชลบุรี จำนวน 117 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุคูณที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุไม่เกิน 35 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ทำงานในสายวิชาชีพ มีความยืดหยุ่นทางจิตใจในเกณฑ์ปกติ มีความคิดเห็นในระดับมากต่อความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สภาพแวดล้อมในการทำงาน การแบ่งเวลา ลักษณะงานที่ได้รับความพึงพอใจในงาน ความก้าวหน้าในงาน และระบบบริหาร แต่ภาระงานอยู่ในระดับน้อย และความเครียดอยู่ในระดับน้อยและปานกลาง นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างมีภาวะหมดไฟในการทำงาน ร้อยละ 28.21 ซึ่งได้รับอิทธิพลมาจากความเครียดมาก (p-value < 0.001) ภาระงานมาก (p-value = 0.005) ความสัมพันธ์กับระหว่างบุคคลในที่ทำงานต่ำ (p-value = 0.016) และงานสายวิชาชีพ (p-value = 0.046)

ดังนั้น ควรมีการปรับภาระงานให้เหมาะสมกับบทบาทหน้าที่ ส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในที่ทำงาน และพัฒนาระบบเฝ้าระวังความเครียดในบุคลากรอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงาน

คำสำคัญ: ภาวะหมดไฟในการทำงาน, บุคลากรสาธารณสุข, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

¹ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Sirindhorn College of Public Health Chonburi, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

*Corresponding author E-mail: kampanart@scphc.ac.th



Abstract

This research aimed to investigate the factors influencing job burnout among 117 public health personnel in Sub-district Health Promoting Hospitals in Chonburi Province. Data were collected using a questionnaire and analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, specifically multiple logistic regression at a statistical significance level of 0.05.

The results revealed that the majority of the sample were female, aged 35 years or less, held a bachelor's degree, and worked in professional positions. Most participants had a normal level of resilience and expressed a high level of perspective regarding interpersonal relationships, work environment, time management, job characteristics, job satisfaction, career advancement, and administrative systems. However, workload was reported at a low level, and stress level was at a low to moderate. Additionally, 28.21% of participants experienced job burnout, which was significantly influenced by high stress (p -value < 0.001), high workload (p -value = 0.005), poor interpersonal relationships in the workplace (p -value = 0.016), and professional positions (p -value = 0.046).

Therefore, workload should be adjusted to align with roles and responsibilities, positive workplace relationships should be promoted, and a continuous stress surveillance system should be developed to prevent burnout among health personnel.

Keywords: Job burnout, Public health personnel, Sub-district health promoting hospital



บทนำ

ในยุคปัจจุบันที่ระบบบริการสุขภาพของประเทศต่างๆ ทั่วโลก ต้องเผชิญกับความท้าทายหลายประการ ทั้งการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ การขาดแคลนบุคลากร ภาวะโรคเรื้อรังที่ซับซ้อนหรือความคาดหวังที่สูงจากประชาชน⁽¹⁾ ส่งผลให้บุคลากรสาธารณสุขซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพของประเทศ ต้องเผชิญกับภาระงานที่เพิ่มขึ้น รวมถึงความกดดันจากการทำงาน และข้อจำกัดด้านทรัพยากรอย่างต่อเนื่อง ความเหนื่อยล้าทั้งทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องภายใต้ภาวะกดดัน อาจนำไปสู่ภาวะหมดไฟ (Burnout syndrome) ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญในกลุ่มบุคลากรวิชาชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่ทำงานด้านหน้าในการให้บริการแก่ประชาชน⁽²⁻³⁾

ภาวะหมดไฟในการทำงาน เป็นภาวะของความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ที่เกิดจากความเครียดและแรงกดดันเรื้อรังในที่ทำงาน โดย Herbert Freudenberger จิตแพทย์ชาวอเมริกัน เป็นผู้เสนอแนวคิดนี้ครั้งแรกในปี ค.ศ. 1974 จากการสังเกตอาการอ่อนล้าและความสิ้นหวังของอาสาสมัครที่ทำงานอย่างต่อเนื่อง⁽⁴⁾ ซึ่งภาวะดังกล่าวสะท้อนปฏิกิริยาทางอารมณ์เชิงลบ เช่น ความรู้สึกโดดเดี่ยว ไม่ประสบความสำเร็จ ขาดแรงจูงใจ หรือที่เรียกว่า Cynicism ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และลดประสิทธิภาพการทำงานโดยรวม^(1,5) โดยบุคลากรด้านสุขภาพถือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะหมดไฟ เนื่องจากต้องเผชิญกับภาระงานที่เข้มข้น การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และแรงกดดันจากความคาดหวังของผู้รับบริการและครอบครัว⁽⁶⁾ โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งเป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชน ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด และภาระงานที่หลากหลาย⁽⁷⁾ ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานมากยิ่งขึ้น

สถานการณ์ภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางด้านสุขภาพในประเทศไทย พบว่าบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีภาวะหมดไฟเพิ่มสูงขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563-2565 คิดเป็นร้อยละ 2.7, 4.7 และ 12.2 ตามลำดับ⁽⁸⁾ นอกจากนี้ จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผ่านมา ส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหมดไฟ โดยมีสาเหตุมาจากการระดมรับผิดชอบในภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ประกอบกับจำนวนชั่วโมงการทำงานที่ต่อเนื่องยาวนาน โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะหมดไฟในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 17.0⁽⁹⁾ โดยอาจมีสาเหตุมาจากการที่บุคลากรต้องปฏิบัติงานภายใต้ข้อจำกัดด้านทรัพยากร ทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ และเครื่องมือ โดยมีจำนวนเจ้าหน้าที่จำกัดแต่ต้องรับผิดชอบภาระงานที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นงานด้านการบริการ งานเชิงรุกในชุมชน งานด้านเอกสารรายงาน รวมทั้ง



นโยบายจากหน่วยงานต้นสังกัดที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ซึ่งบริบทเหล่านี้ล้วนเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานจนอาจทำให้ลาออกจากงานได้⁽¹⁰⁻¹¹⁾

แม้งานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศจะพบปัจจัยหลายประการที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน เช่น เพศ⁽¹²⁾ ประสบการณ์ทำงาน⁽¹²⁾ ตำแหน่งงาน⁽¹³⁾ ภาระงาน^(10-11,13) ความเครียด⁽¹⁴⁾ และสภาพแวดล้อมในการทำงาน⁽¹⁵⁾ อย่างไรก็ตาม ยังคงมีข้อจำกัดหลายประการ โดยเฉพาะการศึกษาที่เจาะจงบริบทของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่จัดเป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งมีภาระงานหลากหลายและทรัพยากรจำกัด งานวิจัยส่วนใหญ่ยังขาดการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงลึกระหว่างปัจจัย รวมถึงการพัฒนาโมเดลเชิงพยากรณ์ที่สามารถนำไปใช้ในทางปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม และแนวทางการแปลผลวิจัยสู่เชิงนโยบายหรือการจัดการจัดการในระดับปฐมภูมียังมีอยู่อย่างจำกัด จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิโดยเฉพาะ เพื่อให้สามารถออกแบบมาตรการป้องกันและจัดการภาวะดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี

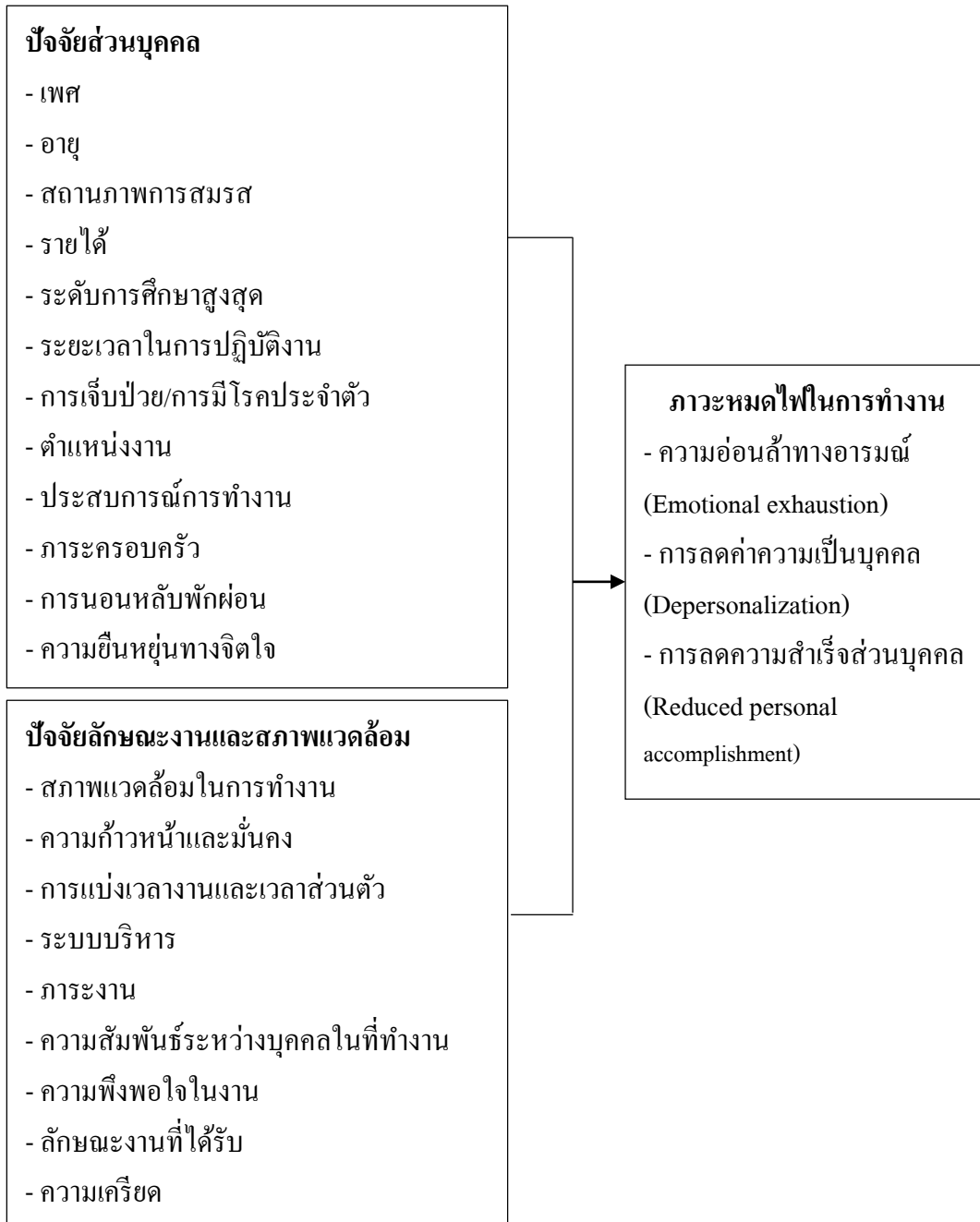
กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิดและทฤษฎีการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน⁽¹⁴⁾ มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิด รายละเอียดดังภาพที่ 1



ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวาง ซึ่งเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประเภทตอบเอง ระหว่างเดือนธันวาคม 2567-มกราคม 2568



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นผู้ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปี และยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ และเกณฑ์คัดออก คือ เป็นผู้ที่อยู่ในระหว่างลาป่วยติดต่อกันตั้งแต่ 1 สัปดาห์ขึ้นไปในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล หรือมีประวัติวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าและอยู่ระหว่างการรักษาทางจิตเวช ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน จำนวนทั้งหมด 204 คน⁽¹⁶⁾

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี โดยคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยโดยที่ทราบจำนวนประชากรที่ชัดเจนของ Daniel⁽¹⁷⁾ ดังนี้

จากสูตร

$$n = \frac{Np(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N-1) + p(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N คือ จำนวนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี จำนวน 204 คน⁽¹⁶⁾ (ข้อมูล ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2567)

Z คือ ค่ามาตรฐานใต้เส้นโค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 เท่ากับ 1.96

α คือ ค่าความคลาดเคลื่อนของแอลฟา (α error)

p คือ ความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรด้านบริการปฐมภูมิ ร้อยละ 17.0⁽⁹⁾

d คือ ค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ยอมรับได้ กำหนดเท่ากับ 0.05

แทนค่า

$$n = \frac{(204)(0.17)(0.83)(1.96^2)}{(0.05)^2(204-1) + (0.17)(0.83)(1.96^2)}$$

$$n \approx 106$$

จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรข้างต้น ทำให้ได้ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยนี้จำนวน 106 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงได้เพิ่มจำนวนขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 ทำให้ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 117 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟในการทำงาน และนำมาสร้างแบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง ประกอบด้วย



1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน และความยืดหยุ่นทางจิตใจ เป็นแบบสอบถามปลายปิดและปลายเปิด

2. ข้อมูลลักษณะงานและสภาพแวดล้อม ได้แก่ สภาพแวดล้อมในการทำงาน ความก้าวหน้าและมั่นคง ระบบบริหาร ภาระงาน การแบ่งเวลางานเวลาส่วนตัว ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในที่ทำงาน ความพึงพอใจในงาน ลักษณะงานที่ได้รับ และความเครียด เป็นแบบสอบถามแบบมาตราวัดประมาณค่า 5 ระดับ

3. แบบสอบถามภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยใช้แบบวัดความเบื่อหน่ายล้าในการทำงาน ฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลมาจากแบบวัด Maslach Burnout Inventory (MBI)⁽¹⁸⁾ เป็นแบบสอบถามแบบมาตราวัดประมาณค่า 5 ระดับ

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิตามความเหมาะสม โดยข้อคำถามทุกข้อมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 หลังจากนั้นตรวจสอบความเที่ยง โดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับบุคลากรสาธารณสุข อำเภอสัตหีบ จำนวน 30 คน และวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ 1) สถิติเชิงพรรณนา และ 2) สถิติเชิงอนุมาน คือ การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านลักษณะงานและสภาพแวดล้อม กับภาวะหมดไฟในการทำงาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เลขที่หนังสือรับรอง 105-2567 เมื่อวันที่ 23 ธันวาคม 2567 โดยคำนึงถึงการปฏิบัติบนพื้นฐานของจริยธรรมการวิจัย 3 ด้าน คือ หลักในการเคารพในตัวบุคคล หลักผลประโยชน์และไม่ก่อให้เกิดอันตราย และหลักยุติธรรม

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 117 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.49 อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี ร้อยละ 60.68 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 78.63 ปฏิบัติงานในสาขาวิชาชีพ ร้อยละ 82.91 และความยืดหยุ่นทางจิตใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 54.70 รายละเอียดดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 117)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	24	20.51
หญิง	93	79.49
อายุ		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี	71	60.68
มากกว่า 35 ปี	46	39.32
(\bar{X} = 35.85, S.D. = 10.39)		
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	7	5.98
ปริญญาตรี	92	78.63
สูงกว่าปริญญาตรี	18	15.39
ตำแหน่งงาน		
สายวิชาชีพ	97	82.91
สายสนับสนุน	20	17.09
ความยืดหยุ่นทางจิตใจ		
ต่ำกว่าเกณฑ์	30	25.64
เกณฑ์ปกติ	64	54.70
สูงกว่าเกณฑ์	23	19.66

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในที่ทำงาน สภาพแวดล้อมในการทำงาน การแบ่งเวลา ลักษณะงานที่ได้รับ ความพึงพอใจในงาน ความก้าวหน้าในงาน และระบบบริหาร คิดเป็นร้อยละ 81.20, 79.49, 75.21, 74.36, 72.65, 71.79, และ 54.70 ตามลำดับ ส่วนภาระงานอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 51.28 และระดับความเครียดอยู่ในระดับเครียดปานกลางและน้อย ร้อยละ 75.21 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละจำแนกตามลักษณะงานและสภาพแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 117)

ลักษณะงานและสภาพแวดล้อม	จำนวน	ร้อยละ
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในที่ทำงาน		
ระดับมาก	95	81.20
ระดับน้อย	22	18.80



ลักษณะงานและสภาพแวดล้อม	จำนวน	ร้อยละ
สภาพแวดล้อมในการทำงาน		
ระดับมาก	93	79.49
ระดับน้อย	24	20.51
การแบ่งเวลา		
ระดับมาก	88	75.21
ระดับน้อย	29	24.79
ลักษณะงานที่ได้รับ		
ระดับมาก	87	74.36
ระดับน้อย	30	25.64
ความพึงพอใจในงาน		
ระดับมาก	85	72.65
ระดับน้อย	32	27.35
ความก้าวหน้าในงาน		
ระดับมาก	84	71.79
ระดับน้อย	33	28.21
ระบบบริหาร		
ระดับมาก	64	54.70
ระดับน้อย	53	45.30
ภาระงาน		
ระดับมาก	57	48.72
ระดับน้อย	60	51.28
ความเครียด		
ระดับมากและมากที่สุด	29	24.79
ระดับปานกลางและน้อย	88	75.21

กลุ่มตัวอย่างมีภาวะหมดไฟในการทำงาน คิดเป็นร้อยละ 28.21 และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะหมดไฟในการทำงาน คิดเป็นร้อยละ 71.79 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละจำแนกตามภาวะหมดไฟในการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง (n = 117)

ภาวะหมดไฟ	จำนวน	ร้อยละ
มีภาวะหมดไฟ	33	28.21
ไม่มีภาวะหมดไฟ	84	71.79



ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับภาวะหมดไฟในการทำงาน พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ได้แก่ ความเครียดมาก ($p\text{-value} < 0.001$) ภาระงานมาก ($p\text{-value} = 0.005$) ความสัมพันธ์กับระหว่างบุคคลในที่ทำงานต่ำ ($p\text{-value} = 0.016$) และงานสายวิชาชีพ ($p\text{-value} = 0.046$) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะหมดไฟในการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการทดสอบด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ ($n=117$)

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% CI for	
							Exp(B)	
							Lower	Upper
สายวิชาชีพ	1.906	0.957	3.968	1	0.046	6.729	1.031	43.915
ภาระงานมาก	1.487	0.531	7.842	1	0.005	4.422	1.562	12.517
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในที่ทำงานต่ำ	1.442	0.598	5.808	1	0.016	4.230	1.309	13.667
ความเครียดมาก	2.141	0.557	14.806	1	0.000	8.512	2.860	25.337
Constant	-4.457	1.094	16.601	1	0.000	0.012		

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุไม่เกิน 35 ปี จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี และทำงานในสายวิชาชีพ ส่วนใหญ่มีความยึดหยุ่นทางจิตใจในเกณฑ์ปกติ มีความคิดเห็นในระดับมากต่อความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สภาพแวดล้อมในการทำงาน การแบ่งเวลา ลักษณะงานที่ได้รับความพึงพอใจในงาน ความก้าวหน้าในงาน และระบบบริหาร อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างระบุว่า ภาระงานที่ได้รับอยู่ในระดับน้อย และระดับความเครียดอยู่ในระดับเครียดปานกลางและน้อย นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะหมดไฟในการทำงาน ร้อยละ 28.21 ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน ได้แก่ ความเครียดมาก ภาระงานมาก ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในที่ทำงานต่ำ และตำแหน่งงานในสายวิชาชีพ

อภิปรายผลการวิจัย

ความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี อยู่ที่ร้อยละ 28.21 ซึ่งถือว่าสูงกว่าการศึกษาที่ผ่านมาในพื้นที่อื่น เช่น จังหวัดนนทบุรี ที่พบความชุกของภาวะหมดไฟร้อยละ 17.0⁽⁹⁾ และจังหวัด



พระนครศรีอยุธยา ที่พบความชุกเพียงร้อยละ 0.69⁽¹³⁾ ความแตกต่างดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า บริบทของแต่ละพื้นที่อาจมีอิทธิพลต่อระดับความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากร โดยพื้นที่อำเภอเมืองชลบุรี เป็นเขตเมืองที่มีความหนาแน่นของประชากรสูง และมีความซับซ้อนของปัญหาด้านสุขภาพมากกว่าพื้นที่อื่น อาจทำให้ภาระงานของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพิ่มสูงขึ้น ประกอบกับลักษณะงานที่ต้องรับผิดชอบหลายบทบาทพร้อมกัน ซึ่งเมื่อไม่มีระบบสนับสนุนหรือทรัพยากรที่เพียงพอ อาจส่งผลให้บุคลากรเกิดความเครียดสะสมและนำไปสู่ภาวะหมดไฟได้ในที่สุด⁽¹⁹⁾ อีกทั้งช่วงเวลาที่ดำเนินการเก็บข้อมูลของแต่ละการศึกษาอาจไม่ตรงกัน เช่น หากอยู่ในช่วงที่มีภาระงานเพิ่มขึ้นจากนโยบายเร่งรัดหรือสถานการณ์โรคระบาด อาจมีผลทำให้ระดับความเครียดและภาวะหมดไฟสูงขึ้นในระยะเวลาสั้นได้⁽⁵⁾ ดังนั้น ความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงานที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่จึงอาจอธิบายได้จากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยลักษณะงานและสภาพแวดล้อม ซึ่งมีผลต่อระดับความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ และความสามารถในการรับมือกับความเครียดของบุคลากรในแต่ละบริบท โดยสามารถอภิปรายผลการวิจัย ได้ดังนี้

ความเครียดเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยบุคลากรที่มีระดับความเครียดอยู่ในระดับเครียดมากและเครียดมากที่สุด มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานสูงกว่าบุคลากรที่มีระดับความเครียดในระดับเครียดปานกลาง และเครียดน้อยถึง 8.51 เท่า ซึ่งชี้ให้เห็นว่าความเครียดมีบทบาทสำคัญในการพยากรณ์ภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากร⁽¹⁴⁾ สอดคล้องกับงานวิจัยเกี่ยวกับความเครียดและภาวะหมดไฟจากการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข ที่พบว่าความเครียดและภาวะหมดไฟจากการทำงานมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ⁽²⁰⁾ ทั้งนี้ ภาวะหมดไฟในการทำงานอาจเป็นผลสะสมของปัจจัยทางจิตใจที่เกิดจากความตึงเครียดในระยะยาว⁽³⁾ โดยเฉพาะในบริบทของบุคลากรสาธารณสุขที่ต้องรับมือกับภาระงานที่มาก และความคาดหวังจากผู้ให้บริการ ซึ่งอาจทำให้ความเครียดที่ไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสมอาจนำไปสู่ความรู้สึกเหนื่อยล้าหมดพลังใจ และหมดความสนใจในงานที่ทำ ซึ่งเป็นลักษณะสำคัญของภาวะหมดไฟในการทำงาน⁽¹⁻²⁾

ตำแหน่งงานเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยบุคลากรที่มีตำแหน่งในสายวิชาชีพมีแนวโน้มที่จะประสบกับภาวะหมดไฟในการทำงานมากกว่าบุคลากรในสายสนับสนุนถึง 6.73 เท่า ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงลักษณะของภาระงานและบทบาทหน้าที่ของบุคลากรสายวิชาชีพที่มักต้องเผชิญกับความกดดันโดยตรงจากผู้รับบริการ ความเร่งรีบในการให้บริการทางสุขภาพ และข้อจำกัดของทรัพยากรที่ใช้ในการดูแลรักษา ส่งผลให้เกิดความเครียดสะสมและภาวะหมดไฟได้ง่ายขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเกี่ยวกับผลกระทบของบทบาทการทำงานต่อระดับภาวะหมดไฟ พบว่า พนักงานในตำแหน่งงานที่ต่างกันมีระดับภาวะหมดไฟที่แตกต่างกัน⁽²¹⁾ โดยภาระงานของสายวิชาชีพจะมีความซับซ้อน และมีความรับผิดชอบสูง แต่กลับขาดโอกาสในการพัฒนาและก้าวหน้าในวิชาชีพ อาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟ⁽²²⁾ นอกจากนี้ สายสนับสนุนมักมี



บทบาทที่เกี่ยวข้องกับงานบริหารหรือระบบสนับสนุนที่มีโอกาสได้รับการจัดสรรงานอย่างเป็นระบบมากกว่า และอาจมีโอกาสรับมือกับภาวะเครียดได้ดีกว่า เนื่องจากไม่ได้รับแรงกดดันโดยตรงจากผู้ป่วยหรือญาติ อันเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้มีระดับภาวะหมดไฟน้อยกว่าสายวิชาชีพโดยรวม

ภาระงานเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยบุคลากรที่มีภาระงานมากมีแนวโน้มที่จะประสบกับภาวะหมดไฟในการทำงานมากกว่าบุคลากรที่มีภาระงานน้อยประมาณ 4.42 เท่า สะท้อนให้เห็นว่าปริมาณงานที่มากเกินไป โดยเฉพาะเมื่อมาพร้อมกับความซับซ้อนของงานและข้อจำกัดด้านเวลา ส่งผลให้บุคลากรต้องใช้พลังงานทางร่างกายและจิตใจอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การลดลงของเวลาพักผ่อน ความสมดุลระหว่างชีวิตกับงาน และความพึงพอใจในหน้าที่การงาน ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ และนำไปสู่ภาวะหมดไฟในที่สุด⁽²³⁻²⁴⁾ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะเหนื่อยล้าจากงานของบุคลากรด้านสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนนทบุรี ซึ่งพบว่า ภาระงานที่มากขึ้นส่งผลให้ภาวะเหนื่อยล้าจากงานเพิ่มมากขึ้น⁽⁹⁾ โดยภาระงานนั้นยังมีผลกระทบต่อภาวะหมดไฟเมื่อบุคลากรมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น⁽²⁵⁾ ดังนั้น การจัดสรรภาระงานให้เหมาะสม และสนับสนุนระบบบริหารจัดการงานที่มีประสิทธิภาพ ถือเป็นกลยุทธ์สำคัญในการป้องกันและลดระดับความรุนแรงของภาวะหมดไฟในบุคลากร โดยเฉพาะในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและกำลังคน

ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในที่ทำงานเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยบุคลากรที่มีความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานในระดับต่ำจะมีแนวโน้มที่จะประสบกับภาวะหมดไฟในการทำงานมากกว่า 4.34 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับบุคลากรที่มีความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานในระดับสูง การมีปฏิสัมพันธ์ในลักษณะที่สนับสนุนซึ่งกันและกัน การให้ความช่วยเหลือในงาน และการมีเพื่อนร่วมงานที่สามารถให้คำปรึกษาเมื่อเผชิญกับความเครียดหรือปัญหาในการทำงาน เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวทางอารมณ์ และเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งช่วยลดโอกาสของการเกิดภาวะหมดไฟได้อย่างมีนัยสำคัญ⁽²⁶⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี โดยพบว่า บุคลากรที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้บริหารและผู้ร่วมงานจะส่งผลให้ภาวะเหนื่อยล้าจากงานลดลง⁽⁹⁾ ทั้งนี้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในองค์กรนั้น ถือเป็นส่วนหนึ่งของสภาพแวดล้อมในการทำงาน ซึ่งหากสภาพแวดล้อมในการทำงานไม่ดีก็จะเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟในการทำงานได้⁽¹⁵⁾ ดังนั้น องค์กรควรส่งเสริมบรรยากาศการทำงานที่เป็นมิตร สนับสนุนความร่วมมือ และสร้างเครือข่ายการช่วยเหลือกันภายในทีม เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันภาวะหมดไฟในบุคลากร โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งอาจประสบข้อจำกัดด้านทรัพยากรและจำนวนบุคลากร



ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรกำหนดนโยบายหรือโปรแกรมที่มุ่งเน้นการจัดการความเครียด สำหรับบุคลากร โดยเฉพาะกลุ่มที่มีระดับความเครียดสูง
2. ควรมีการประเมินและจัดสรรภาระงานให้มีความเหมาะสมกับกำลังคนและบริบทของหน่วยงาน โดยเฉพาะในตำแหน่งสายวิชาชีพที่มีภาระหน้าที่สูง
3. ควรส่งเสริมบรรยากาศการทำงานที่เป็นมิตรและสร้างเครือข่ายการสนับสนุนในทีม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี และบุคลากรกลุ่มตัวอย่างที่เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. The World Health Report: Primary health care on the road to universal health coverage. Geneva: World Health Organization; 2019.
2. World Health Organization. Burnout an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases. Geneva: World Health Organization; 2019.
3. Maslach C, Leiter MP. Burnout. In: G Fink, editor. Stress: Concepts, cognition, emotion, and behavior. Cambridge: Academic Press; 2016: p. 351-7.
4. Freudenberger HJ. The staff burn-out syndrome in alternative institutions. Psychother: Theory Res Pract 1975; 12(1): 73-82.
5. Di Giuseppe M, Nepa G, Prout TA, Albertini F, Marcelli S, Orrù G, Conversano C. Stress, burnout, and resilience among healthcare workers during the COVID-19 emergency: the role of defense mechanisms. Int J Environ Res Public Health 2021; 18(10): 5258.
6. เต็มสิริ ป.ปาน. ภาวะหมดไฟในการทำงานของทันตภิบาลจังหวัดสงขลา. วิทยาสารทันตสาธารณสุข 2564; 26(1): 24-36.
7. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว). นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์; 2559.
8. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สุขภาพคนไทย 2567: ความเครียดภัยเงียบของสังคม. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2567.



9. นิตยา เพ็ญศิริรักษา. ภาวะเหนื่อยล้าจากงานของบุคลากรด้านสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดนนทบุรีในช่วงโรคโควิด-19 ระบาด. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2566; 9(1): 84-96.
10. สุธิดา ทวิชสังข์, ฉัตรสุมน พฤตภิญโญ, ณัฐนารี เอมยงค์. ภาวะหมดไฟของพยาบาลวิชาชีพในทันตสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์. วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข 2567; 10(1): 17-28.
11. Apaydin EA, Rose DE, Yano EM, Shekelle PG, McGowan MG, Antonini TL, Valdez CA, Peacock M, Probst L, Stockdale SE. Burnout among primary care healthcare workers during the covid-19 pandemic. *J Occup Environ Med* 2021; 63(8): 642-5.
12. Mohamed NA, Mohamed YA, Haji Mohamud RY, Gabow AA. Evaluation of the prevalence and risk factors of burnout syndrome among healthcare workers: a cross-sectional study. *World J Psychiatry* 2025; 15(2): 98496.
13. กช พิทักษ์วงศ์โรจน์, ธาตรี โบสิทธิพิเชษฐ, ศรีณย์ ศรีคำ, ชนกมณ ลีศรี. ภาวะหมดไฟจากการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบุคลากรด้านบริการปฐมภูมิ อำเภอพระนครศรีอยุธยา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2567; 18(3): 839-50.
14. De Hert S. Burnout in Healthcare Workers: Prevalence, Impact and Preventative Strategies. *Local Reg Anesth* 2020; 13: 171-83.
15. เกียรติภูมิ สายไทย, พรเพ็ญ อัครวัชรานุกร, ชื่นฤทัย ยี่เขียน. ภาวะหมดไฟในการทำงานและปัจจัยที่สัมพันธ์ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัว. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2566; 6(4): 338-48.
16. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองชลบุรี. รายงานข้อมูลบุคลากรด้านสาธารณสุข. ชลบุรี: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองชลบุรี; 2567.
17. Daniel WW. *Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences*. 7th ed. New Jersey: John Wiley and Sonc Inc; 1999.
18. ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. แบบสอบถามภาวะหมดไฟในการทำงาน สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. ขอนแก่น: ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 จังหวัดขอนแก่น; 2560.
19. Kunno J, Supawattanabodee B, Sumanasrethakul C, Wiriyasirivaj B, Yubonpunt P. Burnout prevalence and contributing factors among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional survey study in an urban community in Thailand. *PLoS One* 2022; 17(8): e0269421.



20. Devebakan N. The relationship between burnout and perceived stress: a sample of healthcare workers. *Psychiatry Behav Sci* 2018; 8(4): 178.
21. Baker S. The impact of occupational role on the burnout level experienced by higher education professionals [Doctoral dissertation]. Seattle, University of Seattle; 2022.
22. ศรีสกุล เนียบแหลม, เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. ภาวะหมดไฟในการทำงาน. *แพทยสารทหารอากาศ* 2562; 65(2): 44-52.
23. Ng LP, Chen IC, Ng HF, Lin BY, Kuar LS. Influence of job demands and job control on work-life balance among Taiwanese nurses. *J Nurs Manag* 2017; 25(6): 438-48.
24. Wang QQ, Lv WJ, Qian RL, Zhang YH. Job burnout and quality of working life among Chinese nurses: a cross-sectional study. *J Nurs Manag* 2019; 27(8): 1835-44.
25. Dewi RS, Riana IG. The effect of workload on role stress and burnout. *J Multidiscip Acad* 2019; 3(3): 1-5.
26. Bouhaba A, Boumaaize Z, El Madhi Y, Soulaymani A, Mokhtari A, Hami H. Impact of interpersonal relationships on academic burnout among trainee teachers: a comprehensive study. *Eur Psychiatry* 2024; 67(S1): S176.



การวิเคราะห์องค์ประกอบทางเคมีด้วยเทคนิคทินเลเยอร์โครมาโทกราฟีสมรรถนะสูง และ
การทดสอบฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระของข่า ขมิ้นชัน และไพล

CHEMICAL COMPOSITION ANALYSIS BY HIGH PERFORMANCE THIN LAYER
CHROMATOGRAPHY AND ANTIOXIDANT ACTIVITY OF *ALPINIA GALANGA*,
CURCUMA LONGA AND *ZINGIBER CASSUMUNAR*

จริยา แก้วคำภา¹, กอบกุล นงนุช², ภาณิชา พงศ์นราทร³,

รณชัย ภูวนัน³, นฤวัตร์ ภัคดี^{3*}

Chariya kaewkampa¹, Khobkul Nongnutch², Panicha Pongnaratorn³,

Ronnachai Poowanna³, Naruwat Pakdee^{3*}

Received: December 25, 2025

Revised: February 01, 2026

Accepted: March 07, 2026

บทคัดย่อ

ประเทศไทยมีความหลากหลายทางชีวภาพสูง และมีการใช้พืชสมุนไพรในการแพทย์แผนไทยอย่างยาวนาน โดยเฉพาะพืชในวงศ์ Zingiberaceae ได้แก่ ข่า (*Alpinia galanga* (L.) Willd.) ขมิ้นชัน (*Curcuma longa* L.) และไพล (*Zingiber cassumunar* Roxb.) ซึ่งมีสารออกฤทธิ์ทางชีวภาพที่สำคัญ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์หลายพิมพ์ทางเคมีของสมุนไพรทั้งสามชนิดด้วยเทคนิคทินเลเยอร์โครมาโทกราฟีสมรรถนะสูง (HPTLC) และประเมินฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระด้วยวิธี DPPH ผลการศึกษาพบว่า ขมิ้นชันมีปริมาณสารสกัดหยาบสูงที่สุด (21.48%) รองลงมา คือ เหง้าไพล (10.36%) และเหง้าข่า (7.09%) การวิเคราะห์ HPTLC ที่ความยาวคลื่น 254 และ 366 นาโนเมตร พบตำแหน่ง spot ที่สอดคล้องกับสารมาตรฐาน ได้แก่ ตำแหน่งที่ 1 bisdemethoxycurcumin ($R_f = 0.35$) ตำแหน่งที่ 2 demethoxycurcumin ($R_f = 0.44$) และตำแหน่งที่ 3 curcumin ($R_f = 0.57$) แสดงถึงการมีสารในกลุ่ม

¹ หลักสูตรการแพทย์แผนไทยมหาบัณฑิต สาขาวิชาการแพทย์แผนไทย คณะทรัพยากรธรรมชาติ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล อีสาน วิทยาเขตสกลนคร จังหวัดสกลนคร

Master of Thai Traditional Medicine Program in Thai Traditional Medicine, Faculty of Natural Resources, Rajamangala University of Technology Isan, Sakon Nakhon Campus, Sakon Nakhon province

² สาขาวิทยาศาสตร์และคณิตศาสตร์ คณะอุตสาหกรรมและเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร สกลนคร จังหวัดสกลนคร

Department of Science and Mathematics, Faculty of Industrial and Technology, Rajamangala University of Technology Isan, Sakon Nakhon Campus, Sakon Nakhon province

³ สาขาแพทย์แผนไทย คณะทรัพยากรธรรมชาติ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร จังหวัดสกลนคร

Department of Thai Traditional Medicine, Faculty of Natural Resources, Rajamangala University of Technology Isan, Sakon Nakhon Campus, Sakon Nakhon province

*Corresponding author E-mail: naruwat.pa@rmuti.ac.th



curcuminoids สำหรับการทดสอบฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ พบว่า เหง้าข่าแสดงฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระด้วยค่า IC_{50} เท่ากับ 0.1285 mg/ml เหง้าขมิ้นชันมีค่า IC_{50} เท่ากับ 0.0409 mg/ml และเหง้าไพลมีค่า IC_{50} เท่ากับ 0.1283 mg/ml สรุปผลการศึกษา สมุนไพรข่า ขมิ้นชัน และไพล มีสารสำคัญในกลุ่ม curcuminoids และมีฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ โดยขมิ้นชันมีฤทธิ์ดีที่สุด ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพื่อสุขภาพในอนาคต

คำสำคัญ: ข่า, ขมิ้นชัน, ไพล, ทินเดเยอร์โครมาโทกราฟีสมรรถนะสูง, ฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ



Abstract

Thailand is recognized for its rich biodiversity and long-standing use of medicinal plants in Thai traditional medicine. Among these, members of the Zingiberaceae family *Alpinia galanga* (L.) Willd. (*A. galanga*), *Curcuma longa* L. (*C. longa*) and *Zingiber cassumunar* Roxb. (*Z. cassumunar*) are notable sources of biologically active compounds. This study aimed to analyze the chemical fingerprints of these three herbal species using high performance thin layer chromatography (HPTLC) and to evaluate antioxidant activity using DPPH assay. The results revealed that *C. longa* exhibited the highest crude extract yield (21.48%), followed by *Z. cassumunar* (10.36%) and *A. galanga* (7.09%). HPTLC analysis at wavelengths of 254 and 366 nm demonstrated spots corresponding to the reference standards: bisdemethoxycurcumin ($R_f = 0.35$), demethoxycurcumin ($R_f = 0.44$), and curcumin ($R_f = 0.57$), indicating the presence of curcuminoids in the samples. Antioxidant activity testing showed that *A. galanga* exhibited an IC_{50} value of 0.1285 mg/ml, *C. longa* exhibited an IC_{50} value of 0.0409 mg/ml and *Z. cassumunar* exhibited an IC_{50} value of 0.1283 mg/ml. In conclusion, *A. galanga*, *C. longa* and *Z. cassumunar* contain curcuminoid compounds and demonstrate antioxidant activity, with *C. longa* showing the strongest effect. These findings provide fundamental information that can support the development of future herbal health products.

Keywords: *Alpinia galanga*, *Curcuma longa*, *Zingiber cassumunar*, High performance thin layer chromatography, Antioxidant activity



บทนำ

ประเทศไทยมีความหลากหลายทางชีวภาพสูง พืชสมุนไพรมีความสำคัญในการแพทย์แผนไทยมาอย่างยาวนาน ถูกใช้ในการรักษาโรค ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค การจำแนกตามลักษณะทางพฤกษศาสตร์ได้แก่ ไม้ต้น ไม้เถาเลื้อย พืชล้มลุก และพืชที่มีลำต้นใต้ดิน โดยเฉพาะพืชกลุ่มหัวเหง้าที่อยู่ในวงศ์ Zingiberaceae เช่น ข่า (*Alpinia galanga* (L.) Willd.) ขมิ้นชัน (*Curcuma longa* L.) และไพล (*Zingiber cassumunar* Roxb.)⁽¹⁻²⁾ เป็นสมุนไพรที่ได้รับความนิยม และอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติหลายตำรับ ได้แก่ ยาธาตุบรรจบ ยาหอมเทพจิตร ยาประสะกานพลู ยาเหลืองปิดสมุทร และยาประสะไพล เป็นต้น โดยการศึกษาฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของ เหง้าข่า เหง้าขมิ้นชัน เหง้าไพล พบว่ามีฤทธิ์ด้านการอักเสบ ต้านอนุมูลอิสระ ต้านเชื้อแบคทีเรีย ต้านเชื้อรา ต้านไวรัส ต้านมะเร็ง บรรเทาอาการปวด และป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด⁽³⁻⁴⁾ โดยมีองค์ประกอบทางเคมีที่สำคัญในกลุ่ม curcuminoids⁽⁵⁾

จากการวิจัยของ Acharya ได้ศึกษาฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของสารสกัดเหง้าข่า พบว่ามีฤทธิ์ด้านการอักเสบ ต้านอนุมูลอิสระ และลดปวด⁽⁶⁻⁸⁾ โดยสารออกฤทธิ์หลัก คือ curcumin, demethoxycurcumin, bisdemethoxycurcumin และ galangin และผลการศึกษาทางคลินิก พบว่าผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่มีข่าเป็นส่วนประกอบสามารถลดอาการปวดเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้⁽⁹⁻¹²⁾ การศึกษาของ Buhrmann พบว่า curcumin จากขมิ้นชันมีคุณสมบัติต้านการอักเสบ ต้านแบคทีเรีย ต้านไวรัส และต้านมะเร็ง⁽¹³⁾ และจากรายงานการวิจัยของ Ah-Reum Han พบว่าสารสกัดเหง้าไพลสามารถลดปวด ใช้รักษาอาการอักเสบ เหง้าเป็นส่วนหลักของพืชที่นำมาใช้ทางการแพทย์ เนื่องจากมีองค์ประกอบทางเคมี ได้แก่ phenylbutenoid curcuminoids และ volatile oil ซึ่งมีฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ ฤทธิ์ด้านการอักเสบ ฤทธิ์ต้านมะเร็ง ฤทธิ์ต้านเชื้อรา ฤทธิ์ต้านจุลินทรีย์ ป้องกันและบำรุงระบบประสาท และใช้เป็นเครื่องสำอาง⁽¹⁴⁾

ในการตรวจสอบและการควบคุมคุณภาพสมุนไพรตามตำรามาตรฐานยาสมุนไพรไทย ต้องมีการตรวจสอบคุณภาพวัตถุุดิบด้วยเทคนิคทินเลเยอร์โครมาโทกราฟี ซึ่งสามารถแสดงลักษณะลายพิมพ์ทางเคมี (chemical fingerprint) เปรียบเทียบกับสารมาตรฐานที่สามารถระบุคุณภาพของสมุนไพรได้⁽¹⁵⁾ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาลักษณะลายพิมพ์องค์ประกอบทางเคมีด้วยเทคนิคทินเลเยอร์โครมาโทกราฟีสมรรถนะสูง (HPTLC) และทดสอบฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระด้วยวิธี DPPH ของเหง้าข่า เหง้าขมิ้นชัน และเหง้าไพล เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาตำรับสมุนไพรรวมถึงเป็นแนวทางในการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานการผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะลายพิมพ์องค์ประกอบทางเคมีด้วยเทคนิคทินเลเยอร์โครมาโทกราฟีสมรรถนะสูงของสารสกัด เหง้าข่า เหง้าขมิ้นชัน และเหง้าไพล



2. เพื่อเปรียบเทียบฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระด้วยวิธี DPPH assay ของสารสกัดเหง้าข่า เหง้าขมิ้นชัน และเหง้าไพล

วิธีดำเนินการวิจัย

1. การสกัดสารสำคัญ และการศึกษาลายพิมพ์องค์ประกอบทางเคมีของสารสกัดเหง้าข่า เหง้าขมิ้นชัน และเหง้าไพล ด้วยเทคนิคThin layer chromatography (High performance thin layer chromatographic identification)

1.1 การเตรียมตัวอย่าง และการสกัดสมุนไพร

ตัวอย่างสมุนไพรที่ใช้ 3 ชนิด จากแหล่งร้านขายสมุนไพร เวชพงศ์โฮสเทล เทรดดิ้ง จำกัด โดยมีเอกสารรับรองความถูกต้องของสมุนไพรเหง้าข่า เลขที่ HBTH0553A เหง้าขมิ้นชัน เลขที่ HBTH0551A เหง้าไพล เลขที่ HBTH0363A นำมาบดละเอียดตัวอย่างละ 200 กรัม และหมักในตัวทำละลายเอทานอล 95% ปริมาตร 1,000 มิลลิลิตร ในอัตราส่วน 1:5 หมักเป็นเวลา 7 วัน⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ กรองด้วยกระดาษกรอง Whatman No.1 และระเหยตัวทำละลายด้วยเครื่อง rotary evaporator ที่อุณหภูมิ 60 องศาเซลเซียส แรงดัน 150 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหมุน 50 รอบต่อนาที ทำการระเหยเพื่อให้ได้สารสกัดเข้มข้น โดยชั่งน้ำหนักสารสกัดที่ได้ และคำนวณร้อยละผลผลิตสารสกัดหยาบ

1.2 การเตรียมสารมาตรฐานและสารละลายตัวอย่าง

ชั่งสารมาตรฐาน curcuminoid 1 มิลลิกรัม ละลายในเอทานอล 95% ปริมาตร 500 ไมโครลิตร และปรับให้มีความเข้มข้น 0.1 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตร และชั่งสารสกัดหยาบของเหง้าข่า เหง้าขมิ้นชัน และเหง้าไพล 10 มิลลิกรัม ละลายด้วยเอทานอล 95% ปริมาตร 1,000 ไมโครลิตร และปรับให้มีความเข้มข้น 5 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร

1.3 การวิเคราะห์องค์ประกอบทางเคมีด้วย HPTLC

นำสารละลายมาตรฐานและสารสกัดสมุนไพรจาก ข้อ 1.2 มาทำการ spot สารบนแผ่น TLC (Silica gel 60 F254, Merck) ด้วยเครื่อง sample application CAMAG Linomat 5 ตัวอย่างละ 2 ไมโครลิตร จากนั้นนำไปวางใน TLC tank ที่ใช้วัฏภาคเคลื่อนที่ ประกอบด้วย dichloromethane: toluene: methanol ในอัตราส่วน 8: 1.5: 0.5 โดยปริมาตร รอวัฏภาคเคลื่อนที่ไปถึง solvent front จากนั้นนำแผ่น TLC ออกมาวางให้แห้ง ตรวจสอบแผ่นโครมาโทกราฟีภายใต้แสงอัลตราไวโอเล็ตที่ความยาวคลื่น 254 นาโนเมตร และ 366 นาโนเมตร และแสงขาว แล้วนำไปตรวจด้วย TLC scanner-CAMAG Linomat 5 นำไปคำนวณค่า R_f ⁽¹⁸⁻¹⁹⁾



2. การทดสอบฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระด้วยวิธี DPPH (2,2-Diphenyl-1-picrylhydrazyl (DPPH) radical scavenging activity)

2.1 การเตรียมสารละลาย DPPH สารละลายมาตรฐาน และสารละลายตัวอย่าง

ชั่งสาร DPPH ปริมาณ 7.886 มิลลิกรัม ละลาย และปรับปริมาตรด้วยเอทานอล 95% ให้ครบ 100 มิลลิลิตร ได้สารละลาย DPPH ความเข้มข้น 0.2 มิลลิโมลาร์ เตรียมสารมาตรฐาน Trolox โดยชั่งสาร 10 มิลลิกรัม ละลายด้วยเอทานอล 95% ปรับปริมาตรเป็น 100 มิลลิลิตร และเจือจางให้ได้ความเข้มข้น 0, 20, 40, 60, 80 และ 100 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตร การเตรียมสารสกัดแห้งข่า เหง้าขมิ้นชัน และเหง้าไพล โดยชั่งสารสกัด 1 มิลลิกรัม ละลายในเอทานอล 95% ปริมาตร 1,000 ไมโครลิตร นำไปเจือจางให้ได้ความเข้มข้นที่กำหนด ได้แก่ เหง้าข่าและเหง้าไพลมีความเข้มข้น 15.625, 31.25, 62.5, 125 และ 250 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตร ส่วนเหง้าขมิ้นชันมีความเข้มข้น 1.875, 3.75, 7.5, 15 และ 30 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตร

2.2 การวิเคราะห์ฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระด้วยวิธี DPPH

การทดสอบทำโดยปีเปตสารละลาย DPPH 0.2 มิลลิโมลาร์ ปริมาตร 100 ไมโครลิตร เติมน้ำมาตรฐาน Trolox หรือสารสกัดสมุนไพรที่มีความเข้มข้นต่างๆ ปริมาตร 100 ไมโครลิตร เก็บไว้ในที่มืดที่อุณหภูมิห้องเป็นเวลา 30 นาที แล้วนำไปวัดค่าการดูดกลืนแสงที่ความยาวคลื่น 517 นาโนเมตร คำนวณเปอร์เซ็นต์การยับยั้งอนุมูลอิสระ DPPH (%Radical scavenging activity) และหาค่าความเข้มข้นของสารสกัดที่สามารถยับยั้งอนุมูลอิสระได้ 50% (IC_{50})⁽²⁰⁻²³⁾

ผลการวิจัย

1. ผลการสกัดสมุนไพร

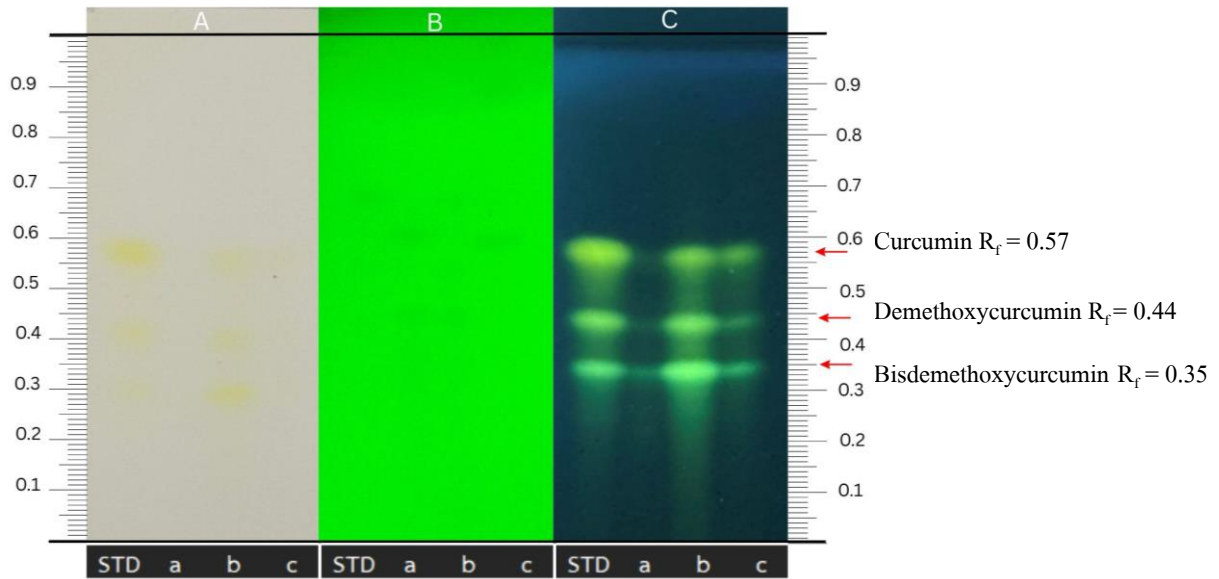
การสกัดสมุนไพร 3 ชนิด ด้วยการหมักในเอทานอล 95% พบว่า ร้อยละของสารสกัดหยาบ (%yield) มีความแตกต่างกัน โดยสมุนไพรที่มีร้อยละสารสกัดหยาบสูงที่สุด คือ เหง้าขมิ้นชัน (21.48%) รองลงมา คือ เหง้าไพล (10.36%) และเหง้าข่า (7.09%) แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ร้อยละผลผลิตสมุนไพร

Extracts	Character	%yield
เหง้าข่า	สีเหลืองทอง หนืดข้น	7.09%
เหง้าขมิ้นชัน	สีส้มเข้ม หนืดข้น	21.48%
เหง้าไพล	สีเหลืองเข้ม หนืดข้น	10.36%



2. ลักษณะลายพิมพ์องค์ประกอบทางเคมีด้วยเทคนิคThin Layer Chromatography ที่สมรรถนะสูง



ภาพที่ 1 HPTLC fingerprint ภายใต้แสงขาว (A) รังสีอัลตราไวโอเล็ตความยาวคลื่น 254 นาโนเมตร (B) รังสีอัลตราไวโอเล็ตที่ความยาวคลื่น 366 นาโนเมตร (C)

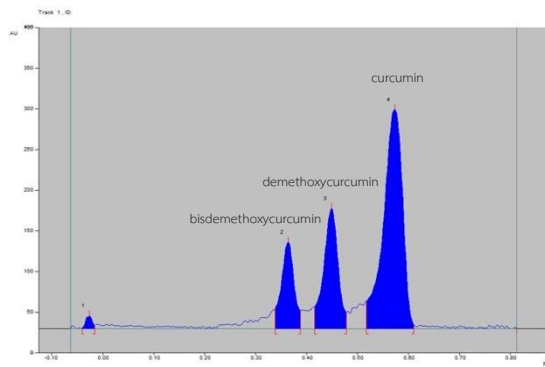
หมายเหตุ (STD) สารมาตรฐาน curcuminoids (a) สารสกัดเหง้าข่า (b) สารสกัดเหง้าขมิ้นชัน และ (c) สารสกัดเหง้าไพล

จากภาพที่ 1 แสดงลักษณะโครมาโทแกรมชนิดแผ่นบางของสารสกัดเหง้าข่า สารสกัดเหง้าขมิ้นชัน และสารสกัดเหง้าไพล โดยใช้วัฏภาคเคลื่อนที่ dichloromethane: toluene: methanol (8: 1.5: 0.5) ผลของ HPTLC fingerprint (ภาพที่ 1) พบแถบสีเหลืองเมื่อดูด้วยแสงขาว พบแถบสีดำเมื่อวิเคราะห์ภายใต้แสงอัลตราไวโอเล็ตความยาวคลื่น 254 นาโนเมตร และพบแถบสีเขียวเมื่อดูเมื่อวิเคราะห์ภายใต้แสงอัลตราไวโอเล็ตความยาวคลื่น 366 นาโนเมตร โดยสารมาตรฐาน curcuminoids พบ 3 spot ได้แก่ spot ที่ 1 คือ bisdemethoxycurcumin มีค่า R_f เท่ากับ 0.35 spot ที่ 2 คือ demethoxycurcumin มีค่า R_f เท่ากับ 0.44 spot ที่ 3 คือ curcumin มีค่า R_f เท่ากับ 0.57 ส่วนสารสกัดสมุนไพรทั้ง 3 ชนิดพบ spot ที่มีค่า R_f ตรงกับสารมาตรฐาน ดังตารางที่ 2 และภาพที่ 2

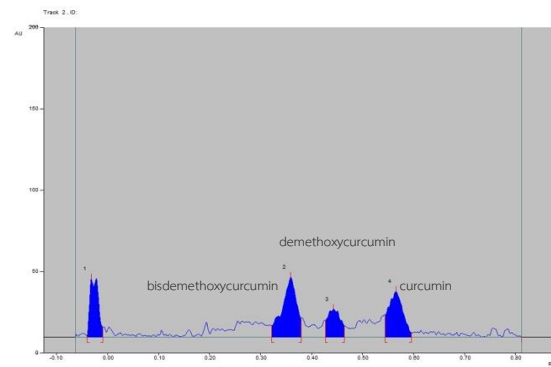


ตารางที่ 2 ค่า R_f ของสารสกัดสมุนไพรเมื่อตรวจสอบที่รังสีอัลตราไวโอเลตความยาวคลื่น 366 นาโนเมตร

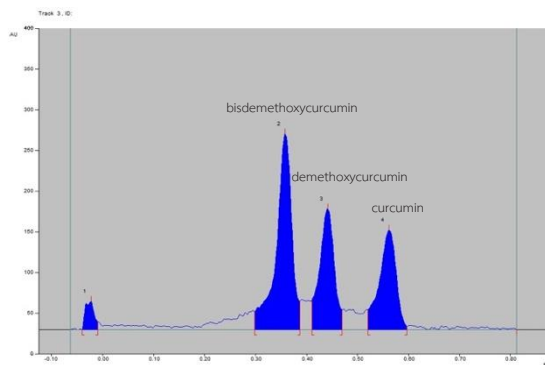
Samples	R_f value		
	Spot 1	Spot 2	Spot 3
	bisdemethoxycurcumin	demethoxycurcumin	curcumin
สารมาตรฐาน curcuminoids	0.35	0.44	0.57
สารสกัดเหง้าข่า	0.35	0.44	0.57
สารสกัดเหง้าขมิ้นชัน	0.35	0.44	0.57
สารสกัดเหง้าไพล	0.35	0.44	0.57



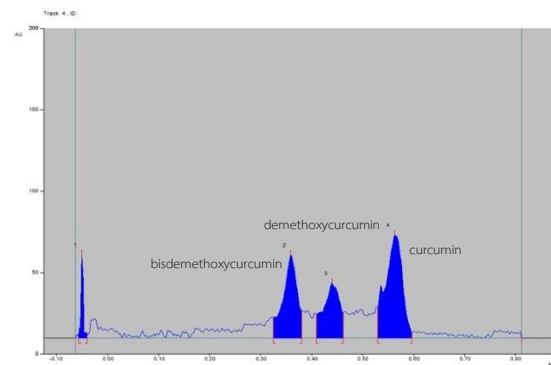
A



B



C



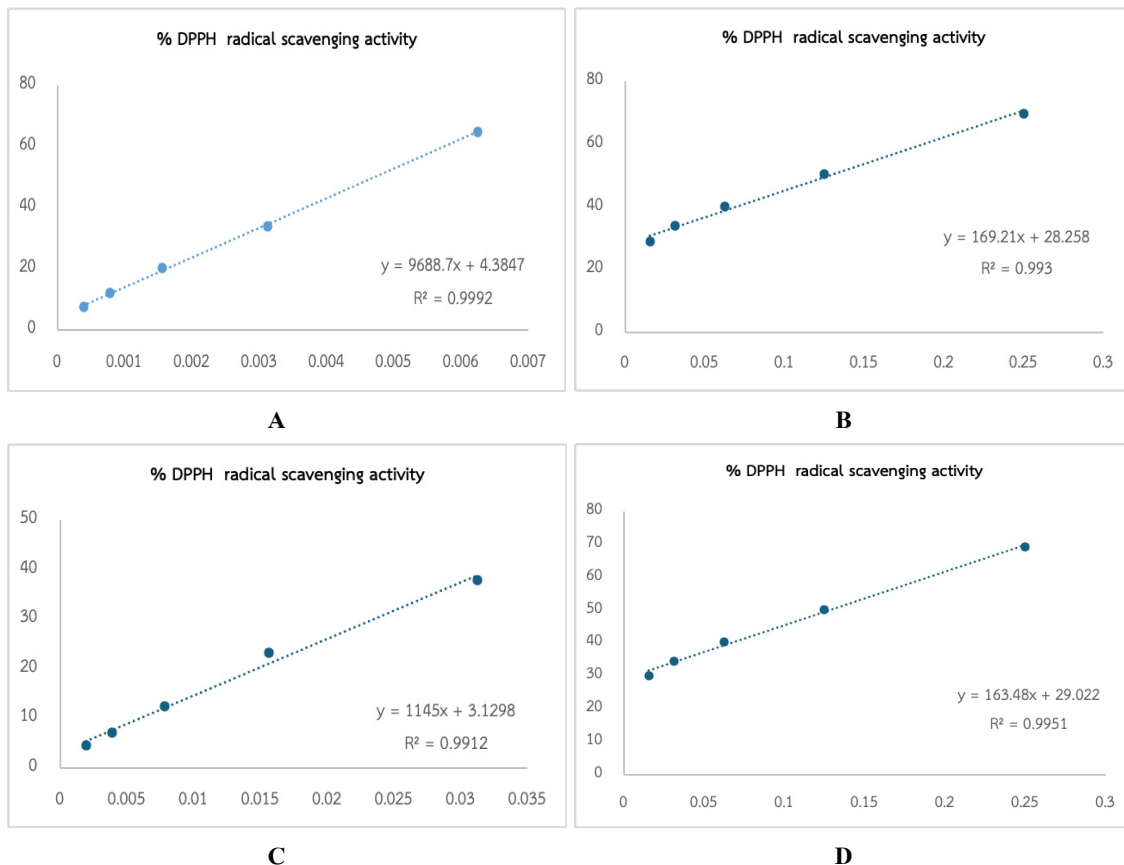
D

ภาพที่ 2 HPTLC chromatogram ภายใต้รังสีอัลตราไวโอเลตความยาวคลื่น 420 นาโนเมตร (A) สารมาตรฐาน curcuminoids (B) สารสกัดเหง้าข่า (C) สารสกัดเหง้าขมิ้นชัน (D) สารสกัดเหง้าไพล



3. การทดสอบฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ

การวิเคราะห์สารต้านอนุมูลอิสระของสารสกัดเหง้าป่า เหง้าขมิ้นชัน และเหง้าไพล ด้วยวิธี DPPH พบว่า เมื่อนำค่าร้อยละการยับยั้งอนุมูลอิสระของสารสกัดทั้ง 3 ชนิด มาสร้างกราฟสมการเส้นตรง สารสกัดเหง้าป่าได้สมการเส้นตรง $y = 169.21x + 28.258$, $R^2 = 0.993$ สารสกัดเหง้าขมิ้นชันได้สมการเส้นตรง $y = 1145x + 3.1298$, $R^2 = 0.9912$ และสารสกัดเหง้าไพลได้สมการเส้นตรง $y = 163.48x + 29.022$, $R^2 = 0.9951$ แสดงดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 กราฟฤทธิ์การต้านอนุมูลอิสระของ (A) สารมาตรฐาน Trolox (B) สารสกัดเหง้าป่า (C) สารสกัดเหง้าขมิ้นชัน (D) สารสกัดเหง้าไพล

ตารางที่ 3 ค่า IC_{50} จากสารสกัดเหง้าป่า เหง้าขมิ้นชัน และเหง้าไพล

Samples	IC_{50} (mg/ml)	p-value
Trolox	0.0047	
สารสกัดเหง้าป่า	0.1285	< 0.05
สารสกัดเหง้าขมิ้นชัน	0.0409	
สารสกัดเหง้าไพล	0.1283	



พบว่าฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระของสารสกัดเหง้าข่ามีค่า IC_{50} เท่ากับ 0.1285 mg/ml เหง้าขมิ้นชัน เท่ากับ 0.0409 mg/ml ซึ่งมีประสิทธิภาพดีที่สุด เหง้าไพลมีค่าเท่ากับ 0.1283 mg/ml และสารมาตรฐาน Trolox มีค่า IC_{50} เท่ากับ 0.0047 mg/ml แสดงดังตารางที่ 3

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

การวิเคราะห์องค์ประกอบทางเคมีด้วยเทคนิคThin Layer Chromatography (TLC) และการทดสอบฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระของเหง้าข่า เหง้าขมิ้นชัน และเหง้าไพล แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของปริมาณสารสกัดและฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระของสมุนไพรทั้ง 3 ชนิด และมองเห็นองค์ประกอบทางเคมีของสารออกฤทธิ์แตกต่างกันตามชนิดของสมุนไพร ปัจจัยด้านพันธุกรรม สภาพแวดล้อม การปลูก และกระบวนการสกัด⁽²⁴⁾ รวมทั้งความเหมาะสมของตัวทำละลายที่ใช้ ซึ่งมีผลต่อความสามารถในการละลายสารออกฤทธิ์ โดยเฉพาะสารฟีนอลิกซึ่งมีคุณสมบัติเป็นสารมีขั้ว จึงสกัดได้ดีด้วยตัวทำละลายมีขั้ว เช่น เมทานอล หรือเอทานอล ในความเข้มข้นที่เหมาะสม⁽²⁵⁾ การเลือกตัวทำละลายจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อประสิทธิภาพของการสกัดแบบ solid-liquid ดังนั้น ความมีขั้ว (polarity) จะส่งผลต่อร้อยละสารสกัดหายาโดยตรง⁽²⁶⁾

จากผลการวิเคราะห์ลักษณะลายพิมพ์ทางเคมีด้วยเทคนิค HPTLC พบ 3 spot ที่มีค่า R_f ใกล้เคียงกันทั้ง 3 ตัวอย่าง สอดคล้องกับสารมาตรฐาน curcuminoids ซึ่งยืนยันว่าสมุนไพรทั้ง 3 ชนิด มีองค์ประกอบทางเคมีบางชนิดเหมือนกัน โดยเฉพาะสารกลุ่ม curcuminoids ที่พบในสมุนไพรวงศ์ Zingiberaceae⁽²⁷⁻²⁸⁾ ดังนั้น จากการศึกษาการใช้เทคนิค HPTLC สามารถใช้เป็นวิธีการตรวจสอบมาตรฐานสมุนไพรและผลิตภัณฑ์แปรรูปได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับการควบคุมคุณภาพสมุนไพรตาม Thai herbal pharmacopeia⁽²⁹⁻³⁰⁾

เมื่อวิเคราะห์ด้วย TLC densitometer ที่ความยาวคลื่น 420 นาโนเมตร พบว่าโครมาโทแกรมของสารมาตรฐาน curcuminoids ทั้ง 3 ชนิด ได้แก่ bisdemethoxycurcumin, demethoxycurcumin และ curcumin มีตำแหน่งใกล้เคียงกันกับสารสกัดสมุนไพรทั้ง 3 ชนิด โดยพบว่าเหง้าข่าพบสาร curcuminoids แต่มีพื้นที่ใต้กราฟน้อยที่สุด แสดงถึงมีองค์ประกอบทางเคมีของสาร curcuminoids ในข่าน่าจะจะมีปริมาณน้อย สอดคล้องกับรายงานองค์ประกอบทางเคมีของเหง้าข่าแตกต่างจากเหง้าขมิ้นชัน โดยมีสารสำคัญหลักได้แก่ galangin และ 1'-acetoxychavicol acetate ที่มีคุณสมบัติต้านอักเสบผ่านกลไกการลดการแสดงออกของ NF- κ B และการสร้างอนุมูลอิสระ⁽³¹⁾ เหง้าขมิ้นชัน มีปริมาณสาร curcuminoids สูงที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาองค์ประกอบทางเคมีจากการศึกษาของ Li et al. (2011)⁽³²⁾ และเหง้าไพลพบสาร curcuminoids ทั้ง 3 ชนิด รองลงมา จากการรายงานพบว่าเหง้าไพลมีสารสำคัญหลักคือ phenylbutenoids และ diarylheptanoids ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีฤทธิ์ต้านการอักเสบผ่านกลไกการยับยั้งเอนไซม์ COX-2 และ iNOS⁽³³⁾



การทดสอบฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระด้วย DPPH assay พบว่า เหง้าขมิ้นชันมีฤทธิ์สูงสุด โดยมีค่า IC_{50} ต่ำที่สุด ใกล้เคียงกับสารมาตรฐาน Trolox รองลงมา คือ เหง้าไพล และเหง้าข่า แสดงให้เห็นว่า สารสกัดจากสมุนไพรทั้ง 3 ชนิดมีคุณสมบัติในการต้านอนุมูลอิสระแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ห้องค์ประกอบทางเคมีด้วยวิธี HPTLC ที่พบว่า ปริมาณสารกลุ่ม curcuminoids ในสมุนไพร เหง้าขมิ้นชัน มีปริมาณ curcumin, demethoxycurcumin และ bisdemethoxycurcumin ซึ่งสารประกอบ phenolic สามารถยับยั้ง lipid peroxidation เอนไซม์ รวมทั้งไซโตไคน์ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างอนุมูลอิสระ เช่น COX-2, iNOS และ NF- κ B ทำให้ลดกระบวนการอักเสบที่เกิดร่วมกับ oxidative stress ส่วนเหง้าข่า สาร galangin และสารประกอบฟีนอลิก สามารถยับยั้งกลไกการเกิด oxidative stress และเหง้าไพลมีสารสำคัญในกลุ่ม phenylbutenoids และ essential oils มีคุณสมบัติลดการอักเสบและยับยั้งการสร้าง reactive oxygen species จากเซลล์ที่ก่อให้เกิดการอักเสบได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า curcumin สามารถกำจัดอนุมูลอิสระและยับยั้งปฏิกิริยาออกซิเดชันในระดับเซลล์ได้⁽³⁴⁻³⁶⁾ ดังนั้น การเลือกใช้วัตถุดิบสมุนไพรที่มีปริมาณสารออกฤทธิ์สูงและเหมาะสมจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่มีประสิทธิภาพทั้งในด้านการต้านอนุมูลอิสระและการประยุกต์ใช้ร่วมกับฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาอื่น เช่น ด้านการอักเสบ และระงับปวด ซึ่งเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในตำรับผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพื่อสุขภาพในอนาคต ทำให้มีการพัฒนาเทคโนโลยีระบบนำส่งแบบใหม่ เช่น nanostructured lipid carriers (NLCs) และ nanoemulsions เพื่อเพิ่มการดูดซึมและความเสถียร⁽³⁷⁻³⁸⁾ สำหรับเหง้าไพลและเหง้าข่ามีฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระต่ำกว่า แต่สารสำคัญของพืชทั้งสองมีคุณสมบัติเด่นในด้านอื่น เช่น ด้านการอักเสบ ด้านจุลชีพ และลดอาการปวด⁽³⁹⁻⁴⁰⁾

การศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่า เหง้าข่า เหง้าขมิ้นชัน และเหง้าไพล มีองค์ประกอบทางเคมีและฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระที่แตกต่างกัน โดยเหง้าขมิ้นชันมีปริมาณสารสกัดสูงสุดและแสดงฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระมากที่สุด รองลงมาคือ เหง้าข่า และเหง้าไพล ผลการวิเคราะห์ด้วยเทคนิค HPTLC พบสาร curcuminoids ในสมุนไพรทั้ง 3 ชนิด ข้อมูลเหล่านี้แสดงว่า เหง้าขมิ้นชันมีศักยภาพสูงสุดในการพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์ต้านอนุมูลอิสระ ส่วนเหง้าข่าและเหง้าไพลสามารถนำไปใช้ร่วมกันเพื่อเสริมฤทธิ์ทางชีวภาพในสูตรตำรับหรือผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนสถานที่และอุปกรณ์การวิจัยจากสาขาแพทย์แผนไทย คณะทรัพยากรธรรมชาติ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี วิทยาเขตสกลนคร จังหวัดสกลนคร และทุนสนับสนุน โครงการวิจัยจากกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย เลขที่ กทท.4/2568 (กท 64-14-2-10-04)



เอกสารอ้างอิง

1. Phumthum M, Balslev H. Using ICPC-2 standard to identify Thai Zingiberaceae of pharmacological interest. *Plants (Basel)* 2020; 9(7).
2. Jitpromma T, Saensouk S, Saensouk P, Boonma T. Diversity, traditional uses, economic values, and conservation status of Zingiberaceae in Kalasin province, Northeastern Thailand. *Horticulturae* 2025; 11(3): 247.
3. Ali BH, Blunden G, Tanira MO, Nemmar A. Some phytochemical, pharmacological and toxicological properties of ginger (*Zingiber officinale* Roscoe): a review of recent research. *Food Chem Toxicol* 2008; 46(2): 409-20.
4. Prasad S, Gupta SC, Tyagi AK, Aggarwal BB. Curcumin, a component of golden spice: from bedside to bench and back. *Biotechnol Adv* 2014; 32(6): 1053-64.
5. Anand P, Kunnumakkara AB, Newman RA, Aggarwal BB. Bioavailability of curcumin: problems and promises. *Mol Pharmaceutics* 2007; 4(6): 807-18.
6. Acharya SD, Ullal SD, Padiyar S, Rao YD, Upadhyaya K, Pillai D, et al. Analgesic effect of extracts of *Alpinia galanga* rhizome in mice. *Zhong Xi Yi Jie He Xue Bao* 2011; 9(1): 100-4.
7. Daily JW, Yang M, Park S. Efficacy of turmeric extracts and curcumin for alleviating the symptoms of joint arthritis: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *J Med Food* 2016; 19(8): 717-29.
8. Mahae N, Chaiseri S. Antioxidant activities and antioxidative components in extracts of *Alpinia galanga* (L.) Sw. *Agr Nat Resour* 2009; 43(2): 358-69.
9. Prasad S, Tyagi AK, Aggarwal BB. Recent developments in delivery, bioavailability, absorption and metabolism of curcumin: the golden pigment from golden spice. *Cancer Res Treat* 2014; 46(1): 2-18.
10. Sandur SK, Pandey MK, Sung B, Ahn KS, Murakami A, Sethi G, et al. Curcumin, demethoxycurcumin, bisdemethoxycurcumin, tetrahydrocurcumin and turmerones differentially regulate anti-inflammatory and anti-proliferative responses through a ROS-independent mechanism. *Carcinogenesis* 2007; 28(8): 1765-73.
11. Araya-Sibaja AM, Vargas-Huertas F, Quesada S, Azofeifa G, Vega-Baudrit JR, Navarro-Hoyos M. Characterization, antioxidant and cytotoxic evaluation of demethoxycurcumin and bisdemethoxycurcumin from *Curcuma longa* cultivated in Costa Rica. *Separations* 2024; 11(1): 23.



12. Hassanein EHM, Abd El-Maksoud MS, Ibrahim IM, Abd-Alhameed EK, Althagafy HS, Mohamed NM, et al. The molecular mechanisms underlying anti-inflammatory effects of galangin in different diseases. *Phytother Res* 2023; 37(7): 3161-81.
13. Buhrmann C, Brockmueller A, Mueller AL, Shayan P, Shakibaei M. Curcumin attenuates environment-derived osteoarthritis by Sox9/NF-kB signaling axis. *Int J Mol Sci* 2021; 22(14).
14. Han AR, Kim H, Piao D, Jung CH, Seo EK. Phytochemicals and bioactivities of *Zingiber cassumunar* Roxb. *Molecules* 2021; 26(8).
15. CieŚ la Ł M, Waksmundzka-Hajnos M. Application of thin-layer chromatography for the quality control and screening the free radical scavenging activity of selected pharmaceutical preparations containing *Salvia officinalis* L. extract. *Acta Pol Pharm* 2010; 67(5): 481-5.
16. วริษา ผลาหาร, นฤวัตร ภักดี, ภาณิชา พงศ์นราทร, จตุพร ประทุมเทศ, รณชัย ภูวันนา. การวิเคราะห์องค์ประกอบทางเคมีด้วยวิธีโครมาโทกราฟีแบบผิวนาง โครมาโทกราฟีของเหลวสมรรถนะสูง และฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระของสารสกัดใบกระดังงาไก่ดำ. *วารสารวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี และนวัตกรรม มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์* 2568; 4(2): 82-97.
17. ปภาภัสสร ชีระพัฒน์วงศ์, วรินทร์ โอนอ่อน, ศศลักษณ์ แก้วบุตรา. การทดสอบหาองค์ประกอบทางพฤกษเคมี สารประกอบฟีนอลิกทั้งหมดและฤทธิ์การต้านอนุมูลอิสระของไพล ขมิ้นชัน และขิงที่สกัดด้วยเทคนิควิธีการแช่หมักในตัวทำละลายที่แตกต่างกัน. *Health Science, Science and Technology Reviews* 2566; 16(3): 53-69.
18. นฤมล วิถีธรรมศักดิ์, นพวรรณ พรศิริ, กุลภัทร โภชนกุล. การตรวจเอกลักษณ์ทางเภสัชเวทและฤทธิ์การต้านอนุมูลอิสระของสมุนไพรว่านนางคำ. *วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี* 2565; 17(1): 48-60.
19. จิตรลดา คงคำ, อติสรณ์ คงคำ. การเปรียบเทียบขององค์ประกอบทางเคมีของสมุนไพรใช้แทนกันระหว่างโกฐ์เชียงและไพล ตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม* 2560; 36(3): 360-7.
20. สุชาดา มานอก, ปวีณา ลิ้มเจริญ. การวิเคราะห์ฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระโดยวิธี DPPH, ABTS, FRAP และปริมาณสารประกอบฟีนอลิกทั้งหมดของสารสกัดสมุนไพรในตำรับยาหอมเทพจิตร. *ก้าวทันโลกวิทยาศาสตร์* 2558; 15(1): 106-17.
21. Kedare SB, Singh RP. Genesis and development of DPPH method of antioxidant assay. *J Food Sci Technol* 2011; 48(4): 412-22.



22. Baliyan S, Mukherjee R, Priyadarshini A, Vibhuti A, Gupta A, Pandey RP, et al. Determination of antioxidants by DPPH radical scavenging activity and quantitative phytochemical analysis of *Ficus religiosa*. *Molecules* 2022; 27(4).
23. Silva F, Veiga F, Cardoso C, Dias F, Cerqueira F, Medeiros R, et al. A rapid and simplified DPPH assay for analysis of antioxidant interactions in binary combinations. *Microchem J* 2024; 202: 110801.
24. Ivanović M, Makoter K, Islamčević Razboršek M. Comparative study of chemical composition and antioxidant activity of essential oils and crude extracts of four characteristic Zingiberaceae herbs. *Plants (Basel)* 2021; 10(3).
25. Thepthong P, Rattakarn K, Ritchaiyaphum N, Intachai S, Chanasit W. Effect of extraction solvents on antioxidant and antibacterial activity of *Zingiber montanum* rhizomes. *ASEAN J Sci Technol Rep* 2023; 26: 1-9.
26. Na Nongkhai T, Maddocks SE, Phosri S, Sangthong S, Pintathong P, Chaiwut P, et al. In vitro cytotoxicity and antimicrobial activity against acne-causing bacteria and phytochemical analysis of Galangal (*Alpinia galanga*) and bitter Ginger (*Zingiber zerumbet*) extracts. *Int J Mol Sci* 2024; 25(20): 10869.
27. Kotra VSR, Satyabanta L, Goswami TK. A critical review of analytical methods for determination of curcuminoids in turmeric. *J Food Sci Technol* 2019; 56(12): 5153-66.
28. Monton C, Theanphong O, Pathompak P, Suksaeree J, Chankana N. Curcuminoid contents in rhizomes of some Zingiberaceous plants sold via online platforms: influence of species and cultivation location. *Int J Food Sci* 2024; 2024: 5929119.
29. Thongkhao K, Tungphatthong C, Pichetkun V, Gaewtongliam S, Wiwatcharakornkul W, Sukrong S. Combining DNA and HPTLC profiles to differentiate a pain relief herb, *Mallotus repandus*, from plants sharing the same common name, "Kho-Khlan". *PLoS One* 2022; 17(6): e0268680.
30. Urumarudappa SKJ, Tungphatthong C, Sukrong S. Mitigating the impact of admixtures in Thai herbal products. *Front Pharmacol* 2019; 10: 1205.
31. Singh G, Kapoor IP, Singh P, de Heluani CS, de Lampasona MP, Catalan CA. Chemistry, antioxidant and antimicrobial investigations on essential oil and oleoresins of *Zingiber officinale*. *Food Chem Toxicol* 2008; 46(10): 3295-302.



32. Li S, Yuan W, Deng G, Wang P, Yang P, Aggarwal B. Chemical Composition and Product Quality Control of Turmeric (*Curcuma longa* L.). *Pharm Crops* 2011; 2: 28-54.
33. Han AR, Kim MS, Jeong YH, Lee SK, Seo EK. Cyclooxygenase-2 inhibitory phenylbutenoids from the rhizomes of *Zingiber cassumunar*. *Chem Pharm Bull (Tokyo)* 2005; 53(11): 1466-8.
34. Akter J, Hossain MA, Takara K, Islam MZ, Hou DX. Antioxidant activity of different species and varieties of turmeric (*Curcuma* spp): Isolation of active compounds. *Comp Biochem Physiol C Toxicol Pharmacol* 2019; 215: 9-17.
35. Das KC, Das CK. Curcumin (diferuloylmethane), a singlet oxygen ((1)O(2)) quencher. *Biochem Biophys Res Commun* 2002; 295(1): 62-6.
36. Ak T, Gülçin İ. Antioxidant and radical scavenging properties of curcumin. *Chemico-Biological Interactions* 2008; 174(1): 27-37.
37. Can Karaca A, Rezaei A, Qamar M, Assadpour E, Esatbeyoglu T, Jafari SM. Lipid-based nanodelivery systems of curcumin: recent advances, approaches, and applications. *Food Chem* 2025; 463: 141193.
38. Sun R, Wei C, Tang X, Sun Y, Ji J. Nanostructured lipid carrier-filled hydrogel beads for the delivery of curcumin: digestion, intestinal permeation, and antioxidant bioactivity after gastrointestinal digestion. *Pharmaceutics* 2025; 17(5): 541.
39. Pithayanukul P, Tubprasert J, Wuthi-Udomlert M. In vitro antimicrobial activity of *Zingiber cassumunar* (Plai) oil and a 5% Plai oil gel. *Phytother Res* 2007; 21(2): 164-9.
40. Lin K, Fu D, Wang Z, Zhang X, Zhu C. Analgesic and anti-inflammatory effects of galangin: a potential pathway to inhibit transient receptor potential vanilloid 1 receptor activation. *Korean J Pain* 2024; 37(2): 151-63.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
3/38 ถนนเลี้ยวเมืองทุ่งมน ตำบลกาฬสินธุ์ อำเภอเมือง
จังหวัดกาฬสินธุ์ 46000

โทร 043-019760 ต่อ 114



<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ>



E-ISSN 2697-4673 (Online)
ISSN 1906-2605 (Print)

R&D Health
System Journal

