Volume 19 No.2 May - August 2026
ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม-สิงหาคม 2569

R&D Health System Journal

วารสาร
วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

Research and Development Health System Journal



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

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

บทบรรณาธิการ

ฉบับนี้เป็นปีที่ 19 ฉบับที่ 2 ปี 2569 นี้ ระบบสุขภาพไทยกำลังก้าวเข้าสู่จุดเปลี่ยนผ่านสำคัญ การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณสุขมุ่งเน้นการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบสุขภาพปฐมภูมิและนวตกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อในชุมชน ควบคู่กับการใช้เทคโนโลยีเพื่อยกระดับคุณภาพบริการ ท่ามกลางการทำงานของบุคลากรที่ต้องเผชิญหน้ากับความท้าทายรอบด้าน ทั้งการจัดการโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ และโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพยุคใหม่ในทุกกลุ่มวัย

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ในฐานะสื่อกลางการเผยแพร่องค์ความรู้ มุ่งหวังทำหน้าที่ในการเชื่อมโยง “งานวิจัย” ไปสู่ “การปฏิบัติจริง” ผลงานวิจัยที่มีคุณค่า หลากหลายประเด็น ตั้งแต่การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ งานโรคติดต่อ การระบาดของโรค การมีส่วนร่วม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หรือแม้กระทั่งงานสุขภาพดิจิทัล ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของการสร้างระบบสุขภาพที่ยั่งยืน

นอกจากนี้ กองบรรณาธิการขอเน้นย้ำถึงแนวปฏิบัติสำคัญในการจัดทำบทความวิจัยในยุคปัจจุบันคือ **ความซื่อสัตย์ทางวิชาการและการใช้เทคโนโลยีอย่างมีจริยธรรม** โดยเฉพาะการกำหนดแนวปฏิบัติการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI) ในการสร้างสรรผลงานวิจัย เพื่อให้มั่นใจว่าทุกบทความที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารระดับ Tier 2 ของฐานข้อมูล TCI มีความถูกต้อง น่าเชื่อถือ และมีคุณภาพทางวิชาการ

สุดท้ายนี้ กองบรรณาธิการ ขอขอบพระคุณผู้นิพนธ์ทุกท่านที่ได้พัฒนางานวิจัย และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ร่วมกลั่นกรองบทความอย่างเข้มข้น เข้มแข็ง หวังเป็นอย่างยิ่งว่าองค์ความรู้ในวารสารนี้จะจุดประกายแนวคิด และแนวทางให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพให้เข้มแข็งสืบไป

ดร.สุภัทรา สามัง
บรรณาธิการ วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
Research and development health system Journal

วัตถุประสงค์ : เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการและผลการศึกษาวิจัยทางด้านการพัฒนาคุณภาพงานสาธารณสุข และคุณภาพชีวิต นำไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข ทั้งในประเทศ และระดับนานาชาติ รวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

ที่ปรึกษาวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ศ.ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัสน์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นพ. สมชาย ชมภูคำ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นพ.วิษณุกร อ่อนประสงค์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร. สม นาสอ้าน	ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์

บรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ดร.สุภัทรา สามัง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

รองบรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ดร.ธงชัย ปัญญูรัตน์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ผศ.ดร.ธิดารัตน์ เลิศวิทยากุล	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย
ผศ.ดร.จารวุรรณ ก้าวหน้าไกล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร.สุพัตรา บัวที	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร. จิดาภา ผูกพันธ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อ.ดร.ชนกพร ศรีประสาร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.นิรุวรรณ เทิร์นโบล์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.นพ.ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร.ไพบูลย์ เอี่ยมขำ	ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย กระทรวงสาธารณสุข
ผศ.ดร.อุ่นใจ เครือสถิตย์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.ภาณุวัฒน์ ศรีโยธา	ภาควิชาการสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.ชลการ ทรงศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี
ดร.สุพัตรา บุญเจียม	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
ดร.กิตติ เหล่าสุภาพ	คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.ภาณุ อดกลั้น	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
Research and development health system Journal

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ (ต่อ)

ดร.ธีรพัฒน์ สุทธิประภา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ทพญ.วารี สุดกรยุทธ์	โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์
ผศ.ดร.วรินทร์มาศ เกษทองมา	มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
ดร.อารี บุตรสอน	คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.เอกชัย ภูผาใจ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลยางตลาด
ดร.วรกร วิชัยโย	มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

ฝ่ายจัดการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ดร.ณัฐกฤตา ทุมวงศ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.เมทินี เมทนีดล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.ศิริชัย รินทะราช	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.ภญ.อรนิฎา ธารเจริญ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นายศิริศักดิ์ ดลพร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นายวรัญญู สุริยะ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นางกฤษณา เพียรภายลุน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นางณัฐรินีย์ พิมพะสอน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นางนภาวรรณ อารมย์ดี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ออกแบบปก

นายทัศน์เทพ ดลโสภณ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

กำหนดออกเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ

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

บทความวิจัยฉบับนี้ ผ่านการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน แบบผู้ทรงคุณวุฒิและผู้แต่งไม่ทราบชื่อกันและกัน (double-blind review) และการตีพิมพ์บทความซ้ำต้องได้รับการอนุญาตจากกองบรรณาธิการเป็นลายลักษณ์อักษร

(เนื้อหาต้นฉบับที่ปรากฏในวารสารเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน ทั้งนี้ไม่รวมความผิดพลาดอันเกิดจากเทคนิคการพิมพ์)

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
Research and development health system Journal

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญประเมินบทความ

รศ.ดร.พรรณี บัญชรหัตถกิจ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
รศ.ดร.จิรา คงปราณ	สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
ผศ.ดร.เอื้อมพร สุ่มมาตย์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
ผศ.ดร.ทัศพร ชูศักดิ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
ผศ.ดร.นิภา มหารัชพงศ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ผศ.ดร.ปิยะพงษ์ ชุมศรี	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย
ผศ.ดร.ผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์	วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
ผศ.ดร.วุฒิกุล ธนากาญจนภักดี	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ผศ.ดร.ศิวรักษ์ กิจชนะไพบูลย์	สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ดร.นพ.สราวุฒิ บุญสุข	ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
นพ.ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล	ที่ปรึกษาระดับกระทรวง นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านสาธารณสุข)
ดร.จารุวรรณ หมั่นมี	กลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี โรงพยาบาลราชวิถี
ดร.ศุภศิลป์ ดีรักษา	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.ปกกมล เหล่ารักษาวงษ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร.ศิวรักษ์ กิจชนะไพบูลย์	สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ดร.สุวภาคย์ เบญจธนวัฒน์	สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ดร.สุนิศา แสงจันทร์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ดร.สุพัตรา บุญเจียม	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
ดร. จุฑามาศ กองผาพา	ภาควิชาเทคโนโลยีการอาหารและโภชนาการ คณะทรัพยากรธรรมชาติและอุตสาหกรรมเกษตร มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร
นางสาวเขมิกา เคียงณฟ้า มานอก	มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
นางสาวปภาวี รัตนธรรม	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
ดร.ณัฐญากร มอญขันธ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู
ดร.ณัฐพล โยธา	กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น
ดร.วิโรจน์ เซมรัมย์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ดร.นวลปรางค์ ดวงสว่าง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
ดร.เอกชัย ภูผาใจ	โรงพยาบาลยางตลาด
ดร.วรรณภา นิติมงคลชัย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.อรนิฏา ธารเจริญ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.ณัฐกฤตา ทุมวงศ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.พัชรินทร์ ภูวิเลิศ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.อริศรา ภูสาริ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.เมทินี เมทนีดล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Volume 19 No.2 May-August 2026

สารบัญ

บทความวิจัย **หน้า**

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง กรณีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำในโพรงสมอง หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลยโสธร……...……. 1
ธิติมา โคตรพันธ์, ดวงพร วัฒนเรืองโกวิท

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะพฤฒพลังของผู้สูงอายุติดสังคม อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี……...…. 16
พรทิพย์ รัตนพรม, ขนิษฐา นาคเกลี้ยง, เฌอลินญ์ สิริเศรษฐ์ภพ

ความต้องการพัฒนาสมรรถนะในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์……...…. 30
ทักษิณา ไมยะปัน, นครินทร์ ประสิทธิ์, ณฐกร นิลเนตร, จารุกิตต์ ยาระยี, วรัญญู พอดี, อัมภาวรรณ นนทมาตย์

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี……...…. 45
สุภลักษณ์ ง้วนพันธุ์, ปิยาภรณ์ พงษ์ประยูร

ความสัมพันธ์ของสมุฏฐานการเกิดโรคตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทยกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์……...……...…. 59
สุณัฐฎา หนองห้าง, นฤวัตร ภักดี, รณชัย ภูวันนา

อิทธิพลของปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลดงพยุง อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์….. 74
ภาณุวัฒน์ นันทรัศมี, ขจรศักดิ์ สีวาที

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตราด……...…. 88
กานต์พิชชา เลิกดี, เอมอัชฌา วัฒนบุรานนท์, นิภา มหารัชพงศ์, ปาจรีย์ อับดุลลากาซิม

นวัตกรรม “สายรัดสัมผัสสุข” ลดอาการปวดหลังในกลุ่มวัยผู้ใหญ่……...……...…. 102
อาทิตยา แสนกิ่ว,ชัชวาล โคสมบูรณ์, ภิตินันท์ อัครอมรศักดิ์, กตัญชลี ศรีโคตร, อารดา นามถมทอง, วิราวรรณ ศรีเศษ, สาคร อินโท่โล่

การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังผ่าตัดและผู้ดูแล : การศึกษานำร่อง……...……...…. 115
อรนุช มหาหงส์, วิภาวดี โพธิโสภา

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการขับเคลื่อนโรงพยาบาลผู้สูงอายุวิถีไทยในรูปแบบโมเดลปลาบู่มหิดล…...…. 130
ศุภกฤต โสภิกุล, ชลธิชา แก้วอนุชิต

การพัฒนาการบริหารคลังเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์.. 144
ศุภวัฒน์ อิ่มเจริญ

การพัฒนารูปแบบการบำบัดบุหรี่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดอุดรธานี……. 158
อัมพร ศรีกุลวงศ์

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมการจัดการสุขภาพสำหรับสตรีที่เป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์…….. 173
รุ่งเทวินทร์ สัมพันธ์, สุรีพร ศรีโพธิ์อุ่น

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม-สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Volume 19 No.2 May-August 2026

สารบัญ

บทความวิจัย **หน้า**

การประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้ Thai CVD Risk Score ในชุมชนมุสลิม อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก…….....……... 187

ปรางค์ จักรไชย, สุมณฑา มั่งมี, พนารัตน์ ศาสนสุพินธุ์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก…….. 199

อุไรวรรณ ทองอร่าม, นิภา มหารัชพงศ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลบึงโขงหลง อำเภอบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ……..…….. 213

ปรียานุช นามพิกุล, เปรมฤดี ศรีสังข์, ศุภาพิชญ์ แสงอรุณ, วิริยา มูลพิศูจน์, พรนุภา ริกำแง, ยลดา ศรียางนอก, ปริญญาพร ศรีแก้ว

การพัฒนาโปรแกรม “อสม. พานับคาร์บ” เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน อำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี……..……...…….. 227

วรพจน์ ประทีป, สุนารี หอมจันทร์

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบต้านแรงต่อการฟื้นตัวหลังคลอดและภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดปกติ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี……...…….. 241

วิเนตรา แน่นหนา, ภรรวษา จันทศิลป์, นิภาพรรณ มณเฑียรฑิราลัย, นุจรินทร์ เพ่งพิศ

การวินิจฉัยและการดูแลรักษาภาวะแสบร้อนในช่องปากร่วมกับภาวะน้ำลายน้อยในผู้สูงอายุ : รายงานผู้ป่วย 1 ราย……..……...……...…… 256

ศรัญญา จิรธนานันท์, ศิฏฐะรินทร์ ฤทธิศิรินทร์

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.278422

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง กรณีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำในโพรงสมอง หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลยโสธร

THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR PREVENTION OF INCREASED INTRACRANIAL PRESSURE IN PATIENTS WITH EXTERNAL VENTRICULAR DRAINAGE IN THE SURGICAL INTENSIVE CARE UNIT AT YASOTHON HOSPITAL

Received: October 21, 2025
Revised: February 18, 2026
Accepted: February 27, 2026

ธิติมา โคตรพันธ์[1*], ดวงพร วัฒนเรืองโกวิท[1]
Thitima Koththapun[1*], Doungporn Wattanaruangkowit[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research designs) ใช้รูปแบบของซูคัพ (Soukup, 2000) วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ รวมถึงความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงกรณีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำในโพรงสมอง ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำในโพรงสมอง จำนวน 45 ราย หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลยโสธร วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ความถี่, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า 1) การคงไว้ซึ่งการควบคุมเลือดที่ไปเลี้ยงสมองให้เพียงพอ 2) การคงไว้ซึ่งการไหลเวียนของน้ำไขสันหลังให้เพียงพอ 3) ติดตามสัญญาณเตือนภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง 4) การคงไว้ซึ่งการระบายอากาศ 5) สังเกตอาการผิดปกติภายหลังถอดสายระบายน้ำไขสันหลังออกจากโพรงสมอง พยาบาลสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ทุกคน ไม่พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง และมีคะแนนความพึงพอใจพยาบาลมีระดับพอใจมากที่สุด ($\bar{X}$= 3.75, S.D. = 0.17) ข้อเสนอ พบแนวปฏิบัติที่บุคลากรพยาบาล สามารถนำไปปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน เพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและช่วยลดอัตราการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

คำสำคัญ: ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะ, ผ่าตัดใส่สายระบายน้ำในโพรงสมอง, หลักฐานเชิงประจักษ์

[1] โรงพยาบาลยโสธร จังหวัดยโสธร
Yasothon Hospital, Yasothon Province
*Corresponding author E-mail: tetemaa.789@gmail.com

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.278422

Abstract

This action research study employed Soukup's evidence-based nursing practice model to develop and evaluate the feasibility and implementation of nursing practice guidelines for preventing increased intracranial pressure in patients undergoing ventricular drainage surgery, as well as to assess professional nurses' satisfaction with the guidelines. The research was conducted in four phases: Phase 1 involved literature review and data collection to identify clinical problems through nursing practice experiences, medical record reviews, and knowledge sources. Phase 2 focused on developing nursing practice guidelines through evidence-based practice searches using the PICO framework Phase 3 consisted of pilot implementation of the nursing practice guidelines in the clinical unit. Phase 4 involved full implementation of the refined practice guidelines in the healthcare setting. In addition, analyzed using descriptive statistic: frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The results of this study found that: 1) maintaining adequate cerebral blood flow control, 2) maintaining adequate cerebrospinal fluid circulation, 3) monitoring warning signs of increased intracranial pressure, 4) maintaining adequate ventilation, and 5) observing abnormal symptoms following cerebrospinal fluid drainage catheter removal. All nurses successfully implemented the practice guidelines, with no incidents of increased intracranial pressure observed. Nurses demonstrated the highest level of satisfaction (M = 3.75, S.D. = 0.17). This study established practice guidelines that nursing personnel can implement uniformly, enhancing patient care quality and reducing the incidence of increased intracranial pressure.

Keywords: Intracranial pressure, ventricular drainage surgery, evidence-based practice

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.278422

บทนำ

ภายในกะโหลกศีรษะ ประกอบด้วย เนื้อสมองประมาณ 1400 มิลลิลิตร (ร้อยละ 80), น้ำหล่อสมองไขสันหลัง (cerebrospinal fluid) ประมาณ 150 มิลลิลิตร (ร้อยละ 10) และเลือดประมาณ 150 มิลลิลิตร (ร้อยละ 10) ระดับความดันในกะโหลกศีรษะ (intracranial pressure) ในผู้ใหญ่ปกติมีค่าไม่เกิน 15 มิลลิเมตรปรอท ถ้าปริมาตรของส่วนประกอบอย่างใดอย่างหนึ่งเพิ่มขึ้น เช่น การเพิ่มขึ้นในส่วนปริมาตรของเนื้อสมอง จากมีก้อนเลือดในสมองภาวะสมองบวม หรือมีการเพิ่มขึ้นในส่วนปริมาตรของเลือด จากสาเหตุหลอดเลือดสมองขยายตัว เนื่องจากภาวะสมองขาดออกซิเจน หรือมีการขัดขวางการไหลกลับของเลือดดำสู่หัวใจ ทำให้มีภาวะเลือดดำคั่ง รวมทั้งมีการอุดกั้นทางเดินน้ำไขสันหลัง (CSF) ทำให้ปริมาตรน้ำไขสันหลังเพิ่มขึ้น จะส่งผลให้มีการปรับลดในส่วนปริมาตรของน้ำไขสันหลังและเลือด รวมทั้งมีการปรับขนาดของหลอดเลือดให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของความดันภายในกะโหลกศีรษะ เนื่องจากกะโหลกศีรษะเป็นอวัยวะที่มีปริมาตรคงที่จำกัด และถ้าการเพิ่มขึ้นของปริมาตรภายในกะโหลกศีรษะเกินขีดความสามารถในการปรับชดเชยของกลไกภายในสมองไม่สามารถรักษาความสมดุลภายในสมอง เกิดการสูญเสียหน้าที่ของกลไกอัตโนมัติภายในสมอง ส่งผลให้เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ค่าความดันภายในกะโหลกศีรษะสูงเกิน 20 มิลลิเมตรปรอท (Increased intracranial pressure: IICP) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ และพบบ่อยในผู้ป่วยภายหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง[1] ซึ่งทำให้เกิดภาวะน้ำคั่งในสมอง (Hydrocephalus) โดยเฉพาะในระยะ 24-72 ชั่วโมงแรก ทำให้เกิดภาวะน้ำคั่งในสมอง (Hydrocephalus) เกิดการเลื่อนของสมอง (brain shift and herniation สูญเสียหน้าที่ของกลไกอัตโนมัติภายในสมอง

อุบัติการณ์ของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงพบได้ประมาณ ร้อยละ 50-70 ของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง[2] และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตหรือพิการหลังการบาดเจ็บ จากการศึกษาของ ซอลและเดคเกอร์ พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงมากกว่า 25 มิลลิเมตรปรอท จะมีอัตราตายสูงถึงร้อยละ 84 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีความดันภายในกะโหลกศีรษะต่ำกว่า 25 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งมีอัตราตายเพียงร้อยละ 26[3] ในขณะเดียวกันกลุ่มที่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา จะมีอัตราตายสูงถึงร้อยละ 69-95 และพบว่าหลังการรักษาภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ผู้ป่วยยังหลงเหลือความพิการอย่างรุนแรง ถึงร้อยละ 10-20 หรืออยู่ในสภาพคล้ายผัก (persistent vegetative state)ประมาณร้อยละ 1-3 เป็นเวลานานมากกว่า 6 เดือน[4]

การรักษาภาวะ IICP ในผู้ป่วยที่มีน้ำในโพรงสมองคั่ง (hydrocephalus) ที่ได้รับการผ่าตัด external ventricular drainage (EVD) หรือ ventriculostomy เป็นการผ่าตัดใส่ท่อซิลิโคนหรือพลาสติกใสขนาดเล็กผ่านเนื้อสมองเข้าสู่โพรงสมอง เพื่อระบายน้ำในโพรงสมอง (cerebrospinal fluid: CSF) ลงสู่อุปกรณ์รองรับภายนอกชั่วคราว[1] เพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ[2,3] การรักษาด้วยวิธีนี้เป็น

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.278422

วิธีการรักษาที่เป็นมาตรฐานแรกที่เลือกใช้ในการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke) กลุ่มผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ (traumatic brain injury)[2] หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลยโสธร มีผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทีศีรษะรุนแรง และได้รับการรักษาด้วยการผู้ป่วยผ่าตัด external ventricular drainage (EVD) หรือ ventriculostomy ใส่สายเพื่อระบายน้ำในโพรงสมอง (cerebrospinal fluid: CSF) ในปี พ.ศ. 2565-2567 จำนวน 92, 133 และ 270 ราย ตามลำดับ

ดังนั้น ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง จึงสนใจศึกษาและพัฒนาแนวปฏิบัติการการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่สายระบายน้ำในโพรงสมอง เพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ให้พยาบาลสามารถให้การดูแลรักษาได้เหมาะสม เป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีความครอบคลุมต่อเนื่องลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ เพิ่มความรวดเร็วในการให้บริการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงกรณีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำในโพรงสมอง หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลยโสธร
2. เพื่อศึกษาผลของการนำไปใช้ความเป็นไปได้ ความสามารถในการใช้แนวปฏิบัติและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติการการพยาบาล

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research designs) โดยใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลของซูกัพ (Soukup, 2000) มาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงกรณีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำในโพรงสมอง[5] ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ระยะทบทวนข้อมูลและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ประกอบด้วย การค้นหาปัญหาทางคลินิกที่ได้มาจากหลักฐาน 2 แหล่ง คือ จากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพภายในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม และข้อมูลจากการทบทวนเวชระเบียน การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสังเกตการณ์พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่ท่อระบายน้ำในโพรงสมอง และจากแหล่งความรู้

ขั้นตอนที่ 2 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงกรณีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำในโพรงสมองในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมโรงพยาบาล

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.278422

ยโสธร จากการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้การจัดระดับและสรุปประเด็นของงานวิจัยที่สืบค้นได้ตามกรอบของ PICO[6]

ขั้นตอนที่ 3 ระยะนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้ในหน่วยงาน phase) เป็นการนำแนวทางปฏิบัติที่สร้างขึ้นมาใช้ ครั้งที่ 1 มาประชุมชี้แจงการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวน 10 ราย ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ และปรับปรุงแนวปฏิบัติให้สมบูรณ์

ขั้นตอนที่ 4 ระยะการนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่ท่อระบายน้ำในโพรงสมอง ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมโรงพยาบาลยโสธร ถูกคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 13 คน โดยมีเกณฑ์คัดออก ดังนี้ คือ ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่ท่อระบายน้ำในโพรงสมองในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ได้ตลอดระยะเวลาที่ดำเนินการศึกษา เช่น ลาคลอด ลาศึกษาต่อ ย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน

2. กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่เข้ารับการผ่าตัดใส่ท่อระบายน้ำในโพรงสมอง ระหว่าง 1 กรกฎาคม 2567 ถึง 31 ตุลาคม 2567 กลุ่มตัวอย่างถูกเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power การเลือก t tests-Means: Difference from constant (one sample case): Fixed model, R^2 deviation from zero และกำหนด effect size = 0.50, error prob. = 0.05 และ power (1-B error prob.) = 0.95 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 45 ราย

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงกรณีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำในโพรงสมองซึ่งพัฒนาโดยผู้วิจัย ชื่อ CDIA “O” Bundle ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) การคงไว้ซึ่งการควบคุมเลือดที่ไปเลี้ยงสมองให้เพียงพอ 2) การคงไว้ซึ่งการไหลเวียนของน้ำไขสันหลังให้เพียงพอ 3) ติดตามสัญญาณเตือนของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง 4) การคงไว้ซึ่งการระบายอากาศ และ 5) สังเกตอาการผิดปกติภายหลังถอดสายระบายน้ำไขสันหลังออกจากโพรงสมอง

2. เครื่องมือในรวบรวมข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงกรณีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำในโพรงสมอง ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลยโสธร ประกอบด้วย

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.278422

1) แบบบันทึกการนำใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำในโพรงสมอง ประกอบไปด้วย 5 กิจกรรมหลัก และ 21 กิจกรรมย่อยไปใช้

2) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงกรณีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำในโพรงสมองในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพผู้ที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก จำนวน 5 ข้อคำถาม ประกอบไปด้วย ระดับการศึกษา อายุ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล ประสบการณ์ในการทำงานหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ และ ประสบการณ์อบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงกรณีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำในโพรงสมอง ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม จำนวน 7 ข้อคำถาม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงกรณีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำในโพรงสมอง CDIA “O” Bundle นำไปทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.98 และตรวจสอบความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ รูปแบบ และการจัดลำดับความสำคัญของเนื้อหา (Index of item objective congruence; IOC) เท่ากับ 0.72

2. แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงกรณีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำในโพรงสมอง ตรวจสอบความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ รูปแบบ และการจัดลำดับความสำคัญของเนื้อหา (Index of item objective congruence; IOC) เท่ากับ 0.72

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ความถี่, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ในขั้นตอนที่ 1 การทบทวนข้อมูลและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

3. วิเคราะห์ ความพึงพอใจขความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรม เกณฑ์การประเมิน

ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจปานกลาง

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.278422

ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลยโสธร เลขที่ YST 2024-22 ลงวันที่ 1 กรกฎาคม 2567 หมดอายุ วันที่ 27 มีนาคม 2568

ผลการวิจัย

ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงกรณีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำในโพรงสมอง ในแต่ละขั้นตอนมีดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ระยะทบทวนข้อมูลและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก พบว่า ที่ผ่านมาไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงกรณีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำในโพรงสมอง หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมมีพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางศัลยกรรมประสาท จำนวน 4 คน จากทั้งหมด 13 คน คิดเป็นร้อยละ 30.7 บุคลากรพยาบาลจบจากหลากหลายสถาบัน มีพยาบาลจบใหม่และมีประสบการณ์ที่แตกต่างกัน และพบว่า พยาบาลมีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย การประเมินอาการ การปฏิบัติการพยาบาลแตกต่างกัน และมีแนวคิดในการป้องกันภาวะเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นไม่เหมือนกัน จะเห็นได้จากการตั้งระดับจุดหยด (drop point) ของสายระบายน้ำในโพรงสมองหรือการตั้งสายไม่เป็นไปตามที่กำหนด สายที่ตึงเกินไป เกิดการเลื่อนหลุดไม่ได้ตรวจสอบระดับหรือตำแหน่งของสายระบาย ของสายระบายน้ำในโพรงสมอง การรายงานแพทย์ไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า กิจกรรมการพยาบาลที่เป็นปัจจัยที่มีผลทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มสูงขึ้น ได้แก่ การจัดท่าและพลิกตะแคงตัว การดูดเสมหะที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยไอ การเพิ่มการระบายอากาศ (hyperventilation) การดูแลความสะอาดของร่างกาย เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 2 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมโรงพยาบาลยโสธร หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงได้เนินการยกร่างแนวปฏิบัติโดยเนื้อหาหลัก เรียงลำดับกิจกรรมก่อนและหลังตามความสำคัญกิจกรรมได้จากการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ การประเมินความเป็นไปได้เพื่อการนำไปใช้นำงานวิจัย ดังนี้

1. ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Clinical relevance) พบงานวิจัย 3 เรื่อง ที่ศึกษาตรงกับปัญหาทางคลินิก คือ การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อการป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เกิดจากการที่ความรู้ ความเข้าใจ และประการณ์ของพยาบาลที่แตกต่างกัน และสามารถลด

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.278422

การเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยหลังหลังผ่าตัด Venticulostomy ได้จากการที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีความชัดเจน พยาบาลเข้าใจ และสร้างประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่เป็นแนวทางเดียวกันมากขึ้น

2. การมีความหมายเชิงศาสตร์ การออกแบบงานวิจัยมีความเหมาะสมและสอดคล้องกันตั้งแต่ชื่อเรื่องตัวแปร ผลการวิจัย การวิเคราะห์ การสรุปและการอภิปรายผล

3. แนวโน้มความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในการปฏิบัติ งานวิจัยที่ได้ทั้งหมด นำพิจารณาประเด็น การถ่ายทอด/นำลงสู่การปฏิบัติ กลุ่มประชากรที่ศึกษามีลักษณะคล้ายกับผู้ป่วย การปฏิบัติไม่ยุ่งยากซับซ้อนสามารถปฏิบัติได้ และมีการใช้ทรัพยากรที่ความคุ้มค่า-คุ้มทุน ไม่สิ้นเปลือง

ขั้นตอนที่ 3 ระยะนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้ในหน่วยงาน (evidence-observed phase) เป็นการนำแนวทางปฏิบัติที่สร้างขึ้นมาใช้ ครั้งที่ 1 มาประชุมชี้แจงการปฏิบัติตามแนวทางกับพยาบาลวิชาชีพ ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวน 10 ราย และประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติร่วมกับพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วย รวบรวมข้อเสนอแนะและปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาล ได้ผลดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ดังนี้

1.1 กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ส่วนมากเป็นเพศหญิง 12 คน คิดเป็นร้อยละ 92.31 มีอายุ 25-34 ปี ร้อยละ 61.5 มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล 1-5 ปี ร้อยละ 46.2 และมากกว่า 21 ปี ร้อยละ 23.1 ซึ่งมีเพียง 1 คน จาก 13 คน ที่มีระยะเวลาที่ปฏิบัติหน้าที่ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม น้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 7.7 และมากกว่า 21 ปี ร้อยละ 23.1 ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ร้อยละ 46.2 แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ (n = 13)

ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	1	7.69
หญิง	12	92.31
อายุ		
25-34 ปี	8	61.5
35-44 ปี	2	15.4
มากกว่า 45 ปี	3	23.1
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล		
1-5 ปี	6	46.2
6-10 ปี	4	30.8
มากกว่า 21 ปี	3	23.1

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.278422

ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ท่านปฏิบัติหน้าที่ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม		
น้อยกว่า 1 ปี	1	7.7
1-5 ปี	9	69.2
มากกว่า 11 ปี	3	23.1
ประสบการณ์อบรม หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต		
ผ่านการอบรม	7	53.8
ไม่ผ่านการอบรม	6	46.2
วุฒิการศึกษา		
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	13	100

1.2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำในโพรงสมอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 71.1 อายุอยู่ในช่วง 61-70 ปี ร้อยละ 31.1 มีประวัติโรคประจำตัว เบาหวาน ความดัน ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 24.4 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 15.6 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรค IVH ร่วมกับ HCP ร้อยละ 71.1 ได้รับการผ่าตัด EVD ร้อยละ 55.6 Bilat EVD ร้อยละ 37.8 แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงลักษณะของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำในโพรงสมอง (n = 45)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	32	71.1
หญิง	13	28.9
อายุ		
40-50 ปี	9	20
51-60 ปี	9	20
61-70 ปี	14	31.1
71-80 ปี	9	20
มากกว่า 80 ปี	4	8.9
ประวัติโรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	7	15.6
เบาหวาน ความดัน ไขมันในเลือดสูง	11	24.4
ความดัน	2	4.4
เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง	10	22.2
ความดัน อัมพฤกษ์ อัมพาต	2	4.4
เบาหวาน อัมพฤกษ์ อัมพาต	2	4.4
เบาหวาน ความดัน	8	17.8

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.278422

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เนื้องอกในสมอง ความดัน ไขมันในเลือดสูง	1	2.2
ความดัน ไขมันในเลือดสูง	2	4.4
การวินิจฉัยโรค		
HCP	9	20
IVH with HCP	32	71.1
IVH with HCP with Brain tumor	1	2.2
ICH with IVH	3	6.7
การผ่าตัด		
EVD	25	55.6
EVD with Craniotomy Remove clot	3	6.7
Bilat EVD	17	37.8

2. ผลลัพธ์ของการนำไปใช้และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ

2.1 ผลของการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพการนำไปใช้ด้านความสามารถการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงกรณีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำในโพรงสมองเป็นการดูแลก่อนและหลังการอบรม พบว่า ในทุกๆ กิจกรรม พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติได้ ทั้งนี้เกิดจากประชุมชี้แจงการใช้แนวปฏิบัติให้เกิดประสิทธิภาพ แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของพยาบาลที่สามารถนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

กิจกรรมปฏิบัติการพยาบาล	ความสามารถในการใช้แนวปฏิบัติ	
	จำนวน (n = 13)	ร้อยละ
กิจกรรมที่ 1 การคงไว้ซึ่งการควบคุมเลือดที่ไปเลี้ยงสมองให้เพียงพอ (Maintain cerebral blood flow)		
1. ยกหัวเตียงสูง 30 องศาดูแลจัดท่าศีรษะสูง 30 องศาโดยให้ศีรษะคอและลำตัวอยู่ในแนวเดียวกันไม่บิดซ้าย หรือขวา	13	100
2. ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดเจาะ DTX ให้มีค่า 80-180 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และให้ยาตามแผนการรักษา	13	100
3. สวมอุปกรณ์พยุงคอขนาดพอเหมาะอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่กดหลอดเลือด	13	100
4. กำหนดตำแหน่ง Zero reference point ให้ตรงกับกึ่งกลางรูหู ทุกครั้ง	13	100
5. ตั้งจุดหยดน้ำ Ventriculostomy ตามการรักษาของแพทย์	13	100
6. Clamp สาย EVD ทุกครั้ง เมื่อมีการเคลื่อนย้าย หรือปรับระดับเตียงขึ้นลง	13	100

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.278422

กิจกรรมปฏิบัติการพยาบาล	ความสามารถในการใช้แนวปฏิบัติ	
	จำนวน (n = 13)	ร้อยละ
7. คลาย Clamp EVD ทุกครั้ง เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมที่ทำ ไม่Clamp EVD นานเกิน 30 นาที	13	100
8. ดูแลให้ยาควบคุมความดันโลหิตตามแผนการรักษาของแพทย์	13	100
กิจกรรมที่ 2 การคงไว้ซึ่งการไหลเวียนของน้ำไขสันหลังให้เพียงพอ (Maintain CSF drainage)		
1. บันทึกลักษณะสี ของ CSF ว่ามีสีเข้มมากขึ้น แดงมากขึ้น หรือสีแดงสด และปริมาณน้ำ CSF ต้องไม่ออกเกิน 30 ml/hr	13	100
2. เมื่อสายระบายEVDมีการอุดตัน รายงานแพทย์รับทราบ	13	100
3. กรณีที่ต้องให้ยาปฏิชีวนะผ่านทางระบายน้ำไขสันหลัง ต้อง Clamp EVD นาน 1-2 ชั่วโมง ตามคำสั่งแพทย์	13	100
4. ประเมิน แผลหลังผ่าตัดว่ามี CSF leakage หรือไม่	13	100
กิจกรรมที่ 3 ติดตามสัญญาณเตือนของภาวะ IICP (Monitor Early warning sign for IICP)		
1. หลังผ่าตัดประเมินระดับความรู้สึกตัวGCS ทุก 1 ชั่วโมง เมื่อเปลี่ยนแปลง $\geq$ 2 คะแนน รายงานแพทย์	13	100
2. สังเกตุ และบันทึกอาการแสดงของภาวะ IICP	13	100
3. ให้การพยาบาล หรือให้ยาในกรณีที่ BT > 38 องศาเซลเซียส	13	100
กิจกรรมที่ 4 การคงไว้ซึ่งการระบายอากาศ (Maintain airway)		
1. keep O2 saturation keep $\geq$ 95 %	13	100
2. รายงานแพทย์เมื่อ PaCO2 < 30 mmHg หรือ PaCO2 > 50 mmHg	13	100
3. รายงานแพทย์เพื่อใส่ท่อช่วยหายใจเมื่อ GCS< 8 คะแนน	13	100
กิจกรรมที่ 5 สังเกตอาการผิดปกติภายหลังถอดสายระบายน้ำไขสันหลังหรือสาย drain ออกจากโพรงสมอง (Monitor for IICP : after EVD, Drain off)		
1. หลังถอดสายระบายต้องมีการ Suture รูสายระบายทุกครั้ง	13	100
2. สังเกตและประเมินอาการทางระบบประสาท	13	100
3. หลังถอดสายระบายสังเกตลักษณะแผลว่ามีน้ำ CSF หรือ มี Discharge ซึมออกจากรู Drain ทุกครั้ง	13	100

2.2 ผลการประเมินระดับความพึงพอใจของพยาบาลเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงกรณีผู้ป่วยที่ได้รับกาผ่าตัดใส่สายระบายน้ำในโพรงสมอง พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจมากที่สุด (X = 3.75,S.D. = 0.17) แสดงดังตารางที่ 4

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.278422

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพึงพอใจของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

หัวข้อ	ความพึงพอใจ		ระดับความพึงพอใจ
	$(\bar{X})$	(SD)	
1. มีสะดวกต่อการใช้งาน	3.77	0.43	พึงพอใจมากที่สุด
2. มีขั้นตอนการปฏิบัติไม่ยุ่งยากซับซ้อน	3.69	0.48	พึงพอใจมากที่สุด
3.มีความชัดเจนในการอธิบาย ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย	3.77	0.43	พึงพอใจมากที่สุด
4. แนวปฏิบัติในแต่ละหัวข้อมีความน่าเชื่อถือ	3.85	0.37	พึงพอใจมากที่สุด
5. แนวปฏิบัติมีความครอบคลุม	3.53	0.51	พึงพอใจมากที่สุด
6. นำไปใช้ในการปฏิบัติทางการพยาบาลได้จริง	3.84	0.37	พึงพอใจมากที่สุด
7. มีประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย	3.84	0.37	พึงพอใจมากที่สุด
ความพึงพอใจโดยรวม	3.75	0.17	พึงพอใจมากที่สุด

ขั้นตอนที่ 4 คือ ระยะการนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน (evidence-based phase) โดยวางแผนให้มีการประชุมบุคลากรพยาบาลให้เข้าใจและสามารถปฏิบัติตามแนวทางได้อย่างเหมาะสม

การอภิปรายผล

การศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง กรณีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำในโพรงสมอง หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลยโสธร พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำในโพรงสมอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 71.1 อายุอยู่ในช่วง 61-70 ปี ร้อยละ 31.1 มีประวัติโรคประจำตัว เบาหวาน ความดันไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 24.4 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 15.6 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรค IVH ร่วมกับ HCP ร้อยละ 71.1 ได้รับการผ่าตัด EVD ร้อยละ 55.6 Bilat EVD ร้อยละ 37.8 การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีสายระบายน้ำไขสันหลังออกจากโพรงสมองมีความสำคัญ แนวปฏิบัติการพยาบาลส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ปลอดภัย ลดความพิการ และสูญเสีย ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง เช่น ภาวะไข้ ภาวะไม่สมดุลอิเล็กโตรไลท์ และภาวะชักในผู้ป่วย ดังนั้นการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลจากการวิเคราะห์ สังเคราะห์แนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์ตามกรอบแนวคิดของตามกรอบของ PICO สอดคล้องกับการศึกษาของ Prachuablarp C. et al.,(2018)[7] ประสิทธิผลของการพัฒนาระบบบริการพยาบาลการใช้แนวปฏิบัติที่สร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์ต่อคุณภาพการดูแลผู้บาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง พบว่า สามารถค้นหาปัญหาของผู้ป่วย เพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและญาติมี

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.278422

ความพึงพอใจเพิ่มขึ้น การศึกษาเรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองที่ได้รับการผ่าตัดสมอง โรงพยาบาลพิจิตร พบว่าการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองที่ได้รับการผ่าตัดสมองที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพิจิตร ที่ประกอบด้วย 1) ประเมินปัญหาผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง 2) การให้การพยาบาลภาวะฉุกเฉินและต่อเนื่อง 3) การพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัดสมอง 4) การดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และ 5) การวางแผนจำหน่าย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็ว มีคุณภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกข้อนลดลง การพยาบาลมีคุณภาพดีขึ้น และการศึกษาเรื่องการพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับผู้ป่วยสมองบาดเจ็บระดับปานกลางถึงรุนแรงที่พบว่า แนวปฏิบัติช่วยให้พยาบาลได้แสดงศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บระดับปานกลางและรุนแรงซึ่งมีความซับซ้อนในการดูแลได้ดียิ่งขึ้น ช่วยส่งเสริมคุณค่าของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ภายใต้บทบาทของพยาบาล และส่งเสริมบทบาทของพยาบาลในด้านการพัฒนาความเป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ (Excellent Center of Trauma Care)

การพัฒนาแนวปฏิบัติการการพยาบาลในครั้งนี้พัฒนาใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลของซูกัพ (Soukup, 2000) โดยเนื้อหาสาระแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญมีกิจกรรมการพยาบาล CDIA “O” Bundle ซึ่งจะประกอบไปด้วย กิจกรรมหลัก 5 กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การคงไว้ซึ่งการควบคุมเลือดที่ไปเลี้ยงสมองให้เพียงพอ (Maintain cerebral blood flow) กิจกรรมที่ 2 การคงไว้ซึ่งการไหลเวียนของน้ำไขสันหลังให้เพียงพอ (Maintain CSF drainage) กิจกรรมที่ 3 ติดตามสัญญาณเตือนของภาวะ IICP (Monitor Early warning sign for IICP) กิจกรรมที่ 4 การคงไว้ซึ่งการระบายอากาศ (Maintain airway) และกิจกรรมที่ 5 สังเกตอาการผิดปกติภายหลังถอดสายระบายน้ำไขสันหลังหรือสาย drain ออกจากโพรงสมอง (Monitor for IICP: after EVD, Drain off) ซึ่งได้จากการวิเคราะห์ และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Practice) เนื่องจากการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลเป็นการใช้นำองค์ความรู้ที่ดีที่สุดและทันสมัยที่สุดในขณะนั้นมาใช้อ้างอิงร่วมกับข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกโดยคำนึงถึงค่านิยมของผู้ป่วยเพื่อพิจารณาตัดสินแก้ปัญหาการให้บริการทางสุขภาพการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้คุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพควรเป็นรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนามาจากการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ใช้บริการทั้งด้านคุณภาพและความปลอดภัย[8] และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยตามกรอบแนวคิดของซูคัพ[9] และหลายการศึกษา พบว่า การปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายระบายน้ำไขสันหลังที่ได้คุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ ควรเป็นรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนามาจากการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ผู้ป่วยจะไม่พบอุบัติการณ์ การเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง และก่อให้เกิดผลดีทั้งด้านผู้ให้บริการและผู้รับบริการ[4,6-8] ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ด้านผู้ให้บริการ พยาบาลวิชาชีพสามารถนำแนวปฏิบัติไปใช้ได้อย่างถูกต้อง

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.278422

เหมาะสม ร้อยละ 100 แสดงให้เห็นถึงการวิเคราะห์การนำองค์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้นั้นในประเด็นของการประเมินความเป็นไปได้ต่อการนำไปใช้จริงมีความสำคัญ และต้องมีความร่วมมือของผู้ปฏิบัติหรือผู้นำไปใช้ รวมถึงการจัดประชุมชี้แจงทำความเข้าใจก่อนใช้แนวปฏิบัติ พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ภาพรวม อยู่ในระดับมากที่สุด เพราะแนวปฏิบัติการพยาบาลมีเนื้อหาชัดเจนและถูกต้อง ตรงประเด็น ทั้งด้านเนื้อหาและความเข้าใจ ดังนั้น การนำแนวปฏิบัติไปใช้จึงทำให้เกิดผลลัพธ์ในการปฏิบัติจริง การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติ เพื่อแสวงหาแนวทางปฏิบัติใหม่ และค้นหาวิธีการทำงานที่มีประสิทธิภาพสูงสุด ทำให้เกิดความตระหนัก มีทัศนคติที่ดี และให้ความร่วมมือในการพัฒนาและนำแนวปฏิบัติไปใช้ จึงเป็นการง่ายต่อการยอมรับเพิ่มมากขึ้น[10-11]

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาล ไปใช้กับหน่วยงานอื่นที่มีผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงที่ศีรษะกรณีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำในโพรงสมอง

2. ควรศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกจากกการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงกรณีผู้ป่วยที่ได้รับกาผ่าตัดใส่สายระบายน้ำในโพรงสมองเพิ่มเติม

3. ควรนำแนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

1. Marcoux KK. Management of increased intracranial pressure in the critically ill child with an acute neurological injury. AACN Advanced Critical Care 2005 Apr 1; 16(2): 212-31.
2. Fan JY. Effect of backrest position on intracranial pressure and cerebral perfusion pressure in individuals with brain injury: a systematic review. Journal of Neuroscience Nursing 2004 Oct 1; 36(5): 278-88.
3. Yaemsuda T, Lukananukul K. Knowledge and practice on nursing supervision of nurse supervisors in somdech phra pinklao hospital. RTNA_JSHE 2021; 8(1): 121-134.4.
4. Teasdale GM. Head injury. Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry. 1995 May; 58(5): 526.

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.278422

5. Soukup C. Building a theory of multi-media CMC: An analysis, critique and integration of computer-mediated communication theory and research. New Media & Society 2000 Dec; 2(4): 407-25.
6. Fineout-Overhol E, Melnyk B. La práctica basada en la evidencia: Del análisis Y síntesis crítico a la implementación de la evidencia. Horizonte de Enfermería 2007 Jun 30; 18(1): 57-63.
7. Prachuablarp C. Increased Intracranial pressure in patients with brain pathology: a dimension of evidence-based nursing practice. Thai Journal of Nursing Council 2018; 33(2): 15-28.
8. Techaatik P, Wunsupon S, Sumritrin S. Effectivenessof implementing evidence based practice for traumatic patients at outpatient of the accident andemergency unit. Journal of Nursing Science & Health 2011; 34(3): 65-7.
9. Budtaraj S, Worrabannakor S. Development of clinical practice guideline for prevention of increased intracranial pressure in patient with severe head injury at Sakon Nakhon Hospital. SKHJ 2020; 23(1): 15-27.
10. Rao SS, Chung DY, Wolcott Z, Sheriff F, Khawaja AM, Lee H, Guanci MM, Leslie-Mazwi TM, Kimberly WT, Patel AB, Rordorf GA. Intermittent CSF drainage and rapid EVD weaning approach after subarachnoid hemorrhage: association with fewer VP shunts and shorter length of stay. J Neurosurg 2019; 132(5): 1583-1588.
11. Phuenpathom N, Srikijvialkul T. Clinical practice guideline for traumatic brain injury. the royal college of neurological surgeons of Thailand. Plus Porsper Company Limited; 2019.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280951

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะพฤฒพลังของผู้สูงอายุติดสังคม อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

FACTORS AFFECTING ACTIVE AGING AMONG SOCIALLY CONNECTED ELDERLY IN KHLONG LUANG DISTRICT, PATHUM THANI PROVINCE

Received: March 13, 2026
Revised: April 27, 2026
Accepted: May 27, 2026

พรทิพย์ รัตนพรม[1], ขนิษฐา นาคเกลี้ยง[1*], เฌอลินญ์ สิริเศรษฐ์ภพ[1]
Ponthip Rattaprom [1], Kanittha Nakkliang[1*], Cherlyn Sirisetpop[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะพฤฒพลังของผู้สูงอายุติดสังคมในอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มแบบหลายขั้นตอนจำนวน 300 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณวิธี Enter กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า มีผู้ตอบแบบสอบถาม 297 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.0 อายุเฉลี่ย 67.40 ปี และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 61.3 โดยโรคความดันโลหิตสูงพบมากที่สุด ด้านภาวะพฤฒพลังส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง พฤติกรรมสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพที่อยู่ในระดับมาก ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะพฤฒพลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ, ความเพียงพอของรายได้ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน โดยตัวแปรต้นทั้งหมดร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะพฤฒพลังได้ร้อยละ 46.7 (R^2 = 0.467, F = 20.740, p-value < 0.001) ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมทักษะการรู้เท่าทันสื่อออนไลน์และการจัดการความเครียด ควบคู่กับการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุให้เป็นพื้นที่เรียนรู้เชิงรุก รวมถึงสนับสนุนนโยบายสร้างรายได้ที่เหมาะสมกับวัย เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะพฤฒพลังอย่างยั่งยืนในพื้นที่ต่อไป

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ผู้สูงอายุติดสังคม, พฤติกรรมสุขภาพ, ภาวะพฤฒพลัง

[1] หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

Master of Public Health Program in Health System Management, Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University under Royal Patronage, Pathum Thani Province

*Corresponding author E-mail: kanittha.nak@vru.ac.th

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280951

Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to examine the level of active ageing and the factors influencing active ageing among community-dwelling older adults in Khlong Luang District, Pathum Thani Province. A total of 300 participants were recruited through multi-stage random sampling. Data was collected using a structured questionnaire and analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis (Enter method), with a significance level set at 0.05.

The findings revealed that 297 questionnaires were completed. Most respondents were female (63.0%), with a mean age of 67.40 years, and 61.3% reported having at least one underlying medical condition, of which hypertension was the most prevalent. About active ageing, most participants demonstrated a high level of active ageing. Health behaviors and health literacy were rated at a high level. Multiple regression analysis indicated that the factors significantly influencing active ageing were health behaviors, health literacy, membership in elderly clubs, income adequacy, and average monthly income. Collectively, all predictor variables accounted for 46.7% of the variance in active ageing ($R^2 = 0.467$, $F = 20.740$, p-value < 0.001). Therefore, relevant agencies should promote online media literacy skills and stress management, alongside the development of elderly clubs as proactive learning spaces. Furthermore, policies supporting age-appropriate income generation should be implemented to sustainably maintain active ageing in the community.

Keywords: Health Literacy, Socially Connected Elderly, Health Behavior, Active Aging

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280951

บทนำ

ปัจจุบันหลายประเทศกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) องค์การเฮล์พเอจ อินเตอร์เนชั่นแนล (Help Age International)ได้วิเคราะห์แนวโน้มของประชากรผู้สูงอายุทั่วโลก ในช่วงระหว่าง ปี พ.ศ. 2558-2593 พบว่า ในปี พ.ศ. 2558 ทั่วโลกมีประชากรสูงอายุประมาณ 901 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 12.3 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 2,092 ล้านคน หรือร้อยละ 16.5 ในปี พ.ศ.2593 สำหรับประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติระบุว่าได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547-2548 และในปี พ.ศ. 2560 มีผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) จำนวน 10,325,322 คน คิดเป็นร้อยละ 15.45 ของประชากรทั้งหมด คาดการณ์ว่าไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในช่วงปี พ.ศ. 2567-2568 และจะกลายเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) ในปี พ.ศ. 2583 เมื่อสัดส่วนผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 32.1[1]

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าวส่งผลกระทบในมิติเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ประเทศไทยจึงได้กำหนดนโยบายมุ่งสู่ “การสูงวัยอย่างมีพลัง” สอดคล้องกับแนวคิด Active Aging (พฤฒพลัง) ขององค์การอนามัยโลก ที่ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ สุขภาพ (Health) การมีส่วนร่วม (Participation) และความมั่นคงปลอดภัย (Security) ต่อมาในปี พ.ศ. 2556 คณะกรรมาธิการด้านเศรษฐกิจเพื่อยุโรปแห่งสหประชาชาติได้เพิ่มองค์ประกอบที่ 4 คือ สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อภาวะพฤฒพลัง (Enabling Environment)[2] ทั้งนี้ การบรรลุภาวะพฤฒพลังยังต้องอาศัย “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” (Health Literacy) ในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุอย่างไรก็ตาม งานวิจัยหลายเรื่องชี้ให้เห็นว่า ผู้สูงอายุไทยยังมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการเตรียมความพร้อมต่อภาวะพฤฒพลังในระดับที่ต้องได้รับการพัฒนาเพิ่มเติม[3]

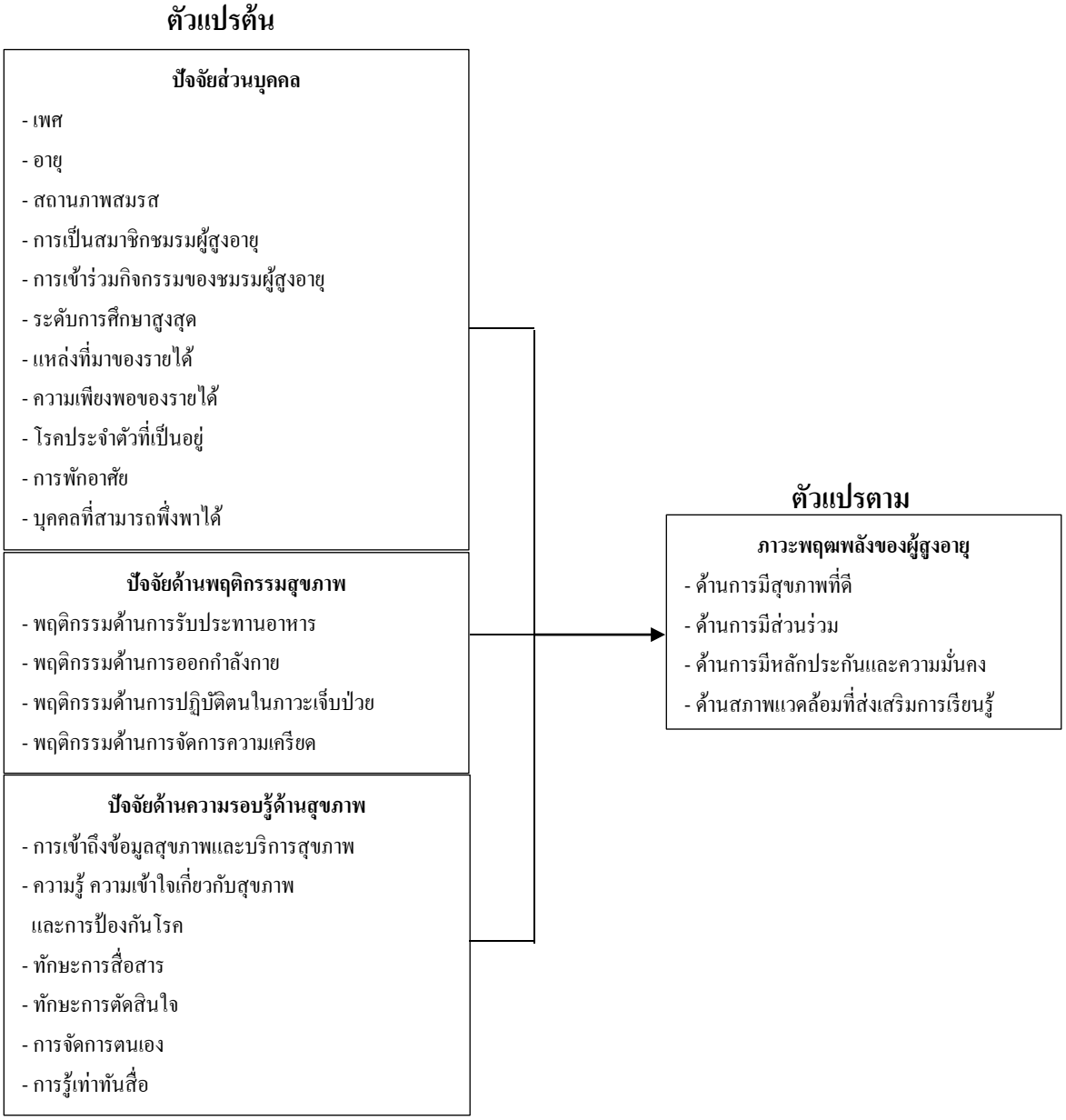
จังหวัดปทุมธานีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 15.68 ในปี พ.ศ. 2565 เป็นร้อยละ 19.42 ในปี พ.ศ. 2567 โดยอำเภอคลองหลวง มีสัดส่วนผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงสูงสุดในจังหวัด ข้อมูลปี พ.ศ. 2567 พบผู้สูงอายุในอำเภอคลองหลวง 29,552 คน คิดเป็นร้อยละ 19.42 โดยเป็นกลุ่มติดสังคมร้อยละ 96.31 กลุ่มติดบ้านร้อยละ 2.86 และกลุ่มติดเตียงร้อยละ 0.83[4] สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการศึกษาภาวะพฤฒพลังของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี เพื่อเตรียมความพร้อมและวางแนวทางรับมือกับการขยายตัวของสังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว การปรับตัวและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจึงถือเป็นปัจจัยสำคัญในการนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่ดี ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะพฤฒพลังของผู้สูงอายุติดสังคม จะเป็นข้อมูลเชิงวิชาการสำหรับการวางแผนและดำเนินมาตรการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพในอนาคต

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280951

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะพฤฒพลังของผู้สูงอายุติดสังคม อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะพฤฒพลังของผู้สูงอายุติดสังคม อำเภอคลองหลวงจังหวัดปทุมธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280951

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Cross-Sectional Analytical Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรกลุ่มสูงอายุในอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ผ่านการประเมินคัดกรองผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันตามแบบวัดของ Barthel Activities of Daily Living (ADL) ประจำวันตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป เป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 16,894 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power[5] สำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) โดยกำหนด Effect Size = 0.18 ซึ่งคำนวณจากค่า $R^2 = 0.154$ จากการศึกษาของ นวลน้อย ตรีรัตน์[6] กำหนดระดับนัยสำคัญ $\alpha = 0.05$ และอำนาจการทดสอบ 0.95 ซึ่งได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 270 คน เพื่อป้องกันการสูญเสียจากการไม่ตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการเพิ่มขนาดตัวอย่าง (Drop-Out) ร้อยละ 10 ของจำนวนที่คำนวณได้ ส่งผลให้ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนรวมทั้งสิ้น 300 คน แต่เก็บแบบสอบถามได้ 297 คน การได้รับความร่วมมือตอบแบบสอบถาม คิดเป็นร้อยละ 99.00 ใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling) โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าในการศึกษา (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. ประชากรกลุ่มสูงอายุที่ผ่านการประเมินคัดกรองผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันตามแบบวัดของ Barthel Activities of Daily Living (ADL) ประจำวันตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป (สูงอายุติดสังคม) พักอาศัยในอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

2. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และเกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) ดังนี้

2.1 กลุ่มตัวอย่างย้ายออกนอกพื้นที่ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ก่อนการวิจัยเสร็จสิ้น

2.2 ไม่สามารถให้ข้อมูลในระหว่างช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล

2.3 มีภาวะสมองเสื่อมหรือไม่สามารถสื่อสารและรู้คิดได้ปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ระดับการศึกษา แหล่งที่มาของรายได้ รายได้เฉลี่ย โรคประจำตัว ปัจจุบันท่านพักอาศัยอยู่กับใคร บุคคลที่ท่านสามารถพึ่งพาได้เมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือหรือเมื่อยามเจ็บป่วย

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280951

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อภาวะพฤฒพลังของผู้สูงอายุติดสังคม ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อภาวะพฤฒพลังของผู้สูงอายุติดสังคม ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ และการป้องกันโรค ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ

ลักษณะคำถามแบบสอบถามส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) จำแนกได้ 5 ระดับ ตามแนวคิดของลิเคิร์ท (Likert Scale)[7] ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติน้อยครั้ง และไม่ปฏิบัติ มีคะแนนเท่ากับ 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ และแปลผลคะแนนเฉลี่ยใช้เกณฑ์ของเบสท์[8] โดยกำหนดความกว้างของอันตรภาคชั้นเท่ากับ (5-1)/3 = 1.33 แบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 หมายถึง ระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 หมายถึง ระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง ระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามภาวะพฤฒพลังของผู้สูงอายุติดสังคม ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการมีสุขภาพที่ดี 2) ด้านการมีส่วนร่วม 3) ด้านการมีหลักประกันและความมั่นคง 4) ด้านสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ ในการแปลผลคะแนนภาวะพฤฒพลังของผู้สูงอายุติดสังคมใช้เกณฑ์ของเบสท์[8] โดยกำหนดความกว้างของอันตรภาคชั้นเท่ากับ (22-0)/3 = 7.33 แบ่งระดับภาวะพฤฒพลังออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ช่วงคะแนน 15.34-22.00 หมายถึง มีภาวะพฤฒพลังระดับสูง ช่วงคะแนน 7.34-15.33 หมายถึง มีภาวะพฤฒพลังระดับปานกลาง และช่วงคะแนน 0.00-7.33 หมายถึง มีภาวะพฤฒพลังระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบสอบถาม โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence: IOC) พบว่า ข้อคำถามแต่ละข้อมีค่าอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ค่าเฉลี่ย IOC โดยประมาณ 0.96 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ที่ 0.50 จากนั้นนำไปทดสอบกับกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมในเขตพื้นที่ตำบลบางโพธิ์เหนือ อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี จำนวน 30 คน ใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบัค (Cronbach's Alpha Coefficient) ผลการทดสอบได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 แบบสอบถามปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าเท่ากับ 0.87 แบบสอบถามปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีค่าเท่ากับ 0.78 แบบสอบถามภาวะพฤฒพลังของผู้สูงอายุติดสังคม มีค่าเท่ากับ 0.87

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280951

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency), ร้อยละ (Percentage), ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะพฤฒพลังของผู้สูงอายุติดสังคมในอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ด้วยวิธี Enter (Enter Method) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 โดยรายงานค่า R, R^2, Unstandardized Coefficients (B, S.E.), Standardized Coefficients (Beta), ค่าสถิติทดสอบ t, ค่านัยสำคัญ (Sig.) และค่า VIF เพื่อแสดงความสามารถของโมเดล ทิศทาง และขนาดอิทธิพลของตัวแปร โดยใช้เกณฑ์ค่า VIF ไม่เกิน 10

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรม จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขในคน จังหวัดปทุมธานี หมายเลขรับรอง PPHO-REC 2568/80

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยผู้สูงอายุติดสังคมในอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จำนวน 297 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.0 มีอายุเฉลี่ย 67.40 ปี (S.D. = 5.63) อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปีมากที่สุด ร้อยละ 71.7 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 60.0 และไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 66.0 ด้านการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 31.6 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001-8,000 บาท ร้อยละ 25.6 และมีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 48.0 สำหรับสถานะสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 61.3 โดยโรคความดันโลหิตสูงพบมากที่สุด รองลงมา คือ โรคไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน ด้านการพักอาศัย ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับลูกหลานหรือญาติพี่น้อง ร้อยละ 47.5

ระดับพฤติกรรมสุขภาพ ผู้สูงอายุติดสังคมมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.92, S.D. = 0.45) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าพฤติกรรมด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วยมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 4.23, S.D. = 0.66) รองลงมา คือ ด้านการรับประทานอาหาร (Mean = 4.13, S.D. = 0.50) และด้านการออกกำลังกาย (Mean = 3.71, S.D. = 0.87) ในขณะที่พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดมีค่าเฉลี่ยต่ำสุดและอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.58, S.D. = 0.69) รายละเอียดดังตารางที่ 1

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280951

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละปัจจัย

ปัจจัยย่อย	Mean	S.D.	การแปลผล
ด้านการรับประทานอาหาร	4.13	0.50	มาก
ด้านการออกกำลังกาย	3.71	0.87	มาก
ด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย	4.23	0.66	มาก
ด้านการจัดการความเครียด	3.58	0.69	ปานกลาง
รวม	**3.92**	**0.45**	**มาก**

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุติดสังคมมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.76, S.D. = 0.57) โดยด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรคมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 3.99, S.D. = 0.52) รองลงมา คือ ด้านทักษะการตัดสินใจ (Mean = 3.98, S.D. = 0.73) และด้านการจัดการตนเอง (Mean = 3.73, S.D. = 1.01) ส่วนด้านการรู้เท่าทันสื่อมีค่าเฉลี่ยต่ำสุดและอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.35, S.D. = 0.71) รายละเอียดดังตารางที่ 22

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ปัจจัยย่อย	Mean	S.D.	การแปลผล
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	3.58	0.92	ปานกลาง
ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ และการป้องกันโรค	3.99	0.52	มาก
ทักษะการสื่อสาร	3.69	0.95	มาก
ทักษะการตัดสินใจ	3.98	0.73	มาก
การจัดการตนเอง	3.73	1.01	มาก
การรู้เท่าทันสื่อ	3.35	0.71	ปานกลาง
รวม	**3.76**	**0.57**	**มาก**

ระดับภาวะพฤฒพลัง ผู้สูงอายุติดสังคมส่วนใหญ่มีภาวะพฤฒพลังอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 69.4 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 29.6 และระดับต่ำ ร้อยละ 1.0 รายละเอียดดังตารางที่ 3

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280951

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของระดับภาวะพฤฒพลังของผู้สูงอายุติดสังคม

ภาวะพฤฒพลังของผู้สูงอายุติดสังคม	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	15.34-22.00	206	69.4
ระดับปานกลาง	7.34-15.33	88	29.6
ระดับต่ำ	0.00-7.33	3	1.0
รวม		297	100.0

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะพฤฒพลัง ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ พบว่า ตัวแปรต้นที่มีอิทธิพลต่อภาวะพฤฒพลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มี 5 ตัว เรียงตามขนาดอิทธิพล ดังนี้ พฤติกรรมสุขภาพ ($\beta = 0.318$, p-value < 0.001) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($\beta = 0.262$, p-value < 0.001) การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ($\beta = 0.213$, p-value < 0.001) ความเพียงพอของรายได้ ($\beta = 0.202$, p-value < 0.001) และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ($\beta = 0.128$, p-value = 0.040) โมเดลโดยรวมมีความเหมาะสมและสามารถทำนายภาวะพฤฒพลังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 20.740$, p-value < 0.001) โดยตัวแปรต้นทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะพฤฒพลังได้ร้อยละ 46.7 ($R = 0.683$, $R^2 = 0.467$) รายละเอียดดังตารางที่ 4 และเขียนสมการพยากรณ์ดังนี้

1) สมการพยากรณ์ในรูปของคะแนนดิบ (Unstandardized)

$$\hat{Y} = 0.085 + 1.280(X5) + 0.205(X7) + 0.801(X8) + 2.035(X11) + 1.320(X12) + u$$

2) สมการพยากรณ์ในรูปของคะแนนมาตรฐาน (Standardized)

$$\hat{Z}y = 0.213X5 + 0.128X7 + 0.202X8 + 0.318X11 + 0.262X12$$

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

ตัวแปร	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
ค่าคงที่	0.085	2.201		0.038	0.969		
เพศ (X_1)	-0.145	0.268	-0.025	-0.540	0.590	0.908	1.102
อายุ (X_2)	0.012	0.023	0.024	0.518	0.605	0.872	1.147
สถานภาพสมรส (X_3)	0.089	0.160	0.025	0.554	0.580	0.912	1.096
ตำบล (X_4)	0.070	0.193	0.016	0.365	0.715	0.936	1.069
สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ (X_5)	1.280	0.273	0.213	4.695	<0.001*	0.909	1.100

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280951

ตัวแปร	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
ระดับการศึกษา (X_6)	-0.047	0.083	-0.029	-0.570	0.596	0.730	1.370
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (X_7)	0.205	0.100	0.128	2.061	0.040*	0.483	2.069
ความเพียงพอของรายได้ (X_8)	0.801	0.232	0.202	3.454	0.001*	0.549	1.822
โรคประจำตัว (X_9)	-0.001	0.268	0.001	-0.003	0.998	0.892	1.121
พักอาศัยอยู่กับใคร (X_{10})	-0.274	0.168	-0.074	-1.631	0.104	0.909	1.101
ปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพ (X_{11})	2.035	0.354	0.318	5.741	<0.001*	0.613	1.632
ปัจจัยความรอบรู้สุขภาพ(X_{12})	1.320	0.279	0.262	4.727	<0.001*	0.610	1.640
$R = 0.683$, $R^2 = 0.467$, $F = 20.740$, Sig. <0.001							

***p-value < 0.05**

สรุปผลการวิจัย

ภาวะพฤฒพลังของผู้สูงอายุติดสังคม อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี พบว่า ผู้สูงอายุติดสังคมส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการออกกำลังกาย ในขณะที่ด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค ด้านทักษะการตัดสินใจ และด้านการจัดการตนเอง ส่วนด้านการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะพฤฒพลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมี 5 ปัจจัย คือ พฤติกรรมสุขภาพ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความเพียงพอของรายได้ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

อภิปรายผลการวิจัย

ภาวะพฤฒพลังของผู้สูงอายุติดสังคม อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง รองลงมา คือ ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สถาพร หมั่นคง และอรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง[9] ที่ศึกษาดัชนีพฤฒพลังของผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับดัชนีพฤฒพลังอยู่ในระดับสูง รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง และระดับต่ำ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สำนักงานสถิติแห่งชาติ[2] ที่ศึกษาดัชนีพฤฒพลังผู้สูงอายุไทย พบว่า ระดับพฤฒพลังของผู้สูงอายุไทยในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยคะแนนในด้านสุขภาพอยู่ในระดับที่สูง ทั้งนี้เนื่องมาจาก ผู้สูงอายุติดสังคมส่วนใหญ่ในอำเภอ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280951

คลองหลวง ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานในท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง ทั้งองค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้นำชุมชน ที่ให้ความสำคัญกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับลูกหลานหรือญาติพี่น้อง ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ถือว่าเป็นปัจจัยเกื้อหนุนที่ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะพฤฒพลังอยู่ในระดับสูง

ปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพมีอิทธิพลต่อภาวะพฤฒพลังเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะพฤฒพลังของผู้สูงอายุติดสังคมมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มินตรา สาระรักษ์ และคณะ[10] ที่ศึกษาในผู้สูงอายุบ้านโนนเค็ง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า กิจกรรมพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุที่ครอบคลุมการให้ความรู้ด้านการดูแลตนเอง การออกกำลังกาย และการทำสมาธิ ส่งผลให้คะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) เมื่อพิจารณารายด้านของพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วยมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด สะท้อนให้เห็นว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการใช้สิทธิการรักษาพยาบาลและการตรวจคัดกรองโรคประจำปี ด้านการจัดการความเครียดมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Davodi et al.[11] ที่พบว่า การอบรมผู้สูงอายุในด้านการจัดการความเครียดเป็นส่วนประกอบสำคัญของโปรแกรมส่งเสริมภาวะพฤฒพลัง โดยหลังเข้าร่วมโปรแกรมที่ครอบคลุมการจัดการความเครียด คะแนนภาวะพฤฒพลังรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการจัดการความเครียดอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะพฤฒพลังของผู้สูงอายุติดสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ[12] ที่พบว่า ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มพฤฒพลังในจังหวัดนครปฐม และสอดคล้องกับการศึกษาของ อรรยา จันทร์เพ็ญ และอมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ[3] ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพฤฒพลังในเขตอำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นประเด็นที่น่าพิจารณา เนื่องจากในยุคปัจจุบันมีการเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพผ่านสื่อออนไลน์จำนวนมาก การส่งเสริมทักษะการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพในผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Astasio-Picado et al.[13] ที่ชี้ให้เห็นว่า การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารสามารถเพิ่มการเข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพได้ แต่ต้องอาศัยการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และภาคการศึกษา เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ประโยชน์จากสื่อดิจิทัลได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยด้านการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีอิทธิพลต่อภาวะพฤฒพลัง พบว่า เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะพฤฒพลัง สอดคล้องกับแนวคิดภาวะพฤฒพลังขององค์การอนามัยโลกที่เน้นการมีส่วนร่วมทางสังคมเป็นองค์ประกอบสำคัญ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Dogra et al.[14]

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280951

ที่พบว่า การมีส่วนร่วมทางสังคมมีประโยชน์หลายด้านต่อผู้สูงอายุ ช่วยเพิ่มสมรรถภาพทางกายและปัญญาสุขภาพจิต รวมถึงการปรับปรุงคุณภาพการนอนหลับ และการศึกษาของ Vazova, Vazov, & Radev[15] ว่าการรวมตัวทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมภาวะพฤฒพลังในผู้สูงอายุบัลแกเรีย ทั้งนี้เนื่องจากการเป็นสมาชิกชมรมเปรียบเสมือนการสร้าง 'พื้นที่ทางสังคม' (Social Space) ที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้แสดงบทบาทและมีปฏิสัมพันธ์กับคนวัยเดียวกัน ก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประสบการณ์ ซึ่งส่งผลดีต่อภาวะพฤฒพลังของผู้สูงอายุในอำเภอคลองหลวง

ปัจจัยความเพียงพอของรายได้มีอิทธิพลต่อภาวะพฤฒพลัง สอดคล้องกับการศึกษาของ Solhi et al.[16] ในกรุงเตหะราน ประเทศอิหร่าน พบว่า ความมั่นคงทางการเงินเป็นหนึ่งในองค์ประกอบหลักของภาวะพฤฒพลังตามการรับรู้ของผู้สูงวัย และกลยุทธ์สำคัญในการบรรลุภาวะพฤฒพลัง คือ การวางแผนทางการเงินในอนาคต เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ[12] ที่พบว่า รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนเป็นหนึ่งในปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพฤฒพลังในจังหวัดนครปฐม อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30.6 มีรายได้ไม่เพียงพอ และร้อยละ 21.5 ที่มีรายได้เพียงพอและเหลือเก็บ สะท้อนให้เห็นปัญหาความมั่นคงทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุในพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รัชกฤช สำมะเณร และธัชกร ธิติลักษณ์[17] ที่พบว่า รายได้หลังเกษียณที่มีแนวโน้มลดลงเป็นปัญหาหลักของผู้สูงอายุ และเสนอแนะว่า ภาครัฐควรจัดโครงการสนับสนุนเพิ่มรายได้และจัดสวัสดิการผู้สูงอายุที่เหมาะสม

ปัจจัยด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีอิทธิพลต่อภาวะพฤฒพลัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมใจ อ่อนละเอียด[18] ที่พบว่า รายได้เฉลี่ยครัวเรือนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุพฤฒพลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ รายได้ที่เพียงพอทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ อาหารที่มีคุณภาพ และกิจกรรมทางสังคมได้มากขึ้น ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสริมภาวะพฤฒพลัง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Shlisky et al.[19] ที่ชี้ให้เห็นว่า ระบบสุขภาพต้องบูรณาการการดูแลโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจส่งผลต่อความเสี่ยงภาวะโภชนาการไม่เพียงพอ ซึ่งส่งผลเสียต่อสุขภาพและความสามารถในการดำรงชีวิตอิสระ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากการวิจัยจะเห็นได้ว่า ภาวะพฤฒพลังของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง โดยพฤติกรรมและความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในด้านการดูแลผู้สูงอายุควรเร่งส่งเสริมทักษะการรู้เท่าทันสื่อออนไลน์และการจัดการความเครียด ควบคู่กับผลักดันบทบาทของชมรมผู้สูงอายุให้เป็นพื้นที่เรียนรู้เชิงรุก เพื่อดึงดูดกลุ่มที่ยังไม่ได้เป็นสมาชิกให้เข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น นอกจากนี้ ควรบูรณาการนโยบายสร้างรายได้เสริมที่เหมาะสมกับวัยเพื่อแก้ปัญหาความไม่เพียงพอ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280951

ของรายได้ และรณรงค์ให้ครอบครัวทำหน้าที่เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมหลัก เพื่อสร้างความรู้สึกเห็นคุณค่าและคงไว้ซึ่งภาวะพฤฒพลังที่ยั่งยืนในพื้นที่ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้สูงอายุติดสังคมในอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ที่ให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาในการให้ข้อมูลส่งผลให้สามารถการเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างครบถ้วนและสำเร็จลุล่วงด้วยดี รวมถึงคณาจารย์ และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความเมตตา ช่วยเหลือและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.
2. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. ดัชนีพฤฒพลังผู้สูงอายุไทย (Active Ageing Index of Thai Elderly). กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด; 2560.
3. อรรยา จันทร์เพ็ญ, อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพฤฒพลัง เขตอำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี นอร์ทเทิร์น 2566;4(3): 90-100.
4. Health Data Center สำนักงานจังหวัดปทุมธานี. การคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน (Basic/Community Screen STEP1) [อินเทอร์เน็ต]. ปทุมธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 13 มีนาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://hdc.moph.go.th/pte/public/standard-report-detail/aa86b13e8cb60cae6c3216b7e3e5f151
5. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behav Res Methods 2009; 41(4): 1149-60.
6. นวลน้อย ตรีรัตน์. สุขภาวะทางการเงินและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ [รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์]. กรุงเทพฯ: สถาบันเอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2564.
7. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. Arch Psychol 1932; 22(140): 1-55.
8. Best JW. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1977.
9. สถาพร หมั่นคง, อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง. ดัชนีพฤฒพลังของผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ 2568; 10(2): 82-94.

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280951

10. มินตรา สาระรักษ์, ฐิติรัช งานฉมัง, นันทยา กระสวยทอง. ประสิทธิผลของกิจกรรมพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในบ้านโนนเค็ง ตำบลคำขวาง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. ศรีนครินทร์เวชสาร 2564; 36(2): 157-65.
11. Davodi SR, Zendehtalab H, Zare M, Behnam Vashani H. Effect of Health Promotion Interventions in Active Aging in the Elderly: A Randomized Controlled Trial. Int J Community Based Nurs Midwifery 2023; 11(1): 34-43.
12. อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มพฤฒพลัง จังหวัดนครปฐม. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น 2566; 4(2): 1-12.
13. Astasio-Picado Á, Cobos-Moreno P, Gómez-Martín B, Verdú-Garcés L, Zabala-Baños M del C. Efficacy of Interventions Based on the Use of Information and Communication Technologies for the Promotion of Active Aging. Int J Environ Res Public Health 2022; 19(3): 1534.
14. Dogra S, Dunstan DW, Sugiyama T, Stathi A, Gardiner PA, Owen N. Active Aging and Public Health: Evidence, Implications, and Opportunities. Annu Rev Public Health 2022; 43: 439-59.
15. Vazova T, Vazov R, Radev V. Active Aging Among the Elderly and Its Economic and Social Consequences in Bulgaria. Jurnal Ilmiah Ilmu Terapan Universitas Jambi 2025; 9: 1037-54.
16. Solhi M, Pirouzeh R, Zanjari N. Perspectives on healthy aging in middle age: Evidence for health promotion interventions. J Educ Health Promot.2022; 11(1): 5.
17. รัชกฤช สำมะเณร, ธัชกร ธิติลักษณ์. การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุหลังเกษียณกรณีศึกษาเทศบาลนครพิษณุโลก. วารสารดิจิทัล ธุรกิจ และสังคมศาสตร์ 2566; 9(1): 1-18.
18. สมใจ อ่อนละเอียด. ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุพฤฒพลัง จังหวัดนครปฐม. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2565; 14(3): 333-45.
19. Shlisky J, Bloom DE, Beaudreault AR, Tucker KL, Keller HH, Freund-Levi Y, et al. Nutritional Considerations for Healthy Aging and Reduction in Age-Related Chronic Disease. Adv Nutr 2017; 8(1): 17-26.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.278890

ความต้องการพัฒนาสมรรถนะในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

NEEDS FOR COMPETENCY DEVELOPMENT IN DRIVING DIGITAL HEALTH STRATEGY AND ASSOCIATED FACTORS AMONG PUBLIC HEALTH OFFICERS IN SUBDISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITALS, KALASIN PROVINCE

Received: November 30, 2025
Revised: April 29, 2026
Accepted: June 07, 2026

ทักษิณา ไมยะปัน[1], นครินทร์ ประสิทธิ์[2*], ณฐกร นิลเนตร[3],
จารุกิตต์ ยาระยี[4], วรัญญู พอดี[5], อัมภาวรรณ นนทมาตย์[6]
Thaksina Maiyapan[1], Nakarin Prasit [2*], Nathakon Nilnate[3],
Jarukit Yarasee[4],Warunyu Phordee[5], Amphawan Nonthamat[6]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความต้องการพัฒนาสมรรถนะในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัลและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการพัฒนาสมรรถนะในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 223 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งมีความเที่ยงเท่ากับ 0.979 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ใช้สถิติ Multiple Logistic Regression ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

[1] หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารสาธารณสุข), คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Student of M.P.H.(Public Health Administration), Faculty of Public Health, Khon Khan University
[2] คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Faculty of Public Health, Khon Kaen University
[3] คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
Faculty of Public Health Burapha University
[4] โรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์
Nangrong Hospital, Buriram Province
[5] สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
Office of Disease Prevention and Control 7, Khon Kaen Province
[6] โรงพยาบาลกรุงเทพขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น
Bangkok Hospital Khon Kaen, Khon Kaen Province
*Corresponding author E-mail: nakapr@kku.ac.th

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.278890

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความต้องการพัฒนาสมรรถนะในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัลอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 72.20 (95% Cl: 65.92-77.71) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการพัฒนาสมรรถนะในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัล ได้แก่ การบริหารจัดการความเปลี่ยนแปลง ด้านวัฒนธรรมระดับสูง (AOR = 8.19, 95% CI : 3.51-19.12, p-value < 0.001) ความฉลาดทางดิจิทัล ด้านทักษะในการรักษาอัตลักษณ์ที่ดีของตนเองระดับสูง (AOR = 3.78, 95% CI : 1.74-8.25, p-value = 0.001) และแรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน ด้านทรัพยากรระดับสูง (AOR = 2.79, 95% CI : 1.14-6.86, p-value = 0.025)

หน่วยงานสามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาบุคลากร เพื่อเสริมสร้างทักษะด้านเทคโนโลยีดิจิทัล ที่สอดคล้องกับความต้องการของบุคคลากร อันจะนำไปสู่การปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์อย่างยั่งยืนต่อประชาชน

คำสำคัญ: สุขภาพดิจิทัล, การบริหารจัดการความเปลี่ยนแปลง, ความฉลาดทางดิจิทัล, แรงสนับสนุนทางสังคม

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.278890

Abstract

This study employed a cross-sectional analytical design to examine the level of need for competency development in driving digital health strategy and factors associated with such needs among public health officers in Subdistrict Health Promoting Hospitals, Kalasin Province. The study sample consisted of 223 public health officers. Data were collected using a structured questionnaire with a reliability coefficient of 0.979. Multiple logistic regression analysis was used to determine the associations with a significance level set at 0.05.

The results revealed that the need for competency development in driving digital health strategy among public health officers in subdistrict health promoting hospitals, Kalasin province, was at a high-level 72.20% (95% CI: 65.92-77.71). Factors significantly associated with the need for competency development in driving digital health strategy included high-level change management in organizational culture (AOR = 8.19, 95% CI: 3.51-19.12, p-value < 0.001) high-level digital intelligence in maintaining a positive self-identity (AOR = 3.78, 95% CI: 1.74-8.25, p-value = 0.001) and high-level social support from supervisors and colleagues in terms of resource provision (AOR = 2.79, 95% CI: 1.14-6.86, p-value = 0.025).

The findings of this study can be utilized as a guideline for workforce development planning aimed at enhancing digital technology skills that align with personnel needs, ultimately contributing to effective performance and sustainable benefits for the public.

Keywords: Digital Health, Change Management, Digital Intelligence, Social Support

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.278890

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในชีวิตประจำวันและระบบบริการสาธารณสุขทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้กำหนดยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพดิจิทัล เพื่อเชื่อมโยงการพัฒนาเทคโนโลยีและระบบสุขภาพเข้าด้วยกัน โดยมุ่งหวังให้เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลเป็นเครื่องมือสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านสุขภาพขององค์การสหประชาชาติ[1] ประเทศไทยได้ขับเคลื่อนนโยบายผ่านแผนระดับชาติว่าด้วยการพัฒนาดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม พ.ศ. 2561-2580 และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 พ.ศ. 2566-2570 ที่กำหนดให้ไทยมุ่งสู่การเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และสุขภาพมูลค่าสูง โดยใช้ระบบสุขภาพดิจิทัลเป็นกลไกสำคัญในการยกระดับมาตรฐานบริการ[2] ทั้งยังเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนอย่างครอบคลุมและเท่าเทียม อันเป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพให้ตอบสนองต่อความต้องการของสังคมในยุคดิจิทัล กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัล พ.ศ. 2564-2568 ซึ่งกำหนดทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัลในทุกระดับ พร้อมทั้งขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัลของประเทศให้สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของประชาชนซึ่งจะช่วยส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพดิจิทัล ยกระดับขีดความสามารถและทักษะด้านเทคโนโลยีของบุคลากรสาธารณสุขและผู้รับบริการสุขภาพ[3]

จังหวัดกาฬสินธุ์ได้ดำเนินการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัล โดยกำหนดเป็นยุทธศาสตร์สำคัญระดับจังหวัดภายใต้นโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่[4] ซึ่งมุ่งเน้นการเพิ่มประสิทธิภาพในการเข้าถึงบริการสุขภาพและการเชื่อมโยงระบบข้อมูลสุขภาพระหว่างหน่วยบริการ จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า มีตัวชี้วัดหลายตัวที่ยังไม่บรรลุค่าเป้าหมาย สะท้อนให้เห็นช่องว่างของการพัฒนาและความท้าทายในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัลของจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยจำเป็นต้องมีการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านดิจิทัลและการพัฒนาด้านกำลังคนควบคู่กันไป เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องยั่งยืน โดยคำนึงถึงบริบทของพื้นที่และทรัพยากรที่มีอยู่ การพัฒนาสมรรถนะของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการขับเคลื่อนงานยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัล เพื่อให้บริการที่ครอบคลุมและเข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัลอย่างเท่าเทียมในทุกพื้นที่ และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาสมรรถนะด้านสุขภาพดิจิทัลของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความต้องการพัฒนาสมรรถนะในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ผลการศึกษาจะช่วยชี้ให้เห็นถึงปัจจัยเชิงระบบและตัวบุคคลที่ควรได้รับการพัฒนา และยังสามารถใช้เป็นแนวทางในการออกแบบแผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพดิจิทัลของจังหวัด และเป็นต้นแบบเชิงนโยบายสำหรับพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อมุ่งสู่ระบบบริการสุขภาพดิจิทัลที่มีคุณภาพและเข้าถึงได้

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.278890

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.เพื่อศึกษาระดับของความต้องการพัฒนาสมรรถนะในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

2.เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการพัฒนาสมรรถนะในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Analytical Research) เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่ วันที่ 6 ตุลาคม 2568-วันที่ 31 ตุลาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ 1) เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดกาฬสินธุ์ 2) เป็นผู้ที่มีสถานะกำลังปฏิบัติงานอยู่จริง ประกอบด้วย ไม่ลาคลอด ไม่ลาศึกษาต่อ ไม่ลาอบรม ไม่ลาบวช 3) ไม่มีปัญหาสุขภาพ สามารถให้ข้อมูลได้ และ 4) เป็นผู้ปฏิบัติงานสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข นักสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข และแพทย์แผนไทย และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ ไม่ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อตอบแบบสอบถามได้โดยใช้สูตรคำนวณตัวอย่าง กรณีวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ในสถิติ Multiple Logistic Regression Analysis[5] โดยอ้างอิงการศึกษาที่มีความคล้ายคลึงกันของ Abdu Molla[6] ซึ่งค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้อยู่ตั้งแต่ R Squared หรือ Rho (ρ) ที่ 0.50-0.80 (VIF 2.00-5.00) อยู่ในช่วงระหว่าง 172 คน ถึง 430 คน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้เก็บกลุ่มตัวอย่าง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ทั้งสิ้น จำนวนตัวอย่าง 223 คน รวมทั้งผู้วิจัยเลือกวิธีการสุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามโดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) สัดส่วนในแต่ละกลุ่มวิชาชีพและอำเภอ จึงทำการสุ่มอย่างง่ายในแต่ละวิชาชีพ ที่ละอำเภอและจับฉลากแล้วไม่ใส่คืน

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.278890

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามสภาวะทางเศรษฐกิจและสังคม ประกอบด้วย 9 ตัวแปร 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) ตำแหน่งวิชาชีพ 6) ตำแหน่งทางวิชาการ 7) รายได้ 8) ระยะเวลาปฏิบัติงาน และ 9) การฝึกอบรมเกี่ยวกับสุขภาพดิจิทัล ดิจิทัล โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามแบบปลายปิดให้เลือกตอบ และคำถามแบบปลายเปิดให้เติมข้อความลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการบริหารจัดการความเปลี่ยนแปลง ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านโครงสร้าง 2) ด้านเทคโนโลยี 3) ด้านบุคลากร และ 4) ด้านวัฒนธรรม

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความฉลาดทางดิจิทัล ประกอบด้วย 8 ด้าน ได้แก่ 1) ทักษะในการรักษาอัตลักษณ์ที่ดีของตนเอง 2) ทักษะการคิดวิเคราะห์มีวิจารณญาณที่ดี 3) ทักษะในการรักษาความปลอดภัยของตนเองในโลกไซเบอร์ 4) ทักษะในการรักษาข้อมูลส่วนตัว 5) ทักษะในการจัดสรรเวลาหน้าจอ 6) ทักษะในการบริหารจัดการข้อมูลที่ผู้ใช้งานมีการทิ้งไว้บนโลกออนไลน์ 7) ทักษะในการรับมือกับการกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์ และ 8) ทักษะการใช้เทคโนโลยีอย่างมีจริยธรรม

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ 2) ด้านสติปัญญา และ 3) ด้านทรัพยากร

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความต้องการพัฒนาสมรรถนะในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัล ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการเสริมสร้างธรรมาภิบาลด้านสุขภาพดิจิทัล 2) ด้านการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบข้อมูลสุขภาพ 3) ด้านการส่งเสริมนวัตกรรมด้านการดูแลสุขภาพ 4) ด้านการสร้างแพลตฟอร์มดิจิทัลด้านสุขภาพ และ 5) ด้านการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพดิจิทัล

โดยแบบสอบถามส่วนที่ 2-5 เป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ[7] 1-5 คะแนน มีระดับการวัดเป็นอัตรภาคสเกล (Interval scale) และนำมาแปลผล 3 ระดับ ใช้วิธีการหาความกว้างของอันตรภาคชั้น[8] มีระดับการวัดเป็นอันดับสเกล (Ordinal scale) ได้อธิบายไว้ โดยคำนวณจากสูตรดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนที่มีค่าสูงสุด} - \text{คะแนนที่มีค่าต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

คะแนนเฉลี่ย	1.00 -2.33	ระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย	2.34-3.67	ระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	3.68-5.00	ระดับสูง

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.278890

จากนั้นนำมาจัดกลุ่มเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่มีความต้องการพัฒนาสมรรถนะในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัลระดับต่ำและระดับปานกลาง (กลุ่มอ้างอิง) และ 2) กลุ่มที่มีความต้องการพัฒนาสมรรถนะในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัลระดับสูง (กลุ่มเปรียบเทียบ)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผ่านการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน พบว่า ทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 จากนั้นนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 30 คน พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาซ เท่ากับ 0.979 [9]

การวิเคราะห์ข้อมูล

สภาวะเศรษฐกิจและสังคม ระดับการบริหารจัดการความเปลี่ยนแปลง ระดับความฉลาดทางดิจิทัล ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน และระดับความต้องการพัฒนาสมรรถนะในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัล วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage)

สถิติอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย (Simple Logistic Regression) เพื่อแสดงค่า Crude odds Ratio (COR) และ ใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple Logistic Regression) เพื่อนำค่าเสนอเป็นค่า Adjusted odds Ratio (AOR) และค่า 95%CI ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($\alpha = 0.05$) ของแต่ละตัวแปรที่อยู่ในโมเดลสุดท้าย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้รับอนุญาตทางจริยธรรมสำหรับการศึกษานี้มาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ (HE682142) เมื่อวันที่ 16 กันยายน 2568

ผลการวิจัย

ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.44 มีอายุอยู่ระหว่าง 31-40 ปี มากที่สุด ร้อยละ 46.64 (อายุเฉลี่ย 39.2 ปี) มีสถานภาพโสดมากที่สุด ร้อยละ 52.02 จบการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่ามากที่สุด ร้อยละ 82.96 ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ มากที่สุด ร้อยละ 36.32 มีตำแหน่งวิชาการอยู่ในระดับชำนาญงานและระดับชำนาญการมากที่สุด ร้อยละ 61.43 โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน อยู่ที่ 34,599 บาท ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 10-20 ปี ร้อยละ 37.22 และส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพดิจิทัล ร้อยละ 69.96 ปัจจัยการบริหารจัดการความเปลี่ยนแปลง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการประเมินในระดับสูงทุกด้าน โดยด้านที่มีการประเมินสูงที่สุด

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.278890

คือ ด้านโครงสร้าง จำนวน 149 คน ร้อยละ 66.82 รองลงมา คือ ด้านบุคลากร จำนวน 143 คน ร้อยละ 64.13 ปัจจัยความฉลาดทางดิจิทัล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการประเมินในระดับสูงทุกด้าน โดยด้านที่มีการประเมินสูงที่สุดคือ ด้านทักษะการใช้เทคโนโลยีอย่างมีจริยธรรม จำนวน 172 คน ร้อยละ 77.13 รองลงมา คือ ด้านทักษะในการรักษาอัตลักษณ์ที่ดี และด้านทักษะในการรักษาข้อมูลส่วนตัว จำนวน 148 คน ร้อยละ 66.37 ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการประเมินในระดับสูงทุกด้าน โดยด้านที่มีการประเมินสูงที่สุด คือ ด้านอารมณ์ จำนวน 163 คน ร้อยละ 73.09 รองลงมา คือ ด้านทักษะในการรักษาอัตลักษณ์ที่ดี และด้านทักษะการบริหารข้อมูลที่ทิ้งไว้ในโลกออนไลน์ ร้อยละ 78.84 ความต้องการพัฒนาสมรรถนะในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพ ดิจิทัลของกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละความต้องการพัฒนาสมรรถนะในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 223)

ความต้องการพัฒนาสมรรถนะในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัล	จำนวน (ร้อยละ)		
	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง
ด้านการเสริมสร้างธรรมาภิบาลด้านสุขภาพดิจิทัล	1 (0.45)	51 (22.87)	171 (76.68)
ด้านการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบข้อมูลสุขภาพ	2 (0.90)	52 (23.32)	169 (75.78)
ด้านการส่งเสริมนวัตกรรมด้านการดูแลสุขภาพ	3 (1.35)	55 (24.66)	165 (73.99)
ด้านการสร้างแพลตฟอร์มดิจิทัลด้านสุขภาพ	4 (1.79)	58 (26.01)	161 (72.20)
ด้านการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพดิจิทัล	1 (0.45)	58 (26.01)	164 (73.54)
ภาพรวม	1 (0.45)	61 (27.35)	161 (72.20)

การวิเคราะห์ระดับความต้องการพัฒนาสมรรถนะในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการพัฒนาสมรรถนะในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัล อยู่ในระดับสูง จำนวน 161 คน ร้อยละ 72.20 (95% CI: 65.92-77.71) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความต้องการพัฒนาสมรรถนะในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 223)

ความต้องการพัฒนาสมรรถนะในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัล	จำนวน(คน)	ร้อยละ	95% CI
ระดับต่ำ-ปานกลาง	62	27.80	22.29-34.08
ระดับสูง	161	72.20	65.92-77.71

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.278890

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการพัฒนาสมรรถนะในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่หน่วยงานมีการบริหารจัดการความเปลี่ยนแปลงด้านวัฒนธรรมอยู่ในระดับสูงมีโอกาสมีความต้องการพัฒนาสมรรถนะในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัล เป็น 8.19 เท่า ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่หน่วยงานมีการบริหารจัดการความเปลี่ยนแปลงด้านวัฒนธรรมอยู่ในระดับต่ำและปานกลาง (AOR = 8.19, 95% CI: 3.51-19.12, p-value < 0.001) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีทักษะในการรักษาอัตลักษณ์ที่ดีอยู่ในระดับสูงมีโอกาสมีความต้องการพัฒนาสมรรถนะในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัล เป็น 3.78 เท่า ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีทักษะในการรักษาอัตลักษณ์ที่ดีอยู่ในระดับต่ำและปานกลาง (AOR = 3.78, 95% CI: 1.74-8.25, p-value = 0.001) และพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่หน่วยงานให้การสนับสนุนด้านทรัพยากรอยู่ในระดับสูงมีโอกาสมีความต้องการพัฒนาสมรรถนะในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัล เป็น 2.79 เท่า ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่หน่วยงานให้การสนับสนุนด้านทรัพยากรอยู่ในระดับต่ำและปานกลาง (AOR = 2.79, 95% CI: 1.14-6.86, p-value = 0.025) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกอย่างง่ายและการถดถอยพหุโลจิสติก (n = 223)

ปัจจัย	ความต้องการพัฒนาสมรรถนะฯ		COR	95%CI	AOR	95%CI	p-value
	จำนวน	ร้อยละ					
การบริหารจัดการความเปลี่ยนแปลง							
1. ด้านโครงสร้าง							
ระดับต่ำ-ปานกลาง	74	33.18	1	1			
ระดับสูง	149	66.82	8.47	4.38-16.35			
2. ด้านเทคโนโลยี							
ระดับต่ำ-ปานกลาง	89	39.91	1	1			
ระดับสูง	134	60.09	6.30	3.30-12.04			
3. ด้านบุคลากร							
ระดับต่ำ-ปานกลาง	80	35.87	1	1			
ระดับสูง	143	64.13	6.80	3.57-12.95			
4. ด้านวัฒนธรรม							< 0.001
ระดับต่ำ-ปานกลาง	91	40.81	1	1	1	1	
ระดับสูง	132	59.19	16.27	7.55-35.02	8.19	3.51-19.12	

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.278890

ปัจจัย	ความต้องการพัฒนาสมรรถนะฯ		COR	95%CI	AOR	95%CI	p-value
	จำนวน	ร้อยละ					
ความฉลาดทางดิจิทัล							
1. ด้านทักษะในการรักษาอัตลักษณ์ที่ดี							0.001
ระดับต่ำ-ปานกลาง	82	36.77	1	1	1	1	
ระดับสูง	141	63.23	7.91	4.10-15.28	3.78	1.74-8.25	
2. ทักษะการคิดวิเคราะห์มีวิจารณญาณที่ดี							
ระดับต่ำ-ปานกลาง	83	37.22	1	1			
ระดับสูง	140	62.78	8.57	4.40-16.68			
3. ทักษะในการรักษาความปลอดภัยของตนเองในโลกไซเบอร์							
ระดับต่ำ-ปานกลาง	101	45.29	1	1			
ระดับสูง	122	54.71	4.96	2.60-9.46			
4. ทักษะในการรักษาข้อมูลส่วนตัว							
ระดับต่ำ-ปานกลาง	75	33.63	1	1			
ระดับสูง	148	66.37	9.12	4.70-17.73			
5. ทักษะในการจัดสรรเวลาหน้าจอ							
ระดับต่ำ-ปานกลาง	88	39.46	1	1			
ระดับสูง	135	60.54	5.25	2.79-9.89			
6. ทักษะในการบริหารจัดการข้อมูลที่ผู้ใช้งานมีการทิ้งไว้บนโลกออนไลน์							
ระดับต่ำ-ปานกลาง	96	43.05	1	1			
ระดับสูง	127	56.95	8.07	4.07-16.00			
7. ทักษะในการรับมือกับการกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์							
ระดับต่ำ-ปานกลาง	107	47.98	1	1			
ระดับสูง	116	52.02	5.93	3.01-11.66			
8. ทักษะการใช้เทคโนโลยีอย่างมีจริยธรรม							
ระดับต่ำ-ปานกลาง	51	22.87	1	1			
ระดับสูง	172	77.13	9.04	4.49-18.19			
แรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน							
1. ด้านอารมณ์							
ระดับต่ำ-ปานกลาง	60	26.91	1	1			
ระดับสูง	163	73.09	5.65	2.95-10.80			
2. ด้านสติปัญญา							
ระดับต่ำ-ปานกลาง	93	41.70	1	1			
ระดับสูง	130	58.30	5.59	2.94-10.63			

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.278890

	ปัจจัย	ความต้องการพัฒนาสมรรถนะฯ		COR	95%CI	AOR	95%CI	p-value
		จำนวน	ร้อยละ					
3.	ด้านทรัพยากร							0.025
	ระดับต่ำ-ปานกลาง	106	47.53	1	1	1	1	
	ระดับสูง	117	52.47	10.30	4.86-21.85	2.79	1.14-6.86	

หมายเหตุ: ค่า AOR (Adjusted odds ratio) แสดงเฉพาะตัวแปรที่เข้าสู่โมเดลสุดท้ายเท่านั้น

สรุปผลการวิจัย

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ มีความต้องการพัฒนาสมรรถนะในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัล อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 72.20 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการพัฒนาสมรรถนะในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ การบริหารจัดการความเปลี่ยนแปลงด้านวัฒนธรรม (AOR = 8.19, 95% CI: 3.51-19.12, p-value < 0.001) ความฉลาดทางดิจิทัล ด้านทักษะการรักษาอัตลักษณ์ที่ดี (AOR = 3.78, 95% CI: 1.74-8.25, p-value = 0.001) และแรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน ด้านทรัพยากร (AOR = 2.79, 95% CI: 1.14-6.86, p-value = 0.025) จากการศึกษานี้จะเห็นได้เห็นว่า ความต้องการพัฒนาสมรรถนะในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพได้รับอิทธิพลจากทั้งปัจจัยระดับบุคคล ระดับองค์กรและระดับสังคม การพัฒนาศักยภาพบุคลากรควรพิจารณาองค์ประกอบทั้งสามด้านร่วมกัน เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการพัฒนาสมรรถนะในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัลในระดับสูง ร้อยละ 72.20 แสดงให้เห็นถึง การรับรู้และความตระหนักของบุคลากรต่อความสำคัญของเทคโนโลยีดิจิทัลในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในปัจจุบัน สอดคล้องยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัลขององค์การอนามัยโลก[1] ที่ชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาทักษะดิจิทัลของบุคลากรเป็นปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนการเปลี่ยนผ่านสู่ระบบสุขภาพดิจิทัล อีกทั้งยังสอดคล้องกับยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัล[3] ที่มุ่งเน้นขับเคลื่อนระบบสุขภาพของประเทศสู่การเป็นสังคมดิจิทัลอย่างเต็มรูปแบบ โดยใช้เทคโนโลยีเป็นกลไกสำคัญในการยกระดับคุณภาพบริการ เพิ่มการเข้าถึง และ

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.278890

เสริมประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ ทั้งยังเน้นการพัฒนากำลังคนด้านดิจิทัลเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการรองรับการเปลี่ยนผ่านสู่ระบบสุขภาพยุคใหม่

ปัจจัยการบริหารจัดการความเปลี่ยนแปลง[10] เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อความต้องการพัฒนาสมรรถนะในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านของการบริหารจัดการความเปลี่ยนแปลง ด้านวัฒนธรรม ซึ่งเพิ่มโอกาสการพัฒนาสมรรถนะ ถึง 8.19 เท่า ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าเมื่อองค์กรมีวัฒนธรรมที่ส่งเสริมการเปิดรับการเปลี่ยนแปลง บุคลากรย่อมมีแนวโน้มต้องการพัฒนาตนเองเพื่อตอบสนองต่อทิศทางขององค์กรมากยิ่งขึ้น ผลการศึกษาสอดคล้องกับการวิจัยที่พบว่า วัฒนธรรมองค์กรที่เข็มแข็งและส่งเสริมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของระบบบริการ เป็นปัจจัยที่สนับสนุนขีดความสามารถของบุคลากรและเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน[11] และพบว่า วัฒนธรรมองค์กรที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการสื่อสารที่ชัดเจน จะช่วยให้บุคลากรเกิดความไว้วางใจและยอมรับการเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปรับตัวและพัฒนาตนเองเพื่อรองรับทิศทางใหม่ขององค์กรได้อย่างเต็มที่[12]

ปัจจัยความฉลาดทางดิจิทัล[13] เป็นทักษะที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งในยุคของการเปลี่ยนผ่านสู่สังคมดิจิทัล การพัฒนาความสามารถด้านดิจิทัลของบุคลากรมีบทบาทสำคัญต่อความสำเร็จในการปฏิบัติงานและการดำเนินชีวิต บุคลากรที่มีความฉลาดทางดิจิทัลจะมีความสามารถในการทำความเข้าใจ ประยุกต์ใช้ และบริหารจัดการเทคโนโลยีดิจิทัลได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ด้านการรักษาอัตลักษณ์ที่ดี โดยจะเพิ่มโอกาสการพัฒนาสมรรถนะ ถึง 3.78 เท่า สะท้อนให้เห็นว่า การทำงานในระบบสุขภาพดิจิทัลต้องอาศัยความปลอดภัย ความถูกต้อง ความรับผิดชอบและการใช้สื่อดิจิทัลอย่างมีจริยธรรม เมื่อบุคลากรมีทักษะด้านอัตลักษณ์ดิจิทัลที่เข้มแข็ง จะสามารถประเมินความเสี่ยงและจัดการข้อมูลส่วนบุคคลได้อย่างปลอดภัย ส่งผลให้เกิดความพร้อมในการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้พัฒนางานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า บุคลากรที่มีการเข้าถึงเทคโนโลยีและมีความรู้ดิจิทัลในระดับสูง มีโอกาสนำระบบดิจิทัลมาใช้ในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ[14] และความรู้ด้านคอมพิวเตอร์และการใช้อินเทอร์เน็ตอย่างสม่ำเสมอมีส่วนสำคัญในการเพิ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของบุคลากร สะท้อนถึงความสำคัญของทักษะดิจิทัลต่อความพร้อมและความสามารถในการทำงานด้านสุขภาพในยุคดิจิทัล[15]

ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน[16] เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมการพัฒนาสมรรถนะด้านสุขภาพดิจิทัลของบุคลากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านทรัพยากร โดยจะเพิ่มโอกาสการพัฒนาสมรรถนะ ถึง 2.79 เท่า สะท้อนให้เห็นว่า การได้รับสนับสนุนอุปกรณ์เทคโนโลยี เวลา และความช่วยเหลือที่เพียงพอช่วยเสริมความมั่นใจและลดความกังวลต่อการใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้และความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.278890

งานวิจัยที่พบว่า บุคลากรที่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานทั้งด้านทรัพยากรและนโยบายสามารถให้บริการการแพทย์ทางไกลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น[17] และ แรงสนับสนุนจากหัวหน้างานโดยเฉพาะการให้คำปรึกษาและทรัพยากรช่วยเพิ่มแรงจูงใจและความพึงพอใจในการทำงาน[18]

จากผลการศึกษาครั้งนี้ หน่วยงานด้านสาธารณสุขสามารถนำผลการศึกษาไปปรับใช้ไปใช้ในการกำหนดนโยบายในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสุขภาพดิจิทัลในระดับปฐมภูมิ โดยกำหนดเป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรในระดับจังหวัด เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาติดตามและประเมินผลได้อย่างต่อเนื่อง ในระดับหน่วยบริการควรส่งเสริมการสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่เปิดรับการเปลี่ยนแปลง ควบคู่กับการพัฒนาทักษะด้านดิจิทัลของบุคลากร ขณะเดียวกันหน่วยงานควรมีการจัดสรรทรัพยากรด้านเทคโนโลยี และโครงสร้างพื้นฐานดิจิทัลให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน และจัดให้มีการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บุคลากรในระดับปฐมภูมิสามารถเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลสุขภาพอย่างเป็นระบบตลอดจนสามารถนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาประยุกต์ใช้ในการให้บริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ยังพบข้อจำกัดในการศึกษาเนื่องจากเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง เก็บรวบรวมข้อมูล ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความต้องการพัฒนาสมรรถนะด้านสุขภาพดิจิทัลของบุคลากรได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ ข้อมูลได้จากการประเมินตนเองของผู้ตอบแบบสอบถามซึ่งอาจมีความเสี่ยงต่ออคติจากการรายงานตนเอง อีกทั้งการศึกษาครั้งนี้ดำเนินการเฉพาะในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการศึกษาที่ได้ไม่สามารถนำไปอ้างอิงกับบุคลากรในจังหวัดอื่นได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. หน่วยงานควรเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่เปิดรับเทคโนโลยีและการเรียนรู้ใหม่ๆ พร้อมสื่อสารวิสัยทัศน์ด้านสุขภาพดิจิทัลอย่างชัดเจน ควบคู่กับการจัดสรรทรัพยากรและการสนับสนุนจากหน่วยงานอย่างเพียงพอ เพื่อสร้างความมั่นใจ และลดอุปสรรคในการเรียนรู้

2.เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรพัฒนาทักษะการจัดการอัตลักษณ์ดิจิทัล การปกป้องข้อมูล และการใช้สื่อออนไลน์อย่างเหมาะสม เพื่อเสริมความมั่นใจในการใช้งานระบบดิจิทัลอย่างปลอดภัย ซึ่งจะช่วยลดความกังวลและส่งเสริมให้บุคลากรต้องการพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพดิจิทัลมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงผ่านไปได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาอย่างดียิ่งจากผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ที่ให้ความ

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.278890

อนุเคราะห์ในการทดสอบเครื่องมือ ขอขอบพระคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์และองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและสนับสนุนการทำวิจัย นอกจากนี้ ขอขอบพระคุณภาควิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น สำหรับการสนับสนุนและให้คำปรึกษาในการทำวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global strategy on digital health 2020-2025. Geneva: World Health Organization; 2020.
2. ราชกิจจานุเบกษา. นโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยการพัฒนาดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 18 มีนาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.onde.go.th/assets/portals/1/files/นโยบายและแผนระดับชาติ.PDF
3. กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัล กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564-2568. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. แผนปฏิบัติราชการด้านสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567. กาฬสินธุ์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์; 2567.
5. Hsieh FY, Block DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Stat Med 1998; 17: 1623-1634.
6. Molla A, Hayelom M, Adamu K, Mihiretu MM, Adem YF. Health data management practice and associated factors among health professionals working in public health facilities in Oromia Special Zone, Amhara, Ethiopia: A cross-sectional study. BMJ Public Health 2024; 2(1).
7. Likert R. The human organization: Its management and values. New York: McGraw-Hill; 1967.
8. Best JW. Research in Education. 4th ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1981.
9. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2560.
10. Kinicki A, Williams BK. Management: A practical introduction. 3rd ed. New York: McGraw-Hill/Irwin; 2008.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.278890

11. Bunsake S, Tadadej C, Sillabutra J. The relationships among hospital characteristics, transformational leadership, safety culture and accreditation status of community hospitals under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Thai J Public Health 2025; 55(1): 1207-21.
12. Hubbart JA. Organizational Change: Considering Truth and Buy-In. Adm Sci 2023; 13(1): 3.
13. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. ความฉลาดทางดิจิทัล (DQ Digital Intelligence). ปทุมธานี: วอล์ค ออน คลาวด์; 2563.
14. Tegegne MD, Tilahun B, Mamuye A, Kerie H, Nurhussien F, Zemen E, et al. Digital literacy level and associated factors among health professionals in a referral and teaching hospital: An implication for future digital health systems implementation. Frontiers in Public Health 2023; 11.
15. Ahmed MH, Guadie HA, Ngusie HS, Teferi GH, Gullslett MK, Hailegebreal S, et al. Digital health literacy during the COVID-19 pandemic among health care providers in resource-limited settings: Cross-sectional study. JMIR Nurs 2022; 5(1): e39866.
16. Jacobson DE. Types and timing of social support. J Health Soc Behav 1986; 27(3): 250-264.
17. Fikrie A, Daniel D, Ermiyas S, Hassen H, Seyoum W, Kebede S, et al. Magnitude of telemedicine utilization and associated factors among health professionals working at selected public hospitals in Southern Ethiopia. PLoS ONE 2025; 20(1): e0311956.
18. Ahlstedt C, Moberg L, Brulin E, Nyberg A. Social support from manager and co-workers in relation to registered nurses' work motivation in three healthcare settings: A cross-sectional study of a Swedish national sample. Journal of Nursing Scholarship 2024; 56(6): 790-801.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.278677

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี

THE EFFECT OF A BEHAVIOR MODIFICATION PROGRAM TO REDUCE THE RISK OF CORONARY HEART DISEASE IN PATIENTS WITH HYPERTENSION AT SI PRACHAN HOSPITAL, SUPHANBURI PROVINCE

Received: November 03, 2025
Revised: April 30, 2026
Accepted: June 07, 2026

สุภลักษณ์ ง้วนพันธุ์[1*], ปิยาภรณ์ พงษ์ประยูร[1]
Supalak Nguanphan[1*], Piyapron Pongprayoon[1]

บทคัดย่อ

การศึกษากึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ (CV risk score 10-30%) จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน ดำเนินการระหว่างเดือน เมษายน-กันยายน 2568 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเปรียบเทียบก่อนหลังด้วย Paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.7 มีอายุเฉลี่ย 52.13 ปี โรคร่วมอื่นๆ ได้แก่ โรคหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 83.3 สำหรับกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.7 มีอายุเฉลี่ย 51.86 ปี โรคร่วมอื่นๆได้แก่ โรคหัวใจ คิดเป็นร้อยละ76.7 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมี BMI (ดัชนีมวลกาย) และ CV risk (ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ) ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 การติดตามผล 6 เดือน หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่า BMI (ดัชนีมวลกาย) และFPG (น้ำตาลในเลือด) ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

การประยุกต์ใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สามารถนำแนวคิดการจัดการรายบุคคลไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ในโรงพยาบาลได้

คำสำคัญ: การจัดการรายบุคคล, โรคความดันโลหิตสูง, โรคหัวใจและหลอดเลือด

[1] โรงพยาบาลศรีประจันต์ สุพรรณบุรี
Si Prachan Hospital, Suphan Buri
*Corresponding author E-mail: Supalak.lucky.2514@gmail.com

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.278677

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effect of a behavior modification program to reduce the risk level of cardiovascular disease in hypertensive patients who visited the outpatient department at Sriprajan Hospital, Suphanburi Province. The sample consisted of 60 hypertensive patients with a cardiovascular risk score of 10-30%, divided into an experimental group of 30 and a control group of 30. The study was conducted from April to September 2025. Data collection tools included a personal information questionnaire and a cardiovascular risk behavior assessment form. Quantitative data analysis used descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, and standard deviation, and paired t-test was applied for pre- and post-comparison.

The results showed that the majority of the experimental group were male (56.7%) with an average age of 52.13 years. Comorbidities included heart disease at 83.3%. For the control group, most were male (66.7%) with an average age of 51.86 years, and comorbid heart disease was 76.7%. After the intervention, the experimental group had significantly better BMI (Body Mass Index) and cardiovascular risk scores than the control group at a 0.05 significance level. Six months after the intervention, the experimental group showed significantly better BMI and FPG (fasting plasma glucose) levels than the control group, also at a 0.05 significance level.

The application of the behavior modification program can be adapted for individualized management in the care of other chronic disease patients in hospitals.

Keywords: Individual management, hypertension, cardiovascular disease

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.278677

บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จากรายงานอุบัติการณ์ผู้ป่วยรายใหม่โรคหลอดเลือดหัวใจในปี 2566 ในประเทศสหรัฐอเมริกาสูงถึง 720,000 ราย และมีผู้เสียชีวิตเฉลี่ย 366,800 คนต่อปี[1] สำหรับประเทศไทย ปี 2566 มีผู้ป่วยรายใหม่มากถึง 98,148 คน อุบัติการณ์ 150.01 รายต่อประชากรแสนคน สัดส่วนการเกิดโรค ระหว่างเพศหญิงและชายใกล้เคียงกันที่ 1:1.2 และพบอุบัติการณ์เกิดโรคและเสียชีวิตมากที่สุดในวัยสูงอายุ[2] เนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงสำคัญหลายประการ ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง คอเลสเตอรอลในเลือดสูง พฤติกรรมการสูบบุหรี่และภาวะอ้วน ความรุนแรงของโรคสะท้อนจากอุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เกิดความยากลำบากในการใช้ชีวิต พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นพฤติกรรมที่มีกระบวนการซับซ้อน จะต้องเข้าใจสาเหตุที่แท้จริงของพฤติกรรมเหล่านั้น ความรุนแรงของโรค การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งการอบรมให้ความรู้ในการดูแลสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพ อีกทั้งการติดตามเยี่ยมเพื่อดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม[3] โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาที่คุกคามสุขภาพโดยมีอัตราการเกิดและอัตราการตายที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องรวมทั้งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ ทำให้ต้องสูญเสียทรัพยากรอย่างมหาศาลในการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลก ประมาณการว่าในปี 2568 จะมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั่วโลกประมาณ 1.56 พันล้านคน และมีอัตราการตายจากโรคความดันโลหิตสูงถึง 9.4 ล้านคนต่อปี[4-5] จากสถิติสาธารณสุข และจากสถิติระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ.กระทรวงสาธารณสุข ปี 2566 พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษามีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากกว่าคนปกติเพิ่มขึ้น 3 เท่า และมีโอกาสเกิดโรคหัวใจวายเพิ่มขึ้น 6 เท่า[6] ในการวิจัยนี้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการลดความเครียด ได้รับการพิสูจน์แล้วว่า เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพ ในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง[7-8] โดยเฉพาะจาก CVD risk อยู่ในระดับร้อยละ 10-30 ซึ่งหมายความว่าโอกาสที่ผู้ป่วยจะเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคตอยู่ในช่วงร้อยละ 10-30 โดยขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการควบคุมปัจจัยเสี่ยง การใช้ Case Management หรือการจัดการรายกรณี[9] เป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นการช่วยเหลือและติดตามการดูแลรักษาผู้ป่วยรายบุคคลอย่างใกล้ชิด โดยการจัดให้มีทีมสุขภาพที่หลากหลาย ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ หรือสุขภาพใจ เพื่อร่วมกันพัฒนาแผนการรักษาที่เหมาะสม และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยอย่างครบวงจร

โรงพยาบาลศรีประจันต์เป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิระดับ S ซึ่งมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวนมาก โดยมีแนวโน้มที่ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ในปีงบประมาณ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.278677

2567 ที่ผ่านมา โรงพยาบาลศรีประจันต์ มีจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 6,089 คน จากยอดผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งจังหวัดสุพรรณบุรี ปีงบประมาณ 2567 จำนวน 18,839 คน คิดเป็นร้อยละ 32.32 ของจังหวัด และมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดจากการใช้ Thai CV risk score ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินโอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะ 10 ปี โดยระดับความเสี่ยง ร้อยละ 10-30 จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงปานกลางถึงสูง จำเป็นต้องได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจัง[10] Thai cv risk มาคำนวณคะแนน ร้อยละ 10-30 คือ เสี่ยง ปานกลาง จนถึงเสี่ยงสูง เป็นจำนวนถึง 62 คน จากยอดผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงของจังหวัดสุพรรณบุรี ปีงบประมาณ 2567 ที่มี CV risk ร้อยละ 10-30 จำนวน 1,583 คน ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต หากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม การจัดการความเสี่ยงและ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงเป็นสิ่งสำคัญในการลดความเสี่ยงของโรคหัวใจและช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยปัจจัยเหล่านี้ผู้วิจัยจึงสนใจโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนี้ เพื่อที่สามารถนำไปใช้ได้จริงเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

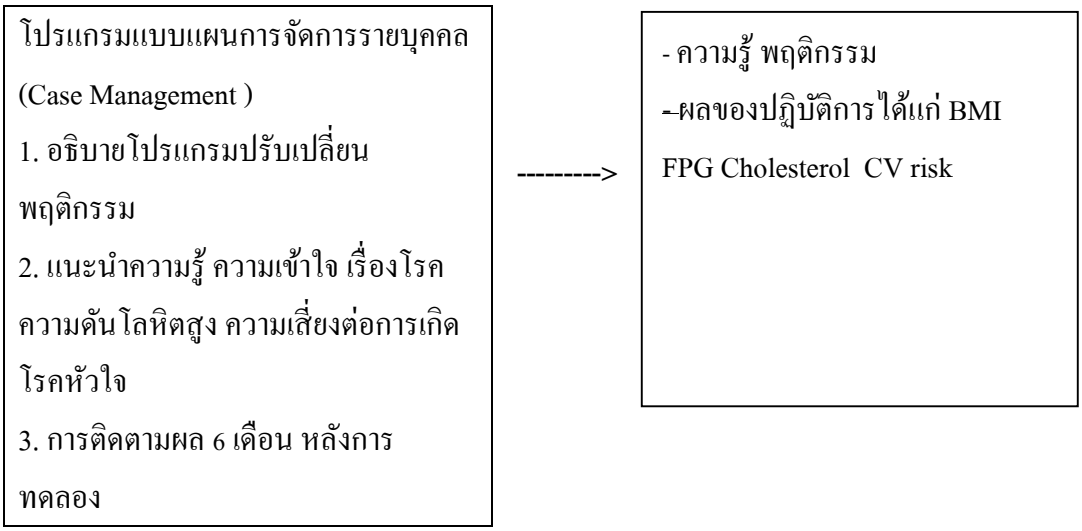
1. เพื่อประเมินผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดค่า CV risk และเปรียบเทียบค่า CV risk ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
2. เพื่อประเมินผลระยะยาวของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและการปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือ ตั้งแต่เริ่มวิจัย จนถึงการติดตามประเมินผลหลังทดลอง 6 เดือน เพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนในพฤติกรรม

การทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีช่องว่างของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คือ มีการศึกษาชี้ว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีผลดีในระยะสั้นแต่ยังขาดการศึกษาถึงผลระยะยาวของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดของ Case Management มาใช้ จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามการรักษาระยะยาวและมีการปรับพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ตามแนวคิดของสมาคมโรคหัวใจ ปี 2567[11] การศึกษาหรือการวิจัยเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงโรคหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีระยะเวลาในการประเมินผล 6 เดือนเป็นขั้นต่ำ และสามารถวัดผลได้ชัดเจนในช่วงเวลานั้น

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.278677

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยมีการเปรียบเทียบกลุ่มทดลอง (ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรม) กับกลุ่มควบคุม (ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรม) โดยใช้โปรแกรมประยุกต์ใช้แบบแผนการจัดการรายบุคคล (Case Management)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (CV risk score ร้อยละ 10-30) ที่มาตรวจสุขภาพ แผนก ผู้ป่วยนอกคลินิกโรคเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีประจันต์ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2566-30 กันยายน 2567 ที่มีอายุตั้งแต่ 35-59 ปี จำนวน 1,583 คน ทั้งชายและหญิง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (CV risk score ร้อยละ 10-30) (ผลการตรวจนี้มีระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน ณ วันที่เข้าร่วมการวิจัย) ที่มาตรวจสุขภาพ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคเรื้อรังความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีประจันต์ เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) ดังนี้

1. มีอายุระหว่าง 35-59 ปี
2. เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (CV risk score ร้อยละ 10-30)

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.278677

3. ไม่เคยมีประวัติการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

4. มีการรับรู้ สติสัมปชัญญะดี สามารถฟัง พูด และอ่านภาษาไทยได้

5. มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยมีอาการแสดงของภาวะความดันโลหิตสูงเฉียบพลัน จนได้รับการปรับเปลี่ยนการรักษาจากแพทย์

2. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นภาวะแทรกซ้อนรายใหม่ระหว่างดำเนินการวิจัย

3. .มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณด้วยโปรแกรม G* power[12] โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ = 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบ = 0.08 และค่า Effect Size = 0.50 โดยประมาณการจากงานวิจัยของ Arahung[13] ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 รายต่อกลุ่ม แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 เป็น 30 รายต่อกลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง การศึกษานี้ใช้วิธีการสุ่มเข้ากลุ่มอย่างง่าย (Simple Randomization) โดยอาศัยการเปิดตารางเลขสุ่ม (Random Number Table) ในการสร้างลำดับการจัดกลุ่ม (Randomization Sequence) เพื่อแบ่งกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มควบคุม (Control Group) ในอัตราส่วน 1:1 พื้นที่ศึกษา ทำที่โรงพยาบาลเดียวกันทั้ง 2 กลุ่ม ระยะที่ 1 (กลุ่มควบคุม)**:** ดำเนินการเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการดูแลตามระบบปกติ (Usual Care) ให้เสร็จสิ้นครบตามจำนวนก่อน ในช่วงวันที่ 23 ตุลาคม 2566 ถึงวันที่ 23 มกราคม 2566 ระยะเว้นว่าง (Washout Period): ผู้วิจัยทำการเว้นระยะห่างเป็นเวลา 1 เดือน เพื่อป้องกันการตกค้างหรือปนเปื้อนของข้อมูล และใช้เวลานี้ในการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ในแผนกให้เข้าใจแนวปฏิบัติตามโปรแกรมการทดลองใหม่ ระยะที่ 2 (กลุ่มทดลอง): ดำเนินการเริ่มต้นใช้โปรแกรมการทดลองและเก็บข้อมูลในผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มทดลอง ในช่วงวันที่ 23 มีนาคม 2567 ถึงวันที่ 23 มิถุนายน 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย มีจำนวน 5ชุด ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

2. แบบประเมินพฤติกรรมความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ (Heart Disease Risk Behavior Assessment)

3. แบบประเมินสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.278677

4. แบบประเมินความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับ พฤติกรรมเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (Knowledge and understanding about risky behavior)

5. เครื่องมือการติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavioral Change Tracking Tool)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 3 ท่าน จากนั้นนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในพื้นที่ใกล้เคียง (Tryout) โดยไปทดสอบที่โรงพยาบาลสามชุก จำนวน 30 ราย เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง มีลักษณะพื้นที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งได้ค่าความเที่ยงหรือความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย (Reliability) เท่ากับ 0.93 ความรู้ด้วยค่า KR-20 เท่ากับ 0.81 ซึ่งค่าที่เหมาะสมต้อง 0.7 ขึ้นไป ก่อนนำมาศึกษาจริง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ได้นำแบบสอบถาม และสัมภาษณ์มาตรวจความสมบูรณ์แล้วบันทึก วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิต, สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ประกอบด้วย Paired Sample t-test เพื่อใช้ทดสอบสมมุติฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิตก่อนและภายหลังการทดลอง โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ได้หนังสือรับรองเลขที่ COA No. 16/2568 เลขที่โครงการวิจัย 19/2568 ลงวันที่ 13 ธันวาคม 2567 นอกจากนี้ ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง 3 ด้าน ได้แก่ 1) หลักผลประโยชน์ ไม่ก่ออันตราย 2) หลักการเคารพความเป็นบุคคล 3) หลักความยุติธรรม ผู้วิจัยดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี โดยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามหลักจริยธรรมการวิจัย

ผลการวิจัย

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 56.7 มีอายุเฉลี่ย 52.13 ปี สถานภาพสมรส คู่ ศาสนาพุทธ ระดับการศึกษา ประถมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 56.7 รายได้ของครอบครัวต่อเดือน 5,001-10,000 บาท ไม่พอใช้ ด้านพฤติกรรมสุขภาพ โรคร่วมอื่นๆ นอกจากโรคความดันโลหิตสูง,

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.278677

โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง คือ โรคหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 83.3 มีผู้ที่ดูแล คือ บุตร คิดเป็นร้อยละ 73.3 สำหรับกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.7 มีอายุเฉลี่ย 51.86 ปี สถานภาพสมรส คู่ ศาสนา พุทธ ระดับการศึกษา ประถมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 66.7 รายได้ของครอบครัวต่อเดือน 5,001-10,000 บาท ไม่พอใช้ ด้านพฤติกรรมสุขภาพ โรคร่วมอื่นๆ นอกจากโรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง คือ โรคหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 76.7 มีผู้ที่ดูแล คือ บุตร คิดเป็นร้อยละ 70.0

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ความรู้	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		Mean different	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	(95%CI)	
ความรู้โดยรวม						
ก่อนได้รับโปรแกรม	4.14	0.55	4.24	0.53	- 0.33-0.419	0.09
หลังได้รับโปรแกรม	4.89	0.20	3.80	0.26	0.98-1.19	< 0.001
หลังได้รับโปรแกรม 6 เดือน	3.58	0.21	2.25	0.17	-1.59-(-1.42)	< 0.001
พฤติกรรมโดยรวม						
ก่อนได้รับโปรแกรม	2.18	0.17	2.11	0.13	0.06-0.20	< 0.001
หลังได้รับโปรแกรม	4.14	0.55	1.89	0.14	2.13-2.55	< 0.001
หลังได้รับโปรแกรม 6 เดือน	2.07	0.15	1.57	0.28	-2.12-(-1.74)	< 0.001

พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเท่ากับ 4.14 คะแนน (S.D. = 0.55) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเท่ากับ 4.24 คะแนน (S.D. = 0.53) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (t= 1.74, p-value = 0.09) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เท่ากับ 4.89 คะแนน (S.D. = 0.20) และค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้กลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เท่ากับ 3.80 คะแนน (S.D = 0.26) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 20.97, p-value < 0.01) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 6 เดือนเท่ากับ 3.58 คะแนน (S.D. = 0.21) และค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้กลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เท่ากับ 2.25 คะแนน (S.D. = 0.17) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.278677

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 6.72, p-value < 0.01) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของของกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเท่ากับ 2.18 คะแนน (S.D. = 0.17) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเท่ากับ 2.11 คะแนน (S.D. = 0.13) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 3.86, p-value < 0.01) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเท่ากับ 4.14 คะแนน (S.D. = 0.55) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเท่ากับ 1.89 คะแนน (S.D. = 0.14) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 23.15, p-value < 0.01) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 6 เดือนเท่ากับ 2.07 คะแนน (S.D. = 0.15) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 6 เดือนเท่ากับ 1.57 คะแนน (S.D. = 0.28) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 5.15, p-value < 0.01) ค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		Mean different	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	(95%CI)	
BMI						
ก่อนได้รับโปรแกรม	33.00	7.28	33.25	6.10	-3.45-3.58	0.87
หลังได้รับโปรแกรม	33.32	7.32	33.54	6.27	-3.96-2.88	0.89
หลังได้รับโปรแกรม 6 เดือน	33.56	7.32	33.39	6.28	-3.40-3.73	0.92
FPG						
ก่อนได้รับโปรแกรม	146.53	58.51	153.33	56.46	-37.70-24.17	0.65
หลังได้รับโปรแกรม	140.06	43.03	158.63	47.81	-63.45-6.32	0.13
หลังได้รับโปรแกรม 6 เดือน	145.80	59.52	145.10	52.75	-28.09-29.49	0.96
Cholesterol						
ก่อนได้รับโปรแกรม	197.26	43.00	185.36	32.61	-11.12-34.92	0.29
หลังได้รับโปรแกรม	188.33	33.49	186.50	35.43	-17.02-20.68	0.84
หลังได้รับโปรแกรม 6 เดือน	172.06	43.96	177.46	45.33	-32.17-21.37	0.68

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.278677

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		Mean different	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	(95%CI)	
CV risk						
ก่อนได้รับโปรแกรม	11.83	3.32	10.36	3.70	-.38-3.31	0.11
หลังได้รับโปรแกรม	12.03	3.91	13.26	6.30	-3.72-1.46	0.37
หลังได้รับโปรแกรม 6 เดือน	10.00	2.27	12.66	4.72	-4.63-(-0.69)	0.01

*p-valve < 0.01

พบว่า ผลการตรวจสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม BMI (ดัชนีมวลกาย) เฉลี่ยของกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เท่ากับ 33.0 kg/m^2 (S.D. = 7.28) กลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เท่ากับ 33.25 kg/m^2 (S.D. = 6.10) เมื่อเปรียบเทียบ BMI ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมพบว่าไม่แตกต่างกัน BMI (ดัชนีมวลกาย) เฉลี่ยของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เท่ากับ 33.32 kg/m^2 (S.D. = 7.32) กลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เท่ากับ 33.54 kg/m^2 (S.D. = 6.27) เมื่อเปรียบเทียบ BMI ของกลุ่มทดลองและกลุมควบคุมก่อนได้รับโปรแกรม พบว่า ไม่แตกต่างกัน BMI (ดัชนีมวลกาย) เฉลี่ยของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 6 เดือน เท่ากับ 33.56 kg/m^2 (S.D. = 7.32) กลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 6 เดือนเท่ากับ 33.39 kg/m^2 (S.D. = 6.28) เมื่อเปรียบเทียบ BMI ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรม พบว่า ไม่แตกต่างกัน ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด FPG กลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเท่ากับ 146.53 mg/dl (S.D. = 58.51) และกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เท่ากับ 153.33 mg/dl (S.D. = 56.46) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด FPG ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่าไม่แตกต่างกัน ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด FPG กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเท่ากับ 140.06 mg/dl (S.D. = 43.03) และกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เท่ากับ 158.63 mg/dl (S.D. = 47.81) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด FPG ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า ไม่แตกต่างกัน ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด FPG กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 6 เดือน เท่ากับ 145.80 mg/dl (S.D. = 59.52) และกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 6 เดือนเท่ากับ 145.10 mg/dl (S.D = 52.75) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด FPG ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพบว่าไม่แตกต่างกัน ค่าเฉลี่ยไขมันในเลือด Total cholesterol กลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เท่ากับ

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.278677

197.26 mg/dl (S.D.= 43.00) และกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เท่ากับ 185.36 mg/dl (S.D. = 32.61) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของไขมัน Total cholesterol ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า ไม่แตกต่างกัน ค่าเฉลี่ยไขมันในเลือด Total cholesterol กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เท่ากับ 188.33 mg/dl (S.D.= 33.49) และกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เท่ากับ 186.50 mg/dl (S.D. = 35.43) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของไขมัน Total cholesterol ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า ไม่แตกต่างกัน ค่าเฉลี่ยไขมันในเลือด Total cholesterol กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 6 เดือนเท่ากับ 172.06 mg/dl (S.D. = 43.96) และกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 6 เดือนเท่ากับ 177.46 mg/dl (S.D. = 45.33) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของไขมัน Total cholesterol ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า ไม่แตกต่างกัน ค่าเฉลี่ย CV risk score กลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เท่ากับ 11.83 คะแนน (S.D.= 3.32) และกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเท่ากับ 10.36 คะแนน (S.D. = 3.70) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย CV risk score ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า ไม่แตกต่างกัน ค่าเฉลี่ย CV risk score กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เท่ากับ 12.03 คะแนน (S.D. = 3.91) และกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเท่ากับ 13.26 คะแนน (S.D. = 6.30) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย CV risk score ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า ไม่แตกต่างกัน ค่าเฉลี่ย CV risk score กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 6 เดือนเท่ากับ 10.00 คะแนน (S.D. = 2.27) และกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 6 เดือนเท่ากับ 12.66 คะแนน (S.D. = 4.72) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย CV risk score ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า ไม่แตกต่างกัน จากตารางที่ 3 พบว่า การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลทางห้องปฏิบัติการ และความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเปลี่ยนแปลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าเฉลี่ย FPG Chol TG กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีแนวโน้มลดลง และค่าเฉลี่ย CV risk กลุ่มทดลองมีแนวโน้มลดลง ส่วนกลุ่มควบคุมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ พบว่า โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้และพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีขึ้นหลังได้รับโปรแกรมเมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง ขณะที่ข้อมูลด้านสุขภาพพื้นฐานพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.278677

การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ขาดการออกกำลังกาย และมีรูปแบบการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของโรคความดันโลหิตสูง อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบค่าทางห้องปฏิบัติการ และค่า CV risk ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า แม้ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่กลุ่มทดลองมีแนวโน้มค่าความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลง ขณะที่กลุ่มควบคุมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สะท้อนให้เห็นว่า โปรแกรมสามารถช่วยปรับพฤติกรรมและมีศักยภาพในการลดความเสี่ยงระยะยาวได้ แม้ผลลัพธ์เชิงตัวเลขยังไม่เด่นชัดในระยะเวลาศึกษา 6 เดือนก็ตาม

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการรายบุคคล (Case Management) ต่อความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 24 สัปดาห์ สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ประการแรก ด้านความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมสุขภาพหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy theory) ของ Bandura[14] ที่อธิบายว่า การได้รับความรู้ การเสริมแรง และการติดตามอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้บุคคลเกิดความมั่นใจและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ดีขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Wagner[15]ใน Chronic Care Model ที่ระบุว่า การจัดการรายกรณีร่วมกับการให้ความรู้และการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีการให้ความรู้ การประเมินความเข้าใจ และการติดตาม CV risk อย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน

ประการที่สอง ด้านดัชนีมวลกาย (BMI) ระดับน้ำตาลในเลือด (FPG) และระดับไขมันในเลือด (Total cholesterol) พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Norris et al.[16] ที่พบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน อาจยังไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในตัวชี้วัดทางห้องปฏิบัติการที่ต้องอาศัยระยะเวลาและความต่อเนื่องของพฤติกรรมในระยะยาว อีกทั้งยังสอดคล้องกับแนวคิดของการดูแลโรคเรื้อรังที่ระบุว่า การเปลี่ยนแปลงทางคลินิกมักเกิดช้ากว่าการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้และพฤติกรรม

ประการที่สาม ด้านค่า Thai CV risk score พบว่า แม้ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่กลุ่มทดลองมีแนวโน้มลดลง ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจอธิบายได้จากแนวคิดการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เน้นการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลายด้านร่วมกัน

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.278677

(multifactorial risk reduction) โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การลดการสูบบุหรี่ การควบคุมอาหาร และการเพิ่มกิจกรรมทางกาย แม้จะยังไม่ส่งผลต่อค่าทางห้องปฏิบัติการอย่างชัดเจนในระยะสั้น แต่สามารถลดแนวโน้มความเสี่ยงโดยรวมได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ WHO ที่ระบุว่า การปรับพฤติกรรมสุขภาพสามารถลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะยาวได้อย่างมีนัยสำคัญ

นอกจากนี้ ผลการศึกษาที่พบว่า ตัวแปรทางชีวภาพไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากระยะเวลาการศึกษา 24 สัปดาห์ยังไม่เพียงพอ ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำกัด หรือพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยยังไม่เปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องเพียงพอ รวมทั้งปัจจัยร่วม เช่น โรคประจำตัวเดิม และการใช้ยา อาจมีผลต่อค่าทางห้องปฏิบัติการโดยสรุป โปรแกรมการจัดการรายบุคคลสามารถส่งผลต่อการเพิ่มความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะยาว แม้ว่าผลลัพธ์ด้านชีวภาพและค่า CV risk ยังไม่แสดงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในระยะสั้นก็ตาม จึงควรมีการติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. นำผลการวิจัยไปใช้ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

2. ประสานความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อสนับสนุนงบประมาณ กิจกรรม หรือบุคลากรในพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอดีตผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี นายแพทย์ณิปไทย ศีลาเจริญ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี นายแพทย์ชินวัฒน์ บ่ายเที่ยง หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี

เอกสารอ้างอิง

1. American Heart Association. Heart disease and stroke statistics–2023 update: a report from the American Heart Association. Circulation 2023; 147(8): e93–e621.
2. กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อ (NCDs) พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2566.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.278677

3. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the Health Belief Model. Health Educ Q 1988; 15(2): 175-83.
4. World Health Organization. A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis. Geneva: WHO; 2013.
5. Campbell NR, Lackland DT, Niebylski ML. High blood pressure: why prevention and control are urgent and important-a 2012 fact sheet. J Clin Hypertens (Greenwich) 2012; 14(10): 693-8.
6. American Heart Association. Prevention and treatment of high blood pressure. Dallas (TX): AHA; 2023.
7. World Health Organization. Prevention of cardiovascular disease: guidelines for assessment and management of total cardiovascular risk. Geneva: WHO; 2007.
8. กลุ่มพัฒนาวิชาการโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. คู่มือการประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด (Thai CV Risk Score). กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
9. Powell SK, Tahan HA. Case management: a practical guide for education and practice. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
10. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี. รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อและข้อมูลสุขภาพ ปีงบประมาณ 2567. สุพรรณบุรี: สสจ.สุพรรณบุรี; 2567.
11. American Heart Association, American College of Cardiology. 2024 Guideline for the management of cardiovascular risk. Circulation; 2024.
12. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, 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.
13. Arahung R, Hoontrakul S, Roojanavech S. The effects of health literacy enhancement program on hypertensive-prevention behavior of pre-hypertension risk group at a community in Nakhon Pathom Province. Royal Thai Navy Med J 2018; 45(3): 509-526.
14. Albert Bandura. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev 1977; 84(2): 191-215.
15. Edward H. Wagner. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness Eff Clin Pract 1998; 1(1): 2-4.
16. Susan L. Norris, et al. Self-management education for adults with type 2 diabetes: a meta-analysis of the effect on glycemic control. Diabetes Care 2002; 25(7): 1159-71.

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280861

ความสัมพันธ์ของสมุฏฐานการเกิดโรคตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

RELATIONSHIP BETWEEN ETIOLOGY (SAMUTTHANA) BASED ON THAI TRADITIONAL MEDICINE THEORY AND DEPRESSION AMONG THE ELDERLY AT KHAO WONG HOSPITAL, KALASIN PROVINCE

Received: March 15, 2026
Revised: June 25, 2026
Accepted: July 12, 2026

สุณัฐฏา หนองห้าง[1], นฤวัตร ภักดี[2], รณชัย ภูวันนา[2*]
Sunatta Nonghang[1], Naruwat Pakdee[2], Ronnachai Poowanna[2*]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสมุฏฐานการเกิดโรคตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทยกับโรคภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง จำนวน 24 คน เข้ารับบริการที่คลินิกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและทดสอบความสัมพันธ์ด้วย χ^2 test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ p-value < 0.05

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.8 อายุเฉลี่ย 68.08±5.99 ปี มีโรคประจำตัว ร้อยละ 54.2 และมีระยะเวลาการเกิดภาวะซึมเศร้า 0-5 ปี ร้อยละ 70.8 ด้านสมุฏฐาน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีธาตุเจ้าเรือนกำเนิดเป็นธาตุไฟมากที่สุด ร้อยละ 37.5 รองลงมา คือ ธาตุน้ำ ร้อยละ 29.2 และธาตุดินกับธาตุลม ร้อยละ 16.7 เท่ากัน สำหรับอุตุสมุฏฐาน พบการเกิดโรคมากที่สุดในช่วงวสันตฤดู (ฤดูฝน) ร้อยละ 41.7 รองลงมา คือฆเหมันตฤดู (ฤดูหนาว) ร้อยละ 33.3 และคิมหันตฤดู (ฤดูร้อน) ร้อยละ 25.0 ผลการทดสอบค่า Chi-square เท่ากับ 13.362 และค่า p-value เท่ากับ 0.574 ซึ่งพบว่า ธาตุเจ้าเรือนกำเนิดทั้ง 4 ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

สรุปสมุฏฐานตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทยสามารถใช้เป็นกรอบแนวคิดในการประเมินและพัฒนาแนวทางดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างเหมาะสมเฉพาะบุคคล

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ, สมุฏฐานการเกิดโรค, ธาตุเจ้าเรือน

[1] หลักสูตรการแพทย์แผนไทยมหาบัณฑิต สาขาวิชาการแพทย์แผนไทย คณะทรัพยากรธรรมชาติ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร สกลนคร
Master of Thai Traditional Medicine Program in Thai Traditional Medicine, Faculty of Natural Resources, Rajamangala University of Technology Isan, Sakon Nakhon Campus, Sakon Nakhon
[2] สาขาแพทย์แผนไทย คณะทรัพยากรธรรมชาติ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร สกลนคร
Department of Thai Traditional Medicine, Faculty of Natural Resources, Rajamangala University of Technology Isan, Sakon Nakhon Campus, Sakon Nakhon
*Corresponding author E-mail: Ronnachai.pw@rmuti.ac.th

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280861

Abstract

This research aimed to investigate the relationship between the causes of disease (Samutthana) according to Thai traditional medicine theory and depression among the elderly. The sample consisted of 24 elderly individuals with moderate depression who attended the Thai Traditional and Alternative Medicine Clinic, Khaowong Hospital, Kalasin Province. Data were analyzed using descriptive statistics, and associations were tested using the chi-square (χ^2) test at a significance level of p-value < 0.05.

The results showed that the majority of the participants were female (70.8%), with a mean age of 68.08±5.99 years. Most participants had underlying diseases (54.2%) and had experienced depression for 0-5 years (70.8%). In terms of Samutthana (causes of disease), the Fire element (Techo-Dhatu) was the most common innate body element (37.5%), followed by the Water element (29.2%), while the Earth and Wind elements each accounted for 16.7%. Regarding Utu-Samutthana (seasonal cause), the highest proportion of depression occurred during the rainy season (Wasan-Ratu) at 41.7%, followed by winter (33.3%) and summer (25.0%). The statistical test revealed a Chi-square value of 13.362 and a p-value of 0.574, indicating that the four birth body elements were not significantly associated with depression.

Although no statistically significant relationship was found, the Samutthana concept in Traditional Thai Medicine theory can serve as a conceptual framework for assessing and developing personalized and appropriate care guidelines for elderly patients with depression.

Keywords: Depression, Elderly population, Samutthana theory, Innate body elements, Thai traditional medicine

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280861

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุและเป็นปัญหาที่สำคัญด้านสาธารณสุขของไทย เป็นปัญหาที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปีโดยในปี 2566 จำนวนผู้ที่เข้ารับการรักษาด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นเป็น 2.9 ล้านคน เมื่อเทียบกับปี 2558 ที่มีเพียง 1.3 ล้านคน[1] สาเหตุของภาวะซึมเศร้าในวัยผู้สูงอายุเกิดจากหลายปัจจัย เช่น เกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาท เซโรโทนิน เกิดการทำงานผิดปกติของระบบประสาท และฮอร์โมนต่างๆ เช่น ฮอร์โมนอะดรีโนคอร์ติโคโทรฟิก (ต่อมใต้สมอง) คอร์ติซอล (ต่อมหมวกไต) ระบบนอร์เอพิเนฟรินและโดปามีน เป็นต้น[2] เกิดจากปัจจัยทางจิตวิทยาและสังคม นำไปสู่การลดทอนเครือข่ายทางสังคม ส่งผลให้เกิดโรคซึมเศร้า ทำให้เกิดกลุ่มอาการเมแทบอลิกเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ระดับคอร์ติซอลเพิ่มขึ้น และความผิดปกติของไฮโปทาลามัสต่อมใต้สมอง และต่อมหมวกไต ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคซึมเศร้า[3] หน่วยงานด้านสาธารณสุขได้ตระหนัก และเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากมีแนวโน้มกลับมาเป็นซ้ำ และมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น[4] และจะส่งผลเสียต่อสุขภาพมากกว่า โดยผู้ที่มีอาการซึมเศร้าร้อยละ 50-85 จะกลับเป็นซ้ำอีกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 80-90[5] แนวทางการรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจะแตกต่างกันไปตามสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย[6] การกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เช่น การส่งเสริมการนอนหลับที่ดี และลดความปวดเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการเพิ่มคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ[7] จากการศึกษางานวิจัย พบว่า การบำบัดด้วยการนวดไทยทั้งหมด 4 ครั้ง วันเว้นวัน สามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้[8] โดยการกดนวดทำให้มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ ช่วยยืดเนื้อเยื่อที่ยึดติดกันอยู่ให้ลดความตึงตัวลง ทำให้เลือดไหลเวียนได้ดีขึ้น และการนวดยังช่วยลดอาการปวด และกระตุ้นให้มีการหลั่ง endorphins ทำให้เกิดการผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ[9] การนวดช่วยเพิ่มประสิทธิภาพรักษาโรคซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยไม่มีผลข้างเคียง[10] โดยการนวดน้ำมันหอมระเหยสามารถลดความวิตกกังวลและซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการนวด[11] นอกจากนั้นยังพบว่า การบำบัดด้วยดนตรีแบบ active music therapy เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการลดภาวะซึมเศร้า รองลงมา คือ music medicine ทั้งนี้ความเข้มข้นในการใช้ดนตรีแบบต่ำกว่า 60 นาทีต่อสัปดาห์ ไม่มีผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ[12] และพบว่า การอบสมุนไพร 20 นาทีต่อครั้ง (2 รอบ รอบละ 10 นาที) จำนวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ส่งผลทำให้ระดับค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลง[13]

แนวคิดพื้นฐานสำคัญในศาสตร์การแพทย์แผนไทย อธิบายลักษณะพื้นฐานของบุคคลตามธาตุประจำตัว ดิน (ปถวี) น้ำ (อาโป) ลม (วาโย) และไฟ (เตโช) มีอิทธิพลต่อบุคลิกภาพ พฤติกรรม สุขภาพร่างกาย และอารมณ์ แนวคิดนี้สอดคล้องกับการแพทย์แผนจีนและอายุรเวท[14] และมีการศึกษาที่เสนอแนะให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างธาตุเจ้าเรือนกับภาวะจิตใจ หรือโรคเรื้อรังที่สัมพันธ์กับ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280861

ระบบประสาท[15] การศึกษาอิทธิพลของธาตุกำเนิดกับโรคลมจับโปงแห้งเข่า ซึ่งเป็นกลุ่มโรคตามแพทย์แผนไทยที่สัมพันธ์กับพลังลมและความเย็นในร่างกาย โดยมีลักษณะอาการคล้ายความผิดปกติทางระบบประสาท[16] นอกจากนี้ยังพบว่า ธาตุเจ้าเรือนมีความสัมพันธ์กับปริมาณน้ำนมและภาวะทางอารมณ์หลังคลอด ซึ่งสะท้อนว่าธาตุเจ้าเรือนน่าจะมีผลต่อระบบฮอร์โมนและอารมณ์ได้เป็นอย่างดี[17]

ในปี พ.ศ. 2567 อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 1,935 คน[18] จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้น พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าจำนวน 48 คน จากการทบทวนเอกสารพบว่า ยังไม่มีการศึกษาที่วิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสถิติระหว่างสมุฏฐานการเกิดโรคตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทยกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในบริบทคลินิก ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีจุดมุ่งหมายเพื่อหาคำตอบทางองค์ความรู้ หลักฐานเชิงประจักษ์ส่งผลต่อการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการแพทย์แผนไทยในการดูแลผู้ป่วยภาวะซึมเศร้ายังขาดความชัดเจน และทดสอบความสัมพันธ์ของสมุฏฐานการเกิดโรคกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของสมุฏฐานการเกิดโรคทางการแพทย์แผนไทยกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (cross-sectional analytical research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสมุฏฐานการเกิดโรคกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์สมุฏฐาน ซึ่งเป็นการพิจารณาอิทธิพลของฤดูกาล และสภาพภูมิอากาศที่ส่งผลต่อการกำเริบหรือแสดงอาการของโรค โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) คิมหันตฤดู (ฤดูร้อน) หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกในช่วงเดือนมีนาคม-มิถุนายน 2) วสันตฤดู (ฤดูฝน) หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกในช่วงเดือนกรกฎาคม–ตุลาคม 3) เหมันตฤดู (ฤดูหนาว) หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกในช่วงเดือนพฤศจิกายน-กุมภาพันธ์ และนำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับลักษณะภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่เข้ารับการรักษา ณ คลินิกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง อาสาสมัครผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 จำนวน 24 คน (ภาพที่ 1)โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) และเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ดังนี้

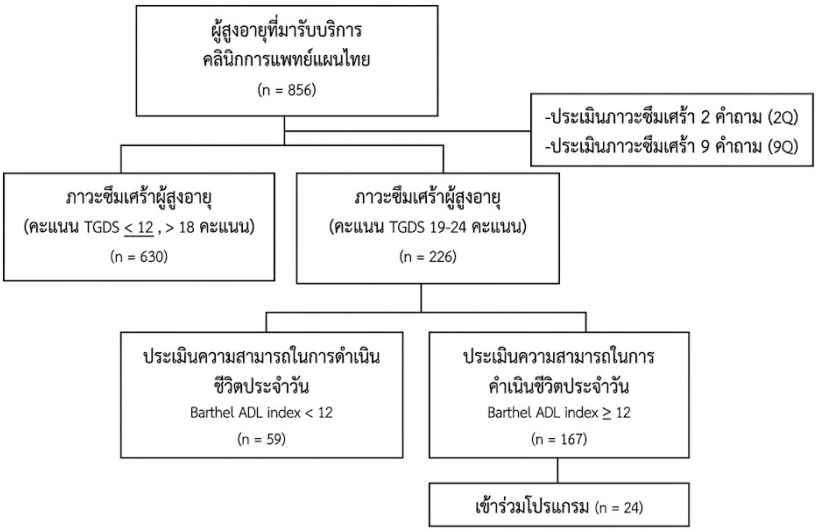
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280861

1. เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

1.1) ประเมินภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) มีคำตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยง หรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า 1.2) ประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ระดับคะแนน 13-18 คะแนน ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง 1.3) ประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale TGDS) ระดับคะแนน 19-24 คะแนน ในระดับปานกลาง 1.4) แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ระดับคะแนน 12-20 คะแนน สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี 1.5) สามารถสื่อสารกับผู้วิจัยได้ 1.6) มีข้อมูลวัน เดือน ปีเกิดที่ตรงกับวันเกิดจริง 1.7) สมัครใจเข้าร่วมโครงการและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

2.1) เป็นโรคติดต่อร้ายแรง เช่น วัณโรค 2.2) มีประวัติการตรวจรักษาภาวะสมองเสื่อม 2.3) มีประวัติเคยได้รับการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชที่รุนแรง



ภาพที่ 1 แผนภาพสรุปผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)[19]
2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) โดยกรมสุขภาพจิต (2557)[19]
3. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS)[20]
4. แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ[21]

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280861

5. แบบบันทึกข้อมูลผู้รับบริการส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ธาตุเจ้าเรือนกำเนิด ซึ่งผู้วิจัยจะนำเดือนเกิดสากลมาคำนวณธาตุเจ้าเรือนกำเนิด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ธาตุเจ้าเรือนกำเนิดตามคำภีร์ปฐมจินดา

เดือนเกิดสากล	เดือนปฏิสนธิ	ธาตุเจ้าเรือนกำเนิด
กันยายน-พฤศจิกายน	2-4	ธาตุดิน
ธันวาคม-กุมภาพันธ์	5-7	ธาตุไฟ
มีนาคม-พฤษภาคม	8-10	ธาตุลม
มิถุนายน-สิงหาคม	11-1	ธาตุน้ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่พัฒนาขึ้นสำหรับผู้สูงอายุไทย ลักษณะเป็นแบบคำถามชนิดเลือกตอบแบบสองตัวเลือก (ใช่/ไม่ใช่) จำนวน 30 ข้อ เครื่องมือนี้ได้รับการตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.93 ซึ่งแสดงถึงความเชื่อมั่นของเครื่องมือในระดับสูง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างธาตุเจ้าเรือนกับข้อมูลต่างๆ ใช้สถิติ Chi-square test โดยกำหนดให้ค่าความแตกต่างทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนาโปรแกรมดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุด้วยหลักการแพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่ง ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ รหัสโครงการ KLS REC 109/2568

ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ของสมุฏฐานการเกิดโรคกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ แบ่งการนำเสนอผลการศึกษาออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัคร ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ระยะเวลาการเกิดโรค โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ และ

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280861

ร้อยละ เพื่อแสดงลักษณะทางประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการในคลินิกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเขาวง ดังแสดงผลในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 24)	
	จำนวนคน	ร้อยละ (%)
เพศ		
ชาย	7	29.2
หญิง	17	70.8
อายุ		
Mean±SD	68.08±5.99	
Min	60 ปี	
Max	81 ปี	
สถานภาพสมรส		
โสด	1	4.2
แต่งงานและอยู่ร่วมกัน	11	45.8
แต่งงานแต่แยกกันอยู่	5	20.8
อยู่ด้วยกันโดยไม่ได้แต่งงาน	0	0
หม้าย	7	29.2
หย่า / แยกทาง	0	0
ระดับการศึกษา		
ไม่มีการศึกษา	0	0
ประถมศึกษา	13	54.2
มัธยมศึกษา	8	33.3
ปวช./ปวส.	0	0
ปริญญาตรี	3	12.5
โรคประจำตัว		
ไม่มี	11	45.8
มี	13	54.2

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280861

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 24)	
	จำนวนคน	ร้อยละ (%)
ระยะเวลาการเกิดโรค		
0-5 ปี	17	70.8
6-10 ปี	7	29.2
มากกว่า 10 ปี	0	0

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครจำนวน 24 คน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.8 อายุเฉลี่ย 68.08 ปี (S.D. = 5.99, Min = 60 ปี, Max = 81 ปี) สถานะแต่งงานและอยู่ร่วมกัน จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 45.8 รองลงมา คือ หม้าย จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 29.2 และ แต่งงานแต่แยกกันอยู่ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 20.8 ส่วนผู้ที่มีสถานภาพ โสด มีจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4.2 ข้อมูลระดับการศึกษาของกลุ่ม พบว่า ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 54.2 รองลงมา คือ ระดับ มัธยมศึกษา จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 และระดับ ปริญญาตรี จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 12.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 54.2 และไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 45.8 และระยะเวลาการเกิดโรค พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเป็นโรค 0-5 ปี จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 70.8 รองลงมา คือ 6-10 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 29.2 และระยะเวลาที่เป็นภาวะซึมเศร้าอยู่ระหว่าง 0-5 ปี จำนวน 17 คน ร้อยละ 70.8

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสมุฏฐานวินิจฉัย (ธาตุเจ้าเรือนกำเนิด)

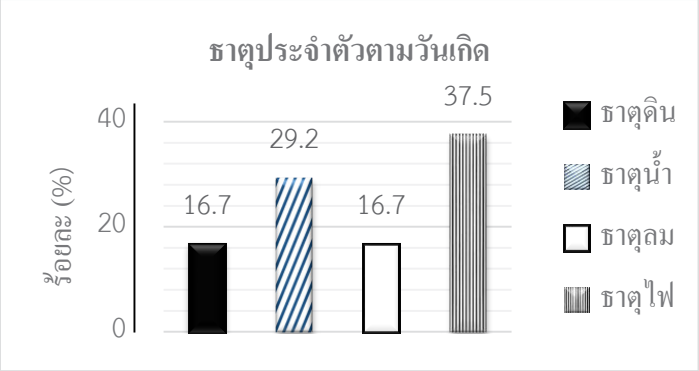
จากการวิเคราะห์ธาตุเจ้าเรือนกำเนิดของอาสาสมัครจำนวน 24 ราย พบข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับลักษณะทางสมุฏฐานธาตุ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของธาตุเจ้าเรือนกำเนิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการคลินิกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเขาวง (n = 24)

ธาตุเจ้าเรือน	กลุ่มทดลอง (n = 24)	
	จำนวนคน	ร้อยละ (%)
ดิน	4	16.7
น้ำ	7	29.2
ลม	4	16.7
ไฟ	9	37.5

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280861

จากตารางที่ 3 ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่เข้าร่วมโครงการมีธาตุกำเนิดเตโชธาตุหรือธาตุไฟมากที่สุด จำนวน 9 คน ร้อยละ 37.5 รองลงมาอาโปธาตุหรือธาตุน้ำ จำนวน 7 คน ร้อยละ 29.2 วาโยธาตุหรือธาตุลม จำนวน 4 คน ร้อยละ 16.7 และปถวีธาตุหรือธาตุดิน จำนวน 4 คน ร้อยละ 16.7 ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ธาตุเจ้าเรือนกำเนิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการคลินิกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเขาวง (n = 24)

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างธาตุเจ้าเรือนกับภาวะซึมเศร้า

ในการทดสอบสมมติฐานเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างธาตุเจ้าเรือนกำเนิดกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ใช้สถิติ Chi-square test ผลการศึกษาพบว่า ธาตุเจ้าเรือนกำเนิดไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.574) โดยมีรายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของธาตุเจ้าเรือน กับผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า (n = 24)

ธาตุเจ้าเรือน	กลุ่มตัวอย่าง (n = 24)		Chi-square	p-value
	จำนวนคน	ร้อยละ (%)		
ดิน	4	16.7	13.362	0.574
น้ำ	7	29.2		
ลม	4	16.7		
ไฟ	9	37.5		

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280861

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มีธาตุเจ้าเรือนเป็น ธาตุไฟ ร้อยละ 37.5 ผลการทดสอบทางสถิติมีค่า Chi-square เท่ากับ 13.362 และค่า p-value เท่ากับ 0.574 แสดงให้เห็นว่า ธาตุเจ้าเรือนกำเนิดทั้ง 4 พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างนี้

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ของอุตุสมุฏฐานกับภาวะซึมเศร้า

จากการศึกษาอิทธิพลของฤดูกาลหรืออุตุสมุฏฐานต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้จำแนกตามการเกิดโรคใน 3 ฤดู ได้แก่ คิมหันตฤดู (ร้อน), วสันตฤดู (ฝน) และเหมันตฤดู (หนาว) แสดงดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของอุตุสมุฏฐาน กับผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า (n = 24)

อุตุสมุฏฐาน	กลุ่มตัวอย่าง (n = 24)		Chi-square	p-value
	จำนวนคน	ร้อยละ (%)		
คิมหันตฤดู (ร้อน)	6	25.0		
วสันตฤดู (ฝน)	10	41.7	11.22	0.341
เหมันตฤดู (หนาว)	8	33.3		

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่เกิดโรคในวสันตฤดูมากที่สุด จำนวน 10 คน ร้อยละ 41.7 รองลงมา คือ เหมันตฤดู จำนวน 8 คน ร้อยละ 33.3 และคิมหันตฤดู จำนวน 6 คน ร้อยละ 25.0 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า อุตุสมุฏฐานไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.341)

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างธาตุสมุฏฐานกับภาวะซึมเศร้า ตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีธาตุเจ้าเรือนกำเนิดเป็นเตโชธาตุหรือธาตุไฟ ร้อยละ 37.5 รองลงมา คือ อาโปธาตุ วาโยธาตุ และปถวีธาตุ ตามลำดับ แม้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีสัดส่วนของเตโชธาตุสูงที่สุด ร้อยละ 37.5 ตามแนวคิดการแพทย์แผนไทย ธาตุไฟเป็นธาตุที่ควบคุมกระบวนการเผาผลาญ การไหลเวียนโลหิต การย่อยอาหาร รวมถึงการทำงานของจิตใจและอารมณ์ เมื่อธาตุไฟเกิดการกำเริบหรือหย่อนย่อมส่งผลต่อสภาพอารมณ์ เช่น ความหงุดหงิด ความเครียดสะสม หรือความอ่อนล้าทางจิตใจ[22] ซึ่งเป็นลักษณะที่พบร่วมกับภาวะซึมเศร้าการอภิปรายผลเชิงทฤษฎี ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ สุพจน์พงษ์ วัชรารักษ์ และคณะ[23] ศึกษาแนวคิดและวิธีการรักษาอาการเครียดตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280861

จากการศึกษาคัมภีร์แพทย์แผนไทย 9 เล่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมไทย 9 ท่าน ผลการศึกษา พบว่า ความเครียดเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความไม่สมดุลของธาตุ โดยเริ่มจากการกำเริบของธาตุไฟ ส่งผลต่อการกำเริบของธาตุลมและความหย่อนของธาตุน้ำ หากเกิดความเครียดต่อเนื่องจะนำไปสู่ความหย่อนของธาตุไฟและธาตุลม ธาตุน้ำกำเริบและหยุดนิ่ง เกิดการสะสมของของเสียจนกระทบต่อธาตุดิน ทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยลุกลามจากช่องท้องไปสู่ศีรษะ กระบวนการดังกล่าวสามารถอธิบายอาการทางกายและอารมณ์ที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เช่น ความอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ และอารมณ์เศร้าหม่น[24] นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับกลไกทางชีวการแพทย์ที่พบว่า ความเครียดเรื้อรังส่งผลต่อระบบประสาทส่วนกลางและการทำงานของสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์[3] แม้การศึกษาครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่สัดส่วนของผู้ที่มีเตโชธาตุพบมากที่สุดในกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งอาจเป็นประเด็นที่ควรศึกษาเพิ่มเติมในอนาคต ทั้งนี้ มีรายงานการศึกษาด้านศาสตร์การแพทย์ตะวันออกที่พบว่าลักษณะธาตุ หรือ constitution type บางประเภทสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า[25]

ผลที่ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างธาตุเจ้าเรือนกับภาวะซึมเศร้าในการศึกษานี้ มีความสอดคล้องในเชิงทิศทางกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างธาตุเจ้าเรือนกับพฤติกรรมการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้ป่วยของโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกนครพนม ซึ่งพบว่า ธาตุเจ้าเรือนเพียงปัจจัยเดียวยังไม่สามารถอธิบายความเสี่ยงของโรคเรื้อรังได้อย่างชัดเจน หากไม่พิจารณาร่วมกับสมุฏฐานด้านอื่น เช่น อุตุสมุฏฐานและพฤติกรรมการดำเนินชีวิต[16]

เมื่อพิจารณาด้านอุตุสมุฏฐานหรือฤดูสมุฏฐาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเกิดโรคในช่วงวสันตฤดู (ฤดูฝน) ร้อยละ 41.7 ซึ่งเป็นช่วงที่พิกัดวาตะสมุฏฐานให้เป็นเหตุ ตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทยฤดูฝนเป็นช่วงที่ธาตุลมมีแนวโน้มกำเริบได้ง่าย เนื่องจากสภาพอากาศที่มีความชื้นสูงและการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิอย่างไม่สม่ำเสมอ ส่งผลต่อการไหลเวียนของพลังลมในร่างกาย โดยเฉพาะระบบประสาทและการควบคุมอารมณ์ ความแปรปรวนของธาตุลมในช่วงเวลาดังกล่าวอาจนำไปสู่อาการทางจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ความไม่มั่นคงทางอารมณ์ และความเศร้าซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ผลการศึกษานี้ยังสามารถเชื่อมโยงกับแนวคิดทางชีวการแพทย์ที่อธิบายว่า การเปลี่ยนแปลงของฤดูกาลและสภาพแวดล้อมมีผลต่อการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติและแกนไฮโปทาลามัส ต่อมใต้สมอง ต่อมหมวกไต (HPA axis)[2, 26-27] ในด้านอายุสมุฏฐาน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอยู่ในช่วงปัจฉิมวัย ซึ่งตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทยถือเป็นวัยที่ธาตุลมและธาตุไฟเริ่มอ่อนกำลัง ขณะที่ธาตุเสมหะมีแนวโน้มกำเริบ ส่งผลให้เกิดภาวะเฉื่อยชา เหนื่อยล้า การเคลื่อนไหวช้าลง และอารมณ์หดหู่ได้ง่าย[22] สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในวัยสูงอายุ[28] เมื่อพิจารณาประเทศสมุฏฐาน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280861

ทั้งหมดอาศัยอยู่ในภูมิประเทศร้อน ตามแนวคิดการแพทย์แผนไทย ประเทศร้อนมีแนวโน้มกระตุ้นการกำเริบของธาตุไฟและธาตุลม[29]

แสดงให้เห็นว่า สมุฏฐานการเกิดโรค (ธาตุเจ้าเรือนและฤดูกาล) ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างนี้ ถึงแม้ว่า ผลการศึกษาจะไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ข้อมูลเชิงพรรณนาอาจสะท้อนแนวโน้มของการกระจายตัวของธาตุเจ้าเรือน อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเชิงพรรณนาที่พบ กลุ่มธาตุไฟและช่วงฤดูฝนมีสัดส่วนสูงสุด ยังคงเป็นข้อสังเกตที่มีประโยชน์สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการเฝ้าระวังและวางแผนการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุในเชิงบูรณาการตามแนวทางที่สอดคล้องกับธาตุเจ้าเรือนและสภาพแวดล้อม

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ มีความหลากหลายเชิงพื้นที่ และติดตามข้อมูลเชิงระยะยาวเพื่อยืนยันผลการศึกษา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ให้คำแนะนำด้านทฤษฎีการแพทย์แผนไทย และที่สำคัญที่สุด คือ อาสาสมัครผู้สูงอายุทุกท่าน ที่สละเวลาให้ข้อมูลเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. Mental Health ปัญหาสำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง 2567 [เข้าถึงเมื่อ 28 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nesdc.go.th/download/Social/Social_Report/2567_article_q1_001.pdf
2. Gokul M, Arun Kumar N, Durgadas Kini R, Blossom V, Kodavanji B, Noojibail A, et al. Evaluation of biomarkers of stress in chronic stress-exposed comorbid depression model Wistar rats. J Basic Clin Physiol Pharmacol 2019; 30(5).
3. Butters MA, Klunk WE, Mathis CA, Price JC, Ziolko SK, Hoge JA, et al. Imaging Alzheimer pathology in late-life depression with PET and Pittsburgh Compound-B. Alzheimer Dis Assoc Disord 2008; 22(3): 261-8.
4. Ustun TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ. Global burden of depressive disorders in the year 2000. Br J Psychiatry 2004; 184: 386-92.

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280861

5. Holma KM, Holma IA, Melartin TK, Rytsala HJ, Isometsa ET. Long-term outcome of major depressive disorder in psychiatric patients is variable. J Clin Psychiatry 2008; 69(2): 196-205.
6. Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in older adults. Annu Rev Clin Psychol 2009; 5: 363-89.
7. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). คู่มือการดูแลผู้สูงวัย : สูตรคลายซึมเศร้า. นนทบุรี: บริษัท โอเฟ่นเวิลด์ส พับลิชชิ่ง เฮาส์ จำกัด; 2559.
8. ภัทรสุดา คลังศรี, ดารุจ อนิวรรตนพงศ์. ผลของการนวดไทยต่อการลดภาวะซึมเศร้าในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ. วารสารจุฬาลงกรณ์การแพทย์ 2562; 1(2): 135-46.
9. Varcarolis EM. Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing: Acommunication approach to evidence-based care. 3rd Edition ed. St. Louis: Elsevier; 2017.
10. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้า สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ฉบับปรับปรุงปี 2560 คลังความรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต 2560 [เข้าถึงเมื่อ 9 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://dmh-elibrary.org/items/show/576
11. Mehrabian S, Tirgari B, Forouzi MA, Tajadini H, Jahani Y. Effect of aromatherapy massage on depression and anxiety of elderly adults: a randomized controlled trial. Int J Ther Massage Bodywork 2022; 15(1): 37-45.
12. Dhippayom T, Saensook T, Promkhatja N, Teaktong T, Chaiyakunapruk N, Devine B. Comparative effects of music interventions on depression in older adults: A systematic review and network meta-analysis. EClinicalMedicine 2022; 50: 101509.
13. ทัพพ์ขวัญ ศรีรัตยาวงค์, ดาว เวียงคำ, อรฉัตร เพชรไทย, อัญชิษฐา สมวัน. ผลของการอบไอน้ำสมุนไพรไทยและการอบไอน้ำธรรมดาต่อค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารนเรศวรพะเยา 2564; 14(2): 51-61.
14. สุธาทิพย์ มหาเจริญสิริ, แม้นมาศ วรรณภูมิ, อรอุษา ธรรมเสริมสร้าง, สร้อยศรี เอี่ยมพรชัย, ประวิทย์ อัครเสรีนนท์, ทวี เลาหพันธ์. การพัฒนาแบบประเมินเพื่อการวินิจฉัยธาตุเจ้าเรือนปกติลักษณะทางการแพทย์แผนไทย. เวชบันทึกศิริราช 2560; 10(2): 65-73.
15. ลัดดาวัลย์ ชูทอง, ปิยธิดา สุดตาสอน, ณัฏฐา ปาทาน, ธันยพร อากาสา, ฉิชาภรณ์ จำปี, ศศิธร ทรัพย์มูล, และคนอื่นๆ. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างธาตุเจ้าเรือนและพฤติกรรมของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ณ โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือกนครพนม. วารสารหมอยาไทยวิจัย 2568; 11(2): 33-50.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280861

16. ศลิตา ประชากิจ, อรรคเดช อ่อนสอาด, ธนภักษ์ เชาวน์พีระพงศ์, แม้นมาศ วรรณภูมิ, ศุภกิจ สุวรรณไตรย์, กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, และคนอื่นๆ. การศึกษาผลของธาตุเจ้าเรือนกำเนิดกับโรคลมจับโปงแห้งเข่า. เวชบันทึกศิริราช 2566; 16(2): 131-7.

17. นจนีย์ จิรศิลปศาสตร์, นวลจันทร์ ใจอารีย์, ต้องตา นันทโกมล, สุดาทิพย์ โฆสิตะมงคล, ปรรณวัชญ์ ไชยวัฒนนันทน์. การศึกษาเปรียบเทียบระดับการไหลของน้ำนม ปริมาณน้ำนม และลักษณะของน้ำนมเอก โท ของมารดาหลังคลอดปกติครรภ์แรก ในแต่ละกลุ่มธาตุเจ้าเรือน และลักษณะของแม่นมเบญจกัลยาณี ตามหลักการแพทย์แผนไทย. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ 2568; 21(1): 41-60.

18. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ จังหวัดกาฬสินธุ์. ข้อมูลทั่วไป : ประชากร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ 2567 [เข้าถึงเมื่อ 28 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://hdc.moph.go.th/ksn/public/standard-subcatalog/ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0

19. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ฉบับปรับปรุงปี 2560: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์; 2560.

20. กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. แบบคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนหรือในคลินิกผู้สูงอายุ 2537; 46: 1-9.

21. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.

22. มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิม. ตำราการแพทย์ไทยเดิม (แพทยศาสตร์สงเคราะห์ ฉบับอนุรักษ์). กรุงเทพฯ: ศุภวนิชการพิมพ์; 2548.

23. สุพจน์ พงษ์วัชรารักษ์, วิชัย โชควิวัฒน. การรักษาอาการเครียดในศาสตร์การแพทย์แผนไทย. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2562; 17(2): 239-52.

24. มาโนช หล่อตระกูล. โรคซึมเศร้า 2557 [เข้าถึงเมื่อ 17 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.rama.mahidol.ac.th/ramamental/generalknowledge/general/09042014-1017

25. Yap SY, Ng FL, Subramaniam M, Lim YM, Foo CN. Traditional Chinese medicine body constitutions as predictors for depression: a systematic review and meta-analysis. Behav Sci (Basel) 2022; 12(11): 423.

26. Sapolsky RM. The possibility of neurotoxicity in the hippocampus in major depression: a primer on neuron death. Biol Psychiatry 2000; 48(8): 755-65.

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280861

27. Butters MA, Young JB, Lopez O, Aizenstein HJ, Mulsant BH, Reynolds CF, 3rd, et al. Pathways linking late-life depression to persistent cognitive impairment and dementia. Dialogues Clin Neurosci 2008; 10(3): 345-57.

28. Alexopoulos GS, Raue P, Arean P. Problem-solving therapy versus supportive therapy in geriatric major depression with executive dysfunction. Am J Geriatr Psychiatry 2003; 11(1): 46-52.

29. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. คู่มือแนวทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในคลินิกบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบครบวงจร. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก; 2559.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.281580

อิทธิพลของปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลดงพยุง อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

INFLUENCE OF SOCIOCULTURAL FACTORS ON HEALTH LITERACY AND DENGUE FEVER PREVENTION BEHAVIORS AMONG VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS, DONG PHAYUNG SUBDISTRICT, DON CHAN DISTRICT, KALASIN PROVINCE

Received: April 13, 2025
Revised: July 04, 2026
Accepted: July 18, 2026

ภาณุวัฒน์ นันทรัศมี[1], ขจรศักดิ์ สีวาที[2*]
Panuwat Nantarasmee[1], Khachornsak Seevathee[2*]

บทคัดย่อ

โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญในกาฬสินธุ์ มี อสม. เป็นกลไกหลักป้องกันโรคปฐมภูมิ หลักฐานอิทธิพลปัจจัยสังคมวัฒนธรรมต่อความรอบรู้สุขภาพของ อสม. ยังมีจำกัด วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความรอบรู้สุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรค อิทธิพลปัจจัยสังคมวัฒนธรรมต่อความรอบรู้สุขภาพ และความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรค วิธีการ: การวิจัยเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง อสม. 92 คน ตำบลดงพยุง อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ สุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากบัญชีรายชื่อ อสม. 105 คน เก็บข้อมูลมิถุนายน-ธันวาคม 2568 วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา การถดถอยพหุคูณ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (p-value < 0.05)

ผลการวิจัย: อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง (mean = 4.40, S.D. = 0.52) และพฤติกรรมการป้องกันโรคระดับสูง (mean = 4.45, S.D. = 0.50) ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมไม่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ (R^2 = 0.017, p-value = 0.919) และไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค (r = 0.011, p-value = 0.917)

สรุป: ผลการวิจัยบ่งชี้ปรากฏการณ์เพดานคะแนนและกลไกพันธะบทบาทหน้าที่ใน อสม. ที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพต่อเนื่อง ควรใช้การวิจัยรูปแบบหลายพื้นที่ที่มีความหลากหลายของความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอต่อการวิเคราะห์

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, โรคไข้เลือดออก, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม, การป้องกันและควบคุมโรค

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงพยุง อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์
Ban Dong Phayung Sub-district Health Promoting Hospital, Don Chan District, Kalasin Province, Thailand
[2] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม
Faculty of Nursing, Mahasarakham University, Maha Sarakham Province, Thailand
*Corresponding author E-mail: Khachornsak.s@msu.ac.th

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.281580

Abstract

Dengue fever is a major public health problem in Kalasin Province, where Village Health Volunteers (VHVs) serve as the primary mechanism for primary-level disease prevention. Evidence on the influence of sociocultural factors on VHVs' health literacy remains limited. Objectives: To examine health literacy and prevention behaviors, the influence of sociocultural factors on health literacy, and their association with prevention behaviors. Methods: A cross-sectional study was conducted among 92 VHVs in Dong Phayung Subdistrict, Don Chan District, Kalasin Province, selected by simple random sampling from a roster of 105 VHVs. Data were collected from June to December 2025 and analyzed using descriptive statistics, multiple regression, and Pearson's correlation (p-value < 0.05).

Results: VHVs demonstrated high health literacy (mean = 4.40, S.D. = 0.52) and high prevention behaviors (mean = 4.45, S.D. = 0.50). Sociocultural factors did not predict health literacy (R^2 = 0.017, p-value = 0.919), and no association was found with prevention behaviors (r = 0.011, p-value = 0.917).

Conclusion: Findings indicate a ceiling effect and a role obligation mechanism among capacity-developed VHVs. Future research should adopt multi-site designs with greater variance in health literacy to enable meaningful analysis.

Keywords: health literacy, dengue fever, village health volunteers, sociocultural factors, disease prevention

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.281580

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อสำคัญระดับโลก พบผู้ติดเชื้อประมาณ 390 ล้านรายต่อปี[1-3] โดยในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีผู้ป่วย 80,772 ราย เสียชีวิต 165 ราย[4-5] จังหวัดกาฬสินธุ์มีอัตราป่วยสูงถึง 132 รายต่อประชากรแสนคน สูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ 1.6 เท่า[6] โดยเฉพาะตำบลดงพยุง อำเภอดอนจาน มีอัตราป่วยต่อเนื่อง 120-150 รายต่อประชากรแสนคน[7] อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลไกสำคัญในระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีบทบาทหลักในการเฝ้าระวังโรค ถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพ และกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย[8-9] Khanthavudh และคณะ พบว่า อสม. ร้อยละ 70 ดำเนินกิจกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่องทุกเดือน[10]

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) คือ ทักษะทางสังคมและการรู้คิดที่ส่งผลต่อความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ[11] กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ[8] ได้ปรับกรอบ 4 competencies ของ Sorensen และคณะ[12] ให้เป็น 6 องค์ประกอบสำหรับบริบท อสม. ไทย โดยแยก appraise เป็นการไต่ถาม และการตัดสินใจ และเพิ่มการสนับสนุนชุมชน งานวิจัยพบว่า อสม. ที่มีความรอบรู้สูงสามารถดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคได้มีประสิทธิภาพกว่า[13] อย่างไรก็ตาม อสม. ในพื้นที่ชนบทบางส่วนยังมีข้อจำกัด[14]

ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมเป็นตัวกำหนดสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก[15-16] โดยปัจจัยด้านการศึกษา รายได้ และการเข้าถึงบริการสุขภาพมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานป้องกันโรคของ อสม.[17] สิ่งที่พบหลักฐานแล้วปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในประชาชนทั่วไปและ อสม. บางกลุ่ม [13,17,29] ปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานเพียงพอที่จะอธิบายว่า ในกลุ่ม อสม. ที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพอย่างเป็นระบบและมีประสบการณ์ภาคสนามยาวนาน ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมยังคงมีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกหรือไม่ หรือในกลุ่มนี้ความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ถูกพัฒนาถึงระดับที่เพียงพอแล้ว จนปัจจัยดังกล่าวไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมอีกต่อไป การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อตอบคำถามสำคัญสำหรับการวางแผนพัฒนา อสม. ในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของ อสม.
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.281580

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของ อสม. ในตำบลดงพยุง อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) ดำเนินการในตำบลดงพยุง อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งประกอบด้วย 13 หมู่บ้าน ระหว่างเดือนมิถุนายน-ธันวาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและการสุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย คือ อสม. ที่ปฏิบัติงานในตำบลดงพยุง 105 คน เกณฑ์การคัดเข้า: เป็น อสม. ที่ได้รับการแต่งตั้งอย่างเป็นทางการ ปฏิบัติงานต่อเนื่อง ≥1 ปี อาศัยในพื้นที่ และอ่านเขียนภาษาไทยได้ เกณฑ์การคัดออก: กำลังย้ายที่อยู่ มีปัญหาการสื่อสาร หรือขาดงาน > 3 เดือน ประชากรทั้ง 105 คน ผ่านเกณฑ์คัดเข้าทุกราย ดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับฉลากจากบัญชีรายชื่อ อสม. ทั้งหมด 105 คน แบบไม่ใส่คืน (without replacement) ได้กลุ่มตัวอย่าง 92 คน (อัตราการสุ่ม n/N = ร้อยละ 87.6) เนื่องจากอัตราการสุ่มสูงกว่าร้อยละ 5 จึงประยุกต์ใช้ค่าแก้ไขประชากรจำกัด (Finite Population Correction: FPC = $\sqrt{[(N-n)/(N-1)]}$ = $\sqrt{[(105-92)/104]}$ = 0.354) ในการประมาณค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน ทุกรายลงนาม written informed consent ก่อนการเก็บข้อมูล อัตราตอบกลับร้อยละ 100 ทุกรายลงนาม written informed consent ก่อนการเก็บข้อมูล อัตราตอบกลับร้อยละ 100

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม 4 ส่วน (1) ข้อมูลทั่วไป 12 ข้อ ส่วนที่ 2 ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (25 ข้อ Likert 5 ระดับ: 5 = มากที่สุด ถึง 1 = น้อยที่สุด) แบ่ง 5 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ เกณฑ์การแปลผล ตามแนวทางของ Best[18] กำหนด 3 ระดับ: ระดับสูง ($\bar{x}$ = 3.67-5.00) ระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.34-3.66) และระดับต่ำ ($\bar{x}$ = 1.00-2.33) ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha = 0.91

ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (40 ข้อ Likert 5 ระดับ) แบ่ง 6 องค์ประกอบตามกรอบกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ[8] ที่ขยายจาก Sorensen และคณะ[12] คะแนนเต็ม 200 คะแนน เกณฑ์การแปลผล ตามแนวทางของ Anderson & Krathwohl[19] กำหนด 3 ระดับ: ระดับสูง (≥ ร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79) และระดับต่ำ (< ร้อยละ 60) ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha = 0.93

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก (20 ข้อ Likert 5 ระดับ) แบ่ง 3 ด้าน เกณฑ์การแปลผล ตามแนวทางของ Best[18] กำหนด 3 ระดับเช่นเดียวกับส่วนที่ 2 ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.281580

Alpha = 0.94 ตรวจสอบ IOC (0.67-1.00) และ item-total correlation (0.61-0.78) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และ Cronbach's alpha (α = 0.91-0.94, overall α = 0.95)

การควบคุม Bias และขนาดตัวอย่าง

ลด social desirability bias โดยเก็บข้อมูลในสภาพแวดล้อมที่เป็นส่วนตัว ไม่มีผู้บังคับบัญชาและใช้แบบสอบถามนิรนาม คำนวณขนาดตัวอย่างด้วย G*Power 3.1.9.720 (f^2 = 0.35 อ้างอิงจากงานวิจัยที่คล้ายคลึงกัน[13,17] α = 0.05, power = 0.95, k = 5) ได้ n ขั้นต่ำ = 74 คน ปรับเพิ่มร้อยละ 25 ตาม Israel[22] ได้ n = 92 คน

ขั้นตอนการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การขออนุมัติและเตรียมการ ยื่นขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และประสานงานกับ รพ.สต.บ้านดงพยุง เพื่อขอรายชื่อประชากร อสม.

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย พัฒนาแบบสอบถาม 4 ชุด จากการสังเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ด้านสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพ และระเบียบวิธีวิจัย ได้ค่า IOC = 0.67-1.00 จากนั้นนำไปทดสอบ (Try-out) กับ อสม. ในตำบลใกล้เคียงที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ส่วนที่ 2 ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม จำนวน 25 ข้อ α = 0.91 ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 40 ข้อ α = 0.93 ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรค จำนวน 20 ข้อ α = 0.94 ภาพรวมทั้งฉบับ (ส่วนที่ 2–4) overall α = 0.95) และตรวจสอบ item-total correlation (0.61-0.78) ก่อนนำไปใช้จริง

ขั้นตอนที่ 3 การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง กำหนดหมายเลขประจำตัว อสม. ทั้งหมด 105 คน ดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน ได้กลุ่มตัวอย่าง 92 คน พร้อมสุ่มรายชื่อสำรอง 13 คน

ขั้นตอนที่ 4 การเก็บรวบรวมข้อมูลและการคุ้มครองสิทธิ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน-ธันวาคม พ.ศ. 2568 ในการประชุมประจำเดือน อสม. ผู้เข้าร่วมทุกรายได้รับการชี้แจงและลงนาม Written Informed Consent ด้วยความสมัครใจ เก็บข้อมูลในสภาพแวดล้อมที่เป็นส่วนตัว ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทันทีหลังการเก็บข้อมูล และเก็บรักษาข้อมูลในระบบที่ปลอดภัย

ขั้นตอนที่ 5 การวิเคราะห์ข้อมูลและรายงานผล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา การถดถอยพหุคูณ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน รายงานผลพร้อม 95% CI และ post-hoc power analysis ตามมาตรฐาน STROBE Statement

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.281580

การวิเคราะห์ข้อมูล

ตรวจสอบ normality ด้วย Shapiro-Wilk test พบ negatively skewed distribution (ความรอบรู้ฯ: $W = 0.971$, p-value = 0.034; พฤติกรรมฯ: $W = 0.963$, p-value = 0.011) เนื่องจาก $n = 92 > 30$ การวิเคราะห์ regression และ Pearson's r มีความ robust ตาม Central Limit Theorem ตรวจสอบ multicollinearity (VIF = 1.12-1.87) และ Durbin-Watson (= 1.94) ตาม Hair และคณะ[23] ดำเนินการ sensitivity analysis โดยเพิ่ม covariates (ระยะเวลา อสม. จำนวนครั้งอบรม) พบผลไม่เปลี่ยนแปลง ($F(7, 84) = 0.301$, p-value = 0.952) รายงาน 95% CI และ post-hoc power สำหรับ Null Findings กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่รับรอง KLS.REC 119/2568 วันที่ 8 พฤษภาคม พ.ศ. 2568

ผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง 92 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.0 อายุเฉลี่ย 45.3 ± 8.7 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 38.0 รายได้ครัวเรือนเฉลี่ย 17,850 ± 6,420 บาทต่อเดือน มีประสบการณ์ อสม. เฉลี่ย 9.8 ± 4.6 ปี และเคยร่วมควบคุมการระบาด ร้อยละ 81.5 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรศาสตร์ เศรษฐกิจสังคม และการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง (n = 92)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ก. ลักษณะทางประชากรศาสตร์		
เพศชาย	23	25
เพศหญิง	69	75
อายุ (ปี): Mean ± S.D. = 45.3 ± 8.7, Min–Max = 28-65		
≤ 30 ปี	5	5.4
31-40 ปี	18	19.6
41-50 ปี	38	41.3
51-60 ปี	24	26.1
> 60 ปี	7	7.6

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.281580

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
สมรส	71	77.2
โสด	12	13
หม้าย/หย่า/แยก	9	9.8
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	25	27.2
มัธยมศึกษาตอนต้น	28	30.4
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	31	33.7
อนุปริญญา/ปวส.	5	5.4
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	3	3.3
ข. ลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคม		
อาชีพหลัก		
เกษตรกร	35	38
รับจ้าง	28	30.4
ค้าขาย	15	16.3
แม่บ้าน	12	13
อื่นๆ	2	2.3
รายได้ครัวเรือน (บาท/เดือน): Mean ± S.D. = 17,850 ± 6,420		
< 10,000	18	19.6
10,000-19,999	42	45.6
20,000-29,999	24	26.1
≥ 30,000	8	8.7
ค. ข้อมูลการปฏิบัติงาน		
ระยะเวลาการเป็น อสม. (ปี): Mean ± S.D. = 9.8 ± 4.6		
< 5 ปี	15	16.3
5-9 ปี	28	30.4
10-14 ปี	32	34.8
≥ 15 ปี	17	18.5

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.281580

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
การพัฒนาศักยภาพและประสบการณ์		
ได้รับการอบรมปีละ 2 ครั้ง	42	45.7
เคยร่วมควบคุมการระบาด	75	81.5
เคยดูแลผู้ป่วยในชุมชน	68	73.9

ระดับตัวแปรหลัก ตัวแปรทั้งสามอยู่ในระดับสูงอย่างสอดคล้องกัน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 93.48, 89.13 และ 95.65 มีการรับรู้ต่อปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับสูงตามลำดับ ไม่มีกลุ่มตัวอย่างรายใดมีคะแนนอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งบ่งชี้ถึง distributional compression รุนแรง สอดคล้องกับ ceiling effect ตามเกณฑ์ Terwee และคณะ[24] ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก (n = 92)

ตัวแปร	สูง n (%)	ปานกลาง n (%)	Mean (S.D.)	ร้อยละ คะแนน	ระดับ
ก. ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (เกณฑ์: สูง $\bar{x}$ = 3.67-5.00, ปานกลาง = 2.34-3.66, ต่ำ = 1.00-2.33)					
1. ความเชื่อและทัศนคติด้านสุขภาพ	87 (94.57)	5 (5.43)	4.41 (0.61)	-	สูง
2. การเข้าถึงบริการสุขภาพ	82 (89.13)	10 (10.87)	4.14 (0.63)	-	สูง
3. การสนับสนุนทางสังคม	84 (91.30)	8 (8.70)	4.31 (0.62)	-	สูง
4. การมีส่วนร่วมในชุมชน	90 (97.83)	2 (2.17)	4.49 (0.60)	-	สูง
5. วิถีชีวิตและประเพณีท้องถิ่น	85 (92.39)	7 (7.61)	4.38 (0.61)	-	สูง
รวมปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม	**86 (93.48)**	**6 (6.52)**	**4.35 (0.55)**	-	สูง
ข. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (เกณฑ์: สูง ≥ ร้อยละ 80, ปานกลาง ร้อยละ 60-79, ต่ำ < ร้อยละ 60)[a]					
1. การเข้าถึงข้อมูล (10 ข้อ)	85 (92.39)	7 (7.61)	44.2 (2.9)	88.4	สูง
2. การเข้าใจข้อมูล (10 ข้อ)	78 (84.78)	14 (15.22)	43.1 (3.0)	86.2	สูง
3. การไต่ถามเพื่อประเมินข้อมูล (5 ข้อ)	80 (86.96)	12 (13.04)	21.5 (1.5)	86	สูง
4. การตัดสินใจ (5 ข้อ)	84 (91.30)	8 (8.70)	21.9 (1.4)	87.6	สูง
5. การนำความรู้ไปใช้ (5 ข้อ)	86 (93.48)	6 (6.52)	22.4 (1.3)	89.6	สูง
6. การสนับสนุนชุมชน (5 ข้อ)	84 (91.30)	8 (8.70)	21.95 (1.4)	87.8	สูง
รวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ	**82 (89.13)**	**10 (10.87)**	**175.9 (10.0)**	**87.95**	สูง

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.281580

ตัวแปร	สูง n (%)	ปานกลาง n (%)	Mean (S.D.)	ร้อยละ คะแนน	ระดับ
ค. พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก (เกณฑ์: สูง $\bar{x}$ = 3.67-5.00, ปานกลาง = 2.34-3.66, ต่ำ = 1.00-2.33)[b]					
1. การสำรวจและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย	87 (94.57)	5 (5.43)	4.45 (0.52)	-	สูง
2. การให้ความรู้แก่ประชาชน	91 (98.91)	1 (1.09)	4.51 (0.53)	-	สูง
3. การประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุข	85 (92.39)	7 (7.61)	4.39 (0.59)	-	สูง
รวมพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก	**88 (95.65)**	**4 (4.35)**	**4.45 (0.50)**	**89**	สูง

a Mean ในส่วน ข รายงานเป็น raw score ตามจำนวนข้อของแต่ละด้าน (10/10/5/5/5/5 ข้อ) ส่วน ก และ ค รายงานในหน่วย Likert (1-5)

b Skewness/Kurtosis ของตัวแปรหลัก: ปัจจัยทางสังคมฯ (-1.24/2.18), ความรอบรู้ฯ (-1.31/2.47), พฤติกรรมฯ (-1.43/2.89)

ผลการวิเคราะห์เชิงอนุมาน

ผลการวิเคราะห์หลัก: ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมทั้ง 5 ด้านไม่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($F(5, 86) = 0.288$, $R^2 = 0.017$, Adjusted $R^2 = -0.040$, p-value = 0.919) ซึ่งค่า Adjusted R^2 ที่เป็นลบบ่งชี้ว่าแบบจำลองมีประสิทธิภาพต่ำกว่าการใช้เฉพาะค่าเฉลี่ย ยืนยัน Null Findings ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรค (r = 0.011, p-value = 0.917) Sensitivity Analysis 18 คู่ พบว่า ไม่มีคู่ใดมีนัยสำคัญ (p-value > 0.05 ทุกคู่) ดังแสดงในตารางที่ 3ก–3ค

ตารางที่ 3ก Multiple Linear Regression: ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ (n = 92)

ตัวแปรทำนาย	B	95% CI	SE	β	t	p-value
(ค่าคงที่)	3.999	3.293-4.705	0.35	-	11.31	< 0.001
1. ความเชื่อและทัศนคติด้านสุขภาพ	0.096	- 0.085-0.277	0.09	0.113	1.056	0.294
2. การเข้าถึงบริการสุขภาพ	0.003	- 0.152-0.158	0.08	0.004	0.038	0.97
3. การสนับสนุนทางสังคม	-0.06	- 0.218-0.092	0.08	- 0.09	- 0.812	0.419
4. การมีส่วนร่วมในชุมชน	0.057	- 0.116-0.230	0.09	0.072	0.655	0.514
5. วิถีชีวิตและประเพณีท้องถิ่น	0.006	- 0.145-0.157	0.08	0.008	0.082	0.935

Model Summary: R = 0.129, $R^2 = 0.017$, Adjusted $R^2 = -0.040$, $F(5, 86) = 0.288$, p = .919 | VIF = 1.12-1.87 | Durbin-Watson = 1.94 (23) | Post-hoc power (G*Power 3.1.9.7, $f^2 = 0.017$, n = 92, k = 5, $\alpha = .05$) = 13.2%

Sensitivity analysis (เพิ่ม covariates: ระยะเวลา อสม. และจำนวนครั้งอบรม): $F(7, 84) = 0.301$, $R^2 = 0.025$, p-value = 0.952 — Null Findings ไม่เปลี่ยนแปลง

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.281580

ตารางที่ 3ข Pearson's r: ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก (n = 92)

องค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ	r	95% CI ของ r	p-value
1. การเข้าถึงข้อมูล	- 0.063	- 0.261–0.139	0.552
2. การเข้าใจข้อมูล	- 0.011	- 0.215–0.193	0.917
3. การไต่ถามเพื่อประเมินข้อมูล	0.011	- 0.193–0.215	0.919
4. การตัดสินใจ	0.005	- 0.200–0.209	0.965
5. การนำความรู้ไปใช้	0.016	- 0.189–0.220	0.883
6. การสนับสนุนชุมชน	0.019	- 0.186–0.223	0.861
รวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ	**0.011**	**- 0.193–0.215**	**0.917**

Post-hoc power (G*Power 3.1.9.7, r = 0.011, n = 92, α = .05) = 5.1%

ตารางที่ 3ค Sensitivity Analysis: r (p) ความรอบรู้ฯ รายด้าน × พฤติกรรมฯ รายด้าน (n = 92)

องค์ประกอบ ความรอบรู้ฯ	สำรวจ/กำจัด แหล่งเพาะพันธุ์ฯ	ให้ความรู้แก่ประชาชน	ประสานงาน หน่วยงานสาธารณสุข
1. การเข้าถึงข้อมูล	- 0.048 (0.649)	- 0.071 (0.502)	- 0.044 (0.677)
2. การเข้าใจข้อมูล	- 0.019 (0.858)	0.002 (0.982)	- 0.013 (0.903)
3. การไต่ถามฯ	0.027 (0.797)	0.014 (0.894)	- 0.003 (0.977)
4. การตัดสินใจ	0.011 (0.917)	0.003 (0.978)	0.001 (0.991)
5. การนำความรู้ไปใช้	0.021 (0.843)	0.008 (0.939)	0.018 (0.866)
6. การสนับสนุนชุมชน	0.025 (0.814)	0.017 (0.875)	0.013 (0.906)

หมายเหตุ: ไม่มีคู่ใดมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value < 0.05 ทั้ง 18 คู่การวิเคราะห์

อภิปรายผลการวิจัย

สรุปผลสำคัญ การวิจัยครั้งนี้พบผลการวิจัยที่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ (Null Findings) ที่สอดคล้องกัน 3 ประการ ซึ่งขัดแย้งกับสมมติฐานข้อที่ 1 และ 2 ที่ตั้งไว้: อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับสูงอย่างสม่ำเสมอ ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมไม่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ ($F(5, 86) = 0.288$, $R^2 = 0.017$, p-value = 0.919) และความรอบรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม (r = 0.011, p-value = 0.917) ความสอดคล้องของผลใน Sensitivity Analysis ทั้ง 18 คู่ ยืนยันความแข็งแกร่งของ Null Findings การตีความ Null Findings 3 กลไก

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.281580

กลไกที่ 1: ปรากฏการณ์เพดานคะแนน (Ceiling Effect) และการจำกัดพิสัยของข้อมูล (Range Restriction) ปรากฏการณ์ ceiling effect เกิดขึ้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนกระจุกตัวใกล้ค่าสูงสุด ทำให้ variance ลดลงจนไม่เพียงพอในการตรวจจับความสัมพันธ์ทางสถิติ ตามเกณฑ์ Terwee และคณะ[24] ที่กำหนดว่า ceiling effect มีนัยสำคัญเมื่อร้อยละ 15 ขึ้นไปมีคะแนนสูงสุด สอดคล้องกับ Cheng และคณะ[26] ที่ชี้ว่าการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มที่ผ่านการฝึกอบรมเฉพาะทางมักให้การกระจายแบบ negatively skewed

กลไกที่ 2: สมมติฐานพันธะบทบาทหน้าที่ (Role Obligation Hypothesis) ใน อสม. ที่มีบทบาทหน้าที่ชัดเจนและโครงสร้างการปฏิบัติงานเป็นระบบ พฤติกรรมถูกขับเคลื่อนโดยบรรทัดฐานทางอาชีพ (professional norms) และพันธะหน้าที่มากกว่าความรู้หรือทัศนคติส่วนบุคคล[27] สอดคล้องกับ Wongrith และคณะ[28] ที่พบว่า อสม. ปฏิบัติหน้าที่สม่ำเสมอในวิกฤต COVID-19 โดยอาศัยโครงสร้างการปฏิบัติงานเป็นหลัก

กลไกที่ 3: ความเป็นเนื้อเดียวกันของบริบทกลุ่มตัวอย่าง (Sample Context Homogeneity) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอยู่ในชุมชนเดียว มีบริบททางเศรษฐกิจและสังคมคล้ายคลึงกัน ทำให้ between-individual variance ต่ำมาก สอดคล้องกับหลักการของ Marmot และ Allen[15] ที่เสนอว่าปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพจะแสดงอิทธิพลชัดเจนที่สุดเมื่อมีความไม่เท่าเทียมระหว่างกลุ่มในระดับสูง

เปรียบเทียบกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง: ผลการวิจัยขัดแย้งกับ Saisanan Na Ayudhaya และคณะ[29] (Adjusted OR = 2.37, 95% CI = 1.54-3.65) ซึ่งศึกษาทั้ง อสม. และประชาชนทั่วไป (n = 568) ที่มี variance ของความรอบรู้สูงกว่ามาก ผลการวิจัยนี้เสนอว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้และพฤติกรรมอาจเป็น threshold effect ที่เมื่อความรอบรู้เกินระดับหนึ่งแล้ว ปัจจัยอื่นมีบทบาทสำคัญกว่า

ข้อจำกัดการวิจัย

(1) Cross-sectional design ไม่สรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้ (2) Observed power ร้อยละ 13.2 บ่งชี้ว่า Null Findings บางส่วนอาจเกิดจาก insufficient power ร่วมด้วย (3) ขอบเขตเฉพาะตำบลดงพยุง การนำผลไปอ้างอิงพื้นที่อื่นควรระมัดระวัง (4) Self-report อาจเกิด social desirability bias

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

การวิจัยในอนาคตควรออกแบบเป็นการศึกษาหลายพื้นที่ (Multi-site Study) ที่ครอบคลุมตำบลหรือจังหวัดที่มีระดับการพัฒนาศักยภาพ อสม. แตกต่างกัน เพื่อให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างมีความหลากหลายเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ โดยควรกำหนดขนาดตัวอย่างไม่น้อยกว่า 139 คน ($f^2 = 0.15$, power = 0.95) และเพิ่มตัวแปรด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การสนับสนุนจากองค์กร และบทบาทผู้นำชุมชน

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.281580

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งทุนภายนอก แหล่งทุนไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการออกแบบการวิจัย การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล การตีความผล หรือการตัดสินใจตีพิมพ์ ผู้วิจัยขอขอบคุณ อสม. ทุกท่านในตำบลดงพยุงและเจ้าหน้าที่ รพ.สต.บ้านดงพยุงที่อำนวยความสะดวก

เอกสารอ้างอิง

1. Bhatt S, Gething PW, Brady OJ, Messina JP, Farlow AW, Moyes CL, et al. The global distribution and burden of dengue. Nature 2013; 496(7446): 504-7. doi:10.1038/nature12060.
2. Bhatia S, Bansal D, Patil S, Pandya S. A retrospective study of climate change affecting dengue. Front Public Health 2022; 10: 884645. doi:10.3389/fpubh.2022.884645.
3. Wang Y, Zhao S, Wei Y, Li K, Jiang X, Li C. Impact of climate change on dengue fever epidemics in South and Southeast Asian settings: A modelling study. Infect Dis Model 2023; 8(3): 645-55. doi:10.1016/j.idm.2023.05.008.
4. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออก ประเทศไทย ปี 2565. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
5. Lim A, Ammatawiyanon L, Khurram H. Spatial occurrence-intensity modeling of dengue incidence in southernmost provinces of Thailand. PLoS Negl Trop Dis 2025; 19(7): e0013347. doi:10.1371/journal.pntd.0013347.
6. วิภาพร สิทธิสาตร์, และคณะ. สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วารสารควบคุมโรค 2565; 48(2): 217-29.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกและการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค จังหวัดกาฬสินธุ์. กาฬสินธุ์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์; 2565.
8. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. แนวทางการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
9. Suwanbamrung C, Le CN. Developing risk assessment criteria and predicting high- and low-dengue risk villages: Community participatory action research, Thailand. J Prim Care Community Health 2021; 12: 21501327211013298. doi:10.1177/21501327211013298.
10. Khanthavudh C, Grealish A, Tzouvara V, Leamy M. Healthcare in rural communities in Thailand: Role and mental health practices of village health volunteers. PLoS One 2025; 20(1): e0320559. doi:10.1371/journal.pone.0320559.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.281580

11. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int 2000; 15(3): 259-67. doi:10.1093/heapro/15.3.259.

12. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012; 12: 80. doi:10.1186/1471-2458-12-80.

13. สมจิตร์ ศรีสุข, และคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับประสิทธิภาพการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2564; 35(3): 78-92.

14. สุนิสา ชายเกลี้ยง, และคณะ. การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ชนบท: กรณีศึกษาจังหวัดสุรินทร์. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2565; 31(4): 825-38.

15. Marmot M, Allen JJ. Social determinants of health equity. Am J Public Health 2014; 104(S4): S517-9. doi:10.2105/AJPH.2014.302198.

16. Thongkham J, Kanrew K, Wongkumthi C. Health beliefs and housing environmental factors affecting dengue prevention in rural northern Thailand. J Public Health (Berl) 2025; doi:10.1007/s44155-025-00260-y.

17. นภาพร สังขรัตน์, วิไลวรรณ ทองเจริญ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2565; 36(2): 112-26.

18. Best JW. Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1977.

19. Anderson LW, Krathwohl DR, editors. A taxonomy for learning, teaching, and assessing: A revision of Bloom's taxonomy of educational objectives. New York: Longman; 2001.

20. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behav Res Methods 2009; 41(4): 1149-60. doi:10.3758/BRM.41.4.1149.

21. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum; 1988.

22. Israel GD. Determining sample size. Gainesville (FL): University of Florida Cooperative Extension Service; 2003.

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.281580

23. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. Multivariate data analysis. 7th ed. Upper Saddle River (NJ): Pearson Prentice Hall; 2010.

24. Terwee CB, Bot SDM, de Boer MR, van der Windt DAWM, Knol DL, Dekker J, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. J Clin Epidemiol 2007; 60(1): 34-42. doi:10.1016/j.jclinepi.2006.03.012.

25. Cohen J, Cohen P, West SG, Aiken LS. Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences. 3rd ed. Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum; 2003.

26. Cheng C, Elmer S, Batterham RW. Measuring health literacy to inform actions to address health inequities. J Public Health (Oxf) 2024; 46(4): e663-74. doi:10.1093/pubmed/fdad019.

27. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD. Health literacy: The solid facts. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013.

28. Wongrith P, Phongwiset S, Chariyalertsak S. Self-protective behaviors of village health volunteers in Thailand during COVID-19. BMC Prim Care 2024; 25(1): 46. doi:10.1186/s44245-024-00312-0.

29. Saisanan Na Ayudhaya W, Thanapop C, Wongrith P. Health literacy and preventive behaviors among village health volunteers and residents in upper southern Thailand. Soc Sci 2023; 12(7): 377. doi:10.3390/socsci12070377.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280899

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตราด

PERCEIVED SELF-EFFICACY AND SOCIAL SUPPORT ASSOCIATED WITH DENGUE FEVER PREVENTION AND CONTROL BEHAVIORS AMONG VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS IN TRAT PROVINCE

Received: March 12, 2025
Revised: July 18, 2026
Accepted: August 01, 2026

กานต์พิชชา เลิกดี[1], เอมอัชฌา วัฒนบุรานนท์[2], นิภา มหารัชพงศ์[2], ปาจรีย์ อับดุลลากาซิม[2*]

Kanpicha Lerkdee[1], Aim-utcha Wattanaburanon[2], Nipa Maharachpong[2], Pajaree Abdullakasim[2*]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตราด กลุ่มตัวอย่างจำนวน 431 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ และ Fisher's Exact test

ผลการศึกษา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับเพศและอายุ ($p\text{-value} < 0.05$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวมและทุกมิติ ได้แก่ มิติระดับความยาก มิติความมั่นใจ และมิติการแผ่ขยาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) นอกจากนี้ แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม รวมถึงการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนควบคู่กับการสนับสนุนทางสังคมของอสม. อาจช่วยเสริมสร้างประสิทธิภาพการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนได้

คำสำคัญ: การรับรู้สมรรถนะแห่งตน, แรงสนับสนุนทางสังคม, พฤติกรรม, การป้องกัน, ไข้เลือดออก, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

[1] หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
Master of Public Health Program, Faculty of Public Health, Burapha University
[2] คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
Faculty of Public Health, Burapha University
*Corresponding author E-mail: pajaree@go.buu.ac.th

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280899

Abstract

This cross-sectional survey aimed to examine the relationships between perceived self-efficacy, social support, and dengue fever prevention and control behaviors among Village Health Volunteers (VHVs) in Trat Province, Thailand. A total of 431 participants were selected using a multistage sampling method. Data were collected using a researcher-developed questionnaire. Descriptive statistics were used to summarize the data, while associations between variables were analyzed using the Chi-square test and Fisher's Exact test.

The results revealed that most VHVs had moderate levels of perceived self-efficacy, social support, and overall dengue fever prevention and control behaviors. Dengue fever prevention and control behaviors were significantly associated with gender and age (p-value < 0.05). Overall perceived self-efficacy and all three of its dimension magnitude, strength, and generality were significantly associated with dengue fever prevention and control behaviors (p-value < 0.05). Furthermore, overall social support, including emotional support, informational support, and instrumental support, was significantly associated with dengue fever prevention and control behaviors (p-value < 0.05).

These findings suggest that developing intervention programs to enhance VHVs' perceived self-efficacy together with strengthening social support may improve the effectiveness of dengue fever prevention and control in the community.

Keywords: Perceived self-efficacy, Social-support, Behaviors, Prevention, Dengue fever, Village health volunteers

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280899

บทนำ

โรคไข้เลือดออก (dengue fever) ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย แม้ว่าจะมีมาตรการเฝ้าระวังและควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงพบการระบาดซ้ำเป็นระยะ[1-2] โดยในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจำนวน 153,734 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 232.47 ต่อแสนประชากร และมีผู้เสียชีวิต 168 ราย สำหรับจังหวัดตราดพบผู้ป่วย 1,752 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 769.07 ต่อแสนประชากร และมีผู้เสียชีวิต 1 ราย[3] จังหวัดตราดเป็นพื้นที่ชายแดนที่มีการเคลื่อนย้ายประชากรอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออก และจำเป็นต้องอาศัยมาตรการป้องกันและควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพในระดับชุมชน[4]

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกำลังสำคัญในการเฝ้าระวังโรค การสื่อสารความเสี่ยง และการดำเนินกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่[5] อย่างไรก็ตาม ประสิทธิภาพการดำเนินงานของอสม.มิได้ขึ้นอยู่กับบทบาทหน้าที่เพียงอย่างเดียว แต่ยังเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านจิตสังคม โดยเฉพาะการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ซึ่งตามแนวคิดของ Bandura อธิบายว่า เป็นความเชื่อมั่นของบุคคลต่อความสามารถของตนในการปฏิบัติงานให้ประสบผลสำเร็จ ประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่ มิติระดับความยาก (Magnitude) มิติความมั่นใจ (Strength) และมิติการแผ่ขยาย (Generality) โดยบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงมักสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพมากกว่า[6-7] ดังนั้น การศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงมีความสำคัญต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน

นอกจากนี้ จากงานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติบทบาทด้านสุขภาพชุมชนและการส่งเสริมสุขภาพในหลายบริบท[8] ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981) ประกอบด้วยการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินคุณค่า และด้านทรัพยากรหรือสิ่งของ[9] ซึ่งการได้รับแรงสนับสนุนที่เหมาะสมจะช่วยให้บุคคลสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และช่วยส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอสม.ได้อย่างเหมาะสม

แม้ว่าจะมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของ อสม.ในหลายพื้นที่ แต่การศึกษาที่มุ่งเน้นความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ชายแดนยังมีจำกัด จังหวัดตราดซึ่งเป็นพื้นที่ชายแดนมีความเสี่ยงต่อการระบาดของโรคจากการเคลื่อนย้ายประชากรและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการแพร่พันธุ์ของยุงลาย[3] จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของ อสม.ในบริบทดังกล่าว เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับพัฒนาการดำเนินงานควบคุมโรคในระดับชุมชนอย่างยั่งยืน

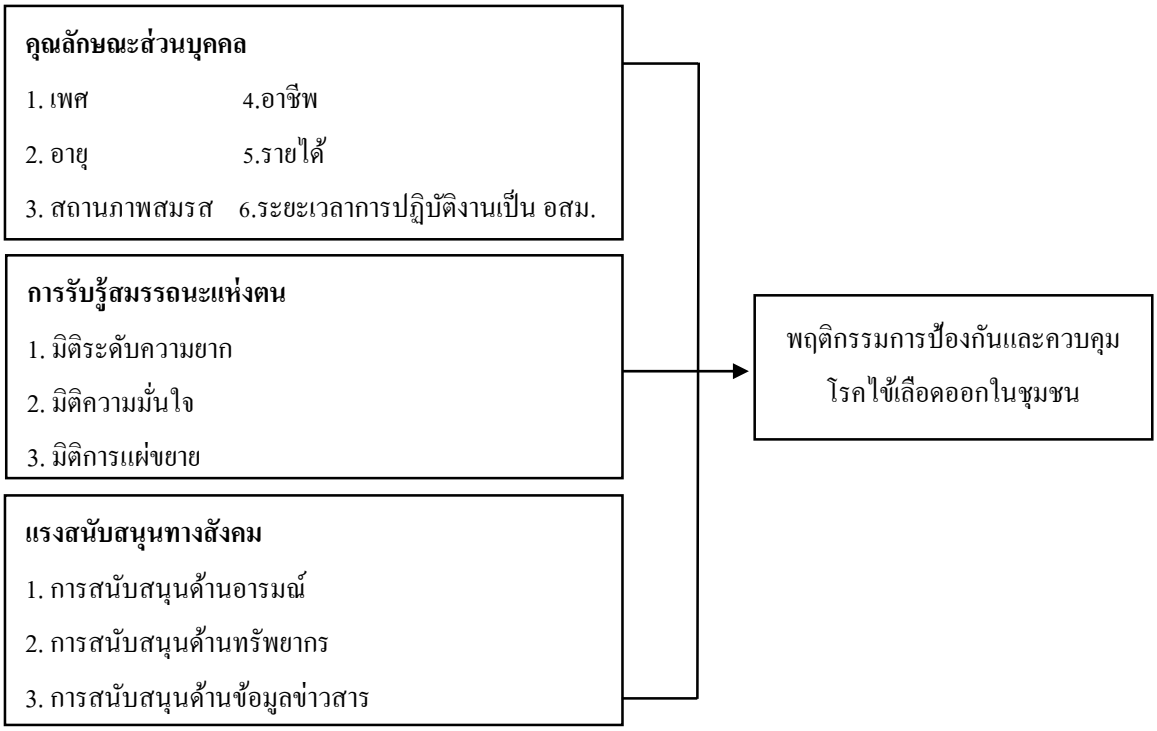
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280899

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนของ อสม. จังหวัดตราด

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนของ อสม. จังหวัดตราด

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนของ อสม. จังหวัดตราด

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280899

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ขึ้นทะเบียนเป็น อสม. และปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดตราด ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 และมีระยะเวลาปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 4,323 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ขึ้นทะเบียนเป็น อสม. และปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดตราด ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 และมีระยะเวลาปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Daniel (2010) ดังนี้

$$n = \frac{Nz^2\alpha/2\ P(1-P)}{(N-1)d^2+z^2\ \alpha/2\ P(1-P)}$$

$$n = \frac{4323(1.96)^2(0.3)(1-0.3)}{(4323-1)(0.05)^2+(1.96)^2(0.3)(1-0.3)}$$

$$n = 349 \text{ คน}$$

โดยที่ n = ขนาดตัวอย่าง

N = จำนวน อสม. ที่ขึ้นทะเบียน และปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดตราด ในปีงบประมาณพ.ศ. 2567

$\alpha/2$ = ค่ามาตรฐานภายใต้เส้นโค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 เท่ากับ 1.96

P = ค่าสัดส่วนของประชากร อสม. ที่มีพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกในชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง-ต่ำเท่ากับ 0.30[10]

d = ค่าความคาดเคลื่อนสูงสุดที่ยอมรับได้กำหนดเท่ากับ 0.05

จากการคำนวณจะได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 349 คน เพื่อความสมบูรณ์ของการได้มาซึ่งแบบสอบถาม เพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 431 คน การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling) โดยแบ่งชั้นภูมิตามอำเภอที่พบ และไม่พบผู้ป่วยไข้เลือดออกต่อเนื่อง 28 วัน จากนั้นสุ่มเลือกอำเภอด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย และแบ่งชั้นภูมิตามประเภทพื้นที่เป็นเขตเทศบาลและเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ก่อนสุ่มเลือกตำบลด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม.

ตอนที่ 2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบ่งเป็น 3 มิติ ได้แก่ มิติระดับความยาก มิติความมั่นใจ และมิติการแผ่ขยาย โดยใช้แบบสอบถามถามมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ มาก ปานกลาง น้อย เมื่อรวมคะแนนทั้ง 3 มิติ มีคะแนนอยู่ ระหว่าง 18-33 คะแนน โดยพิจารณาจากค่าเปอร์เซ็นไทล์

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280899

ที่ 25 และ 75 แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับดี (≥ 30 คะแนน) ระดับปานกลาง (28-29.9 คะแนน) และระดับต่ำ (< 28 คะแนน)

ตอนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคม แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร โดยใช้แบบสอบถามถามมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ มาก ปานกลาง น้อย เมื่อรวมคะแนนอยู่ระหว่าง 26-42 คะแนน โดยพิจารณาจากค่าเปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75 แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง (≥ 41 คะแนน) ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง (37-40.9 คะแนน) และได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ (< 37 คะแนน)

ตอนที่ 4 พฤติกรรมการป้องโรคและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนของ อสม. ได้แก่ ด้านที่ 1 พฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออก มีลักษณะข้อความที่ใช้วัดตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ถามเป็นความถี่ (สัปดาห์) ในการปฏิบัติต่อ 1 เดือน แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ทุกครั้ง (4 ครั้ง/เดือน) บ่อยครั้ง (3 ครั้ง/เดือน) บางครั้ง (2 ครั้ง/เดือน) น้อยครั้ง (1 ครั้ง/เดือน) และไม่ได้ปฏิบัติ/ไม่เคย ด้านที่ 2 พฤติกรรมการควบคุมไข้เลือดออก ลักษณะข้อความที่ใช้วัดตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ถามเป็นความถี่ (ครั้ง) ในการปฏิบัติต่อการเกิดหรือการระบาดของโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ที่รับผิดชอบ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ทุกครั้ง บางครั้ง และ ไม่ได้ปฏิบัติ เมื่อรวมคะแนนอยู่ระหว่าง 28-60 คะแนน โดยพิจารณาจากค่าเปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75 แบ่งเป็น 3 ระดับ ระดับดี (≥ 58 คะแนน) ระดับปานกลาง (49-57.9 คะแนน) และระดับต่ำ (< 49 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC คะแนนรวมมีค่า 0.83 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำแบบทดสอบมาหาค่าความเที่ยง โดยสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอรนบาค โดยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีค่า 0.702 แรงสนับสนุนทางสังคม 0.861 และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน มีค่า 0.895

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) และ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ด้วยสถิติ Chi-square และ Fisher's Exact Test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยการศึกษานี้ได้รับการรับรองฯ ตามหมายเลขใบรับรองที่ IRB3-037/2568 เมื่อวันที่ 31 มีนาคม 2568

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280899

ผลการวิจัย

จากการศึกษา พบว่า อสม. จำนวน 431 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ร้อยละ 83.8 มีอายุระหว่าง 40-59 ปี ร้อยละ 58 อายุเฉลี่ย 55.64 ปี โดยอายุต่ำสุดคือ 26 ปี และอายุมากที่สุดคือ 85 ปี มีสถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 62.4 ประกอบอาชีพส่วนใหญ่คือ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 32 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 60.1 และมีระยะเวลาปฏิบัติงานเป็น อสม.มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 63.3

ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน

ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.2 และพบว่า มิติระดับความยาก มิติความมั่นใจ และมิติแผ่ขยาย อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 58.9, 94.7 และ 61.5 ตามลำดับ

ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 43.2 และพบว่า ด้านอารมณ์ และด้านข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 41.3 และ 66.8 ตามลำดับ ด้านทรัพยากร อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 43.2

ระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยรวมมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.4 ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรค อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.3 และมีพฤติกรรมการควบคุมโรค อยู่ในระดับดี ร้อยละ 66.6 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม และ พฤติกรรมการป้องและควบคุมโรคไข้เลือดออก

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม และ พฤติกรรมการป้องและควบคุมโรคไข้เลือดออก	ระดับ		
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน			
มิติระดับความยาก	28 (6.5)	149 (34.6)	254 (58.9)
มิติความมั่นใจ	3 (0.7)	20 (4.6)	408 (94.7)
มิติการแผ่ขยาย	101 (23.4)	65 (15.1)	265 (61.5)
รวมทุกมิติ	113 (26.2)	199 (46.2)	119 (27.6)
$\bar{x}$ = 28.22 S.D. 2.24 Min = 18 Max = 33			
แรงสนับสนุนทางสังคม			
แรงสนับสนุนด้านอารมณ์	77 (17.9)	176 (40.8)	178 (41.3)
แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	66 (15.3)	77 (17.9)	288 (66.8)
แรงสนับสนุนด้านทรัพยากร	50 (11.6)	224 (52.0)	157 (36.4)
แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	98 (22.7)	186 (43.2)	147 (34.1)
$\bar{x}$ = 38.49 S.D. 3.52 Min = 26 Max = 42			

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280899

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม และ พฤติกรรมการป้องและควบคุมโรคไข้เลือดออก	ระดับ		
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
พฤติกรรมการป้องและควบคุมโรคไข้เลือดออก			
พฤติกรรมการป้องกันโรค	110 (25.5)	204 (47.3)	117 (27.1)
พฤติกรรมการควบคุมโรค	58 (13.5)	86 (20.0)	287 (66.6)
พฤติกรรมการป้องและควบคุมโรคโดยรวม	107 (24.8)	213 (49.4)	111 (25.8)
$\bar{x}$ = 52.29 S.D. = 5.99 Min = 28 Max = 60			

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน

เพศและอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ในขณะที่สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดังกล่าว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก			x^2	p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	ดี		
เพศ					
ชาย	17 (24.3)	27 (38.6)	26 (37.1)	6.209	0.045*
หญิง	90 (24.9)	186 (51.5)	85 (23.5)		
อายุ (ปี)					
20-39	10 (29.4)	21 (61.8)	3 (8.8)	10.772	0.029*
40-59	61 (24.4)	130 (52.0)	59 (23.6)		
60 ปีขึ้นไป	36 (24.5)	62 (42.2)	49 (33.3)		
สถานภาพสมรส					
โสด	13 (21.3)	35 (57.4)	13 (21.3)	3.109	0.540
สมรส/คู่	72 (26.8)	125 (46.5)	72 (26.8)		
หม้าย/หย่าร้าง/แยกอยู่	22 (21.8)	53 (52.5)	26 (25.7)		

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280899

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก			x^2	p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	ดี		
อาชีพ					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	17 (26.2)	31 (47.7)	17 (26.2)	4.546	0.805
รับจ้างทั่วไป	33 (23.9)	72 (52.2)	33 (23.9)		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	33 (23.9)	52 (46.8)	26 (23.4)		
เกษตรกร	23 (21.7)	52 (49.1)	31 (29.2)		
อื่นๆ	1 (9.1)	6 (54.5)	4 (36.4)		
รายได้ต่อเดือน					
น้อยกว่า 10,000 บาท	65 (25.1)	121 (46.7)	73 (28.82)	3.752	0.441
10,001-20,000 บาท	37 (24.7)	82 (54.7)	31 (20.7)		
มากกว่า 20,000 บาท	5 (22.7)	10 (45.5)	7 (31.8)		
ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม.					
น้อยกว่า 3 ปี	17 (35.4)	25 (52.1)	6 (12.5)	8.813	0.066
3-10 ปี	21 (19.4)	60 (55.6)	27 (25.0)		
มากกว่า 10 ปี	69 (25.0)	128 (46.5)	78 (28.4)		

* p-value < 0.05

การศึกษา พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนใน มิติระดับความยาก มิติความมั่นใจ และมิติการแผ่ขยาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดังกล่าว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตราด

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก		x^2	p-value
	ต่ำถึงปานกลาง	ดี		
มิติระดับความยาก				
ระดับต่ำถึงปานกลาง	113 (63.8)	64 (36.2)	17.002	< 0.001*
ระดับสูง	207 (81.5)	47 (18.5)		
มิติระดับความมั่นใจ				
ระดับต่ำถึงปานกลาง	23 (100)	0 (0.0)	8.428	0.001**
ระดับสูง	297 (72.8)	111 (27.2)		

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280899

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก		x^2	p-value
	ต่ำถึงปานกลาง	ดี		
มิติระดับการแผ่ขยาย				
ระดับต่ำถึงปานกลาง	140 (84.3)	26 (15.7)	14.379	< 0.001*
ระดับสูง	180 (67.9)	85 (32.1)		
รวมทุกมิติ				
ระดับต่ำถึงปานกลาง	218 (69.9)	94 (30.1)	11.307	0.001*
ระดับสูง	102 (85.7)	17 (14.3)		

*p-value < 0.05 **Fisher's Exact Test

การศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดังกล่าว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน

แรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน			x^2	p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	ดี		
แรงสนับสนุนด้านอารมณ์					
ระดับต่ำ	38 (49.4)	31 (40.3)	8 (10.4)	52.812	< 0.001*
ระดับปานกลาง	46 (26.1)	96 (54.5)	34 (19.3)		
ระดับสูง	23 (12.9)	86 (48.3)	69 (38.8)		
แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร					
ระดับต่ำ	31 (47.0)	30 (45.5)	5 (7.6)	46.751	< 0.001*
ระดับปานกลาง	24 (31.2)	46 (59.7)	7 (9.1)		
ระดับสูง	52 (18.1)	137 (47.6)	99 (34.4)		
แรงสนับสนุนด้านทรัพยากร					
ระดับต่ำ	32 (64.0)	17 (34.0)	1 (2.0)	113.751	< 0.001*
ระดับปานกลาง	62 (27.7)	130 (58.0)	32 (14.3)		
ระดับสูง	13 (8.3)	66 (42.0)	78 (49.7)		

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280899

แรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน			χ^2	p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	ดี		
แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม					
ระดับต่ำ	49 (50.0)	43 (43.9)	6 (6.1)	109.759	< 0.001*
ระดับปานกลาง	47 (25.3)	110 (59.1)	29 (15.6)		
ระดับสูง	11 (7.5)	60 (40.8)	76 (51.7)		

*p-value < 0.05

สรุปผลการวิจัย

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดตราด ส่วนใหญ่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง ขณะที่พฤติกรรมการควบคุมโรคอยู่ในระดับดี ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า เพศ อายุ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทั้งโดยรวมและทุกมิติ รวมทั้งแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งโดยรวมและทุกด้าน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดตราดมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ขณะที่มิติระดับความยาก (Magnitude) มิติความมั่นใจ (Strength) และมิติการแผ่ขยาย (Generality) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง สะท้อนว่า อสม.มีความเชื่อมั่นว่าสามารถปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เผชิญอุปสรรคในการปฏิบัติงาน และประยุกต์ประสบการณ์ที่มีไปใช้ในสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกันได้ ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura ที่อธิบายว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดการเลือกพฤติกรรม ความพยายาม และความคงทนต่ออุปสรรค โดยบุคคลที่มีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองจะมีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพมากกว่า[7]

แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะด้านทรัพยากรที่ยังอยู่ในระดับต่ำกว่าด้านอารมณ์และด้านข้อมูลข่าวสาร ซึ่งอาจสะท้อนข้อจำกัดด้านทรัพยากร งบประมาณ และการสนับสนุนจากหน่วยงานในบางพื้นที่ ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในช่วงที่ผ่านมา อาจส่งผลให้การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคขาดความต่อเนื่อง ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทนา จันทมุงคุณ และคณะ[10] ที่พบว่า การสนับสนุนด้าน

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280899

ทรัพยากรมีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของ อสม. แสดงให้เห็นว่า การเสริมสร้างการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังมีความสำคัญต่อการเพิ่มศักยภาพการดำเนินงานของ อสม.

พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ขณะที่พฤติกรรมด้านการควบคุมโรคอยู่ในระดับดี สะท้อนว่า อสม.สามารถปฏิบัติหน้าที่เมื่อเกิดสถานการณ์การระบาดได้อย่างเหมาะสม แต่การดำเนินงานเชิงป้องกันในภาวะปกติยังสามารถพัฒนาให้มีความต่อเนื่องมากขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ กวีวัฒน์ โพธิ์ศรีทอง[11] ที่รายงานว่าพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอสม.อยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชัยยุทธ ไชโย[12] ที่พบว่า อสม. มีบทบาทด้านการควบคุมการระบาดอยู่ในระดับสูง

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทั้งโดยรวมและทั้ง 3 มิติ ได้แก่ มิติระดับความยาก มิติความมั่นใจ และมิติการแผ่ขยาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า อสม.ที่มีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง มีแนวโน้มปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่องมากกว่า ทั้งนี้เนื่องจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตนช่วยส่งเสริมให้บุคคลกล้าตัดสินใจ ลงมือปฏิบัติ และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมแม้เผชิญอุปสรรค ผลการศึกษาสอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura[7] และการศึกษาของ กฤตยา แสวงผล และเอื้อญาติ ชูชื่น[13] ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

นอกจากนี้ แรงสนับสนุนทางสังคมทั้งด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนว่า การได้รับกำลังใจ คำแนะนำ ข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนทรัพยากรที่เพียงพอ มีส่วนช่วยส่งเสริมให้ อสม.สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สรวุฒิ เอี่ยมนุ้ย[14] พิมลกานต์ ติ๊บบุญศรี และวิราสิริร์ วสีวีรสิว์[15] ที่รายงานว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สำหรับจังหวัดตราดซึ่งเป็นพื้นที่ชายแดน การดำเนินงานของ อสม.อาจเผชิญข้อจำกัดด้านการเคลื่อนย้ายประชากร ความหลากหลายทางวัฒนธรรม ภาษา ทรัพยากร และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการแพร่พันธุ์ของยุงลาย ปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลต่อทั้งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติงานของ อสม. ทั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura ที่อธิบายว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์ความสำเร็จ การเรียนรู้จากผู้อื่น การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และสภาวะทางร่างกายและอารมณ์[16] ดังนั้น การพัฒนาศักยภาพ อสม.ควรดำเนินควบคู่กับการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งการสนับสนุนทรัพยากรที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับชุมชน

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280899

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง จึงไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้ และข้อมูลจากแบบสอบถามอาจได้รับอิทธิพลจากการประเมินตนเองของผู้ตอบ ดังนั้น การศึกษาครั้งต่อไปควรใช้การออกแบบการวิจัยเชิงทดลองหรือการติดตามระยะยาวเพื่อยืนยันผลลัพธ์เพิ่มเติม

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรมีการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ อสม.ในการป้องและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน เพื่อให้ อสม.ได้รับรู้สมรรถนะของตนเองและมั่นใจว่าตนเองสามารถทำได้ สู่การพัฒนาพฤติกรรมการป้องและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรมีการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ข่าวสาร และทรัพยากรต่างๆ ที่จำเป็นให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงานในการป้องและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนของ อสม.

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดตราดทุกท่าน ที่กรุณาสละเวลาและให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดียิ่ง รวมถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตราด สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทุกท่าน ที่กรุณาให้การสนับสนุน อำนวยความสะดวก และประสานงานการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่เป็นอย่างดียิ่ง จนทำให้การดำเนินการวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานโรคติดต่อนำโดยแมลง. คู่มือวิชาการโรคติดเชื้อเดงกีและโรคไข้เลือดออกเดงกีด้านการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2558.
2. นิกร ฮะเจริญ, มณฑิรา ยุติธรรม. โรคไข้เลือดออกกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ: การประเมินความเปราะบางและการปรับตัวทางด้านสุขภาพ. วารสารสภาการสาธารณสุข 2562; 1(1): 24-40.
3. กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด. สรุปรายงานสถานการณ์ไข้เลือดออกจังหวัดตราด [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 14 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก: http://www.trathealth.com/index.php?name=newsdhf&file=readnews&id=244
4. สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. แนวทางการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตเมือง. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2561.

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280899

5. ธวัชชัย ยืนยาว, เพ็ญนภา บุญเสริม, ปุริตา บุราศร. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2567; 29(1): 67-76.
6. Bandura A. Social foundation of action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1986.
7. Bandura A. Self - efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review 1977; 84(2): 191-215.
8. เตือนใจ ปาประโคน, วิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ 2556; 6(3): 31-38.
9. House, J. S. Work stress and social support. Orlando: Academic press; 1981.
10. นันทนา จันทมุงคุณ, ภูวสิทธิ์ ภูลวรรณ, จรินทร์ทิพย์ ชมชายผล. แรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2568; 11(4): 256-267.
11. กวีวัฒน์ โพธิ์ศรีทอง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของ อสม.ใน อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ 2568; 10(1): 675-680.
12. ชัยยุทธ ไชโย. ปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร. วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข 2568; 3(1): 202-216.
13. กฤตยา แสวงผล, เอื้อญาติ ชูชื่น. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารศรีนครินทรวิโรฒวิจัยและพัฒนา สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2562; 11(22): 1-12.
14. สรวุฒิ เอี่ยมนุ้ย. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด - 19 อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา 2564; 1(2): 75-90.
15. พิมลกานต์ ติ๊บบุญศรี, วิราสิริริ์ วสีวีรสิว์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2566; 9(3): 113-124.
16. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. Times Books: Henry Holt & Co; 1997.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.279368

นวัตกรรม “สายรัดสัมผัสสุข” ลดอาการปวดหลังในกลุ่มวัยผู้ใหญ่

THE INNOVATION OF THE ‘COMFORT TOUCH STRAP’ FOR ALLEVIATING BACK PAIN IN ADULTS

Received: February 02, 2025
Revised: August 01, 2026
Accepted: August 09, 2026

อาทิตยา แสนกิ่ว[1],ชัชวาล โคสมบูรณ์[2], ภิตินันท์ อัครอมรศักดิ์[2], กตัญชลี ศรีโคตร[2], อารดา นามถมทอง[3], วิราวรรณ ศรีเศษ[4], สาคร อินโท่โล่[1*]

Artitaya Saenkiew[1], Chatchawan Kosomboon[2], Phitinan Akkharaamonsak[2], Katanshali Srikhot[2], Arrada Nathomthong[3], Wirawan Sriset[4], Sakorn Intolo[1*]

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงกึ่งทดลองนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาผลการใช้นวัตกรรมสายรัดสัมผัสสุขต่อระดับความปวดหลังในผู้ใหญ่ก่อนและหลังการใช้ ผู้เข้าร่วมการวิจัยประกอบด้วยผู้ใหญ่ที่มีอาการปวดหลัง จำนวน 30 คน ซึ่งได้รับการคัดเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติ ด้วยการสุ่มแบบง่าย เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วยนวัตกรรมสายรัดสัมผัสสุข และแบบสอบถามประเมินความปวดมาตรฐาน ข้อมูลได้รับการวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบ t-test แบบจับคู่

ผลการวิจัย แสดงให้เห็นว่า คะแนนความปวดหลังเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างก่อนการใช้นวัตกรรมสายรัดสัมผัสสุขอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 5.43, S.D. = 1.04) หลังจากการใช้นวัตกรรม คะแนนความปวดเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญไปอยู่ในระดับเล็กน้อย ($\bar{X}$ = 2.60, S.D. = 0.67) การวิเคราะห์ทางสถิติแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของคะแนนความปวดหลังเฉลี่ยก่อนและหลังการใช้เข็มขัดที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (t = 12.51, p-value < 0.001, Cohen’s d = 2.284) ผลการวิจัยเหล่านี้บ่งชี้ว่าอาการปวดหลังลดลงอย่างมีนัยสำคัญหลังจากใช้นวัตกรรมสายรัดสัมผัสสุข นอกจากนี้ยังเป็นประโยชน์สำหรับการพัฒนาเพิ่มเติมในเชิงพาณิชย์ในอนาคต

คำสำคัญ: สายรัดสัมผัสสุข, ปวดหลัง,นวัตกรรม, วัยผู้ใหญ่, วิจัยกึ่งทดลอง

[1] วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
Boromarajonani College of Nursing, Khon Kean, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institut
[2] โรงพยาบาลขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น
Khon Kaen Hospital, Maung District, Khon Kaen province
[3] โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Maung District, Nakhon Ratchasima province
[4] โรงพยาบาลยางตลาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
Yangtalad Hospital, Yangtalad District, Kalasin province
*Corresponding author E-mail: sakorn@bcnkk.ac.th

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.279368

Abstract

This quasi-experimental study aimed to investigate the effects of using the “Comfort Touch Strap” innovation on back pain levels in adults before and after its application. The participants consisted of 3 0 adults with back pain, selected through purposive sampling based on eligibility criteria, followed by simple random assignment. The research instruments included the Sook-Sam-Phat strap innovation and a standardized pain assessment questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and a paired t-test.

The results demonstrated that the mean back pain score of the sample before using the innovation was at a moderate level ($\bar{X}$ = 5.43, S.D = 1.04). After utilizing the innovation, the mean pain score significantly decreased to a mild level ($\bar{X}$ = 2 .6 0 , S.D. = 0 .6 7). Statistical analysis revealed a significant difference in mean back pain scores before and after using the strap at the 0.05 significance level (t = 12.51, p-value < 0.001, Cohen’s d = 2.284). These findings indicate that back pain was significantly reduced after using the “Comfort Touch Strap” innovation. Furthermore, it is beneficial for further commercial development in the future.

Keywords: Comfort Touch Strap, Back pain, Innovation, Adults, Quasi-experimental study

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.279368

บทนำ

อาการปวดหลังเป็นปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่พบได้โดยทั่วไปในกลุ่มประชากรวัยผู้ใหญ่ อาการปวดหลังส่งผลต่อความลำบากในการเคลื่อนไหวร่างกายทำให้เกิดภาวะจำกัดความสามารถของร่างกาย (disability) และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนก่อให้เกิดความเครียดด้านจิตใจนำไปสู่การเกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้[1] อีกทั้งยังมีผลทำให้ผู้ที่มีอาการปวดหลังเรื้อรังต้องขาดงานหรือหยุดงานบ่อยทำให้กระทบต่อเศรษฐกิจในครอบครัว วัยผู้ใหญ่เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดปัญหาปวดหลังจากมีปัจจัยส่งเสริมการเกิดปัญหา คือ วัยผู้ใหญ่เป็นช่วงวัยของการทำงานประกอบอาชีพ เพื่อหารายได้ จึงมีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการทำงานที่ส่งผลต่อการเกิดอาการปวดหลังเรื้อรัง ไม่ว่าจะเป็นการยกของหนักเป็นเวลานานๆ ซึ่งทำให้เกิดการตึงและเกร็งกล้ามเนื้อหลังมากเกินไป[2] การอยู่ในท่าทางหรืออิริยาบถที่ไม่ถูกต้องเป็นเวลานาน เช่น นั่งทำงานนานหลายชั่วโมงหน้าเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยที่หลังไม่พิงพนักเก้าอี้ นั่งทำงานนานๆ โดยไม่มีการลุกขยับเคลื่อนไหวร่างกาย[3] นอกจากนี้ การขาดการออกกำลังกายร่วมกับการมีน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์มาตรฐาน และวิถีชีวิตที่ไม่กระฉับกระเฉงยังถือเป็นมูลเหตุส่งเสริมให้เกิดอาการปวดหลังเรื้อรังได้

เมื่อกลุ่มวัยผู้ใหญ่เกิดอาการปวดหลังหากไม่ได้รับการบรรเทาอาการให้ดีขึ้น ย่อมส่งผลให้อาการปวดรบกวนวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันได้[3] หากปล่อยไว้นานอาการปวดที่เกิดขึ้นอาจส่งผลทำให้ระบบฮอร์โมนระบบหัวใจและหลอดเลือดทำงานผิดปกติได้[4] และอาจนำไปสู่การเกิดปัญหาภาวะทุพพลภาพ (disability) ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการทำงานและคุณภาพชีวิต[5] จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การบรรเทาอาการปวดหลังที่สำคัญคือ การนวด ซึ่งมีหลายวิธี เช่น การนวดตนเอง การให้ผู้อื่นนวด การนวดรักษาโดยบุคลากรทางด้านการแพทย์แผนไทย แต่พบปัญหาคือ การนวดตนเองหรือการให้บุคคลอื่นนวดให้อาจทำได้เพียงชั่วคราว การเข้ารับบริการจากด้านการแพทย์แผนไทยหรือการรับประทานยา ต้องเสียเวลาและมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น

นอกจากการนวดแล้วยังพบว่า มีการพัฒนานวัตกรรมที่ใช้ประยุกต์ใช้หลักการนวดเพื่อบรรเทาอาการปวดหลัง เช่น การใช้ลูกตีนเป็ดในการกดจุดที่เป็นออฟฟิตซินโดรมซึ่งทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลายและกระตุ้นระบบไหลเวียนโลหิตบริเวณที่มีอาการปวด[5] การประยุกต์ใช้กะลามะพร้าวมาทำเป็นหมอนหนุนเพื่อบรรเทาอาการปวด กล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล[6] จากนวัตกรรมดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการกดนวดบริเวณที่มีอาการจะช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อและกระตุ้นการไหลเวียนดีขึ้นลดอาการปวดได้ อย่างไรก็ตามยังพบว่า มีข้อจำกัดของนวัตกรรม คือ นวัตกรรมไม่สามารถใช้ได้ในทุกเวลา การใช้นวัตกรรมผู้ใช้จะต้องหยุดกิจกรรมที่กำลังทำอยู่ในขณะใช้นวัตกรรม ผู้วิจัยจึงมีความสนใจประยุกต์แนวคิดการนวดกดจุดเพื่อลดอาการปวดมาเป็นแนวทางการพัฒนานวัตกรรม “สายรัดสัมผัสสุข” ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการนวดโดยใช้แรงกดตามจุดสำคัญที่มีอาการปวดของการนวดแผนไทย[7] โดยที่ นวัตกรรม “สายรัดสัมผัสสุข” ที่พัฒนาขึ้นต้องไม่มีข้อจำกัดในการใช้ โดยที่ผู้ใช้นวัตกรรม

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.279368

สามารถใช้นวัตกรรมควบคู่ไปกับการทำกิจกรรมอื่นๆ ได้ การออกแบบนวัตกรรมครั้งนี้จึงเป็นการประยุกต์ใช้เครื่องนวดไฟฟ้าระบบสั่นขนาดเล็กร่วมกับการออกแบบเป็นสายรัดเพื่อให้สามารถใช้แรงกดผ่านสายรัดเพื่อให้เครื่องสามารถทำงานได้โดยผ่านแรงกดของสายรัดซึ่งช่วยทุ่นแรงผู้ใช้เครื่องนวด ผู้ใช้นวัตกรรมไม่ต้องเสียเวลาในการจับเครื่องนวดตลอดเวลาและยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือภารกิจอื่นๆ ในขณะที่ใช้เครื่องได้ นวัตกรรม “สายรัดสัมผัสสุข” ที่พัฒนาขึ้นจากกระบวนการวิจัยครั้งนี้จะช่วยบรรเทาอาการปวดหลังในวัยผู้ใหญ่และลดค่าใช้จ่ายในการแก้ไขปัญหาอาการปวดหลัง ซึ่งจะเป็นทางเลือกในการแก้ไขปัญหาอาการปวดหลังได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการใช้นวัตกรรม “สายรัด สัมผัสสุข” ต่อระดับอาการปวดหลังของวัยผู้ใหญ่ก่อนและหลังการใช้นวัตกรรม

แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎี เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แนวคิดการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ ทฤษฎีการสั่นสะเทือนกล้ามเนื้อ[8] การสั่นสะเทือนสามารถช่วยให้กล้ามเนื้อเกิดการผ่อนคลายได้โดยลดความตึงเครียดในกล้ามเนื้อ การสั่นสะเทือนช่วยส่งผลให้เส้นประสาทที่เชื่อมต่อกับกล้ามเนื้อทำงานได้ดีขึ้น ทำให้ลดแรงกดที่เกิดขึ้นกับเส้นประสาท ซึ่งการลดแรงกดนี้ส่งผลให้การส่งสัญญาณความเจ็บปวดไปยังสมองลดลง ทำให้รู้สึกบรรเทาความเจ็บปวด นอกจากนี้ยังส่งผลต่อการประสานงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ทำให้การเคลื่อนไหวมีความสมดุลมากขึ้นและลดโอกาสในการเกิดการบาดเจ็บ การสั่นสะเทือนยังช่วยเสริมความสามารถในการฟื้นตัวของกล้ามเนื้อที่ได้รับบาดเจ็บหรือล้า โดยกระตุ้นการหมุนเวียนของของเหลวในกล้ามเนื้อ เช่น น้ำเหลือง และเพิ่มปริมาณเลือดที่ไปหล่อเลี้ยงกล้ามเนื้อ ช่วยฟื้นฟูเนื้อเยื่อและทำให้กล้ามเนื้อทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One Group Pretest-Posttest Design) กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มวัยผู้ใหญ่ที่มีอาการปวดหลัง จำนวน 30 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์สมบัติแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้ที่เข้ามาติดต่อในชุมชน จากนั้นดำเนินการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีจับสลากแบบไม่ทดแทน เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยตามจำนวนที่กำหนด โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ (1) วัยผู้ใหญ่ทั้งเพศหญิงและเพศชาย มีภูมิลำเนาในชุมชนแห่งหนึ่งในอำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัด

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.279368

ขอนแก่น (2) มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป (3) มีอาการปวดหลังในระดับเล็กน้อยถึงระดับรุนแรง (คะแนนความปวดตั้งแต่ 1-10 คะแนน) (4) ไม่มีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ (5) ไม่มีบาดแผลบริเวณบ่าและหลัง (6) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยตามระยะเวลาที่กำหนดโดยลงนามยินยอมเข้าร่วม เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครออกจากงานวิจัย ได้แก่ (1) ผู้ที่มีอาการปวดจากสาเหตุของอุบัติเหตุหรือความผิดปกติของสมอง (2) ผู้ที่มีแผลที่หลัง ผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง หลัง และบริเวณลำตัว (3) ผู้ที่มีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และ (4) ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยตามระยะเวลาที่กำหนดได้

ดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยในชุมชนแห่งหนึ่ง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ระหว่างเดือนตุลาคม-เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567

การกำหนดขนาดตัวอย่าง การคำนวณขนาดตัวอย่างผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* power 3.1 กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ระดับอำนาจการทดสอบ (level of power) ที่ 0.95 และค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ 0. 35 จากการทบทวนวรรณกรรม ได้จำนวนตัวอย่างเท่ากับ 30 คน และทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) ในการเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย เครื่องมือในการทดลอง คือ นวัตกรรมสายรัดสัมผัสสุข ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาโดยใช้กระบวนการ PDCA[9] มีขั้นตอนพอสังเขป ดังนี้

1. การวางแผน (Plan; P) ผู้วิจัยวางแผนการทำงานในแต่ละขั้นตอน ตั้งแต่การออกแบบ การผลิต และการทดสอบ โดยการพัฒนานวัตกรรมนี้เป็นการพัฒนาต่อยอดจากสินค้าออนไลน์ที่ขายในแอปพลิเคชัน shopee คือ เครื่องนวดไฟฟ้าระบบสั่นขนาดเล็ก ผ้ายืดขนาด 3X40 นิ้ว ไม่บางเกินไปและตีนตุ๊กแก ขนาด 2 นิ้ว โดยตัวเครื่องนวดไฟฟ้าระบบสั่นขนาดเล็ก ทำงานด้วยมอเตอร์กระแสตรงขนาด 5 โวลต์ กำลังไฟ 1.5 วัตต์ ควบคุมความถี่การสั่นคงที่ที่ระดับ 40-60 Hz และขับเคลื่อนด้วยพลังงานจากแบตเตอรี่ชนิดชาร์จซ้ำได้ผ่านพอร์ต USB ด้านมาตรฐานความปลอดภัย อุปกรณ์ได้รับการบุนวมด้วยใยสังเคราะห์หนา 1 เซนติเมตร เพื่อป้องกันแรงกดที่มากเกินไปและการระคายเคืองผิวหนัง โดยโครงสร้างไม่มีชิ้นส่วนนำไฟฟ้าสัมผัสกับผิวหนังของผู้ใช้โดยตรงเพื่อป้องกันกระแสไฟฟ้ารั่ว

2. การปฏิบัติ (Do; D) ผู้วิจัยออกแบบลักษณะของสายรัดที่รัดตามลำตัว โดยใช้ผ้ายืนส์ยืด และสายรัดที่ใช้ในการ เปิดเครื่อง โดยสายรัดที่ใช้รัดกระชับส่วนที่จะนวด มีขนาด 3 นิ้ว x 40 นิ้ว และสายสำหรับรัดเพื่อกดปุ่มนวดของเครื่องนวด ขนาด 4 x 2 นิ้ว

2.1 เจาะตรงกลางสายรัดเป็นแนวยาวตามแนวของผ้า เพื่อทำให้มีลักษณะคล้าย กระดุมเพื่อยึดเครื่องนวด และให้สามารถนำผ้ายืดไปซักทำความสะอาดได้ และนำเครื่องไปดูแลได้

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.279368

2.2. นำใยสังเคราะห์ มาใส่ด้านในผ้า แล้วเย็บติดกับผ้ายืด และนำตีนตุ๊กแกมาเย็บกับผ้าเพื่อเป็นตัวยึดให้เครื่องนวดกระชับไม่ให้เคลื่อนที่ โดยเย็บยึดกับสายรัดเพื่อกดปุ่มนวดของเครื่องนวด

2.3นำนวัตกรรมไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเพื่อให้ข้อเสนอแนะ ก่อนนำมาทดลองใช้

3. การติดตามและประเมินผล (Check; C) โดยผู้วิจัยตรวจสอบเครื่องและการรัด โดยประเมินตำแหน่งที่ปวดและเลือกวางเครื่องนวดตรงตามตำแหน่งการนวดของแพทย์แผนไทย และเปิดการทำงานของเครื่องโดยพาดสายสำหรับรัดเพื่อกดปุ่มนวดของเครื่องนวดทับส่วนบนของเครื่องนวดและติดให้เครื่องนวดมีความกระชับ ทดลองใช้กับกลุ่มวัยทำงาน และประเมินผล และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงพัฒนา

4. การปรับปรุง (Action; A) โดยนำผลการประเมินไปปรับปรุงพัฒนานวัตกรรมเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามประสงค์ คือ นวัตกรรมที่ช่วยลดอาการปวดหลังในวัยผู้ใหญ่

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบประเมินความปวด ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ และ แบบประเมินความปวด Numeric Rating Scale (NRS) ระดับอาการปวดเรียงจากปวดเล็กน้อยไปปวดระดับรุนแรง 1-10 คะแนน ตามลำดับ [10] ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่มีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นสูงในการประเมินความปวดทางคลินิก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำผลงานนวัตกรรมที่พัฒนาเสร็จและเครื่องมือ ในการวัด ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรง (IOC) ทั้งหมด 3 ท่าน โดยเป็นอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่ จำนวน 2 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนานวัตกรรม จำนวน 1 คน ได้ค่าคะแนนความเที่ยงตรง (IOC) ระหว่าง 0.67-1.00 สำหรับแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มวัยผู้ใหญ่ที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟ่า (Cronbach’s alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.83

การเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยภายหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น หมายเลขเอกสาร รับรองเลขที่ IRB-BCNKK-22-2024 ก่อนที่จะทำการเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างได้รับการอธิบายให้เข้าใจในวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนและระยะเวลาการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และการนำข้อมูลไปใช้ ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวม ไม่เปิดเผยชื่อและสกุล กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบแบบสอบถามได้ตามความจริงโดยไม่เกิดผลกระทบต่อการรับบริการที่สถานบริการมีสิทธิที่ตอบรับ ปฏิเสธ หรือออกจากการวิจัยได้ตามที่ต้องการโดยไม่เกิดผลเสียหายต่อกลุ่มตัวอย่างซึ่งเมื่อกลุ่มตัวอย่างตกลงเข้าร่วมการวิจัยและเซ็นชื่อในหนังสือยินยอม โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.279368

1. ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยขั้นตอนและรายละเอียดวิธีการเก็บข้อมูลรวมถึงการรักษาความลับ และประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ ก่อนให้กลุ่มตัวอย่าง เซ็นใบยินยอมด้วยความสมัครใจ

2. ผู้วิจัยทำการประเมินข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ จากนั้นประเมินอาการปวดหลังของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนใช้นวัตกรรมลดอาการปวดหลัง

3. ผู้วิจัยแนะนำวิธีการใช้นวัตกรรม และสาธิตการใช้นวัตกรรม “สายรัดสัมผัสสุข” แก่กลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างทดลองใช้นวัตกรรมเป็นระยะเวลา 3 วัน โดยชี้แจงเกี่ยวกับระยะเวลาในการใช้แต่ละครั้ง 15 นาที ในช่วงเวลาที่มีอาการปวดหลัง วันละ 3 ครั้ง คือ ช่วงเช้าระหว่างวันในช่วงที่ทำงานและมีอาการปวด และช่วงเย็นก่อนนอน

4. เมื่อครบระยะเวลา 3 วัน ผู้วิจัยประเมินอาการปวดหลังของกลุ่มตัวอย่างหลังใช้นวัตกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ เปอร์เซ็นต์ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความปวดก่อนและหลังการใช้นวัตกรรม โดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test)

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 76.67 และเป็นเพศชายร้อยละ 23.33 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 25-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.67 รองลงมาคือช่วงอายุ 36-45 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.67 และ46-55 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.33 ส่วนช่วงอายุมากกว่า 55 ปี มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 3.33 ค่าดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาคือ ระดับท้วม คิดเป็นร้อยละ 40 และระดับอ้วนมีจำนวนน้อยสุด คิดเป็นร้อยละ 10 ลักษณะการทำงาน (ท่าทาง) ส่วนใหญ่จะเป็นประเภทนั่งทำงาน คิดเป็นร้อยละ 56.67 รองลงมาคือ ประเภทยืนทำงาน คิดเป็นร้อยละ 43.33 ชั่วโมงการทำงานส่วนใหญ่มากกว่า 8 ชั่วโมงคิดเป็นร้อยละ 53.33 รองลงมาคือ น้อยกว่า 8 ชั่วโมง คิดเป็น 46.67 ลักษณะของกิจกรรมในงานที่ทำเป็นประจำส่วนใหญ่จะเป็นก้มๆ เงยๆ คิดเป็นร้อยละ 53.33 รองลงมาคือ นั่งท่าเดิมนานๆ คิดเป็น 33.33 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จะเป็นระดับปริญญาหรือสูงกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 76.67 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 20 การออกกำลังกายส่วนใหญ่จะเป็นการออกกำลังกาย 1 วัน/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 33.33 รองลงมาคือ ไม่ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 26.67 ดังตารางที่ 1

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.279368

ตารางที่ 1 ความถี่ ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง (n = 30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	7	23.33
หญิง	23	76.67
2. อายุ (ปี)		
25-35	14	46.67
36-45	8	26.67
46-55	7	23.33
มากว่า 55	1	3.33
3. ดัชนีมวลกาย (Kg/m2)		
< 15.5 (ผอม)	0	0
15.5-22.9 (ปกติ)	15	50
23.0-24.9 (ท้วม)	12	40
> 25 (อ้วน)	3	10
4. อาชีพ		
นักเรียน/นักศึกษา	10	33.33
เกษตรกรรม	0	0
ค้าขาย	0	0
รับจ้าง	13	43.34
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	7	23.33
5. ลักษณะการทำงาน (ท่าทาง)		
ประเภทนั่งทำงาน	17	56.67
ประเภทยืนทำงาน	13	43.33
6. ชั่วโมงการทำงาน		
น้อยกว่า 8 ชั่วโมง	14	46.67
มากกว่า 8 ชั่วโมง	16	53.33
7. ลักษณะของกิจกรรมในงานที่ทำเป็นประจำ		
ก้มๆ เงยๆ	16	53.33
นั่งท่าเดิมนานๆ	10	33.33
ยก/แบก/เคลื่อนย้ายสิ่งของที่มีน้ำหนัก	2	6.67
ใส่ส้นสูง	0	0
เดินบ่อย	2	6.67

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.279368

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
8. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	0	0
ประถมศึกษา	0	0
มัธยมศึกษา	6	20
อนุปริญญา	1	3.33
ปริญญาหรือสูงกว่าปริญญาตรี	23	76.67
9. การออกกำลังกาย		
ไม่ออกกำลังกาย	8	26.67
ออกกำลังกาย 1 วัน/สัปดาห์	10	33.33
ออกกำลังกาย 2 วันต่อสัปดาห์	6	20
ออกกำลังกาย 3 วัน/สัปดาห์	6	20

ผลการประเมินความปวดก่อนและหลังการใช้นวัตกรรม

จากการประเมินความปวดก่อนและหลังการใช้นวัตกรรมสายรัดสัมผัสสุข พบว่า ก่อนใช้นวัตกรรมฯ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการปวดหลังระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 75 และปวดหลังในระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 25 ซึ่งสอดคล้องกับเกณฑ์คัดเข้าที่ครอบคลุมผู้มีอาการปวดทุกระดับความรุนแรง คะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 5.43, S.D. = 1.04) และหลังการใช้นวัตกรรมฯ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการปวดหลังระดับเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 95 และปวดหลังในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 5 คะแนน เฉลี่ยอาการปวดหลังอยู่ในระดับเล็กน้อย (Mean= 2.60, S.D. = 0.67) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความปวดหลังของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้นวัตกรรมสายรัดสัมผัสสุข (n = 30)

ระดับความปวดหลัง	ก่อนใช้		หลังใช้	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความปวดหลังจากการใช้นวัตกรรม				
0 คะแนน ไม่ปวดเลย	-	-	-	-
1 คะแนน ปวดเล็กน้อย	-	-	2	10
2 คะแนน ปวดเล็กน้อย	-	-	9	30
3 คะแนน ปวดเล็กน้อย	-	-	18	55
4 คะแนน ปวดปานกลาง	7	25	1	5
5 คะแนน ปวดปานกลาง	8	30	-	-

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.279368

ระดับความปวดหลัง	ก่อนใช้		หลังใช้	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
6 คะแนน ปวดปานกลาง	10	20	-	-
7 คะแนน ปวดรุนแรง	5	25	-	-
8 คะแนน ปวดรุนแรง	-	-	-	-
9 คะแนน ปวดรุนแรง	-	-	-	-
10 คะแนน ปวดรุนแรง	-	-	-	-
	Mean = 5.43, S.D. = 1.04		Mean = 2.60, S.D. = 0.67	

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความปวดหลังของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้นวัตกรรมก่อนการใช้นวัตกรรมค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด ของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 5.43 การแปลผลอยู่ในระดับปานกลาง หลังใช้นวัตกรรมค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด จากการประเมินอาการปวดหลังของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 2.60 การแปลผลอยู่ในระดับเล็กน้อย เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของอาการปวดหลังทั้ง 2 ระยะเทียบกัน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย (Mean) ระดับความปวดหลังของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้นวัตกรรม สายรัดสัมผัสสุข (n = 30)

ระดับความปวดหลัง	n	Mean	S.D.	95% CI of Diff.	t	p-value	Effect Size (Cohen's d)
ก่อนทดลอง	30	5.43	1.04	[2.37, 3.29]	12.51	<0.001*	2.284
หลังทดลอง	30	2.60	0.67				

*p-value < 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของ ธีรศักดิ์ พาจันทร์ และคณะ (2563) ที่พบอาการปวดหลังส่วนล่างมากในเพศหญิง[11] โดยเพศหญิงในวัยทำงานมักจะนั่งทำงานในสำนักงาน การเคลื่อนไหวร่างกายน้อย ย่อมส่งผลให้เกิดอาการปวดหลังได้ อีกทั้งส่วนใหญ่ชั่วโมงการทำงานส่วนใหญ่มากกว่า 8 ชั่วโมง สะท้อนถึงการมีพฤติกรรมการนั่งทำงานเป็นเวลาต่อเนื่องนานๆ และยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างบางส่วนประกอบอาชีพที่มีลักษณะการยืนนานๆ ลักษณะของกิจกรรมในงานที่ทำเป็นประจำส่วนใหญ่จะเป็นก้มๆเงยๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิญญา ยุทธชาวิทย์ และคณะ (2564)[12] ในประเด็นการเดินหรือยืนเป็นเวลานานที่ส่งผลให้เกิด

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.279368

อาการปวดหลัง นอกจากนี้ส่วนใหญ่มีการออกกลังกายค่อนข้างน้อยซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดอาการปวดหลังได้ เนื่องจากหากมีการออกกำลังกายร่างกายจะมีการหลั่งสารเอนดอร์ฟินจากสมองและไขสันหลังไปที่กระดูกหมอนรองกระดูกและกล้ามเนื้อช่วยให้ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อและมีความทนทานต่อความปวดได้ การออกกำลังกายสม่ำเสมอจะช่วยให้กล้ามเนื้อแข็งแรงและกระดูกสันหลังมีความมั่นคงซึ่งจะช่วยให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี

ผลการนำใช้นวัตกรรมสายวัดสัมผัสสุข พบว่า ระดับอาการปวดหลังของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการใช้นวัตกรรมต่ำกว่าก่อนใช้นวัตกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งอธิบายได้ว่าการกดนวดจากแรงสั่นสะเทือนของเครื่องนวดในสายรัดสัมผัสสุขมีระดับความแรงของการสั่นสะเทือนทีพอเหมาะสามารถลดอาการปวดหลังของกลุ่มตัวอย่างได้ โดยที่ส่วนใหญ่ก่อนใช้นวัตกรรมระดับความปวดในระดับปานกลาง และภายหลังการใช้นวัตกรรมฯ ระดับความปวดลดลงอยู่ในระดับปวดเล็กน้อยเป็นส่วนใหญ่ การนวดจากแรงสั่นสะเทือนส่งผลดีต่อการกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดในบริเวณที่ได้รับการกระตุ้น เมื่อเลือดไหลเวียนดีขึ้น การนำพาออกซิเจนและสารอาหารไปยังเนื้อเยื่อจะมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยฟื้นฟูเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บ การไหลเวียนที่ดีช่วยลดการสะสมของกรดแลคติกซึ่งเป็นสาเหตุของการเมื่อยล้าหลังจากการออกกำลังกายหรือกิจกรรมที่ใช้กล้ามเนื้อหนัก นอกจากนี้การไหลเวียนของเลือดยังช่วยกระตุ้นการหลั่งสารเคมีที่ทำให้ร่างกายรู้สึกดี เช่น เอ็นดอร์ฟิน ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ช่วยลดความเจ็บปวดและสร้างความรู้สึกผ่อนคลาย การไหลเวียนของเลือดที่ดีขึ้นยังส่งผลต่อระบบน้ำเหลือง ที่มีหน้าที่กำจัดของเสียและสารพิษออกจากร่างกาย จึงทำให้ร่างกายสามารถฟื้นตัวจากอาการบาดเจ็บหรือความเจ็บป่วยได้[8] นอกจากนี้การสั่นสะเทือนยังสามารถช่วยให้กล้ามเนื้อเกิดการผ่อนคลายได้โดยลดความตึงเครียดในกล้ามเนื้อ การสั่นสะเทือนช่วยส่งผลให้เส้นประสาทที่เชื่อมต่อกับกล้ามเนื้อทำงานได้ดีขึ้น ช่วยลดแรงกดที่เกิดขึ้นกับเส้นประสาท ซึ่งการลดแรงกดนี้ส่งผลให้การส่งสัญญาณความเจ็บปวดไปยังสมองลดลง ทำให้รู้สึกบรรเทาความเจ็บปวด[13] สอดคล้องกับการวิจัยการเปรียบเทียบผลระหว่างการนวดตนเองด้วยลูกบอลคลายปวดและการนวดตนเองด้วยมือต่อการลดความปวดบ่าและคอในพยาบาลวิชาชีพ โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการปวดบ่าและคอลดลง[13-14]

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่สำคัญเนื่องจากเลือกใช้แผนการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One Group Pretest-Posttest Design) โดยไม่มีกลุ่มควบคุม ทำให้ไม่สามารถควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนภายนอก หรือยืนยันประสิทธิผลเชิงสาเหตุระหว่างการใช้นวัตกรรมกับการลดลงของอาการปวดได้อย่างสมบูรณ์ ดังนั้นในการศึกษาขั้นต่อไปควรมีการพัฒนารูปแบบการวิจัยให้เป็นเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุมแบบสุ่ม (Randomized Controlled Trial: RCT) เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของนวัตกรรมยิ่งขึ้น

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.279368

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

นวัตกรรมสายวัดสัมผัสสุข ให้แรงกดที่เหมาะสมในการกระตุ้นทำให้หลอดเลือดขยายตัวเพิ่มการไหลเวียนโลหิต อาการปวดจึงทุเลาลง ซึ่งช่วยบรรเทาความไม่สุขสบายจากอาการปวดหลังได้ สายรัดนวัตกรรมนี้จึงมีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาอาการปวดหลัง นวัตกรรมนี้มีความเฉพาะในการบรรเทาอาการปวดสำหรับบุคคลที่มีอาการปวดหลังในระดับปานกลาง นวัตกรรมนี้สามารถนำไปต่อยอดในเชิงพาณิชย์ได้ในอนาคต หากมีการพัฒนาเพิ่มเติมในข้อจำกัดของนวัตกรรม ดังนี้

1. พัฒนาให้สามารถกำหนดระดับของแรงสั่นสะเทือนหรือแรงกดของเครื่องนวดไฟฟ้าได้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้งาน

2. กำหนดแนวทางการปฏิบัติในการใช้นวัตกรรม เช่น การกำหนดช่วงเวลา ระยะเวลาในการใช้งาน เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติอย่างชัดเจน

3. นำนวัตกรรมไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากขึ้น และมีความหลากหลายของระดับการปวด เพื่อเป็นการประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรม

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. แผนงานควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพภาคอุตสาหกรรม (กลุ่มแรงงานในระบบ) ปี 2560-2564. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2560.
2. สมโรจน์ จิริวิภากร. การป้องกันและรักษากลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมของกำลังพลกองทัพอากาศแบบองค์รวม. แพทยสารทหารอากาศ 2565; 68(1): 40-48.
3. หทัยรัตน์ ราชนาวี, ป้อ บุญรอด, ธันย์ธเสกข์ ธัชวงศ์สง่า. ผลของการประเมินนวดเทคนิคทางการกีฬาที่มีผลต่อการลดอาการปวดกล้ามเนื้อจากโรคออฟฟิศซินโดรมในกลุ่มบุคลากรมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี. นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี; 2561.
4. ธนพล ชอบเป็นไทย, ณัทกิจพัฒน์ หอมวิจิตรกุล. ประสิทธิผล ความพึงพอใจ และพฤติกรรมการใช้เซรั่มกะหล่ำปลี (OK Cooling Serum) ในการบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อในกลุ่มโรคออฟฟิศซินโดรม. วารสารรัชต์ภาคย์ 2563; 14(35): 35-46.
5. อภิรมย์ อาทิตย์ตั้ง, จินตนา สรายุทธพิทักษ์. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้รูปแบบฟิตส์ที่มีต่ออาการปวดคอ ไหล่ และหลังของบุคลากรทางการศึกษา. วารสารครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2562; 47(2): 386-407.
6. เปรมกมล เชื้อม่วง, ณัฐกมล เกิดทรัพย์, นริณี หีบแก้ว, นัฐฐญา แก้วเสียง, ปรีณ์นุช ฟีสันเทียะ, พนิตสุภา เป็นศิริ, และคณะ. ผลของนวัตกรรมลูกตีนเป็ดต่อการป้องกันออฟฟิศซินโดรมในนักศึกษาพยาบาล. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี 2567; 7(1): 5-20.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.279368

7. สมใจ โจ๊ะประโคน. การพัฒนานวัตกรรมหมอนหนุนกะลาเพื่อบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่าไหล่สำหรับผู้มารับบริการโรงพยาบาลประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562; 30(1): 71-81.
8. Marín PJ, Rhea MR. Effects of vibration training on muscle strength: a meta-analysis. J Strength Cond Res 2010; 24(2): 548-556.
9. Deming WE. Elementary principles of the statistical control of quality. Tokyo: JUSE; 1950.
10. Cavalieri TA. Pain management in the elderly. J Am Osteopath Assoc 2002; 102(9): 481-485.
11. ธีรศักดิ์ ฟ้าจันทร์, เพชรรัตน์ สังขสลุง. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปวดหลังส่วนล่างของบุคลากรสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2563; 6(3): 196-205.
12. อภิญญา ยุทธชาวิทย์, เทพไทย โชติชัย. ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดคอและหลังของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น. วารสารทันตาภิบาล 2564; 32(2): 27-38.
13. ประถมพร มาตย์วิเศษ, นันทพร อเนกแสน, ณัฐจาพร พิชัยณรงค์. เปรียบเทียบผลระหว่างการนวดตนเองด้วยลูกบอลคลายปวดและการนวดตนเองด้วยมือต่อการลดความปวดบ่าและคอในพยาบาลวิชาชีพ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2559; 25(2): 228-236.
14. Chen PC. The effect of Massage Force on relieving nonspecific low back pain: a randomized controlled trial. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2022 [cited 2025 Mar 8]; 19(20): 13191. Available from: https://mdpi.com

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.281999

การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังผ่าตัดและผู้ดูแล : การศึกษานำร่อง

DEVELOPMENT OF SELF-EFFICACY ENHANCEMENT PROGRAM IN OLDER ADULTS WITH HIP FRACTURE AFTER SURGERY AND THEIR CAREGIVERS: PILOT STUDY

Received: May 01, 2025
Revised: July 27, 2026
Accepted: August 07, 2026

อรนุช มหาหงส์[1], วิภาวดี โพธิโสภา[2*]
Oranuch Mahahong[1], Wiphawadee Photisopha[2*]

บทคัดย่อ

ภาวะกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุส่งผลให้เกิดความพิการและการเสียชีวิต การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาความเป็นไปได้ของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองโดยมีผู้ดูแลสนับสนุนสำหรับผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ดำเนินการ 2 ระยะ คือ 1) พัฒนาโปรแกรมตามทฤษฎีแบนดูราร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ครอบคลุมระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และหลังจำหน่าย ผ่านการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน (CVI = 0.96) และ 2) ทดลองเบื้องต้นกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลัง ในผู้ป่วย 5 ราย และผู้ดูแล 5 ราย ณ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระยะเวลา 2 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Wilcoxon signed-rank test

ผลการวิจัย พบว่า หลังได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยมีคะแนนความมั่นใจในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจาก 25.2 (S.D. = 3.42) เป็น 34.4 (S.D. = 8.87) (p-value < 0.05) ความกลัวการหกล้มลดลงจาก 60 (S.D. = 2.00) เป็น 49 (S.D. = 5.52) (p-value < 0.05) ความสามารถในการเคลื่อนไหว (TUG) เฉลี่ย 30 วินาที (S.D. = 5.83) สำหรับผู้ดูแล พบว่า คะแนนความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 19.4 (S.D. = 5.59) เป็น 29.0 (S.D. = 2.73) (p-value < 0.05) โดยทั้งสองกลุ่มมีความพึงพอใจระดับสูงมาก

สรุปได้ว่า โปรแกรมนี้มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง ช่วยเพิ่มความมั่นใจในการดูแลตนเอง ลดความกลัวการหกล้ม สนับสนุนการฟื้นฟูสภาพ และเพิ่มความมั่นใจของผู้ดูแล ทั้งนี้ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อยืนยันผลต่อไป

คำสำคัญ: การรับรู้ความสามารถแห่งตน, กระดูกสะโพกหัก, ผู้สูงอายุ, ความกลัวการหกล้ม, การทรงตัว

[1] สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Master of Nursing Science (Adult and Gerontological Nursing)
[2] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Faculty of Nursing, Khon Kaen University
*Corresponding author E-mail: wiphpo@kku.ac.th

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.281999

Abstract

Hip fractures in older adults often lead to disability and mortality. This study aimed to develop and evaluate the feasibility of a caregiver-supported self-efficacy enhancement program for older adults following hip fracture surgery. Conducted in two phases, Phase 1 involved program development grounded in Bandura's Self-Efficacy Theory and a literature review, spanning preoperative, postoperative, and post-discharge stages, which was validated by five experts (Content Validity Index [CVI] = 0.96). Phase 2 was a one-group pre-post pilot study conducted with 5 older patients and 5 caregivers at Roi Et Hospital over 2 weeks. Data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon signed-rank test.

Post-intervention results showed that patients had a significant increase in self-care confidence scores from 25.2 (S.D. = 3.42) to 34.4 (S.D. = 8.87) (p-value < 0.05) and a significant reduction in fear of falling scores from 60.0 (S.D. = 2.00) to 49.0 (S.D. = 5.52) (p-value < 0.05). Mobility measured by the Timed Up and Go (TUG) test averaged 30.0 seconds (S.D. = 5.83). Caregivers demonstrated a significant improvement in caregiving confidence scores from 19.4 (S.D. = 5.59) to 29.0 (S.D. = 2.73) (p-value < 0.05). High satisfaction levels were reported by both groups.

In conclusion, the program is feasible for clinical implementation, effectively enhancing self-care confidence, reducing fear of falling, supporting physical rehabilitation, and boosting caregiver confidence. Further studies are recommended to confirm these findings.

Keywords: Self-efficacy, Hip fracture, Older adults, Fear of falling, Balance

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.281999

บทนำ

ภาวะกระดูกสะโพกหักเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ จำนวนผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักทั่วโลกพบมากถึง 2.6 ล้านรายใน พ.ศ. 2568 ซึ่งร้อยละ 37 อยู่ในทวีปเอเชีย ประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุจึงพบอุบัติการณ์กระดูกสะโพกหักสูงขึ้น จากความเสื่อมตามวัยที่ส่งผลให้กระดูกพรุน และการพลัดตกหกล้มจากการสูญเสียการทรงตัว เพศหญิงมีแนวโน้มเกิดอุบัติการณ์กระดูกสะโพกหักมากกว่าเพศชาย 2.9 เท่า[1] ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอัตราการเสียชีวิตภายในปีแรกสูงถึงร้อยละ 17-28 [2] ภายหลังกระดูกสะโพกหักผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดภาวะทุพลภาพ ต้องพึ่งพาผู้อื่น จึงเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาของครอบครัว และระบบสุขภาพ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่หกล้มซ้ำ ร้อยละ 62.7 กลายเป็นผู้ป่วยติดเตียง และผู้ป่วยร้อยละ 71 ต้องการผู้ดูแลเป็นระยะเวลานาน[3] การหักของกระดูกสะโพกในผู้สูงอายุจึงไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อร่างกายเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ พฤติกรรมของผู้ป่วย รวมถึงด้านเศรษฐกิจของครอบครัวด้วย

การผ่าตัดเป็นการรักษาภาวะกระดูกสะโพกหักที่มีประสิทธิภาพ ชนิดของการผ่าตัดขึ้นอยู่กับตำแหน่งและความรุนแรงของการหัก และตามดุลยพินิจของแพทย์ผู้ทำการรักษา การทรงตัวที่ดีมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดสะโพก ผู้ป่วยที่มีการทรงตัวที่ดีจะส่งผลให้ร่างกายฟื้นตัวได้เร็ว และไม่เกิดการหกล้มซ้ำ การทรงตัวที่ดีต้องอาศัยการเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ[4] นอกจากนี้ ความกลัวการหกล้มเป็นภาวะทางจิตใจที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุซึ่งส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นการจัดการความกลัวการหกล้มจึงมีความสำคัญ

ครอบครัวหรือผู้ดูแลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย[3] การส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยสามารถเพิ่มความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย และการที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ หรือ self-efficacy สามารถส่งผลต่อแรงจูงใจในการฟื้นฟูสภาพและการปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดี[5] บทบาทของผู้ดูแลมีความสำคัญมาก แต่ยังเกิดปัญหาเนื่องจากการได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยไม่เพียงพอ ทำให้ความคาดหวังไม่ตรงกัน ขาดการมีส่วนร่วมและการสื่อสารที่ชัดเจน การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลจะช่วยเพิ่มคุณภาพในการดูแลและลดภาระของครอบครัวและโรงพยาบาล[6]

ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self-Efficacy) ถูกพัฒนาขึ้นในปี 1977 โดย Albert Bandura โดยเชื่อว่าบุคคลจะต้องรับรู้ความสามารถของตนเองก่อนจึงจะปฏิบัติกิจกรรมที่ต้องการได้อย่างมั่นใจ ผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนสูงจะมีความพยายามและอดทนในการกระทำสิ่งต่างๆ และจะมีการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและเหมาะสม โดยองค์ประกอบหลักของ Self-Efficacy ประกอบด้วย Mastery Experiences (ประสบการณ์ความสำเร็จ) Vicarious Experiences (ประสบการณ์จากตัวแบบ) Verbal Persuasion (การชักจูงด้วยคำพูด) และ Emotional and Physiological States (สภาวะทางร่างกายและอารมณ์)[7] จากการทบทวนวรรณกรรม มีการศึกษาที่ผ่านมานำแนวคิด

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.281999

การรับรู้ความสามารถนี้มาใช้ในการดูแลเพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพที่หลากหลาย ยกตัวอย่างเช่น การศึกษาของรัศมี เกตุธานี และคณะ (2566)[8] ศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก ผลการศึกษาพบว่า การใช้โปรแกรมดังกล่าวช่วยลดการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยได้ และจากการศึกษาของหทัยทิพย์ ใจปิติ และศิริพันธุ์ สำสัตย์ (2561)[5] ที่นำโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมมีความกลัวการหกล้มน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ข้อมูลเหล่านี้ชี้ให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมที่มีการนำทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนมาใช้

จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบว่า มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2564-2568 พบผู้ป่วยจำนวน 112, 113, 213, 173 และ 169 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดมากกว่าร้อยละ 85 ภายหลังการรักษาเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเคลื่อนไหวลดลง เช่น ในปี 2568 เกิดแผลกดทับ ร้อยละ 4.62 เกิดปอดอักเสบ ร้อยละ 0.72 หลังจำหน่ายกลับบ้านยังพบภาวะแทรกซ้อนจากการเคลื่อนไหวที่ไม่ถูกวิธี ทำให้ต้องกลับมารักษาซ้ำ เช่น การเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม ร้อยละ 1.69 และการหกล้มซ้ำ โดยเฉพาะปี 2567 พบถึงร้อยละ 2.31[9] โรงพยาบาลร้อยเอ็ด มีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักแบบสหสาขาวิชาชีพ แต่การพยาบาลที่มุ่งเน้นกลุ่มผู้สูงอายุยังไม่ครอบคลุม อีกทั้งการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักมีความยุ่งยากซับซ้อนกว่าวัยอื่น ญาติผู้ดูแลซึ่งมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการสนับสนุนการฟื้นฟูสภาพ แต่การเตรียมความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบันยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังผ่าตัดและผู้ดูแล และศึกษาความเป็นไปได้ในการนำใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ผลลัพธ์จากการศึกษาจะเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักอย่างเป็นระบบและส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพที่ต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้านต่อไป

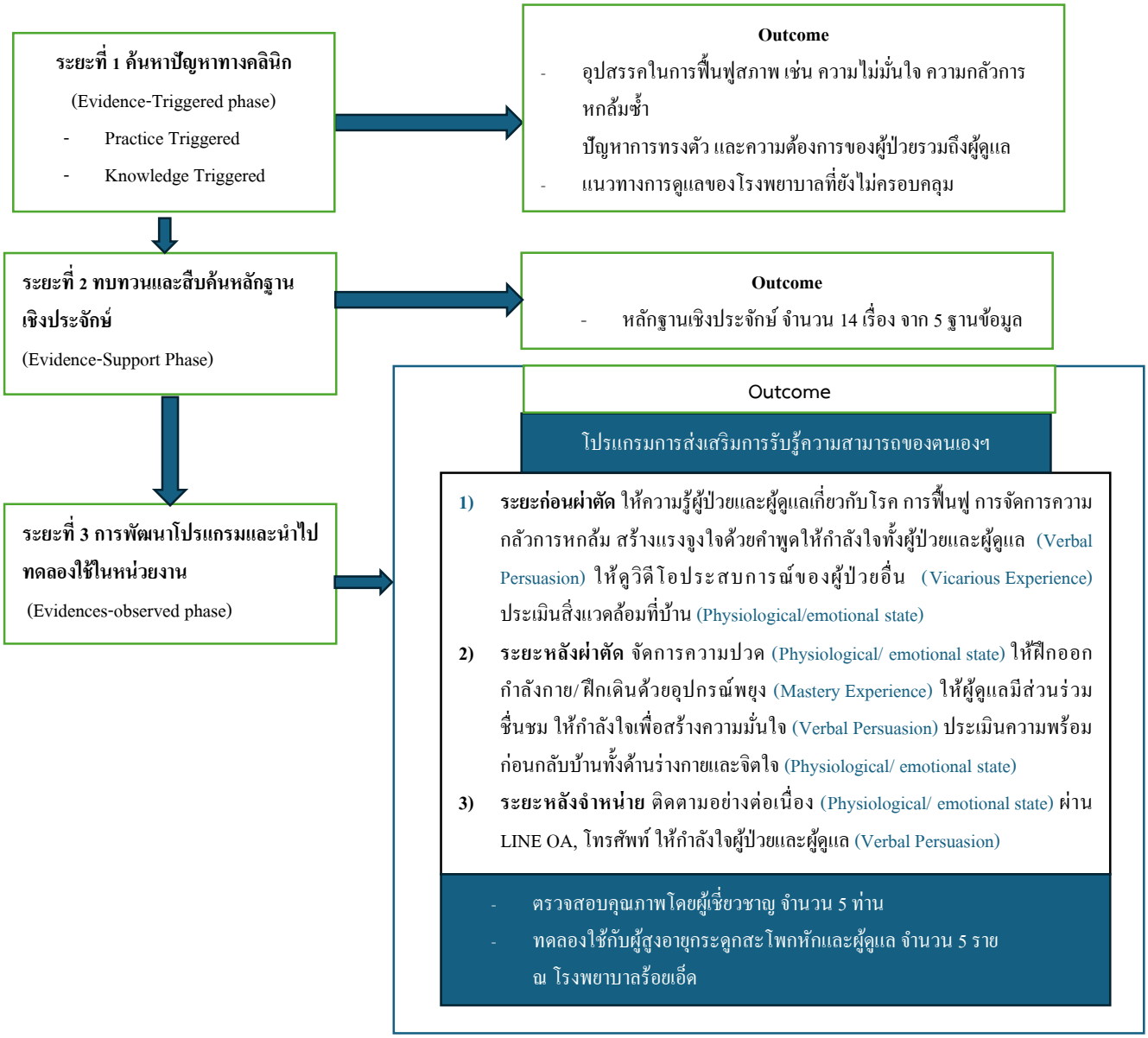
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ในความสามารถของตนเองในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังผ่าตัดและผู้ดูแล
2. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการนำใช้โปรแกรมในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังผ่าตัดและผู้ดูแลจากการศึกษานำร่อง

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.281999

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการพัฒนาโปรแกรมนั้น ได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (The Center for Advanced Nursing Practice Evidence-Based Practice Model) ของ Soukup (2000) ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura โดยทฤษฎีหลัก คือ ความเชื่อของบุคคลว่าพวกเขามีความสามารถทำพฤติกรรมที่ต้องการให้สำเร็จ จาก 4 แหล่งหลัก คือ ประสบการณ์ความสำเร็จ การสังเกตผู้อื่น การให้กำลังใจ คำชม และการประเมินสภาวะทางร่างกายและอารมณ์) การดำเนินการในการศึกษานี้ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการส่งเสริมการรับรู้ในความสามารถของตนเองของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดและผู้ดูแล

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.281999

ระเบียบวิธีวิจัย

ในการพัฒนาโปรแกรมผู้ศึกษาใช้กรอบแนวคิดในการพัฒนานวัตกรรมของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (The Center for Advance Nursing Practice Evidence– Based Practice Model) ของ Soukup (2000) เป็นขั้นตอนในการพัฒนา ดังนี้

ระยะที่ 1 ค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence-Triggered phase) โดยศึกษาตัวกระตุ้นจากการปฏิบัติงานในด้านผู้ป่วย พบว่า เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนบนเตียงนาน เช่น แผลกดทับ ปอดอักเสบ เป็นต้น และภาวะแทรกซ้อนจากการเคลื่อนไหวไม่ถูกวิธี เช่น ข้อสะโพกเทียมเลื่อนหลุด การหกล้มและกระดูกหักซ้ำ ทั้งนี้ในปัจจุบันมีแนวทางในการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ แต่แนวทางการพยาบาลยังไม่ชัดเจน เช่น การส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพ การจัดการความกลัวการหกล้ม การประเมินและปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่บ้าน และยังขาดการกระตุ้นให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล นอกจากนี้ยังมีด้านอายุงานของพยาบาลผู้ปฏิบัติส่วนมากยังน้อยกว่า 5 ปี และศึกษาตัวกระตุ้นด้านความรู้ พบว่าการเตรียมผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักเพื่อการฟื้นฟูสภาพมีความยุ่งยากซับซ้อนทั้งด้านกายภาพ คือ ความสามารถในการทรงตัวและการเคลื่อนไหวที่ลดลง และด้านจิตใจ คือ ความไม่มั่นใจ ความกลัวการหกล้ม[5] จากตัวกระตุ้นทั้ง 2 ด้าน ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาโปรแกรมโดยเน้นการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแลซึ่งจะสามารถส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพได้ดีมากขึ้น

ระยะที่ 2 ทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Support Phase) ในการทบทวนวรรณกรรม ผู้ศึกษาได้รวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์จากการสืบค้นตามกรอบของ PICOT Framework ดังนี้ P = ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดและผู้ดูแล, Older adults, Hip fracture surgery, Caregivers, I = โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง, Self-Efficacy, Enhancement, Promotion, C = การดูแลตามปกติ, O = ความมั่นใจในการดูแลตนเอง ความกลัวการหกล้ม ความสามารถในการทรงตัว และความพึงพอใจ, Self-care confidence, fear of falling, balance and mobility, and satisfaction, T = ช่วงเวลาตั้งแต่ก่อนผ่าตัดจนถึงหลังจำหน่าย, Preoperative to post-discharge period ได้สืบค้นจากฐานข้อมูล คือ PubMed, ProQuest, Thaijo และ Google scholar คัดเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 14 เรื่อง และนำมาประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้เกณฑ์ของ The Joanna Briggs Institute Levels of Evidence (2014) สรุปประเด็นที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ดังนี้ 1) การส่งเสริม Self-Efficacy ในผู้ป่วยและผู้ดูแล[8-9] 2) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก[10] 3) การจัดการความกลัวการหกล้ม[6,11] 4) การฟื้นฟูสมรรถภาพการทรงตัวและการเคลื่อนไหว[12-13] และ 5) เทคโนโลยีในการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย[13]

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.281999

ระยะที่ 3 การพัฒนาโปรแกรมและนำไปทดลองใช้ในหน่วยงาน (Evidences-observed phase)

1. พัฒนาโปรแกรมโดยนำข้อมูลจากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ มาวิเคราะห์และยกร่างโปรแกรมการพยาบาล ใช้กรอบแนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง โปรแกรมนี้ ประกอบด้วยการพยาบาล 3 ระยะ คือ ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และหลังจำหน่าย อาศัยหลักของ Self-efficacy 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสร้างประสบการณ์ความสำเร็จ เช่น การให้ความรู้เรื่องโรค การรักษา การฟื้นฟูสภาพ การจัดการความกลัวการหกล้ม สอนและสาธิตให้ผู้ป่วยฝึกหายใจอย่างลึก บริหารข้อเท้า ออกกำลังกายกล้ามเนื้อแขนเพื่อเตรียมสำหรับการพยุงอุปกรณ์พยุงเดิน จนฝึกเดินด้วยอุปกรณ์พยุง 2) การสังเกตตัวแบบ โดยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลดูวิดีโอ เรื่อง “ก้าวใหม่อย่างมั่นใจ: ฟื้นฟูใจและกายหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก” เพื่อให้เห็นตัวแบบสัญลักษณ์จากประสบการณ์ความสำเร็จในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยรายอื่น 3) การให้กำลังใจ เช่น ใช้คำพูดชื่นชมให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยและผู้ดูแลทำได้ดี และ 4) การจัดการสภาวะอารมณ์และร่างกาย เช่น ประเมินสัญญาณชีพ จัดการความปวด ประเมินสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการหกล้มที่บ้าน รวมถึงสอนใช้ริชเมนู LINE OA เพื่อรับข้อมูลและติดต่อสอบถามการดูแล ต่อเนื่อง ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง
ในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังผ่าตัดและผู้ดูแล

2. การประเมินความน่าเชื่อถือของโปรแกรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก จำนวน 1 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญการฟื้นฟูสภาพ จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยกระดูกหัก จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล จำนวน 2 ท่าน ได้ผลดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของโปรแกรม เท่ากับ 0.96

3. การนำรูปแบบการพยาบาลไปทดลองใช้ (pilot study) หลังผ่านการตรวจโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ศึกษาได้นำใช้ในผู้ป่วยผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 5 ราย

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.281999

และญาติผู้ดูแล ประเมินผลก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ ซึ่งการติดตามผลเพียง 2 สัปดาห์ ยังเป็นข้อจำกัด โดยเฉพาะผลลัพธ์ด้านการทรงตัว โดยผู้วิจัยประสานความร่วมมือกับพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย เพื่อสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการศึกษานำร่อง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วม ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน ให้ลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม และดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยรวบรวมปัญหาและข้อเสนอแนะที่ได้จากการทดลองนำร่องเพื่อปรับปรุงเครื่องมือและขั้นตอนต่างๆ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ก่อนจะนำไปใช้ในการวิจัยจริงต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยสูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะกระดูกสะโพกหัก ได้รับการผ่าตัด สามารถสื่อสารเข้าใจ มีญาติหรือผู้ดูแล

ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด ตั้งแต่อยู่โรงพยาบาลจนจำหน่ายกลับบ้าน อายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารเข้าใจ ให้ข้อมูลตนเองและข้อมูลผู้ป่วยได้ ให้ความยินยอมเข้าร่วมโดยสมัครใจ และมีโทรศัพท์มือถือ และสามารถใช้ LINE OA ได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังผ่าตัดและผู้ดูแลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ในความสามารถตนเอง (Protocol) คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแล วิดีโอเรื่อง “ก้าวใหม่อย่างมั่นใจ: ฟื้นฟูใจและกายหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก” และ Line OA “มั่นใจ ไม่กลัวล้ม”

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบประเมินสำหรับผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการรักษา ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย และผู้ดูแลหลัก และข้อมูลการรักษา เช่น การวินิจฉัยโรค การผ่าตัด เป็นต้น 2) แบบประเมินความมั่นใจในการดูแลตนเอง พัฒนาโดย De Maria (2021)[14] แปลเป็นภาษาไทย โดยจอม สุวรรณโณ และสาดี แฮมิลตัน (2022)[15] มี 10 ข้อคำถาม 3) แบบประเมินความกลัวการหกล้ม พัฒนาโดย Prevention of Falls Network Europe แปลเป็นภาษาไทยโดย ลัดดา เถียมวงศ์ (2554)[16] ประกอบด้วย 16 ข้อคำถาม 4) ความสามารถในการทรงตัว ประเมินระยะเวลาการทรงตัว Timed Up and Go (TUG) ให้ใช้อุปกรณ์ช่วยเดินที่ใช้ประจำได้ และ 5) แบบประเมินความพึงพอใจ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มี 10 ข้อคำถาม ทดสอบค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.71

2.2 แบบประเมินสำหรับญาติผู้ดูแล ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย 2) แบบประเมินความมั่นใจของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย พัฒนาโดย De Maria (2021)[14] และแปลเป็นภาษาไทยโดย จอม สุวรรณโณ และสาดี แฮมิลตัน (2022)[15] ประกอบด้วย ข้อคำถาม 10 ข้อ และ 3) แบบประเมินความพึงพอใจ

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.281999

ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีจำนวน 10 ข้อคำถาม เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ทดสอบค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.87

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ใช้สถิติ Descriptive Statistics วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยใช้ค่าร้อยละ (%) และวิเคราะห์ผลลัพธ์ของโปรแกรมด้วยค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และใช้สถิติเชิงอนุมานในการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการดูแลตนเอง ความกลัวการหกล้มของผู้ป่วย และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการนำโปรแกรมฯ ทดลองใช้ศึกษานำร่อง ก่อนดำเนินการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง โปรแกรมฯ นี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยของแก่น รหัสโครงการ HE682207 วันที่ 25 ธันวาคม 2568 และผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลร้อยเอ็ด รหัสโครงการ RE049/2569 วันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2569 และได้ขออนุญาตผ่านผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย มีอายุเฉลี่ย 77.2 ปี (S.D.= 10.06) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพแล้ว ร้อยละ 80 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 80 ในกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลมีอายุเฉลี่ย 52.6 ปี (S.D. = 4.393) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 80 ผู้ดูแลมักมีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วย ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง	ข้อมูลทั่วไป		จำนวน (n = 5)	ร้อยละ
ผู้ป่วย	เพศ	ชาย	1	20.00
		หญิง	4	80.00
	อายุ	60-70 ปี	1	20.00
	$\bar{x}$ = 77.20, S.D.= 10.06	71-80 ปี	2	40.00
		มากกว่า 80 ปี	2	40.00
	BMI	< 18.50 = น้ำหนักน้อย	1	20.00
	$\bar{x}$ = 22.06, S.D.= 4.43	18.50-22.90 = ปกติ	1	20.00
		> 23.00 = น้ำหนักเกิน	3	60.00

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.281999

กลุ่มตัวอย่าง	ข้อมูลทั่วไป		จำนวน (n = 5)	ร้อยละ
ผู้ดูแล	เพศ	ชาย	1	20.00
		หญิง	4	80.00
	อายุ	< 50 ปี	1	20.00
	$\bar{X}$ = 52.60, S.D. =4.39	51-60 ปี	4	80.00
	อาชีพ	เกษตรกร	3	60.00
		รับจ้าง	2	40.00
	รายได้	< 10,000	1	20.00
		10,000-20,000	4	80.00
	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	บุตร	4	80.00
		น้องสาว	1	20.00

2. ข้อมูลด้านสุขภาพและการรักษาของผู้ป่วย

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยกระดูกสะโพกหักตำแหน่ง Intertrochanteric จำนวน 2 ราย และหักในตำแหน่ง Neck of femur จำนวน 3 ราย ส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ผู้ป่วยทุกรายมีโรคประจำตัว โรคที่พบบ่อย คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60 และเป็นทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 40 ส่วนใหญ่เคยมีประวัติการหกล้มมาก่อน ระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 4 วัน S.D. = 0.70) อุปกรณ์ช่วยเดินก่อนกลับบ้าน ส่วนใหญ่เป็นวอล์คเกอร์

3. ผลลัพธ์ของโปรแกรมในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก

3.1 ความมั่นใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ก่อนได้รับโปรแกรม คะแนนเฉลี่ย 25.2 คะแนน (S.D. = 3.42) หลังได้รับโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 34.4 คะแนน (S.D. = 8.87) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test พบว่า คะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = -2.03, p-value = 0.04)

3.2 ความกลัวการหกล้มก่อนได้รับโปรแกรมคะแนนเฉลี่ย 60 คะแนน (S.D.= 2.00) หลังได้รับโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยลดลงเป็น 49 คะแนน (S.D. = 5.52) และพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = -2.03, p-value = 0.04)

3.3 การทดสอบการทรงตัว (TUG) หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยใช้เวลาเฉลี่ย 30.00 วินาที (S.D. = 5.83) เป็นการวัดเพียงครั้งเดียว ไม่ได้วัดผลลัพธ์เปรียบเทียบในผู้ป่วย แต่เมื่อเปรียบเทียบเกณฑ์งานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกใช้จุดตัดที่ 30 วินาที พบว่า มีค่าเฉลี่ยผ่านเกณฑ์พอดี

3.4 คะแนนความพึงพอใจต่อการได้รับโปรแกรม คะแนนเฉลี่ย 4.86 (S.D. = 0.11) และมีข้อที่ได้คะแนนเต็มหลายข้อ เช่น ประโยชน์ของความรู้ที่ได้รับ การได้รับกำลังใจ และแรงจูงใจจากทีมสุขภาพ ความพึงพอใจต่อการประเมินสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการหกล้มซ้ำที่บ้าน ดังแสดงในตารางที่ 2

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.281999

ตารางที่ 2 แสดงผลลัพธ์ของโปรแกรมและการเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก (n = 5)

ผลลัพธ์ในผู้ป่วย	ระยะเวลา	Min	Max	$\bar{X}$ (S.D.)	Z	p-value
คะแนนความมั่นใจ	ก่อนได้รับโปรแกรม	22	31	25.20 (3.42)	-2.03	0.04
ในการดูแลตนเอง	หลังได้รับโปรแกรม	29	50	34.40 (8.87)		
คะแนนความกลัว	ก่อนได้รับโปรแกรม	58	63	60.00 (2.00)	-2.03	0.04
การหกล้ม	หลังได้รับโปรแกรม	43	57	49.00 (5.52)		
ระยะเวลาการทรงตัว	หลังได้รับโปรแกรม	22	38	30.00 (5.83)	-	-
คะแนนความพึงพอใจ	หลังได้รับโปรแกรม	4.70	5.00	4.86 (0.11)	-	-

4. ผลลัพธ์ของโปรแกรมในผู้ดูแล

4.1 คะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยก่อนได้รับโปรแกรม 19.4 คะแนน (S.D. = 5.59) หลังได้รับโปรแกรม เพิ่มเป็น 29 คะแนน (S.D. = 2.73) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = -2.03, p-value = 0.04)

4.2 คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ 4.88 คะแนน และรายข้อส่วนใหญ่ได้คะแนนเต็ม ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลลัพธ์ของโปรแกรมและการเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของผู้ดูแล

ผลลัพธ์ในผู้ดูแล	ระยะเวลา	Min	Max	$\bar{X}$ (S.D.)	Z	p-value
คะแนนความมั่นใจ	ก่อนได้รับโปรแกรม	10	25	19.40 (5.59)	-	0.04
ในการดูแลผู้ป่วย	หลังได้รับโปรแกรม	25	32	29.00 (2.73)	2.03	
คะแนนความพึงพอใจ	หลังได้รับโปรแกรม	4.80	4.90	4.88 (0.44)		

สรุปผลการวิจัย

ผลการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ในความสามารถของตนเองในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังผ่าตัดและผู้ดูแล โปรแกรมครอบคลุมการดูแล 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และหลังจำหน่าย โดยใช้สื่อต่างๆ ประกอบได้แก่ คู่มือ วิดีโอ และ LINE OA โปรแกรมมีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับสูงมาก (CVI เท่ากับ 0.96) ผลของความเป็นไปได้ของการนำใช้โปรแกรมจากการศึกษานำร่อง พบว่า กลุ่มผู้ป่วยมีคะแนนความมั่นใจในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และความกลัวการหกล้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับสูงมาก กลุ่มผู้ดูแล มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) และ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.281999

มีความพึงพอใจในระดับสูงมากเช่นกัน อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กนี้ควรได้รับการยืนยันด้วยงานวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุม และมีขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้นในระยะยาวต่อไป

อภิปรายผลการวิจัย

1. การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ในความสามารถของตนเองในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังผ่าตัดและผู้ดูแล การพัฒนานี้โดยใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน ใช้กระบวนการพัฒนาตามกรอบแนวคิดการปฏิบัติเชิงประจักษ์ ของ Soukup และการทบทวนวรรณกรรม จึงทำให้โปรแกรมนี้ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด จนถึงระยะหลังจำหน่าย ทั้งยังมีจุดเด่นในการให้ผู้ดูแลเข้ามามีบทบาทสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วย และมีการใช้สื่อที่หลากหลายเพื่อกระตุ้นการรับรู้ความสามารถ เช่น วิดีโอประสบการณ์ความสำเร็จของผู้ป่วยรายอื่น คู่มือ และการติดตามผ่าน Line OA ผลการประเมินความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมค่า CVI สูงถึง 0.96 นั้นเกิดจากการพัฒนาได้มีกระบวนการสืบค้นและประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ พัฒนาเนื้อหาในโปรแกรมตามกรอบของทฤษฎี ทำให้เนื้อหาโปรแกรมมีความถูกต้องครบถ้วน และสามารถนำไปใช้แก้ไขปัญหาทางคลินิกได้จริง เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยอื่น พบว่าปัจจุบันการใช้แนวคิดการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักยังมีจำกัด บางการศึกษาเน้นศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยเท่านั้น[5] บางการศึกษาเน้นเฉพาะผู้ดูแล[8] และบางการศึกษายังขาดการจัดการดูแลที่ครอบคลุมด้านจิตใจโดยเฉพาะความกลัวการหกล้ม

2. ความเป็นไปได้ของการนำใช้โปรแกรมในผู้ป่วยและผู้ดูแลจากการศึกษานำร่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผลการศึกษานำร่อง พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น (จาก 25.20 เป็น 34.40) และความกลัวการหกล้มลดลง (จาก 60.00 เป็น 49.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.04) เช่นเดียวกับกลุ่มผู้ดูแลที่มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ (p-value = 0.04) ผลลัพธ์ดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานเนื่องจากโปรแกรมถูกพัฒนาขึ้นโดยบูรณาการหลักของ Self-efficacy โดยเฉพาะการฝึกเดินด้วยอุปกรณ์พยุง เมื่อสามารถเดินได้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดประสบการณ์ความสำเร็จและมีความมั่นใจที่จะปฏิบัติต่อเนื่อง และสอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนา พัฒนธรรมรัตน์ (2564)[3] ว่าการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและทำกิจกรรมได้ดีขึ้น การใช้ประสบการณ์จากตัวแบบ เมื่อเห็นบุคคลที่สภาวะคล้ายกันทำสำเร็จจะเกิดแรงจูงใจเชิงบวก การชักจูงด้วยคำพูดจากการให้กำลังใจและชื่นชม และการประเมินสภาวะทางร่างกายและอารมณ์ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ หทัยทิพย์ ใจปิติ และศิริพันธุ์ สำสัตย์ (2561)[5] ว่าโปรแกรมนี้สามารถ

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.281999

ลดความกลัวการหกล้มได้ เป็นผลมาจากการจัดการความกลัวการหกล้มตั้งแต่ก่อนผ่าตัด การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้ปลอดภัย และการติดตามอย่างต่อเนื่อง ทั้งการสนับสนุนจากผู้ดูแลที่มีความพร้อมทำให้การฟื้นฟูเป็นไปอย่างต่อเนื่อง

ในด้านการทรงตัว พบว่า ใช้เวลาเฉลี่ย 30.00 วินาที ด้วยผู้ป่วยบางรายมีภาวะกล้ามเนื้อน้อยอยู่เดิมและมีอายุมากกว่า 90 ปี การทรงตัวมักจะเริ่มเห็นผลชัดเจนในช่วง 3-6 เดือนหลังผ่าตัด ดังนั้น การที่คะแนนการทรงตัวยังไม่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในช่วงระยะเวลาอันสั้น อาจเนื่องมาจากระยะเวลาการติดตามผลที่ยังไม่ครอบคลุมช่วงการฟื้นฟูกล้ามเนื้อที่สมบูรณ์[2]

ข้อจำกัดของการศึกษา ผลการศึกษาที่พบว่า คะแนนความมั่นใจเพิ่มขึ้นและความกลัวการหกล้มลดลง เป็นเพียงการสะท้อนแนวโน้มในกลุ่มตัวอย่างเฉพาะกลุ่ม ณ โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเท่านั้น ข้อมูลดังกล่าวยังไม่สามารถสรุปอ้างอิงหรือใช้เป็นตัวแทนของประชากรผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักในวงกว้างได้ เพราะจำนวนตัวอย่างที่น้อยอาจทำให้เกิดความผันแปรทางสถิติได้ง่าย และการศึกษาเบื้องต้นนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงทดลองเบื้องต้นกลุ่มเดียว (One-group pre-posttest) โดยไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ข้อจำกัดนี้อาจทำให้ไม่สามารถยืนยันได้อย่างชัดเจนว่าผลลัพธ์เชิงบวกที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นเพียงอย่างเดียว จึงควรมีการศึกษาวิจัยในรูปแบบการทดลองหรือกึ่งทดลองที่มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรนำโปรแกรมไปเป็นปฏิบัติมาตรฐาน เพื่อให้การดูแลมีความครอบคลุมและต่อเนื่อง
2. ควรส่งเสริมการใช้เทคโนโลยี เช่น วิดีโอให้ความรู้ คู่มือ E-book และ LINE OAเพื่อช่วยประหยัดเวลาของพยาบาลและเพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยและผู้ดูแล
3. ควรมีการศึกษาวิจัยในรูปแบบการทดลองหรือกึ่งทดลองด้วยกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้นและการติดตามผลระยะยาว เพื่อยืนยันประสิทธิภาพของโปรแกรม

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากทุนสนับสนุนงานมูลฐาน (Fundamental Fund; FF) จัดสรรงบประมาณจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมโครงการวิจัย หน่วยงานมหาวิทยาลัยขอนแก่น ภายใต้โครงการ “การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดในยุคดิจิทัล”

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.281999

เอกสารอ้างอิง

1. Alpantaki K, Papadakis C, Raptis K, Dretakis K, Samonis G, Koutserimpas C. Gender and age differences in hip fracture types among elderly: a retrospective cohort study. Maedica (Bucur) 2020; 15(2): 185-90.
2. ปณิตา ลิปะวัฒนะ. กลุ่มอาการผู้สูงอายุและประเด็นสุขภาพที่น่าจะสนใจ. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2561.
3. รัตนา พัฒนธรรมรัตน์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. นครศรีธรรมราช: โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช; 2564.
4. Jung H, Miki Y, Tanaka R, Yamasaki M. The effects of a multicomponent lower extremity training technique on physical function in healthy older adults: a randomized controlled trial. Gerontol Geriatr Med 2020; 6: 2333721420935702.
5. หทัยทิพย์ ใจปิติ, ศิริพันธุ์ สำสัตย์. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม. วารสารพยาบาลทหารบก 2561; 19 (ฉบับพิเศษ): 109-17.
6. Guilcher SJT, Maunula L, Cadel L, Everall AC, Li J, Kuluski K. Caregiving for older adults with hip fractures: Exploring the perspectives of caregivers, providers and decision-makers in Ontario, Canada. Arch Gerontol Geriatr 2021; 93: 104321.
7. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W H Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co; 1997.
8. รัศมี เกตุธานี, จิราภาณ์ ผ่องวิไล, กมลวรรณ จันทร์เดช, กชณากาญ ดวงมาตย์พล, วุฒิชัย โยตา. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2566; 7(14): 64-78.
9. ศูนย์ข้อมูล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. รายงานข้อมูลสถิติ. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลร้อยเอ็ด; 2568.
10. Scheffers-Barnhoorn MN, van Haastregt JCM, Schols JMGA, Kempen GIJM, van Balen R, Visschedijk JHM, et al. A multi-component cognitive behavioural intervention for the treatment of fear of falling after hip fracture (FIT-HIP): Protocol of a randomised controlled trial. BMC Geriatr 2017; 17(1): 71.
11. ลัดดา เสนาพิทักษ์, ชญาดา ปิยขจรโรจน์. ความกลัวการหกล้มภายหลังกระดูกข้อสะโพกหัก. วารสารพยาบาลทหารบก 2023; 24(1): 35-42.

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.281999

12. อานันท์ ทับเที่ยง. ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2564; 31(3): 496-508.

13. Zhao L, Zhao X, Dong B, Li X. Effectiveness of home-based exercise for functional rehabilitation in older adults after hip fracture surgery: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. PLoS One 2024; 19(12): e0315707.

14. De Maria, M., Iovino, P., Lorini, S., Ausili, D., Matarese, M., & Vellone, E. (2021). Development and Psychometric Testing of the Caregiver Self-Efficacy in Contributing to Patient Self-Care Scale. Value in health: the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research; 24(10): 1407-1415. Doi: org/10.1016/j.jval.2021.05.003.

15. Suwanno, J., Klinjun, N., Srisomthrong, K., Kelly, M., Mayeng, M., & Suwanno, J. (2023). Validating the caregiver self‐efficacy in contribution to self‐care scale Thai version for stroke: A psychometric evaluation. Nursing Open; 00(00): 1-8. doi: org/10.1002/nop2.1990.

16. ลัดดา เถียมวงศ์. (2554). การทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือประเมินอาการ กลัวหกล้มในผู้สูงอายุไทย. สงขลานครินทร์เวชสาร; 29 (6): 277-287.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.277541

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการขับเคลื่อนโรงพยาบาลผู้สูงอายุวิถีไทยในรูปแบบโมเดลปลาบู่มหิดล

KEY SUCCESS FACTORS (KSF) FOR IMPLEMENTING THAINESS HOSPITAL FOR ACTIVE AGEING IN MAHIDOLIA HEALTHY MODEL

Received: September 15, 2025
Revised: December 15, 2025
Accepted: March 17, 2026

ศุภกฤต โสภิกุล[1], ชลธิชา แก้วอนุชิต[2*]
Suphakrit Sopikul[1], Chonticha Kaewanuchit[2*]

บทคัดย่อ

บทความนี้นำเสนอปัจจัยแห่งความสำเร็จในการขับเคลื่อนโรงพยาบาลผู้สูงอายุวิถีไทยในรูปแบบโมเดลปลาบู่มหิดล ซึ่งเป็นนวัตกรรมบูรณาการองค์ความรู้ทางสุขภาพ วัฒนธรรมและวิถีชีวิตความเป็นไทย และการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับพระราชปณิธานในจอมพลเรือสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก สำหรับประโยชน์สุขแห่งมวลมนุษยชาติ ภายใต้แนวคิดปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพ

กลไกสำคัญ ได้แก่ เครือข่ายชุมชน ครอบครัว และข้อมูลรายบุคคล เพื่อการวางแผนและดูแลสุขภาพเชิงรุก โดยใช้กิจกรรมภายใต้ข้อมูลพื้นฐานของแต่ละบุคคล ปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จประกอบด้วย การสร้างต้นแบบและขยายผลในการดูแลผู้สูงอายุเชิงรุกที่สอดคล้องกับวิถีความเป็นไทย การบูรณาการสหวิชาชีพ การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ตลอดจนการสนับสนุนงบประมาณด้วยการระดมทุน ส่งผลให้การบริหารจัดการมีความมั่นคงและยั่งยืน รวมทั้งการนำไปใช้ได้จริงในโรงพยาบาลระดับตำบลและอำเภอ ซึ่งใกล้บ้าน เพื่อเป้าหมายความมั่นคงสุขภาพระยะยาวของชาติ

โมเดลปลาบู่มหิดลจึงมิใช่เพียงมาตรการภายในโรงพยาบาล แต่เป็นระบบสุขภาพเชิงรุกที่บูรณาการสหวิชาชีพกับพลังชุมชนและภาครัฐ โดยใช้เป็นแนวทางสำคัญทางความมั่นคงด้านสุขภาพแห่งชาติ

คำสำคัญ: ปัจจัยแห่งความสำเร็จ, โรงพยาบาลผู้สูงอายุวิถีไทย, โมเดลปลาบู่มหิดล

[1] สหพันธ์สุขภาพและสิ่งแวดล้อม (ประเทศไทย) จังหวัดนครปฐม
United Health and Environment Association of Thailand, Nakhon Pathom Province
[2] คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี กรุงเทพมหานคร
Faculty of Dentistry, Bangkokthonburi University, Bangkok
*Corresponding author E-mail: sim356@yahoo.com

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.277541

Abstract

This article explores the key success factors in advancing the Thainess hospital for active ageing under the Mahidolia Healthy Model. This innovative health approach integrates health knowledge, Thai culture and lifestyle, and community participation to enhance the quality of life and well-being of older adults, in line with the royal aspiration of Admiral of the Fleet His Royal Highness Prince Mahidol of Songkla, who dedicated his life to the welfare of the people. Health planning within this model is guided by the framework of social determinants of health.

The operational mechanisms emphasize community networks, family engagement, core activities based on individual baseline data to facilitate proactive health management. Success factors include the establishment and scaling of prototypes, proactive elderly care rooted in Thai cultural practices, interdisciplinary integration, the active involvement of civil society both local administrative organizations and governmental agencies, alongside support from public and philanthropic resources. These elements contribute to the resilience and sustainability of the system. In addition, the model demonstrates practical applicability both subdistrict and district level hospitals, facilitating alignment with national long-term health security goals.

The Mahidolia Healthy Model is not only an intra-hospital measure, but is also a proactive health system integrating multidisciplinary teams, communities, and the government as a key framework for national health security.

Keywords: Key Success Factors, Thainess Hospital for Active Ageing, Mahidolia Healthy Model

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.277541

บทนำ

ปัจจุบันในทั่วโลกจำนวนประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี[1-2] ดังนั้น หลายประเทศจึงได้มีการเตรียมความพร้อมในหลากหลายรูปแบบเพื่อการรองรับจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น โดยมุมมองทางด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวกับการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพผู้สูงอายุที่ยังกระฉับกระเฉงอยู่ไม่ให้มีภาวะสุขภาพที่ถดถอยไปจากเดิม เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่นอนติดเตียงในโรงพยาบาล[3] จึงมีการขับเคลื่อนเชิงกลยุทธ์รวมถึงกิจกรรมที่หลากหลายเกิดขึ้น[4-5] รวมถึงได้มีการขับเคลื่อนโรงพยาบาลผู้สูงอายุวิถีไทยในรูปแบบโมเดลปลาบู่มหิดล[6] เพื่อเทิดพระเกียรติจอมพลเรือสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก จึงใช้ปลาบู่มหิดลที่เป็นพันธุ์สัตว์ประเภทเดียวในโลก อันเนื่องด้วยพระนามาภิไธยในจอมพลเรือสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก เป็นสิ่งบ่งชี้เชิงสัญลักษณ์ที่ได้ใช้ในการเทิดพระเกียรติพระองค์ที่ทรงเป็นพระบิดาแห่งการแพทย์แผนปัจจุบันและพระบิดาแห่งการสาธารณสุขไทย[7] ซึ่งเชื่อมโยงต่อการส่งเสริมป้องกัน รักษา และฟื้นฟูเป็นเชิงสัญลักษณ์ต่อการเสริมสร้างสุขภาวะที่ดีภายใต้ฐานคิดของปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพ (Social Determinants of Health; SDH)

ดังนั้น บทความนี้มีเนื้อหาเกี่ยวกับสถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุในประเทศกลุ่มอาเซียน การก่อเกิดและความสำคัญของการขับเคลื่อนโรงพยาบาลผู้สูงอายุวิถีไทยในรูปแบบโมเดลปลาบู่มหิดลจากแผนภูมิก้างปลาสู่โมเดลปลาบู่มหิดลที่ใช้ในโรงพยาบาลผู้สูงอายุวิถีไทย แนวทางและกลไกการขับเคลื่อนสู่ปัจจัยแห่งความสำเร็จของโรงพยาบาลผู้สูงอายุวิถีไทยในรูปแบบโมเดลปลาบู่มหิดล ตัวอย่างแนวทางการจัดทำรูปแบบกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุเพื่อให้มีสุขภาพดี ณ โรงพยาบาลผู้สูงอายุวิถีไทยในรูปแบบโมเดลปลาบู่มหิดล และบทสรุป มีรายละเอียดดังนี้

สถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุในประเทศกลุ่มอาเซียน

รายงานจากองค์การสหประชาชาติในปี พ.ศ. 2565 เกี่ยวกับสถานการณ์แนวโน้มประชากรทั่วโลกกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 ถึงปี พ.ศ. 2593 ซึ่งมีอัตราการเติบโตเฉลี่ยต่อปีอยู่ที่ร้อยละ 3.30 เมื่อพิจารณาในประเทศกลุ่มอาเซียนมีผู้สูงอายุประมาณ 674 ล้านคน โดยมีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ราว 79 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 11.7 และผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป ประมาณ 8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 1.2 (ได้แก่ ประเทศสิงคโปร์ ประเทศไทย และประเทศเวียดนาม กลายเป็นสังคมสูงอายุ)[4]เมื่อพิจารณาเกณฑ์เป็นสังคมสูงอายุที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่า ประเทศสิงคโปร์ ร้อยละ 18 ประเทศไทย ร้อยละ 16 และประเทศเวียดนาม ร้อยละ 10 ตามลำดับ[2] และปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 กล่าวคือ เป็นสังคมที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากความเจริญก้าวหน้า

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.277541

ทางเทคโนโลยีทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้ประชากรมีช่วงอายุที่ยืนยาวมากขึ้น ในขณะที่สัดส่วนของอัตราการเกิด และจำนวนประชากรในวัยทำงานลดน้อยลง[2]

ผู้สูงอายุจัดว่าเป็นกลุ่มเปราะบางทางสังคม และมีความลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมทั้งมีปัญหาสุขภาพตามวัย เพราะเป็นวัยที่มีระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมถอยลง อวัยวะต่างๆ ทั้งภายนอกและภายในร่างกายถดถอยและลดประสิทธิภาพในการทำงาน[3] อย่างไรก็ตาม หากสุขภาพของผู้สูงอายุยังคงมีสุขภาพที่แข็งแรงกระฉับกระเฉงตามวัย เรียกว่า เป็นกลุ่มพฤฒพลัง (Active aging) ก็จะสามารถดึงศักยภาพที่มีทั้งภูมิปัญญาอันทรงคุณค่านำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อสังคมได้ โดยองค์การอนามัยโลกได้นิยามคำว่า พฤฒพลัง เป็นแนวคิดที่แสดงถึงภาวะสุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุ และเป็นเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีประเด็นที่สำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ (Health) ด้านการมีส่วนร่วม (Participation) และด้านความมั่นคง (Security)[8]

การก่อเกิดและความสำคัญของการขับเคลื่อนโรงพยาบาลผู้สูงอายุวิถีไทยในรูปแบบโมเดลปลาบู่มหิดล

กระทรวงสาธารณสุขได้ยึดหลักการให้บริการทางสุขภาพตามคำนิยามสุขภาพขององค์การอนามัยโลกที่ว่า “สุขภาพ คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย ทางจิตใจ ทางสังคม และทางปัญญา” ฉะนั้น หน้าที่ระบบสุขภาพจึงมิใช่แค่การรักษาพยาบาลเมื่อยามเจ็บป่วยไข้เท่านั้น แต่มุ่งหวังให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีผ่านกระบวนการเสริมสร้างสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรค และฟื้นฟูร่างกาย รวมทั้งกระบวนการสร้างความแข็งแกร่งและความพร้อมของการสาธารณสุขในการสร้างเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและมีความสุข[5] สอดคล้องกับแนวคิดของผู้เขียนที่มุ่งเจริญรอยตามพระราชปณิธานในจอมพลเรือ สมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก ที่มุ่งมั่นในการนำมาซึ่งประโยชน์สุขแห่งมวลมนุษยชาติ ที่ว่า “ขอให้ถือประโยชน์ส่วนตนเป็นที่สอง ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง” และแนวคิดของพระองค์ เรื่อง “True success is not in the learning, but in its application to the benefit of mankind” ความหมายในภาษาไทยว่า “ความสำเร็จที่แท้จริงนั้นไม่ใช่มาจากการศึกษาเท่านั้น แต่อยู่ที่การนำความรู้ไปประยุกต์ใช้เพื่อประโยชน์สุขแก่มวลมนุษยชาติ”[7] จึงเป็นเหตุปัจจัยที่สำคัญนำไปสู่แนวคิดการขับเคลื่อนโรงพยาบาลผู้สูงอายุวิถีไทยในรูปแบบโมเดลปลาบู่มหิดลซึ่งเป็นเชิงสัญญะ เพื่อในการเทิดพระเกียรติจอมพลเรือสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก เนื่องด้วยว่า ปลาบู่มหิดลเป็นพันธุ์สัตว์ประเภทเดียวในโลกอันเนื่องด้วยพระนามาภิไธยในจอมพลเรือสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก จึงเป็นสิ่งบ่งชี้เชิงสัญลักษณ์ที่ได้ใช้ในการเทิดพระเกียรติพระองค์ที่ทรงได้ให้ความสนพระทัยเรื่องการประมงเพื่อประโยชน์ทางด้านโภชนาการของประชากรไทย[7,9] นำไปสู่การเกิดนวัตกรรมทางสังคมด้านพฤฒพลังสำหรับการส่งเสริมสุขภาพในรูปแบบต่างๆ ของโรงพยาบาลผู้สูงอายุวิถีไทยในรูปแบบโมเดลปลาบู่มหิดลที่มีทั้งการขับเคลื่อนในระดับมหภาคและจุลภาคภายใต้

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.277541

ฐานคิดจากปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพโครงสร้างของสังคมในระดับมหภาพส่งผลต่อสุขภาพทั้งกายและจิตของมนุษย์ในระดับจุลภาคด้วยเช่นกัน[10] ดังนั้น การมีส่วนร่วมและการร่วมมือกันจากแรงส่งเสริมสนับสนุนจากหน่วยงานภาคประชาชน ภาคสังคมในการสร้างสรรค์สังคมกิจกรรมบูรณาการทางสุขภาพด้วยความเมตตาธรรมที่เอื้ออาทร[11] โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในการปฏิบัติงาน มีเป้าหมายให้ประชาชนสุขภาพดี มีความสุข สู่ความมั่นคงทางสุขภาพได้อย่างยั่งยืนต่อไป

เมื่อวิเคราะห์ถึงบริบทสภาพของสังคมไทยในปัจจุบันนี้ที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ทำให้โรงพยาบาลในปัจจุบันนี้มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องปรับสภาพเพื่อรองรับผู้สูงอายุที่มีจำนวนมากขึ้น เพราะโรงพยาบาลในรูปแบบเดิมจะมุ่งเน้นด้านการรักษาโรคเป็นหลักมากกว่าการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพของคน จะเห็นได้ว่า ลักษณะจะเป็นการบริหารจัดบริการทางด้านสุขภาพในเชิงรับมากกว่าในเชิงรุก จากประสบการณ์ของผู้เขียนที่ได้ดำเนินงานในพื้นที่กลุ่มเป้าหมายได้พบเห็นความสำเร็จในการเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ในการป้องกันโรค โดยบูรณาการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และปัญญา จากการจัดกิจกรรมการเคลื่อนไหวที่เหมาะสมตามวัย การฝึกสติและสุขภาวะจิตใจ การเรียนรู้ภูมิปัญญาไทย และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น ซึ่งยังไว้ตามหลักสิทธิมนุษยชนและคงไว้ซึ่งวัฒนธรรมไทยร่วมสมัยอยู่ด้วย ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพที่ดี สามารถพึ่งพาตนเองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้กระบวนการขับเคลื่อนดังกล่าวสามารถอธิบายเชิงโครงสร้างและเชิงเหตุผลได้อย่างเป็นระบบจากแผนภูมิก้างปลา (Fishbone Diagram) สู่การพัฒนาเป็นโมเดลปลาบู่มหิดลที่ใช้เพื่อการพัฒนาโรงพยาบาลผู้สูงอายุวิถีไทยในรูปแบบโมเดลปลาบู่มหิดล โดยผสมผสานแนวคิดของปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพ (Social Determinants of Health) มีฐานคติว่า ระบบโครงสร้างทางสังคมที่สร้างขึ้นมานั้นเป็นปัจจัยที่สำคัญในการกำหนดสุขภาพของคนแต่ละคนเป็นหลัก ร่วมกับเป้าหมายระดับสากลด้าน Active ageing และการพัฒนาระบบสุขภาพอย่างยั่งยืนมาประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม และวิถีชีวิตของชุมชนไทย อันนำไปสู่นโยบายและแนวคิดระดับโลกสู่การปฏิบัติจริงในระดับพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม โดย Think global จะมีเชื่อมกับระบบของปัญญาประดิษฐ์ร่วมกับ Telehealth และ Telemedicine ที่เป็นส่วนหนึ่งของ Virtual hospital ในทางระบบสาธารณสุข ในขณะที่ Act local เป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับวัฒนธรรมประเพณีท้องถิ่น รวมถึงอาหารไทยพื้นบ้าน การดำเนินกิจกรรมการเคลื่อนไหวและสุขภาพ และกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ดังนั้น การดำเนินการขับเคลื่อนโรงพยาบาลผู้สูงอายุวิถีไทยในรูปแบบโมเดลปลาบู่มหิดล จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับผู้สูงอายุที่ยังมีสุขภาพกระฉับกระเฉงให้มากขึ้นด้วยโดยให้ความสำคัญในการบูรณาการจัดการเรียนรู้ในลักษณะสหวิทยาการเพื่อให้

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.277541

ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีจากการร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพบูรณาการแบบองค์รวมในทุกมิติไม่ว่าจะเป็นสุขภาพกายรวมถึงสุขภาพช่องปาก จิต สังคม อารมณ์ และปัญญาอย่างสม่ำเสมอ

จากแผนภูมิก้างปลาสู่โมเดลปลาบู่มหิดลที่ใช้ในการขับเคลื่อนโรงพยาบาลผู้สูงอายุวิถีไทย

ด้วยคำกล่าวที่ว่า “Think global, Act local” จุดประกายแนวคิดมาจากปลาบู่มหิดลที่เป็นสัตว์น้ำทางทะเลที่หายากของโลก[12] ที่เชื่อมโยงต่อการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู เพื่อใช้เป็นสิ่งบ่งชี้เชิงสัญลักษณ์ต่อการเสริมสร้างสุขภาวะที่ดี สะท้อนถึงความเป็นองค์รวมอย่างแท้จริงของสุขภาพที่เกื้อหนุนและเชื่อมโยงกัน ส่งผลต่อการสร้างสุขภาวะในทุกมิติ นอกจากนี้ ยังช่วยในการรักษาสมดุลของร่างกายและจิตใจ รวมทั้งจิตวิญญาณ (หมายถึงอารมณ์ สังคม และปัญญา) จากการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม นำไปสู่การปฏิบัติจริงจากประสบการณ์ตรงที่ได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่ปรึกษาของสำนักงานสาธารณสุขและโรงพยาบาล ทำให้สร้างโอกาสในการเป็นผู้นำทางจิตวิญญาณจากการสร้างปัญญาให้กับชุมชน จากการที่ได้จัดทำโครงการที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างสุขภาวะให้เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ โดยการวางแผนงานและมาตรการทางด้านสุขภาพ ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาองค์ความรู้ทางด้านวิชาการทำให้เกิดรูปแบบโมเดลปลาบู่มหิดล[13] ที่ได้พัฒนามาจากแผนภูมิก้างปลาในลักษณะเศรษฐศาสตร์สุขภาพภายใต้การประยุกต์แนวคิดปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพในระดับมหภาค ที่มีความเชื่อว่า โครงสร้างทางสังคมในระดับมหภาคที่แตกต่างกันเป็นตัวกำหนดสุขภาพของมนุษย์แต่ละคนให้แตกต่างกัน[8] อันเกี่ยวเนื่องกับความมั่นคงแห่งชาติด้านสุขภาพที่ส่งผลให้เกิดความเท่าเทียมทางสุขภาพ นับได้ว่า เป็นสาระสำคัญที่เกี่ยวกับการพัฒนาแผนภูมิก้างปลาสู่โมเดลปลาบู่มหิดลที่ใช้ในโรงพยาบาลผู้สูงอายุวิถีไทย[14] นำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลต้นแบบที่สามารถอธิบายได้ด้วยโมเดลปลาบู่มหิดลมุ่งเน้นไปยังกิจกรรมต่างๆ ที่มีจุดเริ่มต้นมาจากมิติสุขภาวะองค์รวม ขับเคลื่อนด้วยรูปแบบที่เข้าใจง่าย สามารถกระทำได้ทุกสถานที่ และทุกช่วงเวลา เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการออกกำลังกายก่อให้เกิดความสนุกสนาน เพลิดเพลิน และมีความสุข เป็นการเรียนรู้การออกกำลังกายประกอบจังหวะเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ (Sport dance for ageing) เป็นการเคลื่อนไหวร่างกายตามหลักวิทยาศาสตร์ด้วยยุทธศาสตร์สุขภาวะชุมชนโดยใช้โมเดลปลาบู่มหิดลแบ่งออกเป็น 3 รูปแบบ ประกอบด้วย **หัวปลา** เปรียบเสมือนการวางแผนจัดทำโครงการที่ฉายภาพกิจกรรมให้เห็นเด่นชัด โดยมีตาปลาบ่งบอกถึงความมีวิสัยทัศน์ในการทำงาน จึงต้องมองเนื้องานในมิติที่กว้างไกล และพัฒนาองค์กรให้ก้าวหน้า **ตัวปลา** เปรียบเสมือนการรวบรวมจัดเตรียมบุคลากรในการดำเนินงาน ซึ่งหลายคนต่างมีคุณลักษณะและคุณสมบัติที่แตกต่างกัน (เปรียบดังเกล็ดปลา) และมีการจัดแบ่งหน้าที่ของแต่ละบุคคลให้เหมาะสม เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันในการดำเนินงาน เพื่อให้การดำเนินงานนั้นมีประสิทธิภาพ และ**หางปลา** เปรียบเสมือนเป้าหมายในการควบคุมดูแลให้การ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.277541

ประสานสอดคล้องกันอย่างมีทิศทาง และการขับเคลื่อนโครงการอย่างมีทิศทางเป้าหมายในการดำเนินงานที่แน่นอนชัดเจน (เปรียบดังครีบปลา)[15]

โมเดลปลาบู่มหิดลที่พัฒนามาจากแผนภูมิก้างปลา (Fishbone diagram) ได้แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัญหากับสาเหตุของผลกระทบ[14-15] โดยระบุปัญหาที่หัวปลา ระบุสาเหตุหลักของปัญหาเข้าสู่กระดูกแกนกลาง และระบุสาเหตุย่อยที่ส่งผลกระทบด้วยโครงสร้างที่ชัดเจนในการวิเคราะห์ปัจจัยพื้นฐานของสาเหตุของปัญหาต่าง ๆ เพื่อก่อให้เกิดความเข้าใจในโมเดลปลาบู่มหิดล ถือว่าเป็นกระบวนการเรียนรู้เสริมสร้างทักษะโดยได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาแผนงานและโครงการให้ดียิ่งขึ้น จึงต้องมีการทำความเข้าใจในเรื่องสุขภาพที่มีการเริ่มต้นมาจากการสร้างสิ่งบ่งชี้สุขภาวะของสังคมสำหรับกำหนดความสุขมวลรวมประชาชาติ (Gross National Happiness : GNH) ให้แก่ผู้สูงอายุ

แนวทางและกลไกการขับเคลื่อนสู่ปัจจัยแห่งความสำเร็จของโรงพยาบาลผู้สูงอายุวิถีไทยในรูปแบบโมเดลปลาบู่มหิดล

แนวทางการขับเคลื่อนโรงพยาบาลผู้สูงอายุวิถีไทยในรูปแบบโมเดลปลาบู่มหิดลภายใต้ปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพโดยเป็นแกนหลักในการขับเคลื่อนแผนงานและโครงการที่จะนำไปสู่แนวทางจัดกิจกรรมของโรงพยาบาลผู้สูงอายุวิถีไทยในรูปแบบโมเดลปลาบู่มหิดลที่มีผลต่อความมั่นคงแห่ง ชาติด้านสุขภาพ[15] โดยมีหลักการดังนี้ (1) นโยบายสาธารณสุขต่อความมั่นคงแห่งชาติด้านสุขภาพผู้สูงอายุ (2) เงื่อนไขในการทำงานของผู้สูงอายุที่ยังสามารถทำงานได้ (3) จัดสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลผู้สูงอายุวิถีไทยให้เหมือนบ้าน (4) ความปลอดภัยทางอาหารและสมุนไพรที่จะนำมาใช้เป็นยา (5) กิจกรรมที่ใช้ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ (6) สถานะทางสุขภาพร่างกาย และจิตใจรวมทั้งจิตวิญญาณ (หมายถึงอารมณ์ สังคม และปัญญา) (7) การเน้นส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมากกว่าการรักษาโรค

การดำเนินการขับเคลื่อนโรงพยาบาลผู้สูงอายุวิถีไทยในรูปแบบโมเดลปลาบู่มหิดล จึงเกิดขึ้นเพื่อให้มีการดำเนินการหลากหลายรูปแบบในการเสริมสร้างศักยภาพทางสุขภาพและป้องกันความเสี่ยงทางด้านสุขภาพที่จะเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่ยังคงกระฉับกระเฉง ตลอดจนการเตรียมความพร้อมในการรองรับผู้สูงอายุที่จะเป็น ผู้สูงอายุที่ยังคงกระฉับกระเฉงอีกด้วยให้คงมีสถานะทางสุขภาพที่ดี[6] โดยต้องมีการระดมสมองเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องสำหรับกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ รวมถึงการสร้างเครือข่ายความร่วมมือทางด้านสาธารณสุขเพื่อพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุและนำไปสู่การจัดทำข้อมูลเกี่ยวกับโมเดลปลาบู่มหิดลที่ใช้ในโรงพยาบาลผู้สูงอายุวิถีไทยที่นำมาใช้เผยแพร่ทางวิชาการ ผลความสำเร็จที่เกิดขึ้นกับเครือข่ายชุมชนและสหวิชาชีพ คือ สามารถใช้เป็นแหล่งข้อมูล และเครือข่ายการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุรวมถึงการจัดเตรียมไว้รองรับการเป็น

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.277541

ศูนย์ฝึกอบรมอาชีพ อีกทั้งผู้สูงอายุได้เรียนรู้เรื่องของธนาคารเวลาในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน และการจัดการเรียนการสอนสำหรับผู้สูงอายุในเชิงสหวิทยาการต่อไปในอนาคตโดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นสุขภาพผู้สูงอายุทั้งในระดับชุมชนและระดับชาติ นอกจากนี้ ผลความสำเร็จที่จะเกิดขึ้นมา คือ ทำให้ประหยัดทรัพยากรของภาครัฐและภาคเอกชนในด้านงบประมาณที่ในอดีตมุ่งเน้นแต่การรักษาเป็นหลักให้หันมาใส่ใจการจัดสรรงบประมาณด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้มากขึ้น เพื่อมิให้ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพด้านรักษาสูงมากเกินความจำเป็น เมื่อได้ทำการสังเคราะห์ข้อมูลแล้วจะเห็นได้ว่าแนวคิดปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพที่ผสมผสานกับรูปแบบโมเดลปลาบู่มหิดลนี้จะเกี่ยวข้องกับความมั่นคงแห่งชาติด้านสุขภาพ เนื่องจากปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพนี้เชื่อมโยงทั้งในระดับการเมือง เศรษฐกิจ สังคม ตลอดจนความมั่นคงของชาติ ซึ่งอยู่ในโครงสร้างทางสังคมระดับมหภาค สอดรับกับรูปแบบโมเดลปลาบู่มหิดลที่เน้นไปยังการวางแผน การวิเคราะห์ และสังเคราะห์องค์ความรู้ที่ลักษณะยึดติดแน่นกระชับมั่นคงกับข้อมูลที่ได้มาโดยตรงจากการปฏิบัติจริงโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในการปฏิบัติการให้มีการสร้างอุดมการณ์แรงจูงใจในการดูแลส่งเสริมป้องกันสุขภาพร่วมกัน หากผู้สูงอายุมีความเอื้ออาทรใส่ใจในเรื่องสุขภาพทั้งของตนเองและคนรอบข้าง โดยการสนับสนุนในด้านการเรียนรู้เรื่องสุขภาพที่ดีกับผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น การจัดกิจกรรมเหมาะสมกับผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุจะได้รับประโยชน์ที่ดีต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ และสามารถเติบโตและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ที่สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลกในการบูรณาการทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุอีกด้วย[15-16]

โมเดลปลาบู่มหิดลทำให้เกิดผลลัพธ์นำไปสู่ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการขับเคลื่อนโรงพยาบาลผู้สูงอายุวิถีไทยในรูปแบบโมเดลปลาบู่มหิดลได้นั้น โดยมีกลไกการขับเคลื่อน 3 ส่วน ประกอบด้วย 1) ประชาคมเครือข่ายแบบทีมสหวิชาชีพ 2) สถาบันครอบครัวและชุมชน 3) กิจกรรมพื้นฐานภายใต้การใช้ข้อมูลพื้นฐานของแต่ละคนเป็นสำคัญ โดยกลไกส่วนแรก ประกอบด้วย คณะทำงานที่มีทักษะด้านการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ และสหวิชาชีพเฉพาะด้าน เช่น นักสาธารณสุข นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และแพทย์แผนไทยร่วมบริหารจัดการกิจกรรมตามแผนงานและโครงการเพื่อบรรลุผลตามหลักการปฏิรูปสาธารณสุขมูลฐานเพื่อให้เกิดความมั่นคงแห่งชาติทางด้านสุขภาพด้วย[18-19] นอกจากนี้ ผู้สูงอายุต้องจัดทำแผนการดูแลสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี (Wellness Plan) ของตนเองที่บ้าน ซึ่งองค์การอนามัยโลกกำหนดแนวทาง 6 มิติ ได้แก่ สุขภาพกาย จิต สังคม ปัญญา จิตวิญญาณ และการทำงาน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืน[20-21] การดูแลในแต่ละด้านจะช่วยเสริมสร้างสุขภาพโดยรวมในทุกมิติของชีวิต เนื่องจากผู้สูงอายุมีข้อจำกัดทางสุขภาพที่แตกต่างกัน[22] สำหรับกลไกที่สอง คือ สถาบันครอบครัวและชุมชน เป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กิจกรรมที่กำหนดในโครงการย่อยออกแบบตามระดับความเสี่ยงของผู้สูงอายุและข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญ โดยมุ่งเน้น 6 ด้านที่ประยุกต์จากแผนการดูแลสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.277541

องค์การอนามัยโลก เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของไทย ได้แก่ โภชนาการ การเคลื่อนไหว สุขภาพช่องปาก สมองดี ความสุข และสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยในผู้สูงอายุ เป็นเครื่องมือในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้แก่ผู้สูงอายุ

เมื่อเกิดแผนการดูแลสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีแล้วย่อมทำให้เกิดผลลัพธ์ที่คาดหวัง คือ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีความสุขกาย สบายใจ และมีชุมชนสังคมที่ดี การวิเคราะห์สาเหตุหลัก สาเหตุรอง และสาเหตุย่อยของปัญหาคุณภาพชีวิตไม่ดีและโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ ชี้ให้เห็นว่าการเสริมสร้างศักยภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการในทุกมิติ ได้แก่ กาย จิต สังคม อารมณ์ และปัญญา จะช่วยลดปัญหาโรคเรื้อรังและส่งเสริมคุณภาพชีวิตโดยยึดหลักการที่ผู้สูงอายุสามารถมีสุขภาพดีได้ด้วยการเตรียมตัวก่อนแก่และป้องกันก่อนป่วย ดังนั้น ผู้เขียนจึงเสนอแนวทาง “สามเหลี่ยมจากภูผาสู่มหานที” ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การประยุกต์ฐานคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคมร่วมด้วย โดยอ้างอิงหลักบวร (บ้าน วัด โรงเรียน) ซึ่งเป็นโครงสร้างทางสังคมระดับมหภาค และเชื่อมโยงกับการเสริมสร้างศักยภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการในทุกมิติ ใช้ชีวิตกลมกลืนกับธรรมชาติ โดยใช้หลักบวร (บ้าน วัด โรงเรียน) การทำให้เกิดความยั่งยืนในโมเดลปลาบู่มหิดลที่ใช้ในโรงพยาบาลผู้สูงอายุวิถีไทยในรูปแบบโมเดลปลาบู่มหิดลนั้น ผู้บริหารซึ่งจัดว่าเป็นระดับบนของโครงสร้างทางสังคมส่วนบนต้องเป็นผู้กำหนดให้เป็นแผนงาน โครงการ กำหนดเป็นมาตรการ นโยบาย ยุทธศาสตร์ และ/หรือระเบียบปฏิบัติในหน่วยงานนั้นๆ นำไปสู่ยังผู้ปฏิบัติซึ่งอยู่ในส่วนของโครงสร้างสังคมส่วนล่างได้ปฏิบัติตามต่อไป

ตัวอย่างแนวทางการจัดทำรูปแบบกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุเพื่อให้มีสุขภาพดี ณ โรงพยาบาลผู้สูงอายุวิถีไทยในรูปแบบโมเดลปลาบู่มหิดล

รูปแบบกิจกรรมแนวใหม่ที่จะดำเนินการในโรงพยาบาลผู้สูงอายุวิถีไทยในรูปแบบโมเดลปลาบู่มหิดลนี้ ในระยะแรกของการก่อตั้งโรงพยาบาลผู้สูงอายุวิถีไทยในรูปแบบโมเดลปลาบู่มหิดล จะใช้ศูนย์การเรียนรู้ปลาบู่มหิดลเป็นฐานในการดำเนินกิจกรรมโดยยึดหลักสาธารณสุข 4 มิติ ได้แก่ 1) การป้องกันโรค 2) การส่งเสริมสุขภาพอนามัย 3) การรักษาพยาบาล และ 4) การฟื้นฟูสภาพ โดยเริ่มเน้นมิติการป้องกันโรคเป็นหลัก ภายใต้วลีที่ว่า “ผ่อนคลาย สบายกาย สบายจิต” เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้ง่ายและเหมาะสมตามวัย โดยรูปแบบโรงพยาบาลดังกล่าวสามารถจัดบริการในรูปแบบเคลื่อนที่และเชิงรุก ปรับตามสถานการณ์และสภาพแวดล้อม เช่น การให้บริการตามห้างสรรพสินค้า โรงแรม โรงเรียน ปั๊มน้ำมัน และศาลาวัด รวมถึงการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (AI) เข้ามาช่วยคัดกรองผู้เข้าร่วมกิจกรรม

ตัวอย่างแนวทางจัดกิจกรรมซึ่งมีการปรับให้เหมาะสมกับบริบทของสถานที่ที่จัดตั้งเป็นโรงพยาบาลผู้สูงอายุวิถีไทยในรูปแบบโมเดลปลาบู่มหิดลในแต่ละครั้ง (ตารางที่ 1) โดยมีกลไกการ

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.277541

สนับสนุนจากทีมสุขภาพสหสาขาวิชาชีพ ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงและผู้ร่วมดำเนินงาน โดยมีบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่มีใบประกอบวิชาชีพร่วมดูแลกิจกรรมด้วย เพื่อให้การจัดกิจกรรมบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น กิจกรรมลีลาศและ/หรือสันทนาการและ/หรือการร้องเพลง กิจกรรมสอนการปฐมพยาบาลเบื้องต้น กิจกรรมไม่ป่วยดีกว่า โดยเน้นการป้องกันโรค เฝ้าสังเกตระวังอาการโรคต่างๆ กิจกรรมฝึกทักษะความจำ การเรียนรู้ การใช้สมอง กิจกรรมไม่ล้มลุกคลุกคลาน กิจกรรมปลูกพืชผักโตไวหรือเลี้ยงผึ้งแบบเช่าแปลงเกษตร กิจกรรมนานาสาระสมุนไพร กิจกรรมคิดคำนวณปริมาณพลังงานอาหาร กิจกรรมนาทีชีวิตสุขภาพฉุกเฉิน กิจกรรมเลี้ยงปลาหรือสัตว์แบบเช่าแปลงเลี้ยง กิจกรรมส่งเสริมอาชีพสำหรับผู้สูงอายุ กิจกรรมท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ รวมถึงกิจกรรมตามเทศกาลท้องถิ่นในช่วงนั้นๆ เป็นต้น

การศึกษาวิจัยในพื้นที่จริงที่มีการขับเคลื่อนโรงพยาบาลผู้สูงอายุวิถีไทยในรูปแบบโมเดลปลาบู่มหิดลทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับอำเภอได้เกิดผลลัพธ์และปัจจัยความสำเร็จที่เกิดได้จริง โดยมีการนำเสนอตลาดนัดสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และตลาดนัดสีเขียวในโรงพยาบาลชุมชนที่เน้นพืชผักสมุนไพรไร้สารพิษ และผลิตภัณฑ์จากท้องถิ่นมาจำหน่าย ซึ่งนำไปสู่การสร้างเศรษฐกิจสุขภาพในชุมชนท้องถิ่น ตลอดจนการคงไว้ซึ่งวัฒนธรรมประเพณีท้องถิ่นที่เชื่อมโยงกับสุขภาพวิถีไทยของท้องถิ่นโดยเน้นการให้เกียรติเคารพยกย่องผู้สูงอายุ นอกจากแนวทางที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ยังมีการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิต เช่น กายบริหารเพื่อสุขภาพที่ต้องใช้องค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหวและสุขภาพเข้ามา โภชนาการโดยใช้น้ำผึ้งจากธรรมชาติ การให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และการสร้างสุขภาวะทางอารมณ์ กิจกรรมเหล่านี้มีเป้าหมายเพื่อการป้องกันโรค ที่ทำให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน ซึ่งการขับเคลื่อนโรงพยาบาลผู้สูงอายุวิถีไทยในรูปแบบโมเดลปลาบู่มหิดลที่มีการร่วมกับโครงการผึ้งและคนเลี้ยงผึ้งของเครือข่ายสหวิทยาการเพื่อการวิจัยและพัฒนาแห่งราชบัณฑิตยสภาในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา สยามบรมราชกุมารี

ตารางที่ 1 แนวทางจัดกิจกรรมสุขภาพที่ใช้ในโรงพยาบาลผู้สูงอายุวิถีไทยในรูปแบบโมเดลปลาบู่มหิดล

กิจกรรม และระยะเวลาที่ใช้	อุปกรณ์
ประเมินภาวะทางสุขภาพโดยใช้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ร่วมด้วยบุคลากรทางสาธารณสุข และเข้ารับการตรวจสุขภาพด้วยตัวเองเบื้องต้น (สอนและสาธิต) แลกเปลี่ยนทำกับเพื่อนซึ่งมีการให้ได้ลองใช้หูฟังเสียงปอดเพื่อน ให้ติดอุปกรณ์วัดสุขภาพอย่างง่ายทำเป็นรูปปลาบู่มหิดล เพราะปลาบู่มหิดลเป็นสัตว์น้ำประจำจังหวัด	เก้าอี้ หูฟัง Stethoscope สมุดบันทึกประวัติของ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.277541

จันทบุรี จึงใช้เป็นเชิงสัญลักษณ์และสอดคล้องกับเอกลักษณ์ของโมเดลปลาบู่มหิดล ที่ใช้ในโรงพยาบาลผู้สูงอายุแห่งนี้ อุปกรณ์วัดสุขภาพอย่างง่าย เช่น นาฬิกา ที่สามารถคำนวณการใช้พลังงานและคลื่นหัวใจ การวัดออกซิเจนได้ระหว่างการทำกิจกรรมในโรงพยาบาล (กรณีอุปกรณ์ถ้าผู้รับบริการสนใจจะขอซื้อไปด้วยก็ได้) พร้อมทำแบบประเมินสุขภาพกายรวมถึงช่องปากและใจก่อนเข้ากิจกรรม มีน้ำเต้าหู้เพื่อสุขภาพหรือน้ำอัญชันหวานน้อยเตรียมไว้ต้อนรับให้กับผู้บริการ (เป็นส่วนหนึ่งในมิติสุขภาพกาย จิตสังคม) ใช้ระยะเวลา 2 ชั่วโมง	ผู้รับบริการแบบประเมินอุปกรณ์วัดสุขภาพอย่างง่ายรูปปลาบู่มหิดล
นั่งนั่งรถ/เดินชมแปลงเกษตรที่ปลูกไว้ให้ สามารถเลือกซื้อหยิบตัดเองผลผลิตจากธรรมชาติตามฤดูกาลด้วยตนเอง แล้วนำมาประเมินราคาและน้ำหนัก และเสริมด้วยการตกปลา สัตว์น้ำต่างๆ ที่เลี้ยงไว้ (เป็นส่วนหนึ่งในมิติทางสุขภาพจิต สังคม อารมณ์ ปัญญา) ใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง	ตะกร้า ถุงกรรไกร เครื่องชั่งน้ำหนัก และอุปกรณ์ตกปลา
สาธิตการเลี้ยงผึ้งและการใช้ผลิตภัณฑ์จากผึ้ง ทางโรงพยาบาลมีบริการให้เลือกน้ำผึ้งคัดสดๆ ให้สำหรับผู้รับบริการที่ต้องการซื้อกลับไปที่บ้าน (เป็นส่วนหนึ่งในมิติทางสุขภาพกาย จิต สังคม อารมณ์) ใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง	รังผึ้ง ผึ้ง น้ำผึ้ง และผลิตภัณฑ์จากผึ้ง
เลือกเมนูอาหารเพื่อสุขภาพอย่างง่ายๆ เป็นอาหารกลางวัน คัดเลือกจากพืชผักสมุนไพรต่างๆ ที่มีประโยชน์นำมาใช้ประกอบอาหาร โดยช่วยกันเตรียมลงมือทำเองซึ่งเป็นอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เช่น สลัดน้ำใสหวานน้อย สลัดโรล เป็นต้น และการนับพลังงานที่จะได้รับพร้อมอาหารที่ทำ จากนั้นรับประทานอาหารร่วมกัน (เป็นส่วนหนึ่งในมิติทางจิตสังคม อารมณ์ รวมถึงมิติทางสุขภาพกายและสุขภาพช่องปากด้วย) ใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที	ตามเมนูอาหารที่เลือก
ทำแบบประเมินสุขภาพทุกมิติก่อนกลับโดยใช้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ร่วมด้วย พร้อมส่งคืนอุปกรณ์ทางสุขภาพ ประเมินสุขภาพกายและจิตของตนเองก่อนเดินทางกลับด้วย (เป็นส่วนหนึ่งของมิติทางกาย และจิต) ใช้ระยะเวลา 30 นาที	แบบประเมินสุขภาพ

บทสรุป

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการขับเคลื่อนโรงพยาบาลผู้สูงอายุวิถีไทยในรูปแบบโมเดลปลาบู่มหิดล ประกอบด้วยหลายประการสำคัญ ได้แก่ ประการแรก การสร้างต้นแบบและขยายผลด้วยโมเดลปลาบู่มหิดล ซึ่งสะท้อนความเป็นไปได้ในการดำเนินงานเชิงรุกด้านการดูแลผู้สูงอายุแบบวิถีไทย ประการที่สอง การบูรณาการสหสาขาวิชาชีพระหว่างแพทย์แผนปัจจุบัน ทันตแพทย์ และวิชาชีพด้านสุขภาพ เช่น นักสาธารณสุข พยาบาล แพทย์แผนไทย นักเทคนิคการแพทย์ และนักกายภาพบำบัด เป็นต้น

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.277541

สาขาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเชิงองค์รวมไม่ว่าจะเป็นดนตรีบำบัด ศิลปะบำบัด และโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ อีกปัจจัยสำคัญ คือ การมีส่วนร่วมของชุมชนโดยการเชื่อมโยงโรงพยาบาลผู้สูงอายุวิถีไทยในรูปแบบโมเดลปลาบู่มหิดลกับโรงพยาบาลต่างๆ ทำให้ระบบสุขภาพค่อยๆ เติบโตอย่างเข้มแข็งและยั่งยืน ฉะนั้น โรงพยาบาลผู้สูงอายุวิถีไทยในรูปแบบโมเดลปลาบู่มหิดล จึงทำหน้าที่เปรียบเสมือนโรงเรียนกวดวิชาที่มาเสริมโรงเรียนหลักที่มีการจัดการเรียนการสอนอย่างเป็นระบบและมีมาตรฐาน โดยมุ่งให้เป็นต้นแบบที่สามารถขยายผลสู่สถานที่ต่างๆ ได้ทั่วประเทศไทย ดังนั้น โมเดลปลาบู่มหิดลไม่เพียงเป็นมาตรการภายในโรงพยาบาล แต่ยังเป็นระบบสุขภาพเชิงรุกที่บูรณาการองค์ความรู้สหวิชาชีพและการมีส่วนร่วมของชุมชนส่งผลให้เกิดความมั่นคงด้านสุขภาพและสาธารณสุขระดับชาติอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations. World Population Prospects 2022. New York: United Nations Publication; 2022.
2. มูลนิธิสถาบันพัฒนาและวิจัยผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2563. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 31 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จากhttps://www.dop.go.th/download/knowledge/th1635826373- 975_0.pdf
3. Law L, Mok VC, Yau MM. Effects of functional tasks exercise on cognitive functions of older adults with mild cognitive impairment: a randomized controlled pilot trial. Alzheimers Res Ther 2019; 11(98): 1-10.
4. วรภูริ มูลสิน, ประชัน คะเนวัน, ธนพัฒน์ จงมีสุข. นโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกลุ่มประเทศอาเซียน. วารสารนวัตกรรมการบริหารรัฐกิจและท้องถิ่น มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ 2567; 2(1): 83-92.
5. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2557.
6. ชลธิชา แก้วอนุชิต, ศุภกฤต โสภิกุล. การวิจัยเชิงคุณภาพ : แนวทางการบริหารจัดการทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขในการจัดตั้งโรงพยาบาลสูงอายุในรูปแบบโมเดลปลาบู่มหิดลภายใต้แนวคิดปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพ. การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติครั้งที่ 22 ในวันที่ 24-25 มิถุนายน 2566 มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น. ประเทศไทย: จังหวัดปทุมธานี; 2566: 289-298.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.277541

7. คณะกรรมการจัดพิมพ์หนังสือที่ระลึกเนื่องในโอกาสครบรอบ 100 ปี วันพระราชสมภพของสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก พระราชบิดาในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชมหาราช. 100 ปี สมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก. กรุงเทพ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2534.
8. Medeiros K, Perkinson MA. Successful aging. Occupational therapy with aging adults promoting quality of life through collaborative practice. St. Louis: Elsevier; 2016.
9. ศุภกฤต โสภิกุล. เอกสารประกอบการบรรยายเรื่อง การจัดตั้งเครือข่ายสหสาขาวิชาภาคตะวันออกแห่งราชบัณฑิตยสภา (โครงการนำร่องการจัดตั้งเขตอนุรักษ์ปลาบู่มหิดล ณ แหลมสิงห์). กรุงเทพ: สำนักงานราชบัณฑิตยสภา; 2552.
10. ชลธิชา แก้วอนุชิต. แนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพและปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพภายใต้ระบบสุขภาพโลกและประเทศไทย. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2556; 36(1): 123-131.
11. กรมกิจการผู้สูงอายุ. คู่มือโรงเรียนผู้สูงอายุ. กรุงเทพ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของ มนุษย์; 2559.
12. ศุภกฤต โสภิกุล. ปลาบู่มหิดล : อัญมณีมีชีวิตแห่งท้องทะเลไทย. กรุงเทพ: บริษัท โรงพิมพ์วัฒนาพานิช จำกัด; 2552.
13. ชลธิชา แก้วอนุชิต, ศุภกฤต โสภิกุล. แนวโน้มการจัดทำแบบเกษมสุขด้วยโมเดลปลาบู่มหิดลเพื่อการสาธารณสุขไทยภายใต้สถานการณ์โรคไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019. การประชุมวิชาการและ นำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติครั้งที่ 18 ในวันที่ 3-4 กรกฎาคม 2564 มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น. ประเทศไทย: จังหวัดปทุมธานี; 2564: 108-116.
14. ทีมศูนย์เทคนิค บริษัท มิซูมิ (ไทยแลนด์) จำกัด. การวิเคราะห์ปัญหาด้วย แผนภูมิก้างปลาทำอย่างไร. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://misumitechnical.com/technical/industrial-standard/get-to-know-about-fishbone-diagram/
15. ชลธิชา แก้วอนุชิต, ศุภกฤต โสภิกุล. ระบบสุขภาพทางไกลด้วยโมเดลปลาบู่มหิดลเพื่อผู้สูงอายุพิการในยุค COVID-19. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ.2568; 8(1): 74-88.
16. World Health Organization. Integrated Care for Older People (ICOPE) Implementation Network: Guidance for Systems and Services. Switzerland: World Health Organization; 2019.
17. Jazayeri E, Kazemipour S, Hosseini SR, Radfar M. Quality of life in the elderly: A community study. Caspian Journal of Internal Medicine 2023; 14(3): 534-542. doi: 10.22088/cjim.14.3.543.
18. World Health Organization. The World Health Report 2008 Primary Health Care-Now more Than Ever. Switzerland: World Health Organization; 2008.

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.277541

19. ชลธิชา แก้วอนุชิต, ขวัญศิริ ทองพูน, อัมมันดา ไชยกาญจน์. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. 2557; 9(2): 108-120.

20. World Health Organization (WHO). Healthy Ageing: A Life-Course Approach. World Health Organization; 2018.

21. Hettler B. The Six Dimensions of Wellness. National Wellness Institute. [Internet]. 2025 [cited 2025 July 1]. Available from: https://nationalwellness.org/resources/six-dimensions-of-wellness/

22. Hunter B. Gerontological approaches to quality of life. In Johnson,J, Slaters R, Editors. Ageing and Later Life. Londons: SAGE Publications. J. B. Lippincott Company; 1992.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280836

การพัฒนาการบริหารคลังเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

DEVELOPMENT OF MEDICAL SUPPLY INVENTORY MANAGEMENT OF SUBDISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITAL, SAHATSAKHAN HOSPITAL DISTRICT, KALASIN

Received: March 08, 2025
Revised: July 27, 2026
Accepted: August 06, 2026

ศุภวัฒน์ อิ่มเจริญ

Suphawat Imcharoen

บทคัดย่อ

เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนากระบวนการ และประเมินประสิทธิภาพการบริหารคลังเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึงพฤษภาคม 2568 ใน 5 ขั้นตอน ได้แก่ การวิเคราะห์ปัญหา, วางแผน, ประยุกต์ใช้แอปพลิเคชันคลังยาอัจฉริยะ, ปฏิบัติการและประเมินผล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับผิดชอบงานบริหารเวชภัณฑ์ 27 คน จาก รพ.สต. 8 แห่ง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยตัวชี้วัด 4 ด้าน การสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) สถิติ Paired t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย พบว่า ก่อนการพัฒนามีปัญหาการบันทึกข้อมูลไม่มีประสิทธิภาพ อัตราคงคลังเกินมาตรฐาน และเวชภัณฑ์ขาดคลัง กระบวนการพัฒนาเน้นการมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางและประยุกต์ใช้แอปพลิเคชันเพื่อให้ข้อมูลสะท้อนกลับ หลังการพัฒนา อัตราคงคลังยาและเวชภัณฑ์มิใช่ยาลดลงจาก 3.29 เป็น 2.31 เดือน (p-value = 0.049) และจาก 6.27 เป็น 4.77 เดือน (p-value = 0.013) ตามลำดับ นอกจากนี้ จำนวนเวชภัณฑ์ขาดคลัง ความคลาดเคลื่อนของข้อมูล และมูลค่าเวชภัณฑ์หมดอายุลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการและแอปพลิเคชันคลังยาอัจฉริยะ ช่วยให้การบริหารเวชภัณฑ์เป็นระบบและมีมาตรฐาน ส่งเสริมการทำงานเป็นทีมในระดับอำเภอ และช่วยให้การใช้จ่ายงบประมาณมีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ: ระบบบริหารเวชภัณฑ์, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, ประสิทธิภาพการบริหารคลัง

กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
Pharmacy and Consumer Protection Department, Sahatsakhan Hospital, Kalasin Province
Corresponding author E-mail: shindongwook57@gmail.com

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280836

Abstract

This study aimed to investigate the situation, develop a management process, and evaluate the effectiveness of medical supply inventory management at Subdistrict Health Promoting Hospitals (SHPHs) in Sahatsakhan District, Kalasin Province, Thailand. A participatory action research (PAR) design was conducted from October 2024 to May 2025 through five stages: problem analysis, planning, implementation of a smart drug inventory application, action, and evaluation. The participants were 27 personnel responsible for medical supply inventory management from eight SHPHs. Research instruments included four inventory management indicators, interviews, and focus group discussions. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and content analysis.

Before the intervention, major problems included inefficient data recording, excessive inventory levels, and stockouts. After the intervention, the inventory levels of medicines and non-drug medical supplies decreased from 3.29 to 2.31 months (p-value = 0.049) and from 6.27 to 4.77 months (p-value = 0.013), respectively. In addition, the number of stockout items, data discrepancies, and the value of expired medical supplies significantly decreased.

The integration of participatory action research and a smart drug inventory application improved the systematic and standardized management of medical supplies, strengthened teamwork at the district level, and enhanced budget utilization efficiency.

Keywords: Medical Inventory Management, Sub-district Health Promoting Hospital, Inventory Management Efficiency

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280836

บทนำ

ประเทศไทยให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นหน่วยบริการที่มีบทบาทในการจัดบริการสุขภาพแก่ประชาชนในระดับพื้นที่[1] กระทรวงสาธารณสุขกำหนดกรอบการพัฒนาระบบสุขภาพสู่ความเป็นเลิศ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค ด้านบริการ ด้านบุคลากร (People Excellence) และด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)[2]

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีภารกิจในการให้บริการผู้ป่วยและจ่ายยา ทำให้การบริหารเวชภัณฑ์มีความสำคัญต่อการดำเนินงาน โดยการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายด้านการบริหารจัดการ การเงิน การคลัง บุคลากร และวิชาการ เป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนางานบริการปฐมภูมิ[3] การบริหารเวชภัณฑ์ที่มีประสิทธิภาพช่วยให้หน่วยบริการมีเวชภัณฑ์เพียงพอและมีปริมาณสำรองที่เหมาะสม[4] นอกจากนี้ ยังช่วยลดปัญหาเวชภัณฑ์คงคลังเกินความจำเป็น และการสูญเสียจากเวชภัณฑ์หมดอายุ

จากการตรวจสอบภายในและการประเมินประสิทธิภาพการบริหารคลังเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 8 แห่ง ในอำเภอสหัสขันธ์ ปีงบประมาณ 2567 โดยกลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลสหัสขันธ์[5] พบปัญหาปริมาณคงคลังไม่สอดคล้องกับการใช้จริง อัตราคงคลังสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน 2-3 เดือน ยาขาดคราวและต้องเบิกยานอกรอบ ความคลาดเคลื่อนของทะเบียนเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ (Stock card) และการขาดระบบแจ้งเตือนเวชภัณฑ์ใกล้หมดอายุ รวมทั้งปัญหาด้านสถานที่จัดเก็บ นอกจากนี้ ข้อมูลย้อนหลัง 2 ปี (พ.ศ. 2565-2566) พบว่า ต้นทุนค่ายาและเวชภัณฑ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เบิกจากโรงพยาบาลสหัสขันธ์เพิ่มขึ้นจาก 746,754.74 บาท เป็น 863,352.73 บาท[6]

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาและพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ด้วยแอปพลิเคชัน/โปรแกรมคลังยา เพื่อปรับปรุงการบริหารเวชภัณฑ์ให้เป็นระบบมีประสิทธิภาพ และยั่งยืน ภายใต้ข้อจำกัดด้านบุคลากรและงบประมาณ รวมทั้งสนับสนุนการประสานงานและการเชื่อมโยงข้อมูลอย่างเป็นระบบตลอดเครือข่ายบริการสุขภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการบริหารคลังเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในอำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เพื่อพัฒนากระบวนการบริหารคลังเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในอำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280836

3. เพื่อประเมินผลกระบวนการพัฒนาการบริหารคลังเวชภัณฑ์ต่อประสิทธิภาพการบริหารคลังเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในอำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ประกอบด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยมีรูปแบบหลักเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) และประยุกต์ใช้วงจรคุณภาพ PDCA (Plan-Do-Check-Act) เพื่อสะท้อนผลการปฏิบัติงานและพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง การวิจัยดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึงพฤษภาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ บุคลากรผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริหารเวชภัณฑ์ในเครือข่ายโรงพยาบาลสหัสขันธ์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 27 คน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 8 คน หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภคโรงพยาบาลสหัสขันธ์ 1 คน เจ้าหน้าที่กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภคที่รับผิดชอบงานบริหารเวชภัณฑ์ 2 คน และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานบริหารเวชภัณฑ์ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้ง 8 แห่ง 16 คน การศึกษาครั้งนี้ศึกษาจากประชากรทั้งหมด โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการบริหารเวชภัณฑ์หรือมีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบบริหารเวชภัณฑ์ในเครือข่ายโรงพยาบาลสหัสขันธ์ 2) ปฏิบัติงานในหน่วยงานไม่น้อยกว่า 1 ปี และ 3) สมัครใจเข้าร่วมและลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ใช้ศึกษาบริบทและปัญหาระบบบริหารคลังเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ครอบคลุมประเด็นการกำหนดความต้องการ การจัดหาและกระจายยา การบริหารจัดการคลัง และระบบข้อมูล 2) แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ใช้ระบุปัญหา อุปสรรค และร่วมกันหาแนวทางแก้ไขกระบวนการทำงาน

เครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบประเมินตัวชี้วัดประสิทธิภาพการบริหารเวชภัณฑ์ ประกอบด้วย อัตราคงคลัง จำนวนรายการยาขาด ร้อยละความคลาดเคลื่อนของจำนวนคงคลัง และอัตรามูลค่าเวชภัณฑ์หมดอายุหรือเสื่อมสภาพ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280836

การดำเนินการวิจัย

ระยะเตรียมการดำเนินการในเดือนตุลาคม 2567 โดยทบทวนข้อมูลทุติยภูมิจากรายงานผลการดำเนินงานและข้อมูลการตรวจสอบภายในปีงบประมาณ 2566 เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบกระบวนการวิจัยและพัฒนาระบบ โดยไม่มีการเก็บข้อมูลจากผู้เข้าร่วมวิจัยในระยะดังกล่าว

ระยะเก็บข้อมูลจากผู้เข้าร่วมวิจัยดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 ถึงพฤษภาคม 2568 ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรม โดยใช้วงจร PDCA ดังนี้

Plan: จัดประชุมร่วมกับผู้เกี่ยวข้องจากเครือข่ายบริการสุขภาพเพื่อวิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทางการพัฒนาระบบ และวางแผนการดำเนินงานโดยใช้ข้อมูลพื้นฐานจากข้อมูลทุติยภูมิ

Do: จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาความรู้ด้านมาตรฐานการบริหารเวชภัณฑ์ อบรมการใช้แอปพลิเคชันคลังยาอัจฉริยะ ทบทวนบัญชีรายการเวชภัณฑ์ กำหนดระดับการสำรองขั้นต่ำและสูงสุด และปรับปรุงกระบวนการเบิกจ่ายให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

Check: ติดตามผลการดำเนินงานและรวบรวมข้อมูลตามตัวชี้วัดเพื่อประเมินประสิทธิภาพของระบบหลังการใช้แอปพลิเคชัน

Act: นำผลการประเมินและข้อค้นพบจากการวิเคราะห์ข้อมูลสะท้อนกลับในการประชุมร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนปรับปรุง แก้ไขปัญหา และพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Qualitative Content Analysis) จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม และตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (Triangulation)

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบตัวชี้วัดประสิทธิภาพการบริหารเวชภัณฑ์ก่อนและหลังการพัฒนาด้วย Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

สำหรับตัวชี้วัดอัตรามูลค่ายาหมดอายุหรือเสื่อมสภาพ และอัตรามูลค่าเวชภัณฑ์มิใช่ยาหมดอายุหรือเสื่อมสภาพ ใช้ค่าเฉลี่ยของผลการติดตามหลังการพัฒนา 2 ครั้ง (ครั้งที่ 2-3) เป็นค่าตัวแทนของผลการดำเนินงานหลังการพัฒนาในแต่ละหน่วยบริการ เพื่อลดผลกระทบจากความผันผวนของข้อมูลตามช่วงเวลา โดยการวิเคราะห์ยังคงใช้ข้อมูลแบบจับคู่ของหน่วยบริการเดิมทั้ง 8 แห่ง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLS.REC 233/2567 รับรองวันที่ 7 พฤศจิกายน 2567 ถึง 6 พฤศจิกายน 2568 การเก็บข้อมูลดำเนินการภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรม โดยชี้แจง

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280836

วัตถุประสงค์ ขั้นตอน และประโยชน์ของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง และให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ ข้อมูลทั้งหมดเก็บเป็นความลับและเผยแพร่ในภาพรวม เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาเท่านั้น

ผลการวิจัย

สถานการณ์และปัญหาการบริหารคลังเวชภัณฑ์ (ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ) จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากร 27 คน พบปัญหาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 5 ประเด็น ดังนี้

1. การกำหนดความต้องการและปริมาณการสำรอง บัญชียายังไม่สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่ ขาดรายการยาที่จำเป็นต่อการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังและภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน การคำนวณการเบิกจ่ายใช้แบบฟอร์มเอกสารร่วมกับไฟล์ Excel ทำให้เกิดความซ้ำซ้อนและไม่สามารถตรวจสอบข้อมูลแบบเรียลไทม์ได้

2. การจัดหาและกระจายเวชภัณฑ์โดยโรงพยาบาลแม่ข่าย การจัดสรรเวชภัณฑ์ไม่เพียงพอต่อความต้องการ โดยเฉพาะบางรายการที่เกิดภาวะขาดแคลนชั่วคราว ระยะทางและภูมิประเทศที่ห่างไกลเป็นอุปสรรคต่อการเบิกเวชภัณฑ์ฉุกเฉินนอกรอบ ทำให้เกิดภาระด้านเวลาและค่าใช้จ่าย

3. การบริหารจัดการคลังเวชภัณฑ์ภายใน รพ.สต. บุคลากรมีจำนวนจำกัดและมีภาระงานหลายด้าน ทำให้การบริหารจัดการคลังไม่เต็มประสิทธิภาพ การขาดคำสั่งแต่งตั้งผู้รับผิดชอบงานคลังอย่างเป็นทางการและคู่มือการปฏิบัติงานที่เป็นมาตรฐาน ทำให้ระบบขาดความต่อเนื่องเมื่อมีการโยกย้ายบุคลากร

4. การควบคุมเวชภัณฑ์หมดอายุหรือเสื่อมสภาพ ใช้การติดแถบสี แต่ไม่สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องเนื่องจากภาระงานสูง และขาดระบบการรายงานที่ชัดเจนระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และโรงพยาบาลแม่ข่าย ทำให้เวชภัณฑ์ใกล้หมดอายุไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม

5. ระบบบริหารจัดการข้อมูล การบันทึกข้อมูลใช้เอกสารเป็นหลัก ทำให้ไม่สะดวกต่อการค้นหาและประมวลผลข้อมูล ข้อมูลในบัญชีรับ-จ่ายไม่ตรงกับยอดคงเหลือจริง จึงไม่สามารถนำข้อมูลมาใช้ประกอบการวางแผนได้อย่างแม่นยำ

การพัฒนากระบวนการบริหารคลังเวชภัณฑ์

จากปัญหาที่ค้นพบ นำไปสู่การวางแผนและพัฒนากระบวนการบริหารจัดการเวชภัณฑ์ร่วมกันระหว่างทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญดังนี้

1. การอบรมเสริมสร้างสมรรถนะบุคลากร จัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่บุคลากรที่รับผิดชอบงานบริหารคลังเวชภัณฑ์เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการใช้โปรแกรม/แอปพลิเคชันใหม่

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280836

2. การกำหนดระเบียบปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษร จัดทำคำสั่งแต่งตั้งผู้รับผิดชอบงานคลังเวชภัณฑ์อย่างเป็นทางการ และกำหนดระเบียบปฏิบัติการเบิกจ่ายให้ชัดเจน

3. การทบทวนกรอบบัญชีเวชภัณฑ์ ร่วมกันทบทวนและขยายรายการยาจาก 88 รายการ เป็น 93 รายการ และเวชภัณฑ์มิใช่ยาจาก 69 รายการเป็น 86 รายการ รวมถึงการเพิ่มรายการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการใช้จริงในพื้นที่

4. การนำเทคโนโลยีมาใช้ พัฒนาระบบแบบฟอร์มอิเล็กทรอนิกส์สำหรับการเบิกจ่ายที่มีการคำนวณอัตโนมัติ และนำโปรแกรม/แอพพลิเคชั่นมาใช้ในการบันทึกข้อมูลแบบเรียลไทม์พร้อมทั้งสร้างระบบแจ้งเตือนเวชภัณฑ์ใกล้หมดอายุอัตโนมัติผ่าน LINE Notify

5. การปรับปรุงระบบโลจิสติกส์และการจัดเรียง กำหนดกระบวนการนำส่งและตรวจรับเวชภัณฑ์ร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และนำหลักการ First Expired First Out (FEFO) มาใช้ในการจัดเรียงเพื่อลดการสูญเสีย

การประเมินผลประสิทธิภาพการบริหารเวชภัณฑ์ (ผลการศึกษาเชิงปริมาณ)

มูลค่าการเบิกจ่ายยาและเวชภัณฑ์มิใช่ยา แม้จำนวนรายการยาเพิ่มจาก 88 เป็น 93 รายการ และเวชภัณฑ์มิใช่ยาเพิ่มจาก 69 เป็น 86 รายการ แต่มูลค่าการเบิกจ่ายรวมไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมูลค่าการเบิกจ่ายารวมเพิ่มจาก 277,683.14 เป็น 326,045.48 บาท คิดเป็นร้อยละ 17.42 และเวชภัณฑ์มิใช่ยาเพิ่มขึ้นร้อยละ 8.88 ผลการทดสอบ Paired t-test พบว่า มูลค่าการเบิกยาและเวชภัณฑ์มิใช่ยาหลังการใช้โปรแกรมเพิ่มขึ้น แต่ไม่แตกต่างจากก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.146 และ 0.584 ตามลำดับ)

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบมูลค่าการเบิกยาและเวชภัณฑ์มิใช่ยา (วชย) ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม/แอปพลิเคชันคลังเวชภัณฑ์ (Paired t-test, n = 8)

รายการ	ช่วงเวลา (ปีงบประมาณ)	$\bar{x}$	S.D.	Mean difference	t	df	95% CI		p-value
							Lower	Upper	
ยา	ก่อนใช้ (ปี 2567)	34,710.39	7,242.91	6,045.29	1.64	7	-2,298.24	14,388.82	0.146
	หลังใช้ (ปี 2568)	40,755.69	11,908.54						
วชย	ก่อนใช้ (ปี 2567)	14,468.38	5,770.56	1,284.26	0.58	7	-4,399.78	6,968.30	0.584
	หลังใช้ (ปี 2568)	15,752.64	4,919.29						

อัตราคงคลัง อัตราคงคลังเฉลี่ยของยาและเวชภัณฑ์มิใช่ยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้ง 8 แห่ง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการใช้โปรแกรม โดยอัตราคงคลังยาเฉลี่ยลดลงจาก 3.29 เป็น 2.31 เดือน (p-value = 0.049) และเวชภัณฑ์มิใช่ยาลดลงจาก 6.27 เป็น 4.77 เดือน (p-value = 0.013)

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280836

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบอัตราคงคลังยาและเวชภัณฑ์มิใช่ยา (วชย) ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม/แอปพลิเคชันคลังเวชภัณฑ์ (Paired t-test, n = 8)

รายการ	ช่วงเวลา (ปีงบประมาณ)	$\bar{x}$	S.D.	Mean difference	t	df	95% CI		p-value
							Lower	Upper	
ยา	ก่อนใช้ (ปี 2567)	3.29	1.26	0.98	2.39	7	0.003	1.95	0.049*
	หลังใช้ (ปี 2568)	2.31	0.29						
วชย	ก่อนใช้ (ปี 2567)	6.27	1.21	1.50	3.32	7	0.38	2.62	0.013*
	หลังใช้ (ปี 2568)	4.77	1.37						

p-value < 0.05 แสดงว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Mean difference = ก่อนใช้โปรแกรม-หลังใช้โปรแกรม

จำนวนรายการยาและเวชภัณฑ์มิใช่ยาขาด จำนวนรายการยาและเวชภัณฑ์มิใช่ยาขาดเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการใช้โปรแกรม โดยจำนวนยาขาดลดลงจาก 6.38 เป็น 2.88 รายการ (p-value < 0.001) และเวชภัณฑ์มิใช่ยาขาดลดลงจาก 4.75 เป็น 2.50 รายการ (p-value < 0.001)

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบจำนวนรายการยาและเวชภัณฑ์มิใช่ยา (วชย) ขาดก่อนและหลังการใช้โปรแกรม/แอปพลิเคชันคลังเวชภัณฑ์ (Paired t-test, n = 8)

รายการ	ช่วงเวลา (ปีงบประมาณ)	$\bar{x}$	S.D.	Mean difference	t	df	95% CI		p-value
							Lower	Upper	
ยา	ก่อนใช้ (ปี 2567)	6.38	1.19	3.50	6.13	7	2.14	4.86	< 0.001*
	หลังใช้ (ปี 2568)	2.88	0.83						
วชย	ก่อนใช้ (ปี 2567)	4.75	0.71	2.25	7.15	7	1.57	2.93	< 0.001*
	หลังใช้ (ปี 2568)	2.50	0.53						

*p-value < 0.05 แสดงว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Mean difference = ก่อนใช้โปรแกรม – หลังใช้โปรแกรม

ร้อยละความคลาดเคลื่อนของข้อมูลคงคลัง ร้อยละความคลาดเคลื่อนของข้อมูลคงคลังยาลดลงจากร้อยละ 12.07 เป็น 5.71 และเวชภัณฑ์มิใช่ยาลดลงจากร้อยละ 10.14 เป็น 4.72 โดยแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280836

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบร้อยละความคลาดเคลื่อนของข้อมูลคงคลังยาและเวชภัณฑ์มิใช่ยา (วชย) ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม/แอปพลิเคชันคลังเวชภัณฑ์ (Paired t-test, n = 8)

รายการ	ช่วงเวลา (ปีงบประมาณ)	$\bar{x}$	S.D.	Mean difference	t	df	95% CI		p-value
							Lower	Upper	
ยา	ก่อนใช้ (ปี 2567)	12.07	2.10	6.36	5.67	7	3.82	8.90	< 0.001*
	หลังใช้ (ปี 2568)	5.71	1.79						
วชย	ก่อนใช้ (ปี 2567)	10.14	1.73	5.42	9.53	7	4.12	6.72	< 0.001*
	หลังใช้ (ปี 2568)	4.72	1.05						

*p-value < 0.05 แสดงว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Mean difference = ก่อนใช้โปรแกรม-หลังใช้โปรแกรม

อัตรามูลค่าเวชภัณฑ์หมดอายุหรือเสื่อมสภาพ อัตรามูลค่ายาหมดอายุหรือเสื่อมสภาพลดลงจาก 0.0151 เป็น 0.0076 (p-value = 0.033) และเวชภัณฑ์มิใช่ยาลดลงจาก 0.0243 เป็น 0.0069 (p-value < 0.001) โดยแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบอัตรามูลค่าเวชภัณฑ์หมดอายุหรือเสื่อมสภาพก่อนและหลังการใช้โปรแกรม/แอปพลิเคชันคลังเวชภัณฑ์ (Paired t-test, n = 8)

รายการ	ช่วงเวลา	$\bar{x}$	S.D.	Mean difference	t	df	95% CI		p-value
							Lower	Upper	
ยา	ก่อนใช้ (ครั้งที่ 1)	0.0151	0.0151	0.0075	2.65	7	0.0008	0.0142	0.033*
	หลังใช้ (ค่าเฉลี่ย 2-3)	0.0076	0.0080						
วชย	ก่อนใช้ (ครั้งที่ 1)	0.0243	0.0105	0.0174	6.12	7	0.0110	0.0238	< 0.001*
	หลังใช้ (ค่าเฉลี่ย 2-3)	0.0069	0.0043						

*p-value < 0.05 แสดงว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Mean difference = ก่อนใช้โปรแกรม-หลังใช้โปรแกรม

หมายเหตุ: ค่าหลังการพัฒนาเป็นค่าเฉลี่ยของผลการติดตามครั้งที่ 2-3 ของหน่วยบริการเดียวกัน

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาและพัฒนาระบบบริหารคลังเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเครือข่ายโรงพยาบาล สหัสขันธ์ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสานและการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ระบบบริหารจัดการคลังเวชภัณฑ์แบบเดิมมีปัญหาเชิงโครงสร้างหลายด้าน เช่น กรอบบัญชีเวชภัณฑ์ที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการจริง การบันทึกข้อมูลด้วยเอกสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ และการขาดระบบควบคุมเวชภัณฑ์ที่ใกล้หมดอายุ หลังจากการพัฒนาระบบใหม่โดยการนำแอปพลิเคชั่น/โปรแกรมคลังเวชภัณฑ์มาใช้ร่วมกับ

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280836

การปรับปรุงกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วม พบว่า ตัวชี้วัดประสิทธิภาพหลักมีการปรับปรุงดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อัตราคงคลังของยาและเวชภัณฑ์มิใช่ยาลดลง จำนวนรายการยาและเวชภัณฑ์มิใช่ยาขาดลดลงอย่างชัดเจน ร้อยละความคลาดเคลื่อนของข้อมูลคงคลังลดลงอย่างมาก และมูลค่าเวชภัณฑ์ที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพลดลง การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผ่านการปรึกษาหารือ ร่วมกันแก้ปัญหา และประยุกต์ใช้แอพพลิเคชันคลังยาอัจฉริยะ ส่งผลให้บุคลากรมีทัศนคติเชิงบวก เกิดการทำงานเป็นทีม และเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้เป็นระบบและมีมาตรฐานในระดับอำเภอ

อภิปรายผลการวิจัย

ประสิทธิผลของการพัฒนาและปัจจัยความสำเร็จ

ผลการวิจัยเชิงปริมาณพบว่าการพัฒนาระบบบริหารคลังเวชภัณฑ์ด้วยแอปพลิเคชัน/โปรแกรมคลังยาช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ โดยอัตราคงคลังของยาและเวชภัณฑ์มิใช่ยาลดลง สะท้อนถึงการบริหารปริมาณสำรองที่เหมาะสมมากขึ้น สอดคล้องกับแนวทางการบริหารคลังเวชภัณฑ์ที่กำหนดให้มีมูลค่ายาคงคลังไม่เกิน 2 เดือน เพื่อควบคุมปริมาณสำรองให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม ขณะเดียวกันยังต้องคงความพร้อมในการให้บริการผู้ป่วย และสอดคล้องกับการศึกษาของมัตติกา ประพฤติดี[7], วรวุฒิ สีหา[8], นันท์นภัส ฟุ้งสุข และคณะ[9] ที่รายงานผลการพัฒนาระบบบริหารเวชภัณฑ์และการปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารคลัง

ผลลัพธ์สำคัญ คือ จำนวนรายการยาขาดคลังลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่อัตราคงคลังลดลงพร้อมกัน แสดงถึงการลดปริมาณคงคลังส่วนเกินโดยยังคงมีเวชภัณฑ์ที่จำเป็นเพียงพอต่อการให้บริการ โดยการปรับปรุงกรอบบัญชีรายการยาให้สอดคล้องกับความต้องการจริง เพิ่มรายการยาสมุนไพร และใช้ระบบอิเล็กทรอนิกส์คำนวณปริมาณการเบิกตามเกณฑ์สำรองที่กำหนด ทำให้ข้อมูลมีความถูกต้องและเป็นปัจจุบัน และช่วยในการพยากรณ์และบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ ร้อยละความคลาดเคลื่อนของข้อมูลและมูลค่าเวชภัณฑ์หมดอายุลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ สวัสดิ์ มาลา[10] ที่พบว่า การพัฒนาระบบสารสนเทศช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังเวชภัณฑ์ยาใกล้หมดอายุ และสนับสนุนการตรวจสอบข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว สำหรับมูลค่าเวชภัณฑ์หมดอายุ การศึกษาครั้งนี้ใช้ค่าเฉลี่ยของผลการติดตามหลังการพัฒนา 2 ครั้ง เนื่องจากมีความผันผวนตามรอบการบริหารเวชภัณฑ์และวันหมดอายุของแต่ละรายการ การใช้ค่าเฉลี่ยช่วยลดอิทธิพลของความแปรปรวนในแต่ละช่วงเวลาและสะท้อนผลของระบบที่พัฒนาขึ้นได้ดีกว่าการใช้ข้อมูลจากการติดตามเพียงครั้งเดียว

การอภิปรายผลเชิงนโยบายและการปฏิบัติ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280836

ผลการวิจัย พบว่า มูลค่าการเบิกจ่ายรวมของยาและเวชภัณฑ์มิใช่ยาไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนว่า การพัฒนาระบบบริหารเวชภัณฑ์ด้วยแอปพลิเคชันคลังยาอัจฉริยะมิได้มุ่งลดค่าใช้จ่ายเพียงอย่างเดียว แต่เพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรให้สอดคล้องกับความต้องการใช้จริง โดยลดความสูญเสียจากเวชภัณฑ์หมดอายุ การสำรองเกินความจำเป็น และความคลาดเคลื่อนของข้อมูลคงคลัง ส่งผลให้การใช้จ่ายงบประมาณมีความคุ้มค่าและเกิดประโยชน์ต่อการให้บริการผู้ป่วยมากขึ้น อย่างไรก็ตาม มูลค่าการเบิกจ่ายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นภายหลังการพัฒนา จึงควรติดตามอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากหากแนวโน้มดังกล่าวดำเนินต่อไปในระยะยาว อาจส่งผลต่อภาระงบประมาณของหน่วยบริการ ดังนั้น การบริหารคลังเวชภัณฑ์ควรสร้างสมดุลระหว่างการมีเวชภัณฑ์เพียงพอต่อการให้บริการ (availability) และการควบคุมต้นทุน (cost containment) โดยวางแผนความต้องการยา กำหนดระดับการสำรองที่เหมาะสม และติดตามตัวชี้วัดด้านการใช้เวชภัณฑ์อย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีข้อจำกัดด้านกำลังคนและภารกิจที่หลากหลาย ผลการศึกษาเชิงคุณภาพแสดงให้เห็นว่า การประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศช่วยลดภาระงานด้านเอกสาร เพิ่มความถูกต้องและความรวดเร็วในการจัดการข้อมูลคงคลัง และสนับสนุนการตัดสินใจด้านการบริหารเวชภัณฑ์บนพื้นฐานของข้อมูลจริง ส่งผลให้บุคลากรสามารถบริหารทรัพยากรที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นภายใต้ข้อจำกัดด้านกำลังคนและงบประมาณ

การนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการเวชภัณฑ์ช่วยลดงานประจำที่ซ้ำซ้อนและเพิ่มเวลาให้บุคลากรปฏิบัติงานที่มีความสำคัญมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ กษมา แก้วบำรุง และคณะ[11] ที่พบว่า ระบบคอมพิวเตอร์ช่วยจัดเก็บข้อมูล ควบคุมการเบิกจ่าย และสืบค้นข้อมูลย้อนหลังได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Namisango[12] และ Fisher[13] ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและ mHealth สามารถสนับสนุนการจัดการข้อมูล การบริหารยา การควบคุมสินค้าคงคลัง และการวางแผนด้านเวชภัณฑ์ได้ รวมทั้งการศึกษาของ นันท์นภัส ฟุ้งสุข และคณะ[9] ที่พบว่า ระบบคอมพิวเตอร์ช่วยลดภาระงานของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้แอปพลิเคชันคลังเวชภัณฑ์ผ่านโทรศัพท์มือถือ โดยในช่วงเริ่มต้นเจ้าหน้าที่บางรายยังไม่คุ้นเคยกับการใช้งาน จึงนำการทำงานเป็นทีม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการวางแผนแบบมีส่วนร่วมมาใช้ เพื่อปรับปรุงกระบวนการให้สอดคล้องกับปัญหาและบริบทของแต่ละพื้นที่ ส่งผลให้เจ้าหน้าที่สามารถใช้งานระบบได้สะดวกขึ้น คาดการณ์และวางแผนการเบิกเวชภัณฑ์ได้ทันท่วงที บริหารเวชภัณฑ์ใกล้หมดอายุได้สะดวก และตรวจสอบข้อมูลแบบ Real Time ได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การดำเนินงานวิจัยแบบมีส่วนร่วม โดยเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการวินิจฉัยปัญหาและออกแบบแนวทางแก้ไข ทำให้เกิดการยอมรับและความคุ้นเคยใน

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280836

การใช้งานระบบใหม่ การทำงานเป็นทีมและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่ช่วยปรับปรุงกระบวนการให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละหน่วยบริการ และนำไปสู่การแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ครอบคลุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทุกแห่ง ในเครือข่ายโรงพยาบาลสหัสขันธ์ จำนวน 8 แห่ง ซึ่งเป็นประชากรทั้งหมดของพื้นที่ศึกษา แต่จำนวนหน่วยบริการที่จำกัดอาจส่งผลต่อความแม่นยำของค่าประมาณและความสามารถในการอ้างอิงผลการวิจัยไปยังพื้นที่อื่น อย่างไรก็ตาม การศึกษาจากประชากรทั้งหมดสะท้อนสภาพการดำเนินงานจริงของเครือข่ายบริการสุขภาพในพื้นที่ได้ครบถ้วน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การขยายผลและพัฒนาบุคลากร ควรพิจารณาขยายการใช้ระบบบริหารคลังเวชภัณฑ์ด้วยแอปพลิเคชันไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่มีบริบทและปัญหาคล้ายคลึงกันในระดับจังหวัดหรือภูมิภาค พร้อมจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานที่เป็นมาตรฐานและอบรมอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บุคลากรใหม่เรียนรู้การใช้งานได้ง่ายและสร้างความยั่งยืนของระบบเมื่อมีการโยกย้ายบุคลากร

2. การบูรณาการข้อมูล ควรพัฒนาและเชื่อมโยงระบบบริหารคลังเวชภัณฑ์ของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) กับระบบของโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อบูรณาการข้อมูลและสนับสนุนการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจจัดซื้อและจัดสรรทรัพยากร

3. การศึกษาในระยะยาวและเชิงเปรียบเทียบ ควรติดตามผลการดำเนินงานระยะยาว (1-2 ปีขึ้นไป) เพื่อประเมินความยั่งยืนของระบบ ทั้งด้านประสิทธิภาพ ความคุ้มค่าในการลงทุน และทัศนคติของผู้ปฏิบัติงาน รวมทั้งศึกษาเชิงเปรียบเทียบในพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อทดสอบความสามารถในการประยุกต์ใช้และปรับเปลี่ยนรูปแบบของระบบ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบุคลากรและภาคีเครือข่ายทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย และขอขอบคุณ นายเฉลิมพล ศรีนวลแสง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งโปร่ง อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น ที่สนับสนุนแอปพลิเคชัน/โปรแกรมคลังยา ดร.ภญ. อรนิฏา ธารเจริญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ รวมทั้งผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลสหัสขันธ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 8 แห่ง สาธารณสุขอำเภอสหัสขันธ์ และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์และสนับสนุนการเก็บข้อมูลจนการวิจัยสำเร็จลุล่วง

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280836

เอกสารอ้างอิง

1. ชูชัย ศุภวงศ์, สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, ลัดดา ดำริการเลิศ, สุพัตรา ศรีวณิชชากร, เกษม เวชสุทธานนท์. คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. กรุงเทพฯ: บริษัท ที คิว พี จำกัด; 2552.
2. กระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
3. ไพจิตร์ วราชิต, ศิริวัฒน์ ทิพย์ธาราดล, นิทัศย์ รายวา, ศุภกิจ ศิริลักษณ์, เกษม เวชสุทธานนท์, สุธิมา สงวนศักดิ์, และคณะ. คู่มือบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; 2554.
4. นุชนาถ เคียงวงค์. การพัฒนาคุณภาพการบริหารเวชภัณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2557; 7(2): 302-309.
5. โรงพยาบาลสหัสขันธ์. กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค. ผลการนิเทศงานและตรวจสอบภายใน ปี 2567. กาฬสินธุ์: โรงพยาบาลสหัสขันธ์; 2567.
6. โรงพยาบาลสหัสขันธ์. กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค. รายงานการเบิกเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2566. กาฬสินธุ์: โรงพยาบาลสหัสขันธ์; 2566.
7. มัตติกา ประพฤติดี. การพัฒนางานบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา 2564; 1(2): 16-29.
8. วรวุฒิ สีหา, สมศักดิ์ อาภาศรีทองสกุล. การพัฒนาระบบการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจากโรงพยาบาลกมลาไสยโดยประยุกต์ใช้การบริหารสินค้าคงคลังโดยผู้ขาย. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2563; 13(1): 670-682.
9. นันท์นภัส ฟุ้งสุข, อัษฎางค์ พลนอก. การพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารคลังเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภออุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสาร มฉก.วิชาการ 2560; 21(41): 109-122.
10. สวัสดิ์ มาลา. การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อเฝ้าระวังเวชภัณฑ์ยาใกล้หมดอายุในเครือข่ายอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารการศึกษา-สุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม 2567; 9(6): 962-973.
11. กษมา แก้วบำรุง, วรินท์มาศ เกษทองมา, วุธิพงศ์ ภักดีกุล. วิเคราะห์การบริหารคลังเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2564; 14(2): 95-102.

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280836

12. Namisango E, Ntege C, Luyirika EBK, Kiyange F, Allsop MJ. Strengthening pharmaceutical systems for palliative care services in resource limited settings: piloting a mHealth application across a rural and urban setting in Uganda. BMC Palliat Care. 2016; 15: 20.

13. Fisher AM, Mtonga TM, Espino JU, Jonkman LJ, Connor SE, Cappella NK, et al. User-centered design and usability testing of RxMAGIC: a prescription management and general inventory control system for free clinic dispensaries. BMC Health Serv Res 2018; 18: 703.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280922

การพัฒนารูปแบบการบำบัดบุหรี่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดอุดรธานี

THE DEVELOPMENT OF A COMMUNITY-PARTICIPATORY MODEL FOR SMOKING CESSATION IN UDON THANI PROVINCE

Received: March 12, 2026
Revised: July 30, 2026
Accepted: August 08, 2026

อัมพร ศรีกุลวงศ์
Amporn Srikulwong

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบำบัดบุหรี่ รวมทั้งพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการบำบัดบุหรี่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะศึกษาสถานการณ์ กลุ่มตัวอย่าง 396 คน ระยะพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ 2 วงรอบ กลุ่มทดลอง 320 คน ภาคีเครือข่าย 96 คน ระยะประเมินผล ดำเนินการกันยายน 2568 ถึงกุมภาพันธ์ 2569 เครื่องมือวิจัยคือรูปแบบการบำบัดบุหรี่ เวลา 12 สัปดาห์ แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ (IOC = 0.92, KR-20 = 0.82, Cronbach's alpha = 0.74 และ 0.81) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Paired Samples t-test

ผลการวิจัย ก่อนทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ระดับน้อย ทัศนคติระดับปานกลาง การมีส่วนร่วมระดับน้อย รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ แนวคิดการมีส่วนร่วม 6 ชุดกิจกรรม (การจัดตั้งคณะกรรมการ การคืนข้อมูลและกำหนดกติกาชุมชน การรณรงค์ เทคนิค 5A-5R-5D การสนับสนุนโดยครอบครัว ระบบติดตามผ่านกลุ่มไลน์) และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายครอบครัว หลังทดลองใช้รูปแบบ กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ ทัศนคติ การมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) โดยผู้สูบบุหรี่ ร้อยละ 51.20 ลดปริมาณการสูบลง ร้อยละ 31.90 ไม่สูบบุหรี่ต่อเนื่องตลอดการวิจัย

รูปแบบนี้มีแนวโน้มช่วยเพิ่มศักยภาพชุมชนในการสนับสนุนการลดและเลิกบุหรี่ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมโดยใช้กลุ่มเปรียบเทียบและติดตามผลระยะยาว

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การบำบัดบุหรี่, การมีส่วนร่วมของชุมชน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
Udon Thani Provincial Public Health Office
Corresponding author E-mail: oon.srikulwong@hotmail.com

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280922

Abstract

This study aimed to examine knowledge, attitudes toward smoking cessation, and community participation in smoking cessation, and to develop and evaluate a community participation model for smoking cessation in Udon Thani Province. An action research design comprising three phases was employed: a situational survey (n = 396 smokers), model development and implementation across two cycles (320 participants; 96 network partners), and model evaluation, conducted from September 2025 to February 2026. Instruments included a 12-week community participation model and a validated questionnaire (IOC = 0.92; KR-20 = 0.82; Cronbach's alpha = 0.74 and 0.81). Data were analyzed using descriptive statistics and paired samples t-tests.

At baseline, most participants had low knowledge (59.80%), moderate attitudes (57.60%), and low participation (94.70%). The developed model comprised three components: a participatory concept; six intervention activities (committee formation, data feedback and community rule-setting, campaigning, the 5A-5R-5D technique, family support, and online monitoring); and family network partner participation. After implementation, participants showed statistically significant improvements in knowledge, attitudes, and participation (p-value < 0.001), with 51.20% reducing cigarette consumption and 31.90% reporting continuous abstinence throughout the study.

The model shows promise for strengthening community capacity to support smoking reduction and cessation. Further research using comparison groups and long-term follow-up is recommended.

Keywords: pattern development, smoking cessation, community participation

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280922

บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ องค์การอนามัยโลกถือว่าการติดบุหรี่เป็นโรคเรื้อรัง และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตจากโรคที่สามารถป้องกันได้ ผู้สูบบุหรี่จะมีอายุขัยสั้นลงเฉลี่ย 10-13 ปี และเสี่ยงต่อโรคระบบทางเดินหายใจ โรคหัวใจ ถุงลมโป่งพอง และโรคเส้นเลือด[1] ประเทศไทย พบว่า ประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี 2567 เป็นผู้สูบบุหรี่ 9.8 ล้านคน ร้อยละ 16.5 โดยกลุ่มอายุ 25-44 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุดที่ร้อยละ 20.1[2] ซึ่งแสดงว่า บุหรี่เป็นสารเสพติดที่แพร่หลายและกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชากรไทย จังหวัดอุดรธานี ปี 2568 ได้ดำเนินการคัดกรองการสูบบุหรี่ในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 50.08 ของประชากรทั้งหมดพบผู้สูบบุหรี่ ร้อยละ 3.73 ของกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยรับการบำบัดรักษา ร้อยละ 77.2 ของผู้สูบบุหรี่ที่ได้รับการคัดกรองแม้ว่าอัตราการได้รับการบำบัดค่อนข้างสูงแต่อัตราความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ยังคงต่ำ[3]

บุหรี่มีสารนิโคติน ออกฤทธิ์ต่อสมองและระบบประสาทส่วนกลาง กระตุ้นการหลั่งสารโดปามีน และนอร์เอพิเนฟริน ทำให้ติดบุหรี่ได้ง่าย เมื่อหยุดสูบจะเกิดอาการถอนนิโคติน และเกิดความต้องการสูบซ้ำ[4] ทำให้ผู้ติดบุหรี่มีอัตราการกลับมาสูบซ้ำสูง การบำบัดผู้ติดบุหรี่ในปัจจุบันใช้ทั้งการบำบัดด้วยยา และไม่ใช้ยา แนวทางการบำบัดเดิมส่วนใหญ่มุ่งเน้นระดับบุคคลหรือหน่วยบริการ โดยมีข้อจำกัด คือ ขาดการบูรณาการชุมชน ครอบครัว เครือข่ายสนับสนุนที่ส่งผลต่อการรักษาแบบยั่งยืน ไม่มีระบบติดตามเพื่อประเมินความสำเร็จและป้องกันการกลับมาสูบซ้ำในระยะยาว และม่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่และวัฒนธรรมท้องถิ่นของจังหวัดอุดรธานี ทำให้อัตราความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ต่ำ พบว่า ผู้ติดบุหรี่ที่เลิกได้จำนวนน้อย และมีอัตราการกลับมาสูบซ้ำสูง[3]

การนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนมาประยุกต์ใช้ในการบำบัดบุหรี่จะช่วยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหา ร่วมคิด ร่วมวางแผน และร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ได้อย่างยั่งยืน การนำแรงสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ครอบครัวมาใช้ในกระบวนการบำบัดโดยบูรณาการเทคนิคมาตรฐาน 5A-5R-5D ร่วมกับระบบติดตามอย่างเป็นระบบ ช่วยเสริมพลังให้ผู้ติดบุหรี่สามารถลด ละ เลิกบุหรี่ได้อย่างยั่งยืน[5] ลดโอกาสเจ็บป่วยเรื้อรัง ถึงแม้ปัจจุบันมีแนวทางการบำบัดบุหรี่ทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยาที่ได้รับการยอมรับจากสากล จังหวัดอุดรธานี มีงานวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบการบำบัดที่บูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน ภาคีเครือข่าย ระบบครอบครัว และระบบติดตามออนไลน์ไว้ในรูปแบบเดียวกันน้อย การศึกษานี้เป็นการสร้างรูปแบบการบำบัดบุหรี่แบบบูรณาการที่รวมกระบวนการ AIC การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การสนับสนุนจากครอบครัว เทคนิคมาตรฐาน 5A-5R-5D และระบบติดตามออนไลน์ ซึ่งสอดคล้องกับบริบท สภาพสังคม วัฒนธรรม และทรัพยากรของจังหวัดอุดรธานี

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280922

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ทำการพัฒนารูปแบบการบำบัดบุหรี่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดอุดรธานี เพื่อให้ได้แนวทางการดำเนินงานที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่และนำไปสู่การลดจำนวนผู้สูบบุหรี่อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมของผู้สูบบุหรี่และภาคีเครือข่ายในการสนับสนุนการเลิกสูบบุหรี่ จังหวัดอุดรธานี

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดบุหรี่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดอุดรธานี

3. เพื่อประเมินผลของรูปแบบต่อความรู้ทัศนคติ การมีส่วนร่วม และพฤติกรรมการลดหรือเลิกสูบบุหรี่ของผู้เข้าร่วม

การทบทวนวรรณกรรม/กรอบแนวคิดงานวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ บุหรี่หนึ่งมวนเมื่อเผาไหม้จะเกิดสารเคมีกว่า 4,000 ชนิด โดยมี 42 ชนิดที่เป็นสารก่อมะเร็ง สารพิษหลักที่ส่งผลต่อร่างกาย ได้แก่ นิโคติน ที่ออกฤทธิ์ต่อสมองและระบบหัวใจหลอดเลือด ทาร์ ที่ก่อมะเร็งในอวัยวะต่างๆ คาร์บอนมอนอกไซด์ทำให้ร่างกายขาดออกซิเจน และสารพิษอื่นๆ ล้วนทำลายระบบอวัยวะอย่างต่อเนื่อง

2. แนวทางการบำบัดบุหรี่

การเลิกบุหรี่อาศัย 3 ปัจจัยร่วมกัน คือ ร่างกาย จิตใจและสังคม มีแนวทางการบำบัดที่ ได้แก่

1) เทคนิค 5R เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Relevance, Risks, Rewards, Roadblocks, Repetition)

2) เทคนิค 5A สำหรับบุคลากรสุขภาพ ประกอบด้วย การถาม การให้คำแนะนำ การประเมิน การช่วยเหลือ และการติดตาม

3) เทคนิค 5D เพื่อป้องกันการกลับไปสูบซ้ำ (Delay, Deep breath, Drink water, Do something else, Destination) การรักษาด้วยยา Nicotine Replacement และ non-nicotine

3. ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลในสังคม ทำให้รู้สึกมีคุณค่าเป็นที่ยอมรับและเผชิญกับปัญหาได้ดีขึ้น[8] งานวิจัยนี้ใช้แนวคิดของ Schaefer[9] แบ่งแรงสนับสนุนเป็น 3 ด้าน 1) ด้านอารมณ์ 2) ด้านสิ่งของ/แรงงาน 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร งานวิจัยเชิงประจักษ์จากประเทศกำลังพัฒนา[10] แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ชุมชนมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการรักษาที่ยั่งยืน การลด-เลิกสูบบุหรี่ประสบความสำเร็จสูงสุด

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280922

4. แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน

การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนเข้ามาร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติ และร่วมรับผลประโยชน์ งานวิจัยนี้ใช้รูปแบบของ Cohen & Uphoff[11] ซึ่งแบ่งการมีส่วนร่วมเป็น 4 รูปแบบ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ 3) การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของประชาชนมีความสำคัญมากส่งผลต่อการเลิกสูบบุหรี่ก่อให้เกิดความยั่งยืน

5. กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม A-I-C

กระบวนการ A-I-C เป็นเทคนิคการประชุมและวางแผนแบบมีส่วนร่วมเชิงสร้างสรรค์ ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ A (Appreciation) การรับรู้และยอมรับสภาพปัญหาปัจจุบันร่วมกัน I (Influence) การร่วมกำหนดวิธีการและยุทธศาสตร์แก้ไขปัญหา และ C (Control) การวางแผนปฏิบัติการโดยสมาชิกรับผิดชอบตามความสมัครใจ ส่งเสริมให้ชุมชนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของรับผิดชอบร่วมกันนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน สอดคล้องกับการแก้ไขปัญหาในระดับชุมชน

6. การทบทวนและวิเคราะห์วิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 งานวิจัยเกี่ยวกับแนวทางการบำบัดบุหรี่

งานวิจัยส่วนใหญ่เน้นการให้บริการโดยบุคลากรสาธารณสุขในสถานบริการ โดยใช้เทคนิค 5A หรือ 5R เพื่อให้คำแนะนำและสนับสนุนการเลิกบุหรี่ การให้คำปรึกษาแบบบุคคล มีประสิทธิภาพในการช่วยเลิกบุหรี่ (RR: 2.02, 95% CI: 1.80-2.27) และเมื่อรวมกับการรักษาด้วยยา NRT/ Varenicline ให้ผลลัพธ์ที่ดียิ่งขึ้น[12] ข้อจำกัดหลักของการศึกษาเหล่านี้ คือ ขาดการพิจารณาบทบาทของครอบครัวและชุมชนอาจส่งผลต่อความยั่งยืนการเลิกบุหรี่ในระยะยาว

6.2 งานวิจัยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนและแรงสนับสนุนทางสังคม

ผู้ติดบุหรี่ที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมีอัตราความสำเร็จในการเลิกบุหรี่สูงขึ้นร้อยละ 37-52 เมื่อเทียบกับผู้ไม่ได้รับการสนับสนุน[13-14] และงานวิจัย เกี่ยวกับ Community-based Smoking Cessation ในประเทศ China, Thailand และ Vietnam พบว่า การบูรณาการ การเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครชุมชน การให้คำปรึกษากลุ่ม และการสนับสนุนครอบครัว ส่งผลให้อัตราการเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[15]

7. การสังเคราะห์แนวคิดและทฤษฎี (Theory Synthesis)

เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดบุหรี่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนี้

แนวคิด/ทฤษฎี	บทบาท/ส่วนประกอบของรูปแบบ	ระยะการปฏิบัติการ
การมีส่วนร่วมของชุมชน (Cohen&Uphoff)	ส่งเสริมการมีส่วนร่วมผ่านการตัดสินใจ ปฏิบัติการและการประเมินผลร่วมกัน	ทั้งหมด

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280922

แนวคิด/ทฤษฎี	บทบาท/ส่วนประกอบของรูปแบบ	ระยะการปฏิบัติการ
กระบวนการ A-I-C	เทคนิคการประชุมเชิงสร้างสรรค์เพื่อรับรู้ปัญหากำหนดแนวทางและวางแผนปฏิบัติการ	วางแผนและปฏิบัติการ
เทคนิค 5A-5R-5D	แนวทางการเลิกบุหรี่ที่บูรณาการแรงจูงใจ การให้คำแนะนำและการป้องกันการสูบซ้ำ	การปฏิบัติการและการติดตาม
แรงสนับสนุนทางสังคม (Schaefer)	ให้การสนับสนุนทางอารมณ์ เชิงปฏิบัติการและข้อมูลข่าวสารจากครอบครัวและชุมชน	การปฏิบัติการและการติดตาม

การบูรณาการแนวคิดและทฤษฎีเหล่านี้สนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสามระดับ: (1) ระดับความรู้-ทัศนคติ โดยให้ข้อมูลและการมีส่วนร่วมของชุมชน (2) ระดับพฤติกรรม โดยเทคนิค 5A–5R–5D และแรงสนับสนุนทางสังคม (3) ระดับสังคม-สถาบัน โดยบูรณาการกระบวนการ AIC และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ซึ่งร่วมกันนำไปสู่การลดและเลิกสูบบุหรี่อย่างยั่งยืน

กรอบแนวคิดงานวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยนี้บูรณาการระหว่างทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน และหลักการบำบัดบุหรี่ตามเทคนิค 5A-5R-5D เพื่อพัฒนารูปแบบที่ครอบคลุมมิติความรู้ ทัศนคติ การมีส่วนร่วมและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ วัดผลก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาและวินิจฉัยความรู้ ทัศนคติ การมีส่วนร่วม ระยะที่ 2 พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ และระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบหลังดำเนินกิจกรรมการบำบัด 12 สัปดาห์ ศึกษาในพื้นที่ทุกอำเภอในจังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือน กันยายน 2568 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งตามระยะการวิจัย 3 ระยะ

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหา แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ประชากร คือ ภาคีเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องการบำบัดบุหรี่ในอำเภอๆ ละ 12 คน ประกอบด้วย นายอำเภอ 1 คน ตำรวจ 1 คน สาธารณสุขอำเภอ 1 คน ตัวแทนกำนัน 2 คน ตัวแทนนายกองค์การบริหารส่วนตำบล 2 คน ตัวแทน อสม. 2 คน ตัวแทน รพ. สต. 2 คน พยาบาลผู้รับผิดชอบงานโรงพยาบาลชุมชน 1 คน ทั้งหมด 20 อำเภอ รวม 240 คน

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280922

กลุ่มตัวอย่าง เป็นภาคีเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบำบัดบุหรี่ ทำหน้าที่สร้างรูปแบบ เลือกแบบเจาะจง ตำบลละ 12 คน 8 ตำบล รวม 96 คน ประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบล 1 คน เจ้าหน้าที่ตำรวจประจำตำบล 1 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำตำบล 2 คน กำนัน 1 คน ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน คณะกรรมการหมู่บ้าน 3 คน และ อสม. 3 คน

กลุ่มที่ 2 ประชากร คือ ผู้สูบบุหรี่ที่ได้จากการคัดกรองจังหวัดอุดรธานี ในปี 2568 ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป 18,891 คน[6]

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูบบุหรี่ จังหวัดอุดรธานี ในปี 2568 ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ Krejcie & Morgan[7] ได้ขนาดตัวอย่าง 396 คน

ระยะที่ 2 พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ภาคีเครือข่าย เลือกแบบเจาะจงตำบลละ 12 คน 8 ตำบล รวม 96 คนประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่ตำรวจประจำตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน และ อสม.

กลุ่มที่ 2 ผู้สูบบุหรี่จังหวัดอุดรธานี ปี 2568 คัดเลือกจาก 4 โซนอำเภอ โซนละ 2 อำเภอๆ ละ 1 ตำบลๆ ละ 1 หมู่บ้านรวม 8 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 40 คน รวม 320 คน

1. เกณฑ์การคัดตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัย (Inclusion criteria)

1) ได้รับการยืนยันว่าเป็นผู้สูบบุหรี่จากแบบสำรวจของ รพ.สต.

2) มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง และมีครัวเรือนตั้งอยู่ในพื้นที่ 6 เดือนขึ้นไป

3) สามารถพูด อ่าน เขียน เข้าใจภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาการสื่อสาร

4) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยได้รับการบอกข้อมูลโครงวิจัยอย่างครบถ้วน

2. เกณฑ์การคัดตัวอย่างออกจากโครงการวิจัย (Exclusion Criteria)

1) ขอถอนตัวในช่วงที่เก็บรวบรวมข้อมูล

2) มีอาการเจ็บป่วยในช่วงที่เก็บรวบรวมข้อมูลจนไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้

ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบ ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเดียว กับระยะที่ 2

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหา ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบและทดลองใช้รูปแบบตามแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart[16] 4 ขั้นตอน ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบ ดำเนินการระหว่าง เดือนกันยายน2568 ถึง กุมภาพันธ์ 2569 รวมระยะเวลา 6 เดือน โดยแต่ละระยะมีรายละเอียด ดังนี้

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280922

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ความรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมของผู้สูบบุหรี่และภาคีเครือข่ายในการสนับสนุนการเลิกสูบบุหรี่ จังหวัดอุดรธานี

1. สอบถามความรู้ ทัศนคติและการมีส่วนร่วมของผู้สูบบุหรี่และภาคีเครือข่ายในการสนับสนุนการเลิกบุหรี่ จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่าง 396 คน

2. เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการประชุมแบบมีส่วนร่วม AIC ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และภาคีเครือข่ายสนับสนุนการเลิกสูบบุหรี่จาก 8 หมู่บ้าน เลือกแบบเจาะจง 96 คน ทำหน้าที่สร้างรูปแบบการบำบัดบุหรี่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนของแต่ละตำบล

ระยะที่ 2 พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการบำบัดบุหรี่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดอุดรธานี เลือกพื้นที่ดำเนินการวิจัย โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เลือกหมู่บ้านที่มีอัตราสูบบุหรี่สูงที่สุด 8 หมู่บ้าน ในจังหวัดอุดรธานี 96 คน โดยทดลองใช้รูปแบบการบำบัดบุหรี่จำนวน 2 วงรอบ ในผู้สูบบุหรี่กลุ่มตัวอย่างหมู่บ้านละ 40 คนจำนวน 8 ตำบลๆ ละ 1 หมู่บ้าน รวม 240 คน

พัฒนารูปแบบด้วยกระบวนการ PAOR 2 วงรอบ วงรอบที่ 1 เดือนกันยายน 2568

1. วางแผน (P) ผู้วิจัยร่วมกับภาคีเครือข่าย ได้แก่ ผู้นำชุมชน สอ.บต. อสม. ตัวแทน อบต. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประชุมวางแผนและจัดทำแผนให้ความรู้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล

2. ปฏิบัติ (A) แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน ชี้แจงบทบาทหน้าที่ ให้ความรู้ จัดเวทีประชาคม คืนข้อมูลให้กับชุมชน รณรงค์ลด ละ เลิก บุหรี่ ให้ความรู้เชิงปฏิบัติการผู้สูบบุหรี่ในชุมชน

3. สังเกต (O) ติดตามความก้าวหน้าเป็นเวลา 1 เดือน

4. สะท้อน (R) พบว่า ผู้สูบบุหรี่ มีความรู้ ในระดับน้อย มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง มีส่วนร่วมในระดับน้อย และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เหมือนเดิม พบปัญหาระหว่างการสนับสนุนติดตามผู้สูบบุหรี่ของญาติและครอบครัว นำข้อมูลเข้าสู่เวทีประชุมประชาคมตำบล รอบที่ 2

วงรอบที่ 2 (ตุลาคม 2568 ถึง กุมภาพันธ์ 2569)

1) วางแผน (P) เพิ่มตัวแทนผู้สูบบุหรี่และครอบครัวผู้สูบบุหรี่เข้าร่วมประชุม AIC นำปัญหาจากวงรอบที่ 1 มาวางแผนแก้ไข ได้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน เข้ามาดำเนินงาน

2) ปฏิบัติ (A) ดำเนินกิจกรรมที่พัฒนาเพิ่มเติม ได้แก่

- อบรมเชิงปฏิบัติการผู้ดูแลผู้ป่วย สนับสนุนความรู้การนวดกดจุดสะท้อนเท้าเพื่อเลิกบุหรี่ มีกิจกรรมนวดเท้าผู้สูบบุหรี่กดจุดละ 40 ครั้ง โดยนวดวันละ1 ครั้งต่อเนื่องอย่างน้อย 10 วัน
- แบ่งพื้นที่รับผิดชอบ อสม. ติดตามเยี่ยมบ้านทุก 4 สัปดาห์
- พัฒนาระบบการติดตาม โดยครอบครัวและญาติเข้ามามีส่วนร่วมผ่านระบบไลน์ ดำเนินกิจกรรมจนครบ 12 สัปดาห์ พร้อมประเมินผลก่อน-หลังการทดลอง

3) สังเกต (O) ติดตามความก้าวหน้าต่อเนื่อง 3 เดือน

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280922

4) สะท้อน (R) สรุปผลการดำเนินงานกับคณะกรรมการดำเนินงาน สรุปรูปแบบที่สมบูรณ์

ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบการบำบัดบุหรี่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดอุดรธานี

ประเมินความรู้ ทัศนคติ การมีส่วนร่วมในการบำบัด และพฤติกรรมการสูบบุหรี่กลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย ได้แก่ รูปแบบการบำบัดบุหรี่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการบำบัดบุหรี่ ในระดับตำบล

กิจกรรมที่ 2 จัดเวทีประชาคม คืนข้อมูลให้กับชุมชน กำหนดกติกาชุมชนร่วมกัน

กิจกรรมที่ 3 รณรงค์ลด ละ เลิก บุหรี่ สถานที่ปลอดบุหรี่ เสียงตามสายสัปดาห์ละ 2 ครั้ง

กิจกรรมที่ 4 จัดกิจกรรมให้ความรู้เชิงปฏิบัติการเรื่องการเลิกบุหรี่ โดยใช้หลัก 5A-5R-5D

กิจกรรมที่ 5 สนับสนุนความรู้การนวดกดจุดสะท้อนเท้าเพื่อเลิกบุหรี่โดยผู้สูบบุหรี่

กิจกรรมที่ 6 พัฒนาระบบการติดตามให้ครอบครัวและญาติมีส่วนร่วมรายงานผลผ่านไลน์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ คุณลักษณะทางประชากร เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อปี ความเกี่ยวข้องกับผู้สูบบุหรี่ ปริมาณการสูบบุหรี่ รวม 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการบำบัดบุหรี่ 10 ข้อ คำถามเป็นแบบให้เลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ตอบถูกให้ 1 ตอบผิดให้ 0 จำแนกคะแนนความรู้ตามเกณฑ์ของบลูม[17] เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ ≥ ร้อยละ 80 คือ มีความรู้ระดับมาก ร้อยละ 60-79 คือ มีความรู้ระดับปานกลาง < ร้อยละ 60 มีความรู้ระดับน้อย

ส่วนที่ 3 ทัศนคติต่อการบำบัดผู้สูบบุหรี่ (10 ข้อ) คำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ โดยมีข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ ให้เลือกตอบ 1 ตัวเลือก เกณฑ์คะแนน เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 5 เห็นด้วย ให้ 4 ไม่แน่ใจให้ 3 ไม่เห็นด้วยให้ 2 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 ด้านลบให้คะแนนตรงข้ามกับด้านบวก แปลตามเกณฑ์ของ Bloom[17] ทัศนคติระดับดี ร้อยละ 80 ขึ้นไป ทัศนคติระดับปานกลาง ร้อยละ 60-79 ทัศนคติระดับไม่ดี น้อยกว่าร้อยละ 60

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการบำบัดผู้สูบบุหรี่ (15 ข้อ) คำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ โดยข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด คือ 5 = ปฏิบัติเป็นประจำ 4 = ปฏิบัติบ่อยครั้ง 3 = ปฏิบัติบางครั้ง 2 = ปฏิบัติน้อยครั้ง 1 = ไม่ปฏิบัติเลย จำแนกคะแนน ตามเกณฑ์ของ บลูม[17] ดังนี้ ≥ ร้อยละ 80 มีส่วนร่วมมากร้อยละ 60-79 มีส่วนร่วมปานกลาง < ร้อยละ 60 มีส่วนร่วมน้อย

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280922

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.92 และผ่านการทดลองใช้กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ความรู้ KR-20 = 0.82 ทัศนคติ 0.74 การมีส่วนร่วม 0.81

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

2. สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired Sample t-test เปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการบำบัด รายงานค่า t องศาอิสระ ค่า p-value ขนาดอิทธิพล (Effect Size) แบบ Cohen's d พร้อมช่วงความเชื่อมั่น 95%

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการ UDREC 14368 ลงวันที่ 27 สิงหาคม 2568

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 สถานการณ์ปัญหา ความรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มตัวอย่าง 396 คน เป็นเพศชายร้อยละ 71.20 อายุเฉลี่ย 45.68 ปี (S.D. = 9.76) กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ ช่วง 40-49 ปี ร้อยละ 31.30 ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 59.80 ทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.60 การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 94.70 ซึ่งสะท้อนว่า ชุมชนยังขาดองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญต่อการสนับสนุนผู้สูบบุหรี่ให้เลิกบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระยะที่ 2 พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการบำบัดผู้สูบบุหรี่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลในระยะที่ 1 มาเป็นฐานในการประชุมแบบมีส่วนร่วมด้วยกระบวนการ AIC โดยคณะกรรมการดำเนินงานระดับตำบล ได้รูปแบบการบำบัดบุหรี่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก

องค์ประกอบ	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ผลที่คาดหวัง
1. สภาพแวดล้อม	-แต่งตั้งคณะทำงาน/เวทีประชาคม/รณรงค์	- เพื่อปรับทัศนคติ จัดสภาพแวดล้อมเอื้อต่อการเลิกบุหรี่	สภาพแวดล้อมเอื้อต่อการเลิกสูบบุหรี่ ผู้สูบบุหรี่มีทัศนคติที่ดี
2. ความรู้เทคนิค	อบรม 5A-5R-5D/นวดกดจุด	- ส่งเสริมความรู้การบำบัดบุหรี่ 5A-5R-5D/นวดกดจุด	- ผู้สูบบุหรี่มีความรู้ 5A-5R-5D และนวดกดจุดได้

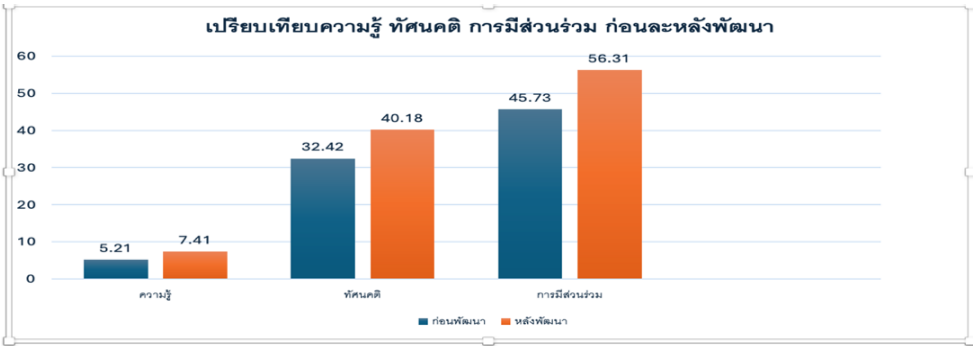
วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280922

องค์ประกอบ	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ผลที่คาดหวัง
3. ติดตามระยะยาว	Line Group+ เยี่ยมบ้าน	- ติดตามเยี่ยมเสริมพลังการเลิกสูบบุหรี่	- ผู้สูบบุหรี่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเลิกสูบบุหรี่

ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบการบำบัดบุหรี่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

กลุ่มทดลอง 320 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 59.70 อายุเฉลี่ย 54.24 ปี (S.D. = 6.85) มีความเกี่ยวข้องในฐานะพ่อ/แม่ ร้อยละ 77.20

แผนภูมิที่ 1 เปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ การมีส่วนร่วมในการบำบัดบุหรี่ก่อนและหลังทดลอง



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ การมีส่วนร่วมในการบำบัดบุหรี่ก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	t	p-value	(95% CI)
ความรู้	5.21±1.48	7.41±1.19	29.23	< 0.001**	1.35* (1.10-1.60)
ทัศนคติ	32.42±6.13	40.18±4.76	12.68	< 0.001**	0.89* (0.65-1.13)
การมีส่วนร่วม	45.73±8.24	56.31±7.08	14.52	< 0.001**	1.05* (0.81-1.29)

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนความรู้ ทัศนคติ การมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 29.23, p-value < 0.001, d = 1.35, t = 12.68, p-value < 0.001, d = 0.89, t = 14.52, p-value < 0.001, d = 1.05)

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มความรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมสามารถลดและเลิกสูบบุหรี่ได้ในระดับที่น่าพอใจ งานวิจัยนี้เสนอรูปแบบการบำบัดเพื่อเลิกสูบบุหรี่ บูรณาการการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย กระบวนการ AIC และการสนับสนุนจากครอบครัว ควรมีการติดตามผลระยะยาว รูปแบบดังกล่าวสามารถใช้เป็นต้นแบบในการดำเนินงานคลินิกเลิกบุหรี่ระดับปฐมภูมิ หรือขยายผลสู่ชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกัน ปรับให้เหมาะสมกับพื้นที่

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280922

อภิปรายผลการวิจัย

1. สถานการณ์ก่อนการพัฒนารูปแบบการบำบัดบุหรี่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการศึกษา พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบผู้สูบบุหรี่มีระดับความรู้ต่ำ ร้อยละ 59.80 ทัศนคติปานกลาง ร้อยละ 57.60 และการมีส่วนร่วมต่ำมาก ร้อยละ 94.70 สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทิกา อนันต์ชัยพัทธนา และปรีชา อุปโยคิน[18] ชี้ให้เห็นว่า ชุมชนขาดการจัดระบบสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การมีส่วนร่วมในการบำบัดบุหรี่ยังต่ำอยู่ สาเหตุ (1) ขาดข้อมูลที่ถูกต้องและครอบคลุมผลเสียของบุหรี่และวิธีการเลิก (2) ชุมชนไม่มีกลไกในการแบ่งปันประสบการณ์ สนับสนุนกัน (3) หน่วยงานด้านสาธารณสุขขาดการประสานสัญญาณกับชุมชน

2. ผลการพัฒนารูปแบบการบำบัดบุหรี่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

2.1 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการบำบัดบุหรี่ พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($t = 60.34$, p-value < 0.001) กลุ่มทดลองร้อยละ 70.90 มีระดับการมีส่วนร่วมสูงขึ้น เกิดจากกระบวนการ AIC เป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ชุมชน ครอบครัว หน่วยงานสาธารณสุข และผู้สูบบุหรี่เอง ร่วมวิเคราะห์ปัญหาการสูบบุหรี่ในชุมชน ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ การตั้งคณะกรรมการบำบัดบุหรี่ระดับชุมชน กำหนดกติกาชุมชนร่วมกัน ติดตามผ่านกลุ่ม Line ช่วยให้ชุมชนรู้สึกว่าการเลิกบุหรี่เป็นข้อตกลงของชุมชน ทำให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคมที่เข้มแข็งขึ้น การมีส่วนร่วมช่วยเพิ่มความรับผิดชอบชุมชน อย่างยั่งยืน

2.2 การเพิ่มขึ้นของความรู้ในการบำบัดบุหรี่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า หลังทดลองความรู้กลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($t = 29.23$, p-value < 0.001) อธิบายได้จากหลายปัจจัย 1) การจัดกิจกรรมเผยแพร่ข้อมูลอย่างต่อเนื่องในชุมชนช่วยให้ผู้ดูแลและผู้สูบบุหรี่เข้าใจถึงปัญหาการสูบบุหรี่ของชุมชน 2) การใช้เทคนิค 5A-5R-5D โดยอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชนช่วยให้ความรู้ที่สื่อสารมีความสัมพันธ์กับชีวิตมากขึ้น 3) การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการรับรู้และเรียนรู้ ส่งผลให้ความรู้ถูกทำซ้ำและเสริมสร้างอย่างสม่ำเสมอสอดคล้องกับการจัดการเรียนรู้ชุมชนให้ความรู้ผ่านกระบวนการร่วมกันและการปฏิบัติจริงมีประสิทธิภาพสูงกว่า การบรรยาย

2.3 การเพิ่มขึ้นของทัศนคติต่อการบำบัดบุหรี่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($t = 32.85$, p-value < 0.001) หลังทดลองใช้รูปแบบเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 97.20 กลไกการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ เกิดจาก 1) การเสริมสร้างแรงจูงใจ ผ่านการยกย่องและให้การสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนร่วมชุมชน ซึ่งเป็นกลุ่มคนที่มีความหมายต่อผู้สูบบุหรี่ 2) การปรับเปลี่ยนบรรทัดฐานสังคม โดยใช้กิจกรรมการรณรงค์ ทำให้ชุมชนมองว่าการเลิกบุหรี่เป็นบรรทัดฐานทางบวกของชุมชน มิใช่เพียงปัญหาส่วนตัว 3) กิจกรรมนวดกดจุดสะท้อนเท้า ช่วยในการ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280922

บรรเทาอาการถอนนิโคติน ทำให้ผู้สูบบุหรี่เข้าใจว่าการเลิกบุหรี่สามารถทำได้เป็นรูปธรรมมากขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนะในเชิงบวก

3. อัตราการเลิกบุหรี่และการลดปริมาณการสูบ พบว่า ร้อยละ 31.90 ของผู้สูบบุหรี่ในทดลองรายงานว่า ไม่สูบบุหรี่ต่อเนื่องตั้งแต่สัปดาห์ที่ 8 ของการทดลอง และร้อยละ 51.20 รายงานว่ามีการลดปริมาณการสูบลงจากเดิม ผลการศึกษาสูงกว่าการศึกษาของ ศิราพร ปิ่นวิหค [19] ที่แสดงว่า การเสริมแรงจูงใจและการนวดกดจุดช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ลดอาการถอนนิโคตินและเลิกบุหรี่ได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วิวัฒนา เรืองฤทธิ์[20] เน้นการติดตามต่อเนื่อง การดูแลจากครอบครัว เกิดจาก 1) บทบาทเพิ่มขึ้นของครอบครัว การเสริมแรงจูงใจ การนวดกดจุด ทำให้แรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้สูบบุหรี่ได้รับเพิ่มขึ้น 2) ติดตามผ่านกลุ่ม Line ช่วยให้ข้อมูลย้อนกลับและส่งเสริมการเลิกบุหรี่เป็นกระบวนการต่อเนื่อง 12 สัปดาห์ 3) การบูรณาการหลายกิจกรรม ทั้งเสริมการรับรู้ เสริมแรงจูงใจ บรรเทาอาการถอนนิโคติน และการสนับสนุนทางสังคมไว้ด้วยกัน ส่งผลให้การเลิกบุหรี่สูงขึ้น สะท้อนให้เห็นความสำคัญของบริบทรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ทำให้กลไกของการสนับสนุนทางสังคมและการติดตามมีประสิทธิภาพมากขึ้น

4. ผลการพัฒนารูปแบบการบำบัดบุหรี่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการศึกษานี้ให้การสนับสนุนเชิงประจักษ์ต่อแนวคิดของ Cohen และ Uphoff[11] เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนสนับสนุนการใช้แนวทาง AIC ที่ยังไม่ถูกใช้อย่างแพร่หลาย แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการบำบัดบุหรี่ที่รวมการบรรเทาทางร่างกายผ่านการนวดกดจุด และการเสริมแรงจูงใจผ่านการสนับสนุนชุมชนมีประสิทธิภาพสอดคล้องตามบริบท และนำมาประยุกต์ใช้แก้ไขปัญหาพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ โดยบูรณาการภาคีเครือข่ายในระดับชุมชน นำรูปแบบไปใช้โดยปรับตามลักษณะชุมชน ด้วยกระบวนการ AIC ตั้งแต่เริ่มต้น ซึ่งการควบคุมยาสูบควรเปลี่ยนแนวทางจากแนวทางลงโทษ ไปสู่แนวทางการสนับสนุนและการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้ระบบยั่งยืนและยอมรับได้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรกำหนดนโยบายอบรมด้านความรู้ ทัศนคติ และทักษะบำบัดบุหรี่ให้ อสม. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และคณะกรรมการหมู่บ้าน โดยเน้นการพัฒนาการใช้แนวทาง 5A-5R-5D

2. จัดตั้งระบบสนับสนุนเชิงโครงสร้างและงบประมาณสำหรับการบำบัดบุหรี่ระดับชุมชน เพื่อสนับสนุนการทำเวทีประชาคม การติดตามรายบ้าน และกิจกรรมเสริมพฤติกรรมการเลิกบุหรี่

3. พัฒนาระบบติดตามผลการเลิกบุหรี่แบบต่อเนื่องหลายฝ่าย โดยอาศัยบทบาทของครอบครัว อสม. และกลุ่มสื่อสารออนไลน์

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280922

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2015. Geneva: World Health Organization; 2015.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2567. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2567.
3. โรงพยาบาลธัญญรักษ์ขอนแก่น. รายงานสถานการณ์และผลการบำบัดรักษาผู้ติดบุหรี่. ขอนแก่น: โรงพยาบาลธัญญรักษ์ขอนแก่น; 2560.
4. จารุวรรณ ไชยบุบผา, และคณะ. ความรู้เกี่ยวกับการเสพติดนิโคตินและการบำบัดบุหรี่. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2561; 1(1): 1-15.
5. Pilisuk M. Delivery of social support: the social inoculation. Am J Orthopsychiatry. 1982; 52(1): 20-36.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. รายงานสถานการณ์การบริโภคยาสูบจังหวัดอุดรธานี ปี 2568. อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี; 2568.
7. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. 1970; 30(3): 607-10.
8. House JS. Work stress and social support. Reading, MA: Addison-Wesley; 1981.
9. Schaefer C. Social support and the family. In: Gotlib IH, Wheaton B, editors. Stress and adversity over the life course: trajectories and turning points. Cambridge: Cambridge University Press; 2004: p.154-75.
10. Hsueh YS, Lin YR, Chung UH. Family support in smoking cessation interventions in developing countries. J Smok Cessat. 2022; 14(2): 78-92.
11. Cohen JM, Uphoff NT. Rural development participation: concepts and measures for project design, implementation and evaluation. Ithaca: Agricultural Development Council; 1981.
12. Lindson N, Klemperer EM, Hong B, Ordonez-Mena JM, Aveyard P. Smoking cessation interventions for adults: a network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev 2023; (1): CD000165.
13. Catania JA, Hillhouse NJ, Greene K, Kramer B. Social support and smoking cessation in diverse populations. Addict Res Theory 2022; 30(4): 456-70.
14. Marques AC, Ribeiro W, Trevisan LA. Social support for smoking cessation: a systematic review. Clin Psychol Rev 2022; 92: 102116.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280922

15. Warren CW, Zhang Y, Chiang YC. Community-based smoking cessation models in Asia-Pacific region. Glob Health Action 2023; 16: 2165514.

16. Kemmis S, McTaggart R, editors. The action research planner. 2nd ed. Geelong: Deakin University Press; 1998.

17. Bloom BS. Taxonomy of educational objectives: the classification of educational goals. New York: David McKay; 1975.

18. นันทิกา อนันต์ชัยพัทธนา, ปรีชา อุปโยคิน. รูปแบบการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการเลิกบุหรี่โดยชุมชน,วารสารสาธารณสุขชุมชน 2560; 5(2): 23-35.

19. ศิราพร ปิ่นวิหค. ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่และอาการถอนนิโคตินในผู้ป่วยที่ติดบุหรี่. วารสารเกื้อการุณย์ 2561; 25(1): 90-1.

20. วิวัฒนา เรืองฤทธิ์, ฤทธิรงค์ เรืองฤทธิ์. ผลการบำบัดบุหรี่โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในชุมชน. วารสารสุขภาพภาคประชาชน 2566; 12(1): 45-60

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280433

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมการจัดการสุขภาพสำหรับสตรีที่เป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์

THE DEVELOPMENT OF A HEALTH LITERACY PROGRAM TO PROMOTE HEALTH MANAGEMENT AMONG WOMEN WITH GESTATIONAL DIABETES MELLITUS

Received: February 14, 2026
Revised: August 09,2026
Accepted: August 25, 2026

รุ่งเทวินทร์ สัมพันธ์[1], สุรีพร ศรีโพธิ์อุ่น[1*]
Rungtawin Samphan[1], Sureepron Sripoun[1*]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพสำหรับสตรีที่เป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ โดยประยุกต์กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพในการออกแบบกิจกรรม เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ คู่มือการดูแลตนเอง และแผนการให้ความรู้สำหรับพยาบาล เครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ ค่า CVI ของเครื่องมือ 0.84-1.00 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ 0.63 และ 0.60 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา ได้โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับสตรีที่เป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ ประกอบด้วย การให้ความรู้แบบรายบุคคล ฝึกปฏิบัติการคำนวณพลังงานและกำหนดเมนูอาหาร และติดตามระดับน้ำตาลในเลือด ผลการทดลองใช้ พบว่า พยาบาลปฏิบัติตามกิจกรรมได้ครบถ้วน และสตรีตั้งครรภ์ มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (คะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม 74.20 ±17.03, 88.50 ±10.82 ตามลำดับ) คะแนนการจัดการตนเองและพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น (31.80 ±6.03 เทียบกับ 37.00 ±6.80) และระดับน้ำตาลในเลือดลดลง (134.30 ±30.52 เทียบกับ 107.00 ±21.39)

ข้อเสนอแนะ ควรนำโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพที่พัฒนาไปประยุกต์ใช้และศึกษาผลด้วยการวิจัยเชิงทดลองก่อนนำไปใช้ในงานเพื่อดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริม, ความรอบรู้ทางสุขภาพ, สตรีตั้งครรภ์, เบาหวานขณะตั้งครรภ์, การพยาบาล

[1] สาขาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
Division of Maternal and Newborn Nursing and Midwifery, Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University
*Corresponding author E-mail: ssureepron@hotmail.com

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280433

Abstract

This developmental research aimed to develop a health literacy promotion program for women with gestational diabetes mellitus (GDM). The health literacy framework was used to build the program activities. Instrumentation included a health literacy promotion program, a self- care handbook, and an education plan for nurses. Data collection instruments were a demographic questionnaire, a health literacy questionnaire, and a health behavior questionnaire for pregnant women. CVI of these instruments ranged from 0.84 to 1.00. The reliability coefficients of the health literacy and health behavior questionnaires were 0.63 and 0.60, respectively. The data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, and standard deviation.

The health literacy promotion program developed for women with GDM included individualized education, practical training in energy calculation and meal planning, and blood glucose monitoring. In the pilot program, all program activities were done as prescribed (100%). Pregnant women showed a great improvement in health literacy, with a mean score of 74.20 ± 17.03 before the program and 88.50 ± 10.82 after the program. Self-management and health behavior scores also improved from 31.80 ± 6.03 to 37.00 ± 6.80, while blood glucose levels decreased from 134.30 ± 30.52 to 107.00 ± 21.39.

The findings indicate that the health literacy promotion program should be implemented and tested for effectiveness in an experimental study with women with GDM before integrating it into regular antenatal care.

Keywords: Promotion program, Health literacy, Pregnant women, Gestational diabetes mellitus, Nursing

บทนำ

ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงขณะตั้งครรภ์สัมพันธ์กับภาวะดื้อต่ออินซูลินในช่วงตั้งครรภ์ ส่งผลให้ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลกลูโคสไปใช้ได้อย่างเหมาะสม ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ ภาวะนี้ส่งผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ เช่น การแท้ง ทารกพิการแต่กำเนิด ทารกตัวโต ครรภ์เป็นพิษ กลุ่มอาการหายใจลำบากในทารกแรกเกิด รวมถึงการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด[1] ปัจจุบัน พบว่าอุบัติการณ์ของเบาหวานในขณะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นทั่วโลกประมาณร้อยละ 7-14 และในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และเอเชียกลางสูงถึงร้อยละ 25[2] ประเทศไทยพบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 3-15[3] สำหรับโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ปี พ.ศ. 2565-2567 พบอุบัติการณ์สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 6-8[4] โดยมีปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ มารดาอายุมาก โรคอ้วน ประวัติครอบครัวเป็นเบาหวาน เคยเป็นเบาหวานในการตั้งครรภ์ครั้งก่อน และขาดการออกกำลังกาย[5] การดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์มีเป้าหมายเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่อสุขภาพของมารดาและทารก แนวทางการดูแล ประกอบด้วย การปรับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกายอย่างเหมาะสม และการจัดการความเครียด ร่วมกับการรักษาด้วยอินซูลินในผู้ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้

ปัจจุบันแนวคิดการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพได้รับการยอมรับว่า เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์สามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง “ความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อการตัดสินใจที่เหมาะสมต่อสุขภาพของตนเอง”[6] การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงเน้นการสร้างความเข้าใจผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เช่น โปรแกรมการให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติ การให้คำปรึกษา และการใช้เทคโนโลยีสนับสนุน เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์มีทักษะในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง[7]

จากรายงานการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน พบว่า การส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพสามารถเพิ่มระดับความรู้ การตระหนักรู้ และความเชื่อมั่นในการจัดการตนเอง ทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น และลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน[4,8] แต่จากข้อมูลการสำรวจเชิงพื้นที่ พบว่า การออกแบบบริการในการเอื้อต่อการให้ความรู้อย่างเป็นระบบสำหรับสตรีตั้งครรภ์ยังมีข้อจำกัดทั้งทางด้านจำนวนบุคลากร ระบบบริการ แนวปฏิบัติหรือมาตรฐานการดูแล เครื่องมือในการให้ความรู้อย่างมีแบบแผน ทำให้ไม่สามารถให้การดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์อย่างเป็นระบบได้

ตามข้อมูลบริบทพื้นที่ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า สตรีที่เป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ในระดับพอใช้ แต่ด้านการจัดการสุขภาพตนเองมีคะแนนเฉลี่ยในระดับต่ำที่สุด[9] แสดงให้เห็นว่า สตรีตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับเบาหวานในขณะตั้งครรภ์แต่ยังขาดทักษะใน

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280433

การจัดการสุขภาพที่ถูกต้อง ดังนั้น จึงจำเป็นพัฒนา “โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อส่งเสริมการจัดการสุขภาพในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน” ซึ่งจะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์มีทักษะความเข้าใจ และพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น และนำไปสู่ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยทั้งต่อมารดาและทารก

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับสตรีที่เป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ สำหรับโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

2. เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ไปใช้ในการพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามวงจร Plan-Do-Check-Act (PDCA)[8] ในการพัฒนาโปรแกรมฯ โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของพยาบาลแผนกฝากครรภ์ในการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ[10] เพื่อออกแบบกิจกรรม ได้แก่ การให้ความรู้อย่างมีแบบแผน การฝึกคำนวณพลังงานและจัดเมนูอาหาร การติดตามการจัดการสุขภาพผ่านคู่มือดูแลตนเอง และการให้คำปรึกษารายบุคคล เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานให้ดีขึ้น

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2568 ณ โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ กลุ่มผู้เข้าร่วมการวิจัย ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่แผนกฝากครรภ์ กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด จำนวน 6 คน และสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จำนวน 10 ราย โดยดำเนินการตามกระบวนการ PDCA 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 Plan (P): การวางแผนและพัฒนาโปรแกรม ศึกษาสภาพปัญหาและบริบทการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ โดยการสนทนากลุ่มกับพยาบาลแผนกฝากครรภ์ 4 คน และสูติแพทย์ 2 คน ร่วมกับการทบทวนเอกสาร ตำรา งานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อออกแบบแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ จากนั้นจัดทำร่างโปรแกรม คู่มือการให้ความรู้และการดูแลตนเองสำหรับสตรีตั้งครรภ์ และแผนการให้ความรู้

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280433

สำหรับพยาบาล นำไปประชาพิจารณ์ร่วมกับพยาบาลและสูติแพทย์ และให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาก่อนนำไปทดลองใช้

ขั้นตอนที่ 2 Do (D): การทดลองใช้โปรแกรม นำร่างโปรแกรม คู่มือ และแผนการให้ความรู้ไปทดลองใช้โดยพยาบาลแผนกฝากครรภ์กับผู้รับบริการ เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการดำเนินกิจกรรม การปฏิบัติตามโปรแกรม และรวบรวมข้อเสนอแนะเพื่อนำไปปรับปรุง

ขั้นตอนที่ 3 Check (C): การประเมินผล นำโปรแกรมและคู่มือไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จำนวน 10 ราย ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม รวมทั้งติดตามน้ำหนักตัวและระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ขั้นตอนที่ 4 Act (A): การปรับปรุงและวางแผนการนำไปใช้ นำผลการทดลองใช้มาวิเคราะห์และปรับปรุงโปรแกรมตามข้อเสนอแนะ พร้อมประชุมนำเสนอผลการทดลองใช้โปรแกรมฯ ร่วมกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ของโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. พยาบาลวิชาชีพ ผู้ทดลองใช้โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 4 ราย โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกฝากครรภ์และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

2. หญิงตั้งครรภ์ ที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ เป็นการตั้งครรภ์เดี่ยว ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นร่วมขณะตั้งครรภ์ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. ขอบเขตพื้นที่ดำเนินการศึกษาวิจัยและเก็บข้อมูลในแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือวิจัย และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมฯ แผนการให้ความรู้สำหรับพยาบาล และคู่มือการดูแลตนเองสำหรับสตรีตั้งครรภ์

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และอายุครรภ์

2. แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 22 ข้อ ประกอบด้วย ทักษะความเข้าใจข้อมูล 7 ข้อ ทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพและการถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจ 8 ข้อ และการจัดการสุขภาพ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280433

7 ข้อ ใช้มาตรประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ 1 คะแนน (น้อยที่สุด), 2 คะแนน (น้อย), 3 คะแนน (ปานกลาง), 4 คะแนน (มาก), 5 คะแนน (มากที่สุด) การแปลผลใช้คะแนนรวมเปรียบเทียบกับคะแนนเต็ม จำแนกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำกว่าร้อยละ 60 หมายถึง ไม่ดีพอ ร้อยละ 60-80 หมายถึง พอใช้ได้ และมากกว่าร้อยละ 80 หมายถึง ดีมาก[9]

3. แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ จำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วย ด้านการรับประทานอาหาร 6 ข้อ การออกกำลังกาย 3 ข้อ การจัดการสุขภาพ 5 ข้อ ความเข้าใจข้อมูลข่าวสาร 2 ข้อ และการพักผ่อนและผ่อนคลายความเครียด 2 ข้อ ใช้มาตรประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ 3 คะแนน (ปฏิบัติเป็นประจำ/สม่ำเสมอตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไปใน 1 สัปดาห์), 2 คะแนน (ปฏิบัติสม่ำเสมอตั้งแต่ 2 ครั้งใน 1 สัปดาห์), 1 คะแนน (ปฏิบัตินานๆ ครั้ง/ปฏิบัติ 1 ครั้งใน 1 สัปดาห์), และ 0 คะแนน (ไม่มีการปฏิบัติ) การแปลผลพฤติกรรมการจัดการตนเองแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ การจัดการตนเองเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ คะแนน 0-18 หมายถึง มี พฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับต่ำคะแนน 19-36 หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 37-54 หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง

ระดับน้ำตาลในเลือด ประเมินจากค่า 2-hour postprandial โดยตรวจระดับน้ำตาลหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง ตามมาตรฐานงานฝากครรภ์ของโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ทั้งนี้ ค่าปกติต้องน้อยกว่า 120 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ทีมวิจัยนำเครื่องมือวิจัยและเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลมารดาทารก และผดุงครรภ์ จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสตรีตั้งครรภ์ จำนวน 1 ท่าน ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และนำไปหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์จำนวน 30 ราย และทำการคำนวณหาค่า Cronbach's alpha coefficient

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โปรแกรมฯ และแผนการให้ความรู้สำหรับพยาบาลได้ค่า CVI เท่ากับ 0.84 และ 1.00 ตามลำดับ ค่า CVI ของคู่มือดูแลตนเองสำหรับสตรีตั้งครรภ์ เท่ากับ 1.00 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.00 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ค่า CVI เท่ากับ 0.96 และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.00 ตามลำดับ

ผลการตรวจความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้เท่ากับ 0.63 และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ ได้เท่ากับ 0.60 ตามลำดับ

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280433

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการพัฒนาโปรแกรมฯ มีขั้นตอนดังนี้

1. ทีมวิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ เพื่อขอเข้าพบหัวหน้าแผนกฝากครรภ์ กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และประสานการดำเนินงาน

2. จัดประชุมประชาพิจารณ์ร่วมกับพยาบาล เจ้าหน้าที่แผนกฝากครรภ์ สูติแพทย์ และผู้เกี่ยวข้อง เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการพัฒนาแนวทางการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

3. นำข้อมูลปัญหาและความต้องการของหน่วยงานมาทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ เพื่อพัฒนากิจกรรมของโปรแกรมฯ และคู่มือการดูแลตนเองสำหรับสตรีตั้งครรภ์

4. นำโปรแกรมฯ แผนการให้ความรู้ และคู่มือการดูแลตนเองที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ให้พยาบาลแผนกฝากครรภ์ทดลองใช้กับสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จำนวน 10 ราย พร้อมสังเกตและบันทึกการปฏิบัติตามกิจกรรมของโปรแกรมฯ

5. ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น และระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ จากนั้นวิเคราะห์ และรายงานผลการทดลองใช้

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการปฏิบัติตามกิจกรรมของโปรแกรมฯ น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น และระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนดำเนินการวิจัย ทีมวิจัยขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด และได้รับการรับรองเลขที่ 038/2567 ลงวันที่ 24 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 และฉบับที่ 2 เลขที่ 083/2568 ลงวันที่ 13 มิถุนายน พ.ศ. 2568 กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลและมีการขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยไม่มีผลต่อกระบวนการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่จะได้รับจากแผนกฝากครรภ์

ผลการวิจัย

ผลการประชาพิจารณ์ พบว่า พยาบาลมีแนวทางการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์แตกต่างกันตามประสบการณ์และบริบทการปฏิบัติงาน จึงมีความต้องการแนวทางการดูแลที่เป็น

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280433

ระบบและสอดคล้องกัน ทีมวิจัยจึงนำข้อมูลดังกล่าวเป็นพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพื่อส่งเสริมการจัดการสุขภาพและสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้เป็นแนวทางเดียวกัน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับสตรีที่เป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้แบบรายบุคคล 2) การฝึกปฏิบัติการคำนวณพลังงานและกำหนดเมนูอาหาร และ 3) การติดตามระดับน้ำตาลในเลือด มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1.1 การให้ความรู้รายบุคคล โดยใช้คู่มือให้ความรู้ จำนวน 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 หลังจากได้รับการวินิจฉัยเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ อายุครรภ์ระหว่าง 24-28 สัปดาห์

1.2 หัวข้อในการให้ความรู้รายบุคคล ประกอบด้วยแผนการสอน โดยพยาบาลแผนกฝากครรภ์ ได้แก่ 1) เบาหวานในขณะตั้งครรภ์และอันตรายจากเบาหวาน 2) วิธีการป้องกันอันตรายจากเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ 3) น้ำหนักตัวที่ควรเพิ่มขึ้นในขณะตั้งครรภ์ ตามกลุ่ม BMI ก่อนการตั้งครรภ์ 4) พลังงานที่ควรได้รับต่อวัน และตัวอย่างการจัดมื้ออาหารตามพลังงานที่คำนวณได้ 5) อาหารที่ควรรับประทานตามหลักการอาหารแลกเปลี่ยน 6) ฝึกการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ โดยการสืบค้นข้อมูลจากเว็บไซต์และการพิจารณาข้อมูล 7) การออกกำลังกาย/การทำกายบริหารในขณะตั้งครรภ์ 8) ฝึกการใช้คู่มือดูแลตนเอง ได้แก่ การคำนวณพลังงาน การกำหนดรายการอาหาร บันทึกการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย น้ำหนักที่เพิ่มขึ้น และ 9) การจัดการความเครียด ด้วยการผ่อนคลาย การระบายความรู้สึกหรือทำกิจกรรมที่ชอบ เช่น ฟังเพลง ทำสมาธิ เป็นต้น

1.3 การนัดตรวจติดตามตามมาตรฐานงานบริการฝากครรภ์ ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด ตรวจการบันทึกข้อมูลในคู่มือเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ หลังการเข้าโปรแกรมครั้งแรก

1.4 ให้ความรู้ครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งที่ 1 เป็นเวลา 4 สัปดาห์ หรือขณะอายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์ สำหรับผู้ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ หัวข้อในการให้ความรู้ ได้แก่ 1) การส่งเสริมสุขภาพทารกในครรภ์ 2) การนับเด็กดิ้น และการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ 3) การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล 4) การจัดการความเครียด และ 5) การเลือกใช้ข้อมูลจากแหล่งต่างๆ

1.5 สำหรับผู้ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคลเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และแนวทางการแก้ไข

1.6 นัดตรวจติดตามผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และตรวจการบันทึกข้อมูลในคู่มือเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280433

1.7 ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน จำนวน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความเข้าใจข้อมูล ทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ การถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจ การจัดการสุขภาพตนเอง และประเมินพฤติกรรมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

1.8 ทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ โดยการติดตามการปฏิบัติตัว และระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม

2. ความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับสตรีที่เป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ไปใช้ในการพยาบาลสตรีที่เป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์

2.1 ผลการทดลองใช้โปรแกรมด้านผู้ให้บริการ

จากการทดลองใช้โปรแกรมฯ โดยพยาบาลแผนกฝากครรภ์ จำนวน 4 ราย พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานในแผนกฝากครรภ์ 4 ปี และทุกคนสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนของโปรแกรมได้ครบถ้วน คิดเป็นร้อยละ 100 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในบริบทการปฏิบัติงานจริง

2.2 ผลการทดลองใช้โปรแกรมด้านผู้รับบริการ

ผลการทดลองใช้โปรแกรมกับสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ จำนวน 10 ราย โดยประเมินก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า หลังใช้โปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ คะแนนการจัดการตนเองและพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น ขณะที่ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 31.6 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 30 รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและประถมศึกษา ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 30 และไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 20 มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 17,400 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ร้อยละ 50 รองลงมา คือ ครั้งที่ 1 และ 3 ร้อยละ 20 และมีอายุครรภ์เฉลี่ยเมื่อเริ่มเข้าร่วมโปรแกรม 24.10 สัปดาห์ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 10)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ต่ำสุด	สูงสุด	ค่าเฉลี่ย
อายุ (ปี)			21	39	31.6
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	2	20			
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	10			
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2	20			

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280433

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ต่ำสุด	สูงสุด	ค่าเฉลี่ย
ปวช./ปวส.	1	10			
ปริญญาตรี	3	30			
สูงกว่าปริญญาตรี	1	10			
อาชีพ					
รับจ้างทั่วไป	3	30			
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	2	20			
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	20			
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3	30			
รายได้ต่อเดือน (บาท)			3,000	50,000	17,400
จำนวนครั้งการตั้งครรภ์					
ครั้งที่ 1	2	20			
ครั้งที่ 2	5	50			
ครั้งที่ 3	2	20			
มากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป	1	10			
อายุครรภ์เมื่อเข้าโปรแกรมครั้งแรก (สัปดาห์)			20	28.2	24.1

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์

ข้อมูลระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าโปรแกรมฯ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ได้ ร้อยละ 60 คะแนนเฉลี่ย 74.20 คะแนน และระดับคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นภายหลังการเข้าโปรแกรมฯ 88.50 คะแนน แต่ยังคงอยู่ในระดับพอใช้ได้เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 60 ดังแสดงในตารางที่ 2

การจัดการตนเองและพฤติกรรมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์

ข้อมูลการจัดการตนเองและพฤติกรรมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ พบว่า ก่อนเข้าโปรแกรมฯ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80 คะแนนเฉลี่ย 31.80 คะแนน ภายหลังการเข้าโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับคะแนนเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 60 คะแนนเฉลี่ย 37.00 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 2

ระดับน้ำตาลในเลือด

ข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ก่อนเข้าโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 134.30 มก./ดล. ภายหลังการเข้าโปรแกรมฯ มีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 107.00 มก./ดล. ลดลงจากก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดังแสดงในตารางที่ 2

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280433

ตารางที่ 2 แสดงผลข้อมูลระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเองและพฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือด (n = 10)

ข้อมูล	ก่อน			หลัง		
	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย (S.D.)	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย (S.D.)
ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ			**74.20 (17.03)**			**88.50 (10.82)**
ระดับไม่ดีพอ	3	30		-	0	
ระดับพอใช้ได้	6	60		6	60	
ระดับดีมาก	1	10		4	40	
การจัดการตนเองและพฤติกรรมสุขภาพ			**31.80 (6.03)**			**37.00 (6.80)**
ระดับต่ำ	-	0		-	0	
ระดับปานกลาง	8	80		4	40	
ระดับสูง	2	20		6	60	
ระดับน้ำตาลในเลือด (มก./ดล.)			**134.30 (30.52)**			**107.00 (21.39)**

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการพัฒนางานประจำเพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ผลการพัฒนา พบว่า พยาบาลแผนกฝากครรภ์มีส่วนร่วมตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การพัฒนาโปรแกรมฯ และการทดลองใช้ เนื่องจากเห็นความสำคัญของแนวทางการดูแลที่ชัดเจนและเหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม ส่งผลให้โปรแกรมฯ สามารถนำไปใช้ได้จริง และพยาบาลปฏิบัติตามขั้นตอนได้ครบถ้วนทุกกิจกรรม คิดเป็นร้อยละ 100 ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์[11] และการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาออกซิโทซินเพื่อชักนำหรือเร่งคลอด[12] ซึ่งพบว่า การมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของงาน เกิดความร่วมมือ และสามารถนำผลการพัฒนาไปปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง

ผลการทดลองใช้โปรแกรมฯ ซึ่งประยุกต์แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองและพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 74.20 (S.D. = 17.03) เป็น 88.50 (S.D. = 10.82) สะท้อนว่า การให้ความรู้ตามแผนร่วมกับการใช้คู่มือการดูแลตนเองช่วยพัฒนาความเข้าใจ การเข้าถึงและการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลบ้านโป่ง[13]

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280433

และโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์[14]

นอกจากนี้ คะแนนการจัดการตนเองและพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 31.80 (S.D. = 6.03) เป็น 37.00 (S.D. = 6.80) แสดงให้เห็นว่า การให้ความรู้ที่เป็นระบบ การฝึกทักษะการจัดการสุขภาพ และการติดตามอย่างต่อเนื่องช่วยส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการออกกำลังกายในสตรีตั้งครรภ์[15] ซึ่งพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย และการศึกษาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์[16] ซึ่งพบว่า การสนับสนุนการปรับพฤติกรรมและการฝึกทักษะช่วยเพิ่มพฤติกรรมการจัดการสุขภาพและส่งเสริมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ผลการศึกษายังพบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมงลดลงจากค่าเฉลี่ย 134.30 (S.D. = 30.52) เป็น 107.00 (S.D. = 21.39) สอดคล้องกับการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ในประเทศแคนาดา[17] ซึ่งพบว่า การจัดการสุขภาพตนเองที่ดีช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และอาจช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

1. ควรประยุกต์ใช้โปรแกรมฯ ในแผนกฝากครรภ์ตั้งแต่สตรีตั้งครรภ์ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพงานประจำ และให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่เหมาะสมกับภาวะของตนเอง

2. ควรนำโปรแกรมฯ ไปทดลองใช้ในโรงพยาบาลหรือบริบทอื่น เพื่อประเมินความเป็นไปได้และความเหมาะสมในการนำไปปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ด้วยการวิจัยเชิงทดลอง โดยประเมินผลก่อนและหลังการทดลอง หรือเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่าง และควรเพิ่มจำนวนสตรีตั้งครรภ์ให้เหมาะสมตามระเบียบวิธีวิจัยเชิงทดลอง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยประเภทงบประมาณเพื่อสนับสนุนงานมูลฐาน (Fundamental Fund; FF) ประจำปีงบประมาณ 2568 ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280433

ที่สนับสนุนการดำเนินงานวิจัย และโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนการเป็นพื้นที่วิจัย จนการพัฒนาโปรแกรมฯ และคู่มือการดูแลตนเองสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS. Williams obstetrics. 26th ed. New York: McGraw-Hill; 2022.
2. Wang H, Li N, Chivese T, Werfalli M, Sun H, Yuen L, et al. IDF Diabetes Atlas: estimation of global and regional gestational diabetes mellitus prevalence for 2021 by International Association of Diabetes in Pregnancy Study Group criteria. Diabetes Res Clin Pract 2022; 183: 109050.
3. Lasom S, Lueangdansakul W. Prevalence and pregnancy outcomes of gestational diabetes mellitus screened by two methods. Royal Thai Air Force Med J 2018; 64(1): 18-25.
4. กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ. สถิติสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์. สุวรรณภูมิ: โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ; 2568.
5. Liu Q, Chen X, Wei S, Wang F. Prevalence of gestational diabetes mellitus and associated factors in Shenzhen, China: a retrospective analysis of 70,427 pregnant women. Int J Diabetes Dev Ctries 2023; 43(4): 517-522.
6. World Health Organization. Health literacy [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2026 Feb 4]. Available from: https://www.who.int/health-topics/health-literacy
7. Divya B, Rajalakshmi M, Suresh P. Health literacy interventions in pregnant women: a systematic review. J Matern Fetal Neonatal Med 2021; 34(12) : 1956- 1966. doi: 10.1080/14767058.2020.1768867.
8. Giau DS, Quang DM. Current training and fostering of physical education teachers following the plan-do-check-act model at elementary schools in Ho Chi Minh City, Vietnam. Thai J East Asian Stud 2024; 28(2): 1-24.
9. สุรีพร ศรีโพธิ์อุ่น, รุ่งเทวินทร์ สัมพันธ์, ลำพงษ์ ศรีวงค์ชัย, เครือวัลย์ ดิษเจริญ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2567; 34(2): 138-148.
10. อังศินันท์ อินทรกำแหง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการพัฒนา (Health literacy: measurement and development). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2560.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.280433

11. บุษดี ขันมะจันทร์. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2566; 8(3): 1105-1113.
12. สุภาพร จันภูงา, สมพร วัฒนนุกูลเกียรติ. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาออกซิโทซินชักนำหรือเร่งคลอด. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2558; 38(4): 56-67.
13. กนกทอง จาตุรงคโชค, ตวงรัตน์ อินทรเสน, อัญญา ปลดเปลื้อง. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลบ้านโป่ง. วารสารแพทย์เขต 4-5 2566; 42(3): 431-444.
14. บุญธิดา งาอินทร์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลชุมแสง อำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร 2564; 18(1): 35-48.
15. รพีพร ขวัญพร้อม, จันทรรัตน์ เจริญสันติ, พรรณพิไล ศรีอาภรณ์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการออกกำลังกายในสตรีตั้งครรภ์. พยาบาลสาร 2564; 48(1): 210-221.
16. กฤษณี สุวรรณรัตน์, ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการภาวะเบาหวานด้วยตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2562; 30(2): 1-13.
17. Sushko K, Menezes HT, Butt M, Nerenberg K, Strachan P, Usman MA, et al. Trends and self-management predictors of glycemic control during pregnancy in women with preexisting type 1 or type 2 diabetes: a cohort study. Diabetes Spectr 2023; 36(2): 182-192.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.281162

การประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้ Thai CVD Risk Score ในชุมชนมุสลิม อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก

CARDIOVASCULAR DISEASE RISK ASSESSMENT USING THE THAI CVD RISK SCORE IN A MUSLIM COMMUNITY ONGKHARAK DISTRICT NAKHONNAYOK PROVINCE

Received: March 25, 2026
Revised: July 20, 2026
Accepted: August 06, 2026

ปรางค์ จักรไชย[1], สุมณฑา มั่งมี[1*], พนารัตน์ ศาสนสุพินธุ์[1]
Prang Jukchai[1], Sumonta Mungmee[1*], Panarat Satsanasupint[1]

บทคัดย่อ

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น โดยเฉพาะในกลุ่มมุสลิมที่มีปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมบริโภคตามบริบทวัฒนธรรม การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า และศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงในชาวมุสลิม อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง 210 ราย คัดเลือกแบบเจาะจง โดยใช้แบบประเมิน Thai CVD Risk Score (ค่าความเที่ยง 0.80) วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงบรรยาย และสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.3 อายุ 51-60 ปี ร้อยละ 85.2 มีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 29.43 kg/m² โดยมีโรคไขมันในเลือดสูงเป็นโรคประจำตัวมากที่สุด ร้อยละ 57.1 ผลการประเมินความเสี่ยง พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 42.9 ค่าเฉลี่ยความเสี่ยงรวมอยู่ที่ร้อยละ 20.02 แม้ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 71.9 แต่ความเสี่ยงยังคงสูงเนื่องจากโรคประจำตัวและภาวะอ้วนลงพุง

ข้อเสนอแนะ ควรจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม เพื่อปรับพฤติกรรมความเสี่ยง พร้อมดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อหาสาเหตุเฉพาะบริบท และติดตามดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันโรคในระยะยาว

คำสำคัญ: โรคหัวใจและหลอดเลือด, ชาวมุสลิม, การประเมินความเสี่ยง, Thai CVD Risk Score

[1] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา
Faculty of Nursing St.Teresa International University
*Corresponding author E-mail: sumontamangmee@gmail.com

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.281162

Abstract

Background: Cardiovascular disease (CVD) remains one of the leading causes of death, particularly among Muslim populations, whose dietary and behavioral risk factors are shaped by their cultural context. This descriptive study aimed to assess the 10-year cardiovascular disease risk level and to examine the relationships among associated risk factors among Muslims residing in Ongkharak District, Nakhon Nayok Province. The sample consisted of 210 patients receiving services at a chronic disease clinic, selected through purposive sampling. Data were collected using the Thai CVD Risk Score assessment tool (reliability coefficient = 0.80) and were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product-moment correlation coefficient.

Results: The majority of participants were female (64.3%) and aged between 51 and 60 years (85.2%), with a mean body mass index (BMI) of 29.43 kg/m². Hyperlipidemia was the most prevalent underlying condition (57.1%). Regarding cardiovascular risk assessment, most participants were classified as having a high-risk level (42.9%), with a mean overall CVD risk score of 20.02%. Although the majority were non-smokers (71.9%), their overall risk remained elevated due to underlying comorbidities and abdominal obesity.

Conclusion and Recommendations: Health literacy-enhancing activities that are culturally aligned with the Muslim way of life should be developed to support behavioral risk modification. Furthermore, qualitative research is recommended to identify context-specific contributing factors, and continuous monitoring and care by a multidisciplinary healthcare team should be implemented to support long-term cardiovascular disease prevention.

Keywords: Cardiovascular Disease; Muslims; Risk Assessment; Thai CVD Risk Score

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.281162

บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease: CVD) เป็นกลุ่มของโรคที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติซึ่งรวมถึงโรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease: CAD) ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคความดันโลหิตสูง และภาวะหัวใจล้มเหลว[1] ซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่เกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยงระบบหลอดเลือดหัวใจ จึงเป็นที่มาของปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ของโรคร่วมหลากหลายโรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง รวมถึงพฤติกรรมความเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์[2] ในปี 2566 พบว่า โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของโลก โดยมีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นมากกว่า 20 ล้านคนทั่วโลก คิดเป็นร้อยละ 80[3] สำหรับประเทศไทยนั้นเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ โดยในปี 2560 มีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นถึงจำนวน 20,746 ราย คิดเป็นอัตราความชุก 21.8 ต่อประชากรแสนคน[4] และในปี 2565 มีผู้เสียชีวิตประมาณ 70,000 ราย หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 8 ราย[5] ซึ่งอุบัติการณ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง โดยปัจจัยเสี่ยงสำคัญ คือ อายุที่มากขึ้น โดยเฉลี่ย 35-59 ปี และพบในกลุ่มเพศชายมากกว่าเพศหญิง[6] นอกจากนี้ ประวัติครอบครัว โรคเรื้อรัง และพฤติกรรมเสี่ยงมีโอกาสทำให้เกิดโรคสูง[7]

สำหรับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในชาวมุสลิมมีหลายปัจจัย เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหารในช่วงละศีลอดอาจเพิ่มความเสี่ยงการเกิดโรคหากบริโภคไขมันและน้ำตาลสูง[8]และจากการศึกษาในสตรีมุสลิม พบว่า มีความเสี่ยงจากโรคอ้วนและจากพฤติกรรมการไม่ออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มอื่น[9] นอกจากนี้ ผู้แสวงบุญฮัจญ์ยังมีอัตราการเกิดปัจจัยเสี่ยงสูงจากความเครียดทางร่างกายและสภาพแวดล้อม[10]

ปัจจุบันประเทศไทยได้พัฒนาเครื่องมือ Thai CVD Risk Score เพื่อประเมินความเสี่ยงในระยะ 10 ปี โดยคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี[11] ซึ่งจากการสำรวจในจังหวัดนครนายก พบว่ามีผู้นับถือศาสนาอิสลามประมาณร้อยละ 5.61 โดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่เขตอำเภอองครักษ์[12] และจากการศึกษาข้อมูลพื้นฐานสุขภาพในชุมชนตำบลชุมพล โดยนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 69.23 และพบภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจและหลอดเลือดแล้ว ร้อยละ 5.13[13]

ผู้วิจัยในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสถาบันการศึกษาพยาบาลในการที่ต้องมีส่วนร่วมรับผิดชอบด้านสุขภาวะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง จึงได้นำโปรแกรมการประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมาใช้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มชาวมุสลิม เพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงอาจนำไปสู่การเสียชีวิต

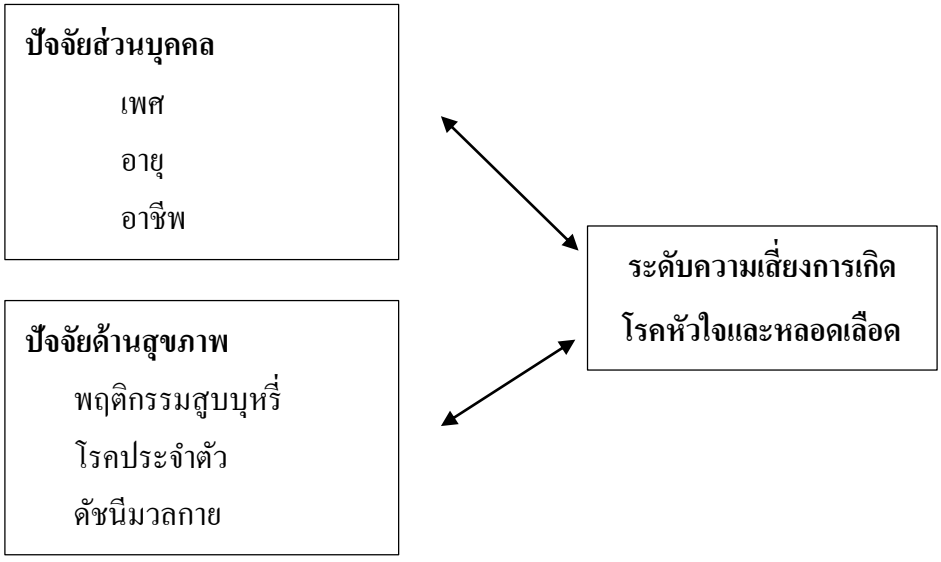
วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.281162

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของชาวมุสลิม อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก โดยใช้แบบประเมิน Thai CVD risk

2. เพื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างชาวมุสลิม อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา โรคประจำตัว ระดับความดันโลหิต น้ำหนักตัว ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย รอบเอว และพฤติกรรมการสูบบุหรี่

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์ศึกษาระดับความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของชาวมุสลิม อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ที่นับถือศาสนาอิสลาม อาศัย อยู่ในชุมชนมุสลิมและเป็นผู้ใช้บริการคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบ้านทำนบ ตำบลชุมพล อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก จำนวน 338 ราย โดยมีการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรการคำนวณของ Krejcie & Morgan จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 175 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการศึกษา จึงเพิ่มร้อยละ 20 เป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา 210 ราย โดยเลือกแบบเจาะจง

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.281162

(purposive sampling) จากผู้ใช้บริการคลินิกโรคเรื้อรัง ซึ่งเข้าใช้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบ้านทำนบ ตำบลชุมพล อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลาอีก 10 ปีข้างหน้า โดยคณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล รวมถึง สมาคมและหน่วยงานทางด้านสาธารณสุขในการพัฒนาแบบประเมิน ความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับคนไทย โดยเฉพาะ (Thai CVD risk) และได้มีการอัปเดตแอปพลิเคชันและเวอร์ชันออนไลน์เผยแพร่เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์และประชาชนทั่วไปเข้าถึงได้ง่ายขึ้น และสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ได้ระบุให้ แบบประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ในการประเมิน ความตรง (Validity) ของเครื่องมือประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นเครื่องมือเชิงพยากรณ์ (Predictive Tool) ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบันเครื่องมือนี้ได้รับการพัฒนาและผ่านการทดสอบคุณภาพตามมาตรฐานสากล มีความตรง และความเชื่อมั่นที่ได้รับการรับรองในระดับมาตรฐาน การแปลผลผลลัพธ์โดยการจำแนก ระดับความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้า เครื่องมือนี้ได้ถูกนำไปประยุกต์ใช้ในงานวิจัยต่างๆ ในกลุ่มประชากรทั่วไปมาแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้านข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย สิทธิการรักษาพยาบาล โรคประจำตัว ระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวาน ค่าความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย และรอบเอว วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ยร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด โดยได้ขอการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หมายเลข TRSU 009/2567 มหาวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา ลงวันที่ 21 มีนาคม 2568

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.281162

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้เพื่อศึกษาระดับความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของชาวมุสลิม อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก โดยใช้แบบประเมิน Thai CVD risk ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยในรูปแบบตารางประกอบด้วยการบรรยาย ดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 64.30 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 85.20 โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยสุดเฉลี่ยอยู่ที่ 40 ปี และมากสุดอายุ 60 ปี และส่วนใหญ่ สถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 75.7 มีการประกอบอาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 48.1 และจากข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 50.50 โดยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ โรคไขมันในหลอดเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 57.1 รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 40 น้อยสุด โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 2.9 และพบว่า ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 71.9 และมีค่าดัชนีมวลกาย มากกว่า 30 คิดเป็นร้อยละ 31 โดยพบว่า ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายอยู่ที่ 29.43 น้อยสุดอยู่ที่ 25 และมากสุดที่ 35.79 ดังตารางประกอบดังนี้

ตารางที่ 1 ตารางข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างแสดงจำนวน ร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำนวน (n = 210)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	75	35.70
หญิง	135	64.30
อายุ(ปี)		
	(M= 49.08 S.D. = 0.259)	
	min = 40, max = 60	
40-50	31	14.8
51-60	179	85.2
สถานภาพ		
โสด	51	24.3
คู่	159	75.7
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	182	86.7
มัธยมศึกษา	28	13.3

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.281162

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
เกษตรกรรม	101	48.1
ค้าขาย	21	10
รับจ้าง	67	31.9
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	21	10
รายได้		
พอใช้	39	18.6
ไม่พอใช้	171	81.4
สิทธิการรักษา		
บัตรทอง	210	100
โรคประจำตัว		
ใช่	106	50.5
ไม่ใช่	104	49.5
โรคความดันโลหิตสูง	6	2.9
โรคเบาหวาน	84	40.0
โรคไขมันในหลอดเลือด	120	57.1
ค่าระดับความดันโลหิต		
120/70	120	57.10
130/90	46	21.90
มากกว่า 140/90	44	21.0
น้ำหนักตัว		
0-40	11	5.2
50-60	51	24.3
61-70	130	61.9
71-80	18	8.6
ส่วนสูง		
150-160	137	65.2
มากกว่า 170	73	34.8

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.281162

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ค่าดัชนีมวลกาย		
	(M= 29.43 S.D. = 2.91)	
	min = 25, max = 35.79	
23-24.9	60	28.6
25-29.9	85	40.5
มากกว่า 30	65	31.0
รอบเอว		
< 80 CM	84	40
>90 CM	126	60
สูบบุหรี่		
ใช้	59	28.1
ไม่ใช้	151	71.9

ตารางที่ 2 ตารางแสดงระดับความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอีก 10 ปี ของกลุ่มตัวอย่าง แสดงจำนวน ร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำนวน (n = 210)

ค่าระดับความเสี่ยง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความเสี่ยงต่ำ น้อยกว่า 10%	41	19.5
ระดับความเสี่ยงปานกลาง 10-20%	79	37.6
ระดับความเสี่ยงสูง 20-30%	90	42.9
ระดับความเสี่ยงสูงมาก 30-40%	0	0
ระดับความเสี่ยงอันตราย มากกว่า 40%	0	0
(M= 20.02 S.D. = 8.400)		
min = 3.15 , max = 30		

จากข้อมูลระดับความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด 10 ปี ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่มีระดับความเสี่ยงสูง 20-30% จำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 42.9 รองลงมา ระดับความเสี่ยงปานกลาง 10-20% จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 37.6 และน้อยสุด ระดับความเสี่ยงต่ำ น้อยกว่า 10% จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 19.5 และพบว่า ค่าเฉลี่ยมีระดับความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด 20.02 โดยพบว่า น้อยสุดอยู่ที่ 3.15 และสูงสุดอยู่ที่ 30

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.281162

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างชาวมุสลิมในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก ส่วนใหญ่มีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปี อยู่ในเกณฑ์เสี่ยงสูง คิดเป็นร้อยละ 42.9 และเมื่อพิจารณาร่วมกับกลุ่มที่มีค่าระดับเสี่ยงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 80.5 ซึ่งเป็นตัวเลขที่น่ากังวลและสอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2023) ที่ระบุว่ากลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตทั่วโลก โดยสะท้อนให้เห็นว่าแม้ในพื้นที่ชุมชนมุสลิมกึ่งชนบท ปัญหาสุขภาพจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ยังคงเป็นภัยเงียบที่ทวีความรุนแรงขึ้น

สำหรับปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อระดับความเสี่ยงที่สูงนี้ พบว่า ภาวะความผิดปกติของระบบเมตาบอลิซึม (Metabolic Syndrome) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีโรคไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 57.1 และ เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 40 ประกอบกับมีภาวะโภชนาการเกิน โดยมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยสูงถึง 29.43 kg/m² และมีรอบเอวเกินเกณฑ์ถึงร้อยละ 60 ซึ่งที่ชี้ให้เห็นว่าบริบทวัฒนธรรมและพฤติกรรมการรับประทานอาหารของชาวมุสลิม เช่น การรับประทานอาหารที่มีแป้ง น้ำตาล และไขมันสูงในช่วงประเพณีทางศาสนาซึ่งเป็นปัจจัยสาเหตุหลักของการก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจได้ง่ายขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของชุมชนกึ่งชนบทที่มีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตสู่ความเป็นเมือง (Urbanization) ส่งผลให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารพื้นบ้านดั้งเดิมที่เน้นผักและปลา เปลี่ยนเป็นการบริโภคอาหารแปรรูป อาหารทอด และเครื่องดื่มรสหวานที่เข้าถึงได้ง่ายในท้องถิ่น ประกอบกับค่านิยมในงานบุญประเพณี (งานวาลีมะฮ์) ที่มักเน้นการเลี้ยงรับรองด้วยแกงกะทิรสจัด เนื้อสัตว์ติดมัน และขนมหวานโบราณ ซึ่งถือเป็นการแสดงออกถึงความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ทางสังคม ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างได้รับพลังงาน โซเดียม และไขมันอิ่มตัวเกินความต้องการของร่างกายอย่างต่อเนื่อง[15]

นอกจากนี้ ปัจจัยด้านเพศและอายุ ยังมีส่วนสำคัญ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 64.3 ในช่วงอายุ 51-60 ปี ส่งผลให้หลอดเลือดเสื่อมสภาพและไขมันสะสมในร่างกายได้ง่ายขึ้น อีกทั้งในสตรีมุสลิมบางกลุ่มอาจมีข้อจำกัดด้านกิจกรรมทางกายในที่สาธารณะเมื่อเทียบกับเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Budhwani ที่พบว่า สตรีมุสลิมมีแนวโน้มภาวะอ้วนและการขาดการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มอื่น[10]

เมื่อวิเคราะห์ลึกลงไปถึงปัจจัยเชิงระบบและตัวบุคคล พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และพฤติกรรมการใช้ยา เป็นข้อต่อสำคัญที่ทำให้ความเสี่ยงในชุมชนนี้ขยายตัว โดยกลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งชนบทมักมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จำกัด (Low Health Literacy) ในการคัดกรอง ข้อมูลข่าวสารและแปลผลค่าตัวเลขสุขภาพของตนเอง เช่น ความดันโลหิตหรือระดับน้ำตาลในเลือด ทำให้ขาดความตระหนักรู้ในภาวะภัยเงียบของโรค NCDs

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.281162

ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อ พฤติกรรมการใช้ยาและการควบคุมโรค โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังบางส่วนในชุมชนมีพฤติกรรมการปรับขนาดยาเอง การกินยาไม่สม่ำเสมอ หรือหยุดยาเมื่อไม่มีอาการเนื่องจากกลัวผลข้างเคียงต่อไต หรือเลือกใช้สมุนไพรและยาหม้อตามคำบอกเล่าของเพื่อนบ้านแทนการแพทย์แผนปัจจุบัน นอกจากนี้ ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ยังเป็นอุปสรรคแฝง แม้ว่าพื้นที่จะมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) แต่การเดินทางไปโรงพยาบาลประจำอำเภอ เพื่อตรวจเลือดเชิงลึกหรือพบแพทย์เฉพาะทางยังคงมีค่าใช้จ่ายแฝงด้านการเดินทาง ประกอบกับข้อจำกัดด้านเวลาของผู้ดูแลและการบริการที่มักไม่สอดคล้องกับวิถีการปฏิบัติตนทางศาสนาในบางช่วงเวลา ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเพิกเฉยต่อการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง จนนำไปสู่การสะสมความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับที่สูงอย่างน่ากังวล สอดคล้องกับการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดควรอาศัยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตควบคู่กับการใช้ยา มากกว่าการพึ่งพายาเพียงอย่างเดียว เนื่องจากยามีข้อจำกัดในการควบคุมความเสี่ยงหากพฤติกรรมสุขภาพยังไม่เปลี่ยนแปลง การรักษาน้ำหนักตัวให้เหมาะสมช่วยปรับปรุงปัจจัยเสี่ยงหลายด้านพร้อมกัน การออกกำลังกายสม่ำเสมอและการเลิกสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมในการลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะ 10 ปี ขณะที่การนอนหลับให้เพียงพอและมีคุณภาพก็เป็นปัจจัยลดความเสี่ยงเช่นกัน สอดคล้องกับวิถีชีวิตทางวัฒนธรรมของกลุ่มเป้าหมาย เช่น วิถีมุสลิม จึงมีแนวโน้มให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าการมุ่งเน้นด้านใดด้านหนึ่งเพียงอย่างเดียว[1]

อย่างไรก็ตาม ผลจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 71.9 ซึ่งอาจเป็นผลมาจากความเชื่อทางศาสนาที่เคร่งครัด แม้ว่าปัจจัยนี้จะช่วยลดความเสี่ยงได้ในระดับหนึ่ง แต่คะแนนความเสี่ยงโดยรวมยังคงสูงอยู่ แสดงให้เห็นว่า ปัญหาหลักในกลุ่มนี้ไม่ได้มาจากบุหรี่ แต่มาจากโรคประจำตัวและการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย รวมถึงข้อจำกัดด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพและการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ที่จำเป็น ส่งผลต่อการควบคุมน้ำหนักและการจัดการภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นสำคัญ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์ และสะท้อนบริบทของผู้ป่วย เพื่อให้ทราบถึงสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ตลอดจนวิธีการป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

2. ทีมสหสาขาวิชาชีพ ควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อช่วย เพิ่มความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

3. ควรมีการติดตามและศึกษาความต้องการการดูแลจากทีมสุขภาพ อย่างต่อเนื่อง เพื่อหาแนวทางในการป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มมุสลิมในลำดับต่อไป

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.281162

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ อาจารย์วิภา เพ็งเสงี่ยม คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา ผู้ช่วยศาสตราจารย์พเยาว์ พงษ์ศักดิชาติ รองคณบดีวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ นาวาโท ดร. พิทักษ์ ทอง และ ดร.พนารัตน์ ศาสนะสุพินธ์ ที่ปรึกษางานวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs) [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2026 Mar 18]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds
2. Siramaneerat I, Sawangdee Y. Socioeconomic-Demographic Factors and Health-Risk Behaviors in the Thai Population. J Health Res [internet]. 2017 Aug. 25 [cited 2026 Aug. 11]; 29(6): 457-63. available from: https://he01.tci thaijo.org/index.php/jhealthres/article/view/97216
3. World Health Organization. World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs. Geneva: WHO; 2023.
4. Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control. Annual epidemiological surveillance report 2017. Bangkok: Ministry of Public Health; 2019.
5. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Situation of cardiovascular diseases in Thailand 2022. Bangkok: Ministry of Public Health; 2023.
6. Kingkaew N, Antadech T. Cardiovascular risk factors and 10-year CV risk scores in adults aged 30-70 years old in Amnat Charoen Province, Thailand. Asia Pac J Sci Technol [internet]. 2019 Dec. 26 [cited 2026 Aug. 11]; 24(04): APST-24. available from: https://so01.tci-thaijo.org/index.php/APST/article/view/181250
7. Department of Disease Control. Guidelines for prevention of chronic non-communicable diseases. Bangkok: Ministry of Public Health; 2018.
8. Sanusi A, Elsey H, Golder S, Sanusi O, Oluyase A. Cardiovascular health promotion: a systematic review involving effectiveness of faith-based institutions in facilitating maintenance of normal blood pressure. PLOS Glob Public Health 2023; 3(1): e0001496. doi: 10.1371/journal.pgph.0001496.
9. Budhwani H, De P. Cardiovascular disease risk factors among Muslim women in the United States. J Women's Health 2018; 27(11): 1345-52.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.281162

10. Widhidewi N, Rahayu S. Cardiovascular risk factors and physiological stress during Hajj pilgrimage. Int J Community Med Public Health 2020; 7(5): 1680-87.

11. SATIAN P, Aramcharoen S, Chotikarn P, Triukose ST. An external validation of Thais' cardiovascular 10-year risk assessment in the southern Thailand. Reg11MedJ [internet]. 2022 Sep. 20 [cited 2026 Aug. 13]; 36(2): 65-73. available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Reg11MedJ/article/view/258331

12. Strategic Working Group for Nakhon Nayok Provincial Development. Nakhon Nayok provincial statistical report 2018. Nakhon Nayok: Provincial Office; 2018.

13. Faculty of Nursing, St. Theresa International University. Community health nursing practice report: Chumpol Subdistrict, Ongkharak. Nakhon Nayok: St. Theresa International University; 2025.

14. Lee SK, Chua AL, Fong CHY, Ban BCH, Ng WL, Kong JF, et al. Self-assessment of INTERHEART risk stratification among the middle-aged community in Malaysia. Nutrients 2023; 15(10): 2382. doi: 10.3390/nu15102382.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.276175

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก

FACTORS INFLUENCING DELAYED RENAL IMPAIRMENT BEHAVIOR IN PATIENTS WITH HYPERTENSION IN THE EASTERN ECONOMIC CORRIDOR

Received: July 25, 2025
Revised: September 15, 2025
Accepted: August 21, 2026

อุไรวรรณ ทองอร่าม[1], นิภา มหารัชพงศ์[1*]
Uraiwan Tong-aram[1], Nipa Maharachpong[1*]

บทคัดย่อ

การศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 213 คน จากการสุ่มหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม 2568 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 69 มีอายุเฉลี่ย 64.11 ปี (S.D. = 8.81) มีพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมระดับปานกลาง (M = 2.67, S.D. = 0.49) โดยเพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถ และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 33 (R^2 = 0.33, p-value < 0.001) ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ได้แก่ ดัชนีมวลกาย และการรับรู้ความสามารถ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ประโยชน์

ผลจากการศึกษาครั้งนี้เสนอว่า ควรพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้ป่วยควบคุมดัชนีมวลกาย ร่วมกับส่งเสริมการรับรู้ความสามารถและประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม พร้อมให้การสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมที่เหมาะสม

คำสำคัญ: พฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม, โรคความดันโลหิตสูง, โรคไตเรื้อรัง

[1] คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
Public Health, Burapha University
*Corresponding author E-mail: nipam@go.buu.ac.th

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.276175

Abstract

This predictive correlational study aimed to examine factors influencing delayed renal impairment behavior among patients with hypertension in the Eastern Economic Corridor of Thailand. The sample consisted of 213 patients with hypertension, selected through multi-stage random sampling. Data were collected using five-part questionnaires between February and March 2025 and analyzed using descriptive statistics and multiple linear regression.

The findings indicated that most participants were female (69%) with a mean age of 64.11 years (S.D. = 8.81). Their delayed renal impairment behavior was at a moderate level (M = 2.67, S.D. = 0.49). Gender, age, body mass index (BMI), knowledge about kidney disease, perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, self-efficacy, and social support collectively explained 33% of the variance in behaviors ($R^2 = 0.33$, p-value < 0.001). Among these, BMI, self-efficacy, perceived benefits, and social support were significant predictors (p-value < 0.05).

The findings suggest that health promotion programs should be designed to assist patients in managing their BMI, enhancing self-efficacy and perceived benefits in performing behaviors that delay renal impairment, and providing social support, thereby promoting appropriate health behaviors among patients with hypertension.

Keywords: Delayed Renal Impairment Behavior, Hypertension, Chronic Kidney Disease

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.276175

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ทั่วโลกพบความชุกประมาณร้อยละ 13.4[1] สำหรับประเทศไทยพบความชุกของโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 17.5[2] ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุหนึ่งที่สำคัญของโรคไตเรื้อรัง โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีภาวะแทรกซ้อนทางไต ถึงร้อยละ 40.36 ในปี พ.ศ. 2563 ผู้ที่เข้ารับการบำบัดทดแทนไต มีสาเหตุจากโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 42.30[3] ทั้งนี้การที่มีความดันโลหิตสูงจะเป็นการเพิ่มแรงดันหลอดเลือดฝอยในไต ทำให้การทำงานของหน่วยไตลดลง มีภาวะขาดเลือดมาเลี้ยงที่ไต หากมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน จะทำให้ไตทำหน้าที่ลดลงและเสื่อมสภาพในที่สุด[4]

โรคไตเรื้อรังเกิดจากความผิดปกติของโครงสร้างหรือหน้าที่การทำงานของไต โดยในระยะที่ 1 และ 2 มักไม่มีอาการผิดปกติ แต่จะพบอาการและอาการแสดงของโรคเมื่อความก้าวหน้าของโรครุนแรงขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเมื่อเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งการรักษาจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต ด้วยการล้างไตทางช่องท้อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต[5] โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้จะต้องได้รับการดูแลรักษาในระยะยาว ต้องใช้ทรัพยากรและค่าใช้จ่ายในการดูแลที่สูง ส่งผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจในครอบครัวและประเทศชาติ นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะมีคุณภาพชีวิตลดลงตามระยะของโรคไตที่มีความรุนแรงมากขึ้น เป้าหมายสำคัญของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จึงเป็นการป้องกันการเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ซึ่งการชะลอความเสื่อมของไต เป็นวิธีการดูแลรักษาที่สำคัญของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ในระยะแรก[6]

การชะลอความเสื่อมของไตเป็นวิธีการที่ช่วยชะลอความก้าวหน้าของโรคไตเรื้อรังที่จะเข้าสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ถึงแม้ในภาวะปกติการทำงานของไตจะค่อยๆ ลดลงเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น แต่สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การทำงานของไตจะลดลงได้มากกว่าปกติ[6] การชะลอความเสื่อมของไตจะเน้นการรักษาที่ต้นเหตุ ได้แก่ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และการควบคุมระดับความดันโลหิตให้ไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตร อีกทั้งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต เช่น ควบคุมดัชนีมวลกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จำกัดโปรตีนและปริมาณเกลือในอาหาร หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ และเพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย เป็นต้น[7-8] นอกจากนี้ยังต้องหลีกเลี่ยงการใช้ยาที่มีผลข้างเคียงต่อไต และระมัดระวังการใช้ยาอย่างเหมาะสม[7]

การที่บุคคลจะตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยตามการรับรู้ของบุคคล และปัจจัยกระตุ้นให้บุคคลมีการปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ[9] ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก ได้แก่ จังหวัดชลบุรี จังหวัดฉะเชิงเทรา และจังหวัดระยอง ซึ่งเป็นพื้นที่ที่พบผู้ป่วย

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.276175

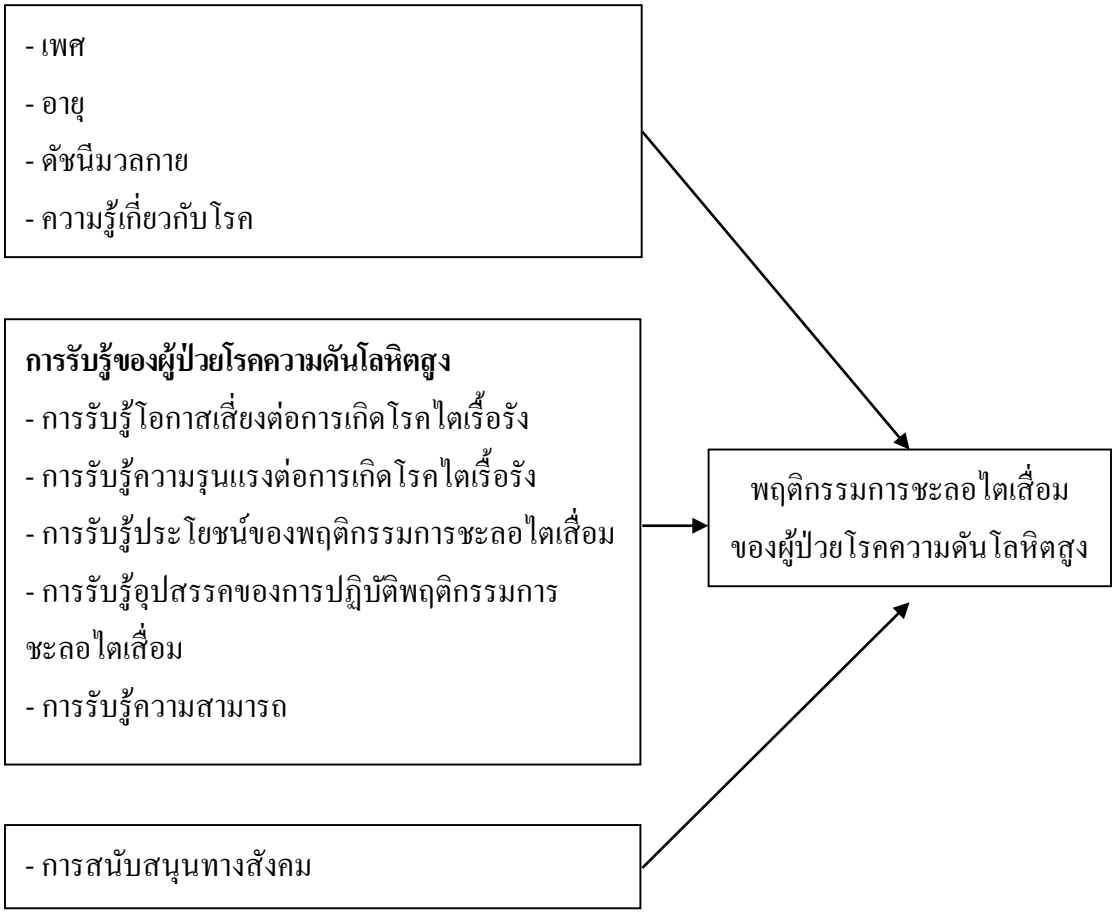
โรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดในเขตสุขภาพที่ 6 อีกทั้งการศึกษาพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังมีอยู่อย่างจำกัด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ[9] (Health Belief Model) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยได้คัดเลือกปัจจัยตามองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเสนอกรอบแนวคิด ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.276175

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการตรวจรักษาตามนัด ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการตรวจรักษาตามนัด ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองชัน อำเภอบ้านบึง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าจาม อำเภอหนองใหญ่ จังหวัดชลบุรี โดยเป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป สามารถฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ และไม่มีความพิการหรือข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง ซึ่งกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power 3.1.9.4[10] (Medium effect size index = 0.10, Power = 0.80, Alpha = 0.05) ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 172 คน ทั้งนี้เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงเพิ่มขนาดตัวอย่าง จากสูตร $n_{adj} = n/(1-R)^2$ โดยกำหนดให้ค่าอัตราการสูญเสียเท่ากับร้อยละ 10 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ จำนวน 213 คน ผู้วิจัยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบการสุ่มหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบ่งเป็นสำหรับกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้ ผู้ดูแลอาหารหลัก ระยะเวลาของการเจ็บป่วย โรคร่วม การสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์ และสำหรับผู้วิจัย ประกอบด้วย ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) ค่าอัตราการกรองของไต (estimated Glomerular Filtration Rate: eGFR) และระยะของโรคไตเรื้อรัง

2. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรค ลักษณะเป็นข้อคำถามแบบถูกและผิด จำนวน 10 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ[11] คือ ระดับสูง (8.00-10.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (6.00-7.90 คะแนน) และระดับต่ำ (0-5.90 คะแนน)

3. แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 40 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 แบบสอบถาม ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง จำนวน 8 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง จำนวน 8 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม จำนวน 8 ข้อ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม จำนวน 8 ข้อ และการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม จำนวน 8 ข้อ การแปลผลคะแนนแต่ละแบบสอบถาม

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.276175

แบ่งออกเป็น 3 ระดับ[11] คือ ระดับมาก (29.33-40.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (18.67-29.32 คะแนน) และระดับน้อย (8.00-18.66 คะแนน)

4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 8 ข้อ การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ[11] คือ ระดับดี (3.68-5.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน) และระดับไม่ดี (1.00-2.33 คะแนน)

5. แบบสอบถามพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม ใช้ประเมินการกระทำหรือการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 8 ข้อ การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ[11] คือ ระดับดี (3.68-5.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน) และระดับไม่ดี (1.00-2.33 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณา จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน อาจารย์ด้านสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ 1 ท่าน และอาจารย์ด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ 1 ท่าน แล้วนำมา คำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ได้ค่าความตรงของเนื้อหาระหว่าง 0.67-1.00

2. การตรวจสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย จากนั้นนำไปคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งเครื่องมือใหม่ที่พัฒนาขึ้น ควรมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ 0.70 ขึ้นไป โดยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรค แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงฯ แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ฯ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคฯ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถฯ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ดังนี้ 0.73, 0.73, 0.87, 0.75, 0.94, 0.77, 0.74 และ 0.71 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย พิสัย และส่งนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรที่ศึกษา โดยการนำมาหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลและร่วมทำนายพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (Multiple linear regression) ด้วยวิธี Enter method

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.276175

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสโครงการวิจัย G-HS128/2567 เมื่อวันที่ 27 มกราคม 2568 โดยผู้วิจัยได้ยึดถือปฏิบัติตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เคารพสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ คำนึงถึงความปลอดภัย และรักษาผลประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่างอย่างเท่าเทียมกัน อีกทั้งการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ สามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาตามปกติของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่เปิดเผย บันทึกข้อมูลด้วยการลงรหัส และมีการนำเสนอข้อมูลเป็นสถิติในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.01 อยู่ในวัยสูงอายุ ร้อยละ 72.76 ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 64.11 ปี (S.D. = 8.81) มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 61.50 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพพ่อบ้าน/แม่บ้าน ร้อยละ 30.05 และรับจ้าง ร้อยละ 30.05 ในด้านการดูแลอาหารในครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างจะเป็นเป็นผู้ดูแลอาหารหลักด้วยตนเอง ร้อยละ 68.54 รองลงมา คือ สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแลอาหารหลัก ร้อยละ 26.76 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 79.34 และ 67.14 ตามลำดับ

ในด้านข้อมูลภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 72.77 มีภาวะอ้วนระดับ 1 มากที่สุด ร้อยละ 41.78 โดยมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.89 kg/m^2 (S.D. = 4.86) กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาแล้ว 1-5 ปี ร้อยละ 44.60 รองลงมา คือ 6-10 ปี ร้อยละ 38.97 โดยระยะเวลาเฉลี่ยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง คือ 7.63 ปี (S.D. = 6.15) และมีโรคร่วม ร้อยละ 59.62 โดยโรคร่วมที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 36.15 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 31.46 และจากค่า eGFR (อัตราการกรองของไต) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2 ซึ่งมีค่า eGFR เฉลี่ย 85.26 มล./นาที/1.73 ตร.ม. (S.D. = 15.26)

2. ข้อมูลตัวแปรที่ศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคในระดับปานกลาง (M = 6.85, S.D. = 1.68) มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ ในระดับมาก (M = 31.56, S.D. = 5.47) การรับรู้ความรุนแรงฯ ในระดับมาก (M = 35.08, S.D. = 5.39) การรับรู้ประโยชน์ฯ ในระดับมาก (M = 31.89, S.D. = 5.36) การรับรู้อุปสรรคฯ ในระดับมาก (M = 30.77, S.D. = 7.79) การรับรู้ความสามารถฯ ในระดับมาก (M = 34.49, S.D. = 4.39) การสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง (M = 2.58, S.D. = 0.52) และมีพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในระดับปานกลาง (M = 2.67, S.D. = 0.49) ดังแสดงในตารางที่ 1

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.276175

ตารางที่ 1 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง การรับรู้ความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรการชะลอไตเสื่อม การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 213)

ตัวแปร	พิสัย ที่เป็นไปได้	พิสัย ที่เป็นจริง	*M*	*SD*	การแปลผล
ความรู้เกี่ยวกับโรค	0-10	2-10	6.85	1.68	ปานกลาง
การรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ	8-40	8-40	31.56	5.47	มาก
การรับรู้ความรุนแรงฯ	8-40	8-40	35.08	5.39	มาก
การรับรู้ประโยชน์ฯ	8-40	10-40	31.89	5.36	มาก
การรับรู้อุปสรรคฯ	8-40	8-40	30.77	7.79	มาก
การรับรู้ความสามารถฯ	8-40	11-40	34.49	4.39	มาก
การสนับสนุนทางสังคม	8-40	16-40	2.58	0.52	ปานกลาง
พฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม	15-75	31-73	2.67	0.49	ปานกลาง

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ การรับรู้ความรุนแรงฯ การรับรู้ประโยชน์ฯ การรับรู้อุปสรรคฯ การรับรู้ความสามารถฯ และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 33 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = 0.33$, p-value < 0.001) ซึ่งดัชนีมวลกาย การรับรู้ความสามารถฯ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ประโยชน์ฯ สามารถทำนายพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ ($\beta = -0.24$, p-value < 0.001, $\beta = 0.23$, p-value < 0.001, $\beta = 0.16$, p-value < 0.05 และ $\beta = 0.15$, p-value < 0.05 ตามลำดับ) ส่วนเพศ อายุ ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ การรับรู้ความรุนแรงฯ และการรับรู้อุปสรรคฯ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.276175

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ตัวแปร	B	SE	Beta	t	p-value
เพศ	1.76	0.91	0.12	1.93	0.055
อายุ	0.07	0.05	0.09	1.39	0.165
ดัชนีมวลกาย	-0.36	0.09	-0.24	-3.83	0.000*
ความรู้เกี่ยวกับโรค	0.04	0.27	0.01	0.13	0.897
การรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ	0.15	0.09	0.11	1.62	0.106
การรับรู้ความรุนแรงฯ	0.01	0.09	0.01	0.08	0.938
การรับรู้ประโยชน์ฯ	0.20	0.08	0.15	2.37	0.019*
การรับรู้อุปสรรคฯ	0.08	0.06	0.09	1.47	0.142
การรับรู้ความสามารถฯ	0.36	0.10	0.23	3.57	0.000*
การสนับสนุนทางสังคม	0.22	0.08	0.16	2.72	0.007*

หมายเหตุ: $R^2 = 0.33$, Adjust $R^2 = 0.29$ $F_{10,202} = 9.80$, p-value < 0.001, *p-value < 0.05

สรุปผลการวิจัย

จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และเป็นผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในระดับปานกลาง และเมื่อทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ การรับรู้ความรุนแรงฯ การรับรู้ประโยชน์ฯ การรับรู้อุปสรรคฯ การรับรู้ความสามารถฯ และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 33

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถอภิปรายได้ตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. พฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในระดับปานกลาง เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อาจทำให้มีข้อจำกัดในการเรียนรู้หรือการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจากแหล่งต่างๆ ซึ่งผู้สูงอายุมักพบปัญหาการมองเห็นและการฟังจากความเสื่อมถอยของร่างกาย อันเป็นอุปสรรคสำคัญในการเรียนรู้ โดยมีผลต่อการรับรู้และการใช้ข้อมูลทางด้านสุขภาพที่นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ[12] จากผลการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคในกลุ่มตัวอย่าง พบว่า

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.276175

อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการมีพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในระดับปานกลาง นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2 ซึ่งมักไม่พบอาการและอาการแสดงที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จึงยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ดัชนีมวลกาย สามารถทำนายพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีค่าดัชนีมวลกายน้อย จะมีพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมดี ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐานและจัดอยู่ในภาวะอ้วนระดับ 1 สอดคล้องกับการมีพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ[9] ปัจจัยร่วมมีผลต่อการรับรู้ของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งดัชนีมวลกายเป็นปัจจัยร่วมที่สะท้อนภาวะสุขภาพของบุคคล การที่บุคคลสามารถควบคุมดัชนีมวลกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ แสดงถึงบุคคลนั้นมีแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพดี ทั้งนี้การควบคุมดัชนีมวลกายได้จะเป็นผลดีต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตได้ ผลจากการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัตรกมล ประจวบลาภ และดวงกมล วัตราดุล[13] ที่พบว่าดัชนีมวลกายสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองได้

การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม สามารถทำนายพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมมาก จะมีพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมดีซึ่งการรับรู้ความสามารถเป็นปัจจัยการรับรู้ของบุคคล[9] หากบุคคลมีความเชื่อว่า ตนเองมีความสามารถและมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมได้ บุคคลจะตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างไม่มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง สามารถดูแลเรื่องอาหารได้ด้วยตนเอง ทำให้ควบคุมปริมาณอาหาร และรสชาติให้เหมาะสมได้ ส่งผลให้มีพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในทางที่ดี การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ วรารัตน์ จันทร์นุ่ม และคณะ[14] ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถทำนายพฤติกรรมการชะลอการสูญเสียหน้าที่ของไตในผู้ที่เป็นเบาหวานได้

การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมาก จะมีพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมดี เมื่ออธิบายตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมจัดเป็นสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ โดยการที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือ ทั้งข้อมูลข่าวสาร กำลังใจ ทรัพย์สินจากครอบครัว เพื่อน หรือทีมบุคลากรสุขภาพ ล้วนเป็นปัจจัยที่กระตุ้นหรือชักนำให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ซึ่งการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ กังสดาล หาญไพบูลย์ และชญานินท์

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.276175

ประทุมสูตร[15] ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ได้

การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม สามารถทำนายพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมมาก จะมีพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมดี โดยการรับรู้ประโยชน์เป็นปัจจัยการรับรู้ของบุคคล[9] หากบุคคลเชื่อว่า การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมเป็นผลดีต่อตนเอง บุคคลจะเลือกปฏิบัติพฤติกรรมนั้น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ย่อมต้องได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ อย่างสม่ำเสมอจากทีมบุคลากรสุขภาพ ซึ่งข้อมูลที่ได้รับจะสอดคล้องกับพฤติกรรมที่พึงปฏิบัติในการชะลอไตเสื่อม ดังนั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม จนเกิดเป็นความเชื่อจะนำมาสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมได้ จากผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ นุชพร ดุมใหม่ และคณะ[16] ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติสามารถทำนายพฤติกรรมชะลอความเสื่อมของไตในผู้ที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 1-3

สำหรับเพศ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากการปฏิบัติพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมเป็นการปฏิบัติตามการรับรู้ ความเชื่อ และการตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งทุกคนจะได้รับข้อมูลคำแนะนำจากทีมบุคลากรสุขภาพเช่นเดียวกัน ดังนั้น เพศชายและเพศหญิงจึงมีโอกาสได้รับข้อมูลไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศันสนีย์ วงศ์ชนะ[17] และสายฝน อาสาธง[18] ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน

อายุ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และมีอายุใกล้เคียงกัน โดยวัยสูงอายุเป็นวัยที่ผ่านประสบการณ์การใช้ชีวิตมานาน ทำให้การให้คำแนะนำในการปฏิบัติพฤติกรรมอาจไม่ค่อยให้ความสำคัญ มักจะคงการปฏิบัติไว้ในแบบเดิมที่คุ้นเคย[19-20] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน[18]

ความรู้เกี่ยวกับโรค สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคในระดับปานกลาง ซึ่งอาจยังไม่เพียงพอต่อการตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม อีกทั้งเป็นวัยสูงอายุมักมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูล ทำให้ส่งผลต่อการนำข้อมูลทางด้านสุขภาพไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญเย็น ศรีกุล[21] ที่พบว่า ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.276175

นอกจากนี้การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง การรับรู้ความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง ทำให้มีโอกาสได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมอยู่เสมอ กลุ่มตัวอย่างจึงมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้อุปสรรคในระดับมาก แต่ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคไตเรื้อรังในระยะ 1-3a จึงยังไม่มีอาการและอาการแสดงของโรคชัดเจนที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้กลุ่มตัวอย่างยังคงสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรารัตน์ จันทร์นุ่ม และคณะ[14] ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง การรับรู้ความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง และการรับรู้อุปสรรค ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการชะลอการสูญเสียหน้าที่ของไตในผู้เป็นเบาหวานได้

กล่าวโดยสรุปจากการศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยต่างๆ ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ[9] สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ ดังนั้น หากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความเชื่อว่า สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้ มีการรับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมเป็นผลดีกับสุขภาพ และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้ ร่วมกับได้รับการสนับสนุนที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ควรมีการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถรับรู้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรม และควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่จะนำไปสู่การเป็นโรคไตเรื้อรังในระยะสุดท้าย รวมถึงมีการติดตามและประเมินผลเป็นระยะ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยต่อไป ควรศึกษาพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคไตเรื้อรังในแต่ละระยะ เพื่อการวางแผนดูแลที่เหมาะสม รวมถึงควรศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่เขตเมืองและเขตชนบท เนื่องจากมีวิถีชีวิตที่แตกต่างกัน

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี ผู้วิจัยต้องขอขอบคุณผู้อำนวยการ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้ที่เกี่ยวข้องที่ทำให้การดำเนินการวิจัยเป็นไปด้วยความเรียบร้อย อีกทั้งขอขอบพระคุณผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ทำให้ได้ข้อมูล

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.276175

ที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย ผู้วิจัยหวังว่า ผลการวิจัยครั้งนี้จะเกิดประโยชน์แก่การสาธารณสุข อันจะนำไปพัฒนาต่อยอดการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมที่ดี ซึ่งจะช่วยลดต้นทุนการรักษาของผู้ป่วยและประเทศต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Lv JC, Zhang LX. Prevalence and disease burden of chronic kidney disease. Adv Exp Med Biol. 2019; 1165: 3-15.
2. อำนาจ ชัยประเสริฐ. Chronic Kidney Diseases. ใน บัญชา สถิระพจน์, พามิลา ทรรศนะวิภาส, อำนาจ ชัยประเสริฐ, เนาวนิตย์ นาทา และอุปถัมภ์ ศุภสินธุ์, บรรณาธิการ. Pocket nephrology. กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์; 2563. 645-659.
3. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. Annual Report Thailand Renal Replacement Therapy 2020. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 25 มิถุนายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nephrothai.org/
4. นิพพาภัทร์ สินทรัพย์, จิณวัตร จันครา, บุปผา ใจมั่น. โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ : เพชฌฆาตเงียบที่ควรตระหนัก. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2560; 28: 100-111.
5. อติพร อิงค์สาธิต. วิทยาการระบาดของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น; 2561.
6. ไกรวิพร เกียรติสุนทร. Approach and Management of Chronic Kidney Disease. ใน พงศธร คชเสนี, โอภาส ไตรตานนท์, บัญชา สถิระพจน์ และธนันดา ตระการวนิช, บรรณาธิการ. Comprehensive Review of Nephrology. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น; 2562: 541-554.
7. อรรถพงศ์ วงศ์วิวัฒน์. โรคไตเรื้อรัง. ใน นิธิพัฒน์ เจียรกุล, บรรณาธิการ. ตำราอายุรศาสตร์ทั่วไป. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์; 2556: 446-460.
8. อาคม นงนุช. การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย. ใน อติพร อิงค์สาธิต, บรรณาธิการ. วิทยาการระบาดของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น; 2561: 135-160.
9. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. Health Educ Q 1988; 5: 175-83.
10. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. Behav Res Methods 2009; 41(4): 1149-60.
11. Bloom BS. Taxonomy of educational objectives handbook. New York: David McKay; 1975.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.276175

12. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, ดวงเนตร ธรรมกุล. การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงวัย. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2558; 9: 1-8.
13. ฉัตรกมล ประจวบลาภ, ดวงกมล วัตราดุล. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองในหญิงวัยหมดประจำเดือน. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2563; 31: 27-45.
14. วรารัตน์ จันทร์นุ่ม, สมสมัย รัตนกรีฑากุล, วรรณรัตน์ ลาวัง. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการชะลอการสูญเสียหน้าที่ของไต ในผู้เป็นเบาหวานในจังหวัดชลบุรี. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2564; 29: 30-39.
15. กังสดาล หาญไพบูลย์, ชญานินท์ ประทุมสูตร. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 โรงพยาบาลคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ 2562; 14: 53-61.
16. นุชพร ดุมใหม่, ปณิชา พลพินิจ, สายฝน ม่วงคุ้ม, เขมารดี มาสิงบุญ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมชะลอความเสื่อมของไตในผู้ที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 1-3. ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ 2565; 17: 378-386.
17. ศันสนีย์ วงศ์ชนะ. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารสุขศึกษา 2565; 45: 181-191.
18. สายฝน อาสาธง. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลวังทองอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว [งานนิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2558.
19. พงศธร ศิลาเงิน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.
20. Mansoor, K., & Khuwaja, H. M. A. The effectiveness of a chronic disease self-management program for elderly people: a systematic review. Elderly Health Journal 2020; 6: 51-63.
21. บุญเย็น ศรีกุล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองตาพรม อำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน 2567; 9: 489-497.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.281357

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลบึงโขงหลง อำเภอบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ

FACTORS RELATED TO ORAL HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE AMONG ELDERLY IN SERVICE AREA AT BUENG KHONG LONG HOSPITAL BUENG KHONG LONG DISTRICT BUENG KAN PROVINCE

Received: April 03, 2026
Revised: August 01, 2026
Accepted: August 25, 2026

ปรียานุช นามพิกุล[1], เปรมฤดี ศรีสังข์[1], ศุภาพิชญ์ แสงอรุณ[1], วิริยา มูลพิศูจน์[1*], พรนุภา ริกำแง[2], ยลดา ศรียางนอก[3], ปริญญาพร ศรีแก้ว[4]

Preeyanuch Nampikul[1], Premruedee Srisang[1], Supapit Sangaroon[1], Wiriya Munphisut[1*], Phonnupha Rikamngae[2], Yonlada Sriyangnok[3], Parinyaporn Srikaew[4]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลบึงโขงหลง อำเภอบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุ จำนวน 157 คน การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น และทำการสุ่มแบบง่าย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ทุกข้อมีค่าความสอดคล้องมากกว่า 0.67 โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงเดือนตุลาคม 2566 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนาและสถิติอนุมาน กรณีข้อมูลแจกแจงปกติใช้ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation) และกรณีข้อมูลแจกแจงไม่ปกติใช้ สถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's Rank correlation Coefficient) ใช้สถิติ Simple Logistic Regression นำเสนอค่า Odds Ratio (OR) และช่วงความเชื่อมั่น 95% Confidence Interval (95% CI)

[1] วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์สถาบันพระบรมราชชนก
Sirindhorn Collegeof Public Health, Khon Kaen,Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, raboromarajchanok Institute

[2] โรงพยาบาลวานรนิวาส อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร
Wanon Niwat Hospital, Wanon Niwat District, Sakon Nakhon Province

[3] ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
Public Health Center, Health Department, Bangkok Metropolitan Administration

[4] โรงพยาบาลบึงโขงหลง อำเภอบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ
Bueng Khong Long Hospital, Bueng Khong Long District, Bueng Kan Province

*Corresponding author E-mail: wiriya@scphkk.ac.th

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.281357

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้แปรงฟันก่อนเข้านอนทันที มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ไม่ดีเป็น 2.63 เท่าของผู้สูงอายุที่แปรงฟันก่อนนอนแล้วเข้านอนทันที (95%CI = 1.10-6.25, p-value = 0.027) จำนวนฟันคู่สบมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อยกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความผิดพลาดไม่เกินร้อยละ 5 (r_S = - 0.204, p-value = 0.010)

ควรเน้นการรณรงค์ให้ผู้สูงอายุแปรงฟันก่อนนอนแล้วเข้านอนทันที และผลักดันนโยบายการใส่ฟันเทียมหรือการรักษารากฟัน เพื่อคงจำนวนฟันคู่สบให้เพียงพอต่อการเคี้ยวอาหาร ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อการลดผลกระทบ และเพิ่มคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปาก, ผู้สูงอายุ, สภาวะสุขภาพช่องปาก

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.281357

Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to examine factors associated with oral health-related quality of life among the elderly in the service area of Bueng Khong Long Hospital, Bueng Khong Long District, Bueng Kan Province. The sample consisted of 157 elderly individuals, selected through stratified and simple random sampling. Data were collected using a questionnaire, which was reviewed by three experts, with all items showing an IOC greater than 0.67. Data collection took place between August and October 2023. The data were analyzed using descriptive and inferential statistics. Pearson's correlation coefficient was used for normally distributed data, whereas Spearman's rank correlation coefficient was used for non-normally distributed data. In addition, simple logistic regression analysis was performed, with results presented as odds ratios (OR) and 95% confidence intervals (95% CI).

The results showed that elderly participants who did not brush their teeth immediately before bedtime were 2.63 times more likely to experience poor oral health-related quality of life than those who did (95% CI = 1.10-6.25, p-value = 0.027). Furthermore, the number of occlusal pairs showed a significant, low-level negative correlation with oral health-related quality of life at the 0.05 level (r_S = - 0.204, p-value = 0.010).

These findings suggest that fewer occlusal pairs are associated with a greater negative impact on oral health. To enhance oral health-related quality of life, public health policies should emphasize pre-bedtime oral hygiene practices and support access to dental prostheses or restorative treatments to help maintain adequate occlusal pairs. Such measures are crucial for preserving masticatory function and reducing the adverse effects of oral health problems on the elderly population.

Keywords: Oral Health-Related Quality of life, Elderly, Oral health status

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.281357

บทนำ

ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564 ชี้ให้เห็นว่าประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว และกำลังจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัวในปี พ.ศ. 2565 และในปี พ.ศ. 2573 จะมีสัดส่วนประชากรสูงวัย เพิ่มขึ้นอยู่ที่ร้อยละ 26.9 ของประชากรทั้งประเทศ[1] จะส่งผลให้โครงสร้างประชากรไทยเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ขณะที่สัดส่วนวัน และวัยเด็กและวัยแรงงานจะกดลงเรื่อยๆ[2] จากสถิติผู้สูงอายุของภาคตะวันออกเฉียงเหนือในปี พ.ศ. 2561 พบว่า มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 3,386,357 คน คิดเป็นร้อยละ 15.38 และสถิติผู้สูงอายุของจังหวัดบึงกาฬ พบว่า มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 212,931 คน คิดเป็นร้อยละ 13.06[3] คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก เป็นส่วนหนึ่งในการดำรงชีวิตประจำวัน และมีความจำเป็นต่อคุณภาพชีวิตซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลนั้นๆ มีความสามารถในการจัดการสิ่งต่างๆ จนถึงสามารถเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมรอบตัวได้ สภาวะต่างๆ[4] การที่บุคคลสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขพร้อมทั้งเข้าใจในสถานะของตัวเอง ตามศักยภาพของร่างกาย จิตใจ สติปัญญา ดำเนินชีวิต ในทางชอบธรรม มีความพอใจในความเป็นอยู่ของตนเอง[5] สุขภาพช่องปากที่มีผลต่อชีวิตประจำวันของบุคคล ยกตัวอย่าง เช่น โรคฟันผุ โรคเหงือกอักเสบและการสบฟันที่ผิดปกติ ทำให้บุคคลมีปัญหาเรื่องการรับประทานอาหารต่อหน้าบุคคลอื่น หรือแม้กระทั่งหลีกเลี่ยงการยิ้ม หรือพูดคุยกับคนอื่นในที่สาธารณะ[6] จากผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ แห่งชาติครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560 ซึ่งผู้สูงอายุ 60-74 ปี ร้อยละ 56.1 มีฟันถาวรใช้งาน ได้อย่างน้อย 20 ซี่ เฉลี่ย 18.6 ซี่/คน ร้อยละ 40.2 มีฟันหลังสบกัน อย่างน้อย 4 คู่สบ โดยเฉพาะการสูญเสียฟันทั้งปากในผู้สูงอายุ 60-74 ปี พบร้อยละ 8.7 แต่เมื่ออายุ 80-85 ปี เพิ่มสูงถึงร้อยละ 31.0 ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านการบดเคี้ยวอย่างมาก ด้านพฤติกรรมการดูแลอนามัยในช่องปากพบว่ามีผู้สูงอายุแปรงฟันก่อนนอนโดยไม่รับประทานอาหารอีก ร้อยละ 53.7 มีการใช้อุปกรณ์เสริมการแปรงฟัน ได้แก่ ไหมขัดฟัน แปรงซอกฟัน เพียงร้อยละ 4.1 และ 1.9 ตามลำดับ และมีการไปรับบริการทันตกรรมในปีที่ผ่านมา ร้อยละ 38.6 ในจำนวนนี้เหตุผลที่ไปรับบริการสูงสุด ร้อยละ 12.3 คือ รู้สึกมีอาการปวดหรือ เสียวฟัน การรักษาโดยการเก็บรักษาฟันไว้ จึงมีความยุ่งยากซับซ้อน หลายขั้นตอน[7]

จากข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุ และปัญหาสุขภาพช่องปาก คณะผู้จัดทำจึงได้สนใจศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตตำบลบึงโขงหลง อำเภอบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ เพื่อใช้ข้อมูลดังกล่าวเป็นแนวทางในการวางแผนดำเนินงานส่งเสริมพฤติกรรมทันตสุขภาพ มุ่งหวังให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม และการฟื้นฟูสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.281357

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาวะช่องปากและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลบึงโขงหลง อำเภอบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ

2. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลบึงโขงหลง อำเภอบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ

3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลบึงโขงหลง อำเภอบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงเดือนตุลาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-74 ปี รวมจำนวนทั้งหมด 851 คน การคำนวณขนาดตัวอย่าง ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างจากการประมาณสัดส่วนประชากรกรณีทราบค่าจำนวนประชากร[8] ตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 157 คน

สูตรการคำนวณตัวอย่าง

$$n = \frac{NZ^2_{\alpha/2}P(1-P)}{e^2(N-1)+Z^2_{\alpha/2}P(1-P)}$$

เมื่อ **n** แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่างของประชากร

N แทน ขนาดของประชากรในที่นี้คือจำนวนผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลบึงโขงหลง อำเภอบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ จำนวน 851 คน

Z แทน สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นมีค่าเท่ากับ 1.96 เมื่อกำหนดให้ความเชื่อมั่น 95**%**

P แทน ค่าสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรจากการศึกษางานวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ในอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย[9] = 0.76

e แทน ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ในที่นี้กำหนดให้เท่ากับ 0.06

วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลบึงโขงหลง 10 หมู่บ้าน เมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละหมู่บ้านแล้วจึงทำการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลาก

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า

1. เป็นผู้ที่มีอายุ 60-74 ปี ทั้งเพศหญิง และเพศชาย ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลบึงโขงหลง อำเภอบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.281357

2. มีความสามารถสื่อสารได้ดี ไม่อยู่ในภาวะที่มีความเจ็บป่วย หรือ มีอาการของโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการทำแบบสอบถาม และยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก

ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า มีปัญหาทางด้านสุขภาพร่างกายรุนแรง หรือมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตจนเป็นอุปสรรค ต่อการทำแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถาม ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ จำนวน 11 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลผู้สูงอายุด้านปัจจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 41 ข้อ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากที่ได้ของแต่ละคนมาแปลผลค่าระดับคะแนน[10] เจตคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมการรับประทานอาหาร วิเคราะห์ระดับของคะแนนโดยได้ประยุกต์จากหลักเกณฑ์และวิธีการวัดประเมิน[11] ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแบบวัดผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิต จำนวน 14 ข้อโดยเลือกใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของประชากรวัยผู้ใหญ่ (Thai OHIP-14) ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย[12]

2. แบบบันทึกการตรวจสุขภาพช่องปาก การตรวจตัวฟัน (crown) โดยตรวจฟันแท้ที่สามารถใช้บดเคี้ยวอาหารได้ จะไม่นับรวม กรณีที่เหลือแต่รากฟันที่จำเป็นต้องถอน หรือฟันโยกตั้งแต่ 3degree ที่ต้องถอน และ Posterior Occlusal Pairs โดยการนับจำนวนฟันคู่สบในฟันหลัง ตั้งแต่ฟันกรามน้อยและ/หรือฟันกราม ทั้งซ้ายและขวา ซึ่งเป็นฟันแท้ที่สามารถใช้บดเคี้ยวอาหารได้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ผลการวิเคราะห์ พบว่า แบบสอบถามมีค่า IOC เท่ากับ 0.67 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับปรุงข้อคำถามบางส่วนตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ (Try out) โดยนำเครื่องมือที่ผ่านความเห็นผู้เชี่ยวชาญแล้วไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุ ในตำบลบึงโขงหลง อำเภอบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ จำนวน 30 คน ที่มีลักษณะพฤติกรรมและบริบททางสังคมใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ได้อยู่ในเขตพื้นที่การศึกษาเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล (Contamination)

การปรับมาตรฐานการตรวจสภาวะช่องปาก ตรวจฟันโดยผู้ช่วยวิจัย ปรับมาตรฐานในผู้ตรวจคนเดียว (Intra-examiner calibration) วิเคราะห์ค่าสถิติแคปปา (Kappa) เปรียบเทียบผลการตรวจสภาวะช่องปากระหว่างผู้ช่วยวิจัยกับทันตแพทย์ ได้ค่าเท่ากับ 0.85

การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากโดยใช้สูตร Kuder-Richardson (KR-20) พบว่า มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.755 ส่วนแบบวัดเจตคติด้านทันตสุขภาพ และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้ค่า

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.281357

สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) พบว่า แบบวัดเจตคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากมีค่าเท่ากับ 0.734 และแบบวัดพฤติกรรมการรับประทานอาหารมีค่าเท่ากับ 0.721

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคล ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ข้อมูลด้านปัจจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก แบบวัดผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตด้วยสถิติ ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุทีละตัวแปร กรณีข้อมูลแจกแจงปกติใช้ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation) และกรณีข้อมูลแจกแจงไม่ปกติใช้ สถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's Rank correlation Coefficient) ใช้สถิติ Simple Logistic Regression นำเสนอค่า Odds Ratio (OR) และช่วงความเชื่อมั่น 95% Confidence Interval (95% CI)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ HE661017 ลงวันที่ 17 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยแนะนำตัว และชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่จะเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิเคราะห์เป็นภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 157 คน จากการวิเคราะห์ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.79 อายุน้อยกว่า 70 ปี ร้อยละ 69.43 (อายุเฉลี่ย 67.13±4.84 ปี) จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 81.53 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ทำนา, ทำไร่) ร้อยละ 42.04 สถานภาพสมรส ร้อยละ 69.43 อาศัยอยู่กับครอบครัว (สามี/ภรรยาและลูก/หลาน) ร้อยละ 71.97 ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 84.08 รายได้ต่อเดือนของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 56.05 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 56.05 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 45.22 มีความเจ็บปวดไม่สบายจากโรคในช่องปาก ร้อยละ 53.50 ไม่เคยเข้ารับบริการทันตกรรม ร้อยละ 74.52

2. ข้อมูลปัจจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุมีระดับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพปากอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 48.41 (คะแนนเฉลี่ย 7.38±1.67 คะแนน) คะแนนต่ำสุด 1 คะแนน และคะแนนสูง

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.281357

ที่สุด 10 คะแนน ระดับเจตคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 75.80 (คะแนนเฉลี่ย 24.75±2.30 คะแนน) คะแนนต่ำสุด 17 คะแนน และคะแนนสูงที่สุด 30 คะแนน ระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 76.43 (คะแนนเฉลี่ย 25.09±2.74 คะแนน) คะแนนต่ำสุด 15 คะแนน และคะแนนสูงที่สุด 30 คะแนน

การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า ผู้สูงอายุแปรงฟัน ร้อยละ 99.36 มีแปรงฟันตอนเช้าทุกวัน ร้อยละ 94.90 ผู้สูงอายุแปรงฟันก่อนนอนและเข้านอนทันที ร้อยละ 80.25 แปรงฟัน 2 นาทีขึ้นไป ร้อยละ 43.95 ใช้ขนแปรงแข็งปานกลาง ร้อยละ 48.41 ไม่ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ร้อยละ 50.32 ไม่ได้ใส่ฟันเทียม ร้อยละ 87.26 การทำความสะอาดฟันเทียมของผู้สูงอายุล้างน้ำเปล่า ร้อยละ 50.00 ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 87.90 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 80.89 ไม่เคยเคี้ยวหมาก ร้อยละ 96.18

ตารางที่ 1 ระดับความรู้ ระดับเจตคติ และระดับพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง (n = 157)

ระดับความรู้ที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	76	48.41
ระดับปานกลาง	63	40.13
ระดับต่ำ	18	11.46
Mean±Standard Deviation	7.38±1.67	
Median (Min : Max)	7 (1:10)	
ระดับเจตคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก		
ระดับสูง	119	75.80
ระดับปานกลาง	38	24.20
ระดับต่ำ	0	0.00
Mean±Standard Deviation	24.75±2.30	
Median (Min : Max)	25 (17:30)	
ระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม		
ระดับมาก	120	76.43
ระดับปานกลาง	35	22.29
ระดับน้อย	2	1.27
Mean±Standard Deviation	25.09±2.74	
Median (Min : Max)	25 (15:30)	

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.281357

3. สภาวะสุขภาพช่องปาก

สภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุ มีฟันแท้ 20 ซี่ ขึ้นไป ร้อยละ 63.69 มีคู่สบ 4 คู่ขึ้นไป ร้อยละ 49.04 รองลงมา มีคู่สบ 1-3 คู่ ร้อยละ 29.30 และไม่มีคู่สบฟันหลัง ร้อยละ 21.66 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง (n = 157)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ฟันในช่องปากที่ใช้งานได้		
ไม่มีฟันในช่องปาก	5	3.18
มีฟันแท้ 1-19 ซี่	52	33.12
มีฟันแท้ 20 ซี่ขึ้นไป	100	63.69
ฟันคู่สบ (ฟันหลัง)		
ไม่มีคู่สบฟันหลัง	34	21.66
มีคู่สบ 1-3 คู่	46	29.30
มีคู่สบ 4 คู่ขึ้นไป	77	49.04

4. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 78.98 (คะแนนเฉลี่ย 8.94±9.60 คะแนน) คะแนนต่ำที่สุด 0 คะแนน และคะแนนสูงที่สุด 44 คะแนน

ตารางที่ 3 ระดับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง (n = 157)

ระดับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	124	78.98
ระดับปานกลาง	32	20.38
ระดับต่ำ	1	0.64
Mean±Standard Deviation	8.94±9.60	
Median (Min : Max)	5 (0:44)	

5. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.281357

ระหว่างความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการรับประทานอาหารกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05)

การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้แปรงฟันก่อนเข้านอนทันทีมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ไม่ดีเป็น 2.63 เท่าของผู้สูงอายุที่แปรงฟันก่อนนอนแล้วเข้านอนทันที (95%CI=1.10-6.25, p-value = 0.027)

สภาวะสุขภาพช่องปากกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ พบว่า ฟันในช่องปากที่ใช้งานได้มีกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความผิดพลาดไม่เกินร้อยละ 5 (r_S = - 0.080, p-value = 0.318) จำนวนฟันคู่สบมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อยกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความผิดพลาดไม่เกินร้อยละ 5 (r_S = - 0.204, p-value = 0.010) ถ้าจำนวนฟันคู่สบมากคะแนนคุณภาพชีวิตจะน้อย หมายถึง มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ดี เนื่องจากผลกระทบจากปัญหาสุขภาพช่องปากน้อย

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบสองแปร (Bivariate Analysis) ระหว่างการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปาก กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	จำนวนและร้อยละของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ดี	จำนวนและร้อยละของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ไม่ดี	OR	95%CI	p-value
การแปรงฟันก่อนนอนแล้วเข้านอนทันที					0.027*
ใช่	104 (82.54)	22 (17.46)	1	Ref.	
ไม่ใช่	20 (64.52)	11 (35.48)	2.63	1.10-6.25	

ตารางที่ 5 สถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's Rank correlation Coefficient) ของตัวแปรฟันในช่องปากที่ใช้งานได้ จำนวนฟันคู่สบกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง (n = 157)

ตัวแปร	คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (r)	p-value
ฟันในช่องปากที่ใช้งานได้	- 0.080	0.318
จำนวนฟันคู่สบ	- 0.204	0.010*

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05)

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.281357

สรุปผลการวิจัย

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.79 อายุเฉลี่ย: 67.13±4.84 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 81.53 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 42.04 ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 84.08 มีรายได้ต่อเดือนไม่เพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 56.05 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 55.86 เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 45.22 มีความเจ็บปวดไม่สบายจากโรคในช่องปาก ร้อยละ 53.50 ไม่เคยเข้ารับบริการทันตกรรมในรอบปีที่ผ่านมา ร้อยละ 74.52

ผู้สูงอายุมีความรู้เรื่องสุขภาพช่องปากระดับสูง ร้อยละ 48.41 มีเจตคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากระดับสูง ร้อยละ 75.80 มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมระดับมาก ร้อยละ 76.43 มีฟันแท้ใช้งานได้ตั้งแต่ 20 ซี่ขึ้นไป ร้อยละ 63.69 มีคู่สบฟันหลังตั้งแต่ 4 คู่ขึ้นไป ร้อยละ 49.04 มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากระดับสูง ร้อยละ 78.98

พฤติกรรมการแปรงฟันก่อนนอน การแปรงฟันก่อนนอนแล้วเข้านอนทันทีมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.027) โดยผู้สูงอายุที่ไม่แปรงฟันก่อนนอนแล้วเข้านอนทันทีมีโอกาสเกิดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ไม่ดีเป็น 2.63 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่แปรงฟันก่อนนอนแล้วเข้านอนทันที (OR = 2.63, 95%CI =1.10-6.25) จำนวนฟันคู่สบ จำนวนฟันคู่สบฟันหลังมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อยกับคะแนนผลกระทบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = - 0.204, p-value = 0.010) หากมีจำนวนคู่สบฟันหลังมากขึ้น จะได้รับผลกระทบน้อยลง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากดียิ่งขึ้น ปัจจัยที่ไม่พบความสัมพันธ์ (p-value > 0.05) ปัจจัยส่วนบุคคล, ระดับความรู้, เจตคติ, พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และจำนวนฟันในช่องปากที่ใช้งานได้

อภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษางานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ ตำบลสิงโตทอง อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา[13] ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05)

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.236) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษางานวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก[14] ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.281357

ในมิติสุขภาพช่องปากอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ(p-value > 0.05) เนื่องจากบริบทของแต่ละพื้นที่มีการให้ความรู้แตกต่างกันไป

เจตคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ (p-value = 0.172) ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษางานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลเมืองนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์[15] พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการได้รับผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_S = - 0.233, p-value = 0.012) ทั้งนี้ ที่ไม่สอดคล้องอาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อ ทัศนคติที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่

พฤติกรรมการรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.572) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษางานวิจัยเรื่อง คุณภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดบ้านในอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย[9] พบว่า การรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่าง ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05)

การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value< 0.05) ได้แก่ การแปรงฟันก่อนนอนแล้วเข้านอนทันที โดยผู้สูงอายุที่ไม่ได้แปรงฟันก่อนเข้านอนทันที พบว่า มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ไม่ดีเป็น 2.63 เท่าของผู้สูงอายุที่แปรงฟันก่อนนอนแล้วเข้านอนทันที (95%CI = 1.10-6.25, p-value = 0.027) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษางานวิจัยเรื่อง ปัจจัยทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)[16] ซึ่งการแปรงฟันก่อนนอนทำให้สามารถป้องกันการเกิดโรคฟันผุและโรคปริทันต์ ถ้าหากไม่แปรงฟันก่อนนอนคราบจุลินทรีย์จะเพิ่มมากขึ้น แล้วทำอันตรายต่อฟันและเหงือกอาจทำให้เกิดการสูญเสียฟัน ส่งผลในด้านการกินอาหาร ความเจ็บปวด และการทำหน้าที่ในช่องปากไม่ปกติ ทำให้มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

สภาวะสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ได้แก่ จำนวนฟันคู่สบ พบว่า การมีจำนวนคู่สบฟันหลังมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อยกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความผิดพลาดไม่เกินร้อยละ 5 (r_S = - 0.204, p-value = 0.010) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษางานวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดบ้าน ในอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย[9] พบว่า จำนวนฟันคู่สบฟันแท้ (ฟันหลัง) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.001) การไม่มีจำนวนฟันคู่สบฟันแท้ (ฟันหลัง) แสดงถึงผลลัพธ์ในการสูญเสียฟันหลังที่ใช้ในการบดเคี้ยว มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการรับประทานอาหารที่ชัดเจน

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.281357

จำนวนฟันในช่องปากปากที่ใช้งานได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.318) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษางานวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตตำบลห้วยเหนือ อำเภอขุนขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ[12] พบว่าจำนวนฟันแท้ในช่องปากมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความผิดพลาดไม่เกินร้อยละ 5 (r_s = 0.051, p-value = 0.338)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาในกลุ่มประชากรที่แตกต่างกัน เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

2. ควรมีการศึกษาวิจัยแบบผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยการวิจัยเชิงปริมาณใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูล และการวิจัยเชิงคุณภาพใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกในเรื่องคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้ปัญหาเชิงลึกมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ทันตแพทย์หญิงอรวรรณ นามมนตรี อาจารย์ทันตแพทย์หญิงวรยา มณีลังกา ที่กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพัตรา วัฒนเสน ที่ได้ให้คำปรึกษาและให้กำลังใจชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ตลอดจนผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลบึงโขงหลง อำเภอบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ ที่ให้ความร่วมมือแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. ก้าวย่างของประเทศไทยสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 9 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30476
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สิทธิและสวัสดิการผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 9 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dop.go.th/th/know/1/926
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถิติจำนวนผู้สูงอายุแยกตามจังหวัด [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 9 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/159

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.281357

4. Adulyanon A, Sheiham A. Oral Impacts on Daily Performances. In: Slade GD, editor. Measuring Oral Health and Quality of Life. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology; 1997: 151-60.
5. จิณห์จุฑา ศุภมงคล. คุณภาพชีวิตของคนไร้ที่พึ่ง. วารสารมหาปชาบดีเถรีปริทรรศน์. 2566; 1(1): 1-9.
6. Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. Community Dent Health. 1988; 5(1): 3-18.
7. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2561.
8. อรุณ จิรวัฒน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์; 2552.
9. สุเทียน แก้วมะคำ, อารีย์ แก้วมะคำ. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดบ้านในอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย. เชียงรายเวชสาร 2561; 10(2): 93-102.
10. Bloom BS. Learning for mastery. Instruction and Curriculum 1968; 1(2): 1-12.
11. Best JW. Research in education. 3rd ed. New Jersey: Prentice-Hall; 1977.
12. อรวรรณ นามมนตรี, กานต์ชนก สมใจ, อสมาภรณ์ บุญข่าย, เสาวนีย์ บุพตา. สุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลห้วยเหนือ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารทันตาภิบาล 2565; 33(1): 14-27.
13. ปัณฑิตา เรืองฤทธิ์, กนกวรรณ ปัญญา, ชยา เชียงทอง, บุษยสิทธิ์ พงษ์พิจิตร, วรยุทธ นาคอ้าย. (2568). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ ตำบลสิงโตทอง อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพ; 7(2): 37-51.
14. อัยลดา จันทะพา และคณะ. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ต้องขังในเรือนจำ จังหวัดขอนแก่น. วารสารทันตภิบาล; 28(1): 101-113.
15. สุพัตรา วัฒนเสน, กุลธิดา นาคสุต, น้ำทิพย์ หวานนอก, นันทิยา รัมณีย์รัตนากุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลเมืองนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารทันตาภิบาล 2565; 31(2): 121-35.
16. กาญจนา หนูแก้ว, บงกช เหลืองศรีสง่า, ศุภศิลป์ ดีรักษา, วิภาดา จิตรปรีดา, เลยนภา โคตรแสนเมือง, รัฐติภรณ์ ลีทองดี. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียฟันของผู้สูงอายุในเขตอำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น 2562; 12(1): 77-93.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.283324

การพัฒนาโปรแกรม “อสม. พานับคาร์บ” เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน อำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี

DEVELOPMENT OF THE “VHV CARB-COUNTING PROGRAM” TO PROMOTE HEALTHY CONSUMPTION AMONG DIABETES RISK GROUPS IN NONG KHAYANG DISTRICT, UTHAI THANI PROVINCE

Received: June 29, 2026
Revised: August 19, 2026
Accepted: September 02, 2026

วรพจน์ ประทีป[1*], สุนารี หอมจันทร์[1]
Worapot Prateep[1*], Sunaree Homjun[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสถานการณ์สภาพปัญหาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (2) พัฒนาโปรแกรม “อสม. พานับคาร์บ” (3) ประเมินผลโปรแกรมต่อความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 32 คน กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน 36 คน ดำเนินการเดือนมีนาคมถึงมิถุนายน 2569 เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก สนทนากลุ่ม แบบสอบถามความรู้ พฤติกรรมและความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา สถิติเชิงพรรณนาและ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มเสี่ยงมีภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกิน ร้อยละ 58.33 ดื่มเครื่องดื่มรสหวาน 4-5 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 66.67 มีความรู้การนับคาร์บอยู่ในระดับต่ำ โปรแกรม อสม. “พานับคาร์บ ประกอบด้วย การสร้างความรู้การนับคาร์บ ฝึกอ่านฉลาก คำนวณคาร์บจากอาหารจริง เยี่ยมบ้านโดย อสม. ติดตามผ่านกลุ่มไลน์ หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 11.94±2.08 คะแนน เป็น 17.62±1.31 คะแนน และพฤติกรรมการบริโภคเพิ่มขึ้นจาก 2.86±0.39 คะแนน เป็น 4.18±0.37 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ความพึงพอใจต่อโปรแกรมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.71, S.D. = 0.21) โปรแกรม อสม. “พานับคาร์บ” มีประสิทธิผลในการส่งเสริมความรู้ พฤติกรรมการบริโภคอาหารสามารถประยุกต์ใช้ในหน่วยบริการสุขภาพและชุมชนเพื่อป้องกันโรคเบาหวานได้

คำสำคัญ: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, การนับคาร์บ, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

[1] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองขาหย่าง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
Nong Kha Yang District Public Health Office, Uthai Thani Provincial Public Health Office
*Corresponding author E-mail: cappac2014@gmail.com

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.283324

Abstract

This participatory action research aimed to (1) assess the dietary behavior situation and problems, (2) develop the "VHV Carb-Counting Program", and (3) evaluate its effects on knowledge and dietary behaviors among people at risk of diabetes in Nong Khayang District, Uthai Thani Province. The sample comprised 32 informants and 36 individuals at risk of diabetes, conducted from March to June 2026. Data were collected via in-depth interviews, focus groups, and questionnaires measuring knowledge, behaviors, and satisfaction. Data were analyzed using content analysis, descriptive statistics, and paired t-tests.

The results showed that 58.33% of the risk group were overweight or obese, 66.67% consumed sugar-sweetened beverages 4-5 days/week, and their carbohydrate counting knowledge was low to moderate. The program included carbohydrate counting education, nutrition label reading, practical carb calculation, VHV home visits, and LINE group follow-ups. After participation, mean knowledge scores significantly increased from 11.94±2.08 to 17.62±1.31, and dietary behavior scores improved from 2.86±0.39 to 4.18±0.37 (p-value < 0.001). Overall program satisfaction was at the highest level (Mean = 4.71, S.D. = 0.21). The VHV Carb-Counting Program effectively enhances knowledge and dietary behaviors, demonstrating high potential for application in healthcare settings and communities to prevent diabetes.

Keywords: Village Health Volunteer, Carbohydrate Counting, Dietary Behavior, People at risk of diabetes

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.283324

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลกและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 70 ของการเสียชีวิตทั้งหมด โดยเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง ทางเดินหายใจเรื้อรัง และเบาหวาน (United Nations International Strategy for Disaster Reduction Secretariat, 2009)[1] ซึ่งมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม (World Health Organization, 2024)[2] สำหรับประเทศไทย NCDs เป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากกว่า 400,000 รายต่อปี (ร้อยละ 81 ของการเสียชีวิตทั้งหมด) โดยเฉพาะโรคเบาหวานที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ปัจจุบันมีผู้ป่วยประมาณ 5 ล้านคน (ร้อยละ 9.5 ของประชากร) และมีเพียงร้อยละ 26.3 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ ส่งผลให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายและเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคไตเรื้อรัง และโรคหัวใจและหลอดเลือด ข้อมูลกรมควบคุมโรค[3] ปีงบประมาณ 2567 พบว่าการคัดกรองและยืนยันการวินิจฉัยโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงทำได้เพียงร้อยละ 69.58 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมาย ร้อยละ 72 สะท้อนถึงข้อจำกัดในการเข้าถึงและติดตามกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง ขณะที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นกว่า 1 ล้านราย โดยกว่าหนึ่งในสามมีสาเหตุมาจากโรคเบาหวาน แสดงให้เห็นว่าการป้องกันโรคตั้งแต่ระยะเสี่ยงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

สถานการณ์กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในจังหวัดอุทัยธานีเพิ่มขึ้นจาก 545 คน ร้อยละ 0.28 ในปี 2566 เป็น 639 คน ร้อยละ 0.33 ในปี 2567 และ 683 คน ร้อยละ 0.36 ในปี 2568 สอดคล้องกับอำเภอหนองขาหย่างที่เพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดจาก 4 คน ร้อยละ 0.04 ในปี 2566 เป็น 29 คน ร้อยละ 0.29 ในปี 2567 และ 32 คน ร้อยละ 0.32 ในปี 2568 สะท้อนถึงความจำเป็นในการป้องกันเชิงรุกอย่างเร่งด่วน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารเป็นมาตรการสำคัญในการป้องกันเบาหวานชนิดที่ 2 (International Diabetes Federation, 2023)[4] โดยแนวทางที่ยอมรับแพร่หลาย คือ การนับคาร์บ (Carbohydrate Counting) เพื่อกำหนดปริมาณคาร์โบไฮเดรตในแต่ละมื้อและควบคุมระดับ HbA1c ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม การประยุกต์ใช้ในชุมชนยังมีข้อจำกัดเนื่องจากประชาชนขาดความรู้ ทักษะ และการดูแลต่อเนื่อง กระทรวงสาธารณสุขจึงขับเคลื่อนนโยบาย “NCDs ดีได้ด้วยกลไก อสม.” เพื่อเสริมบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการคัดกรองเฝ้าระวัง และส่งเสริมการปรับพฤติกรรม (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข)[5] สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า การใช้กลไกชุมชนร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น (มะลัย วรรณอำไพ และคณะ, 2568)[6] ทว่าหลายพื้นที่ยังประสบปัญหาภาระงานบุคลากร การให้ความรู้ที่ไม่ต่อเนื่อง และขาดการบูรณาการที่เป็นระบบ ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงจำนวนมากยังคงมีพฤติกรรมบริโภคไม่เหมาะสม

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.283324

อำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี เป็นพื้นที่ที่มีประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับรูปแบบการบริโภคอาหารที่มีสัดส่วนคาร์โบไฮเดรตสูงและความรู้ด้านโภชนาการที่ยังไม่เพียงพอ จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม โดยอาศัยศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรม “อสม. พานับคาร์บ” ภายใต้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เพื่อสร้างรูปแบบการเรียนรู้ การฝึกทักษะ และการติดตามอย่างต่อเนื่องที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ โดยมุ่งหวังให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน และเป็นต้นแบบการดำเนินงานที่สามารถขยายผลสู่พื้นที่อื่นได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในพื้นที่อำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี
2. เพื่อพัฒนาโปรแกรม “อสม. พานับคาร์บ” สำหรับส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บุคลากรสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายในชุมชน
3. เพื่อประเมินผลโปรแกรม “อสม. พานับคาร์บ” ต่อความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์สภาพปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรม “อสม. พานับคาร์บ” เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผลโปรแกรม ระยะเวลาในการศึกษา 4 เดือน ระหว่างเดือนมีนาคม-มิถุนายน 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร

1.1 ประชากรที่ใช้ในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 คือ ภาคีเครือข่าย ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้รับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้อง

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.283324

1.2 ประชากรที่ใช้ในระยะที่ 3 คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่อาศัยอยู่ในอำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี ซึ่งได้รับการคัดกรองความเสี่ยงตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข

2. กลุ่มตัวอย่าง

2.1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 คือ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน นักวิชาการสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงาน NCD ผู้อำนวยการ รพ.สต. ผู้นำชุมชน และผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 32 คน

2.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในระยะที่ 3 คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน 36 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จากหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างการทดลองกลุ่มเดียว ($\alpha = 0.05$, Power = 80%) ได้ขั้นต่ำ 30 คน และสำรองชดเชยการสูญหาย (Dropout) ร้อยละ 20 รวมเป็น 36 คน

เกณฑ์คัดเข้าอาสาสมัคร (Inclusion Criteria) คือ เป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี มีอายุ 35 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและยินยอมให้ข้อมูล

เกณฑ์คัดออกอาสาสมัคร (Exclusion Criteria) คือ เป็นผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงหรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ และถอนตัวจากการวิจัยในระหว่างการดำเนินการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ดังนี้

1. แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion Guide) ใช้เก็บข้อมูลจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ปัญหา ความต้องการ และแนวทางการพัฒนาโปรแกรม อสม. “พานับคาร์บ” จำนวน 6 ข้อ

2. แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Guide) ใช้สัมภาษณ์ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อสม. และบุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จำนวน 5 ข้อ

3. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นข้อคำถาแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 8 ข้อ ครอบคลุมข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว และข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

4. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการนับคาร์บ เป็นข้อคำถามปรนัย 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ตอบให้ 0 คะแนน คะแนนรวม 0-20 คะแนน แปลผลตามเกณฑ์ของ Bloom et al. (1975)[7] โดยคิดเป็นร้อยละของคะแนนรวม ได้แก่ ระดับดี ร้อยละ 80-100 ระดับปานกลาง ร้อยละ 60-79 และระดับต่ำ น้อยกว่าร้อยละ 60

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.283324

5. แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ ใช้ประเมินความถี่และความเหมาะสมของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง แปลผลตามเกณฑ์ของ Best (1977)[8] โดยใช้ค่าเฉลี่ยรายข้อและค่าเฉลี่ยรวม ได้แก่ 4.21-5.00 มากที่สุด 3.41-4.20 มาก 2.61-3.40 ปานกลาง 1.81-2.60 น้อย และ 1.00-1.80 น้อยที่สุด

6. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรม อสม. “พานับคาร์บ” เป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ ใช้ประเมินความพึงพอใจต่อเนื้อหา กิจกรรม สื่อ และกิจกรรมของโปรแกรม

7. แบบประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมและคู่มือการดำเนินงาน เป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ใช้ประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความสอดคล้องของกิจกรรมกับบริบทพื้นที่ โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เกี่ยวข้องในระยะพัฒนาโปรแกรม

8. แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือด ใช้บันทึกข้อมูลสุขภาพพื้นฐานและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือทุกฉบับตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (ผู้เชี่ยวชาญด้าน NCDs โภชนาการ และการวิจัย) ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.80-1.00 จากนั้นทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่น พบว่า แบบสอบถามความรู้มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.82 ส่วนแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคและแบบสอบถามความพึงพอใจมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.91 และ 0.93 ตามลำดับ สำหรับแนวคำถามสนทนากลุ่มและแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาครบถ้วน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ โดยแบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยจัดหมวดหมู่ข้อมูล สังเคราะห์ประเด็นสำคัญ และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยการเปรียบเทียบข้อมูลจากหลายแหล่ง (Data Triangulation)

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ระดับความรู้ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และความพึงพอใจต่อโปรแกรม ส่วนการเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติเชิงอนุมาน โดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.283324

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี เลขที่รับรอง AF 04-08/02.0 ลงวันที่ 23 มีนาคม 2569

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหาในการพัฒนาโปรแกรม อสม. “พานับคาร์บ”

ผลการสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง พบว่า ประเด็นปัญหาหลักที่สะท้อนตรงกัน ได้แก่ การบริโภคอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตและน้ำตาลสูง ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการนับคาร์บยังไม่เพียงพอ และยังขาดรูปแบบการติดตามพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกัน ผู้ให้ข้อมูล เห็นว่า อสม. มีศักยภาพในการเป็นผู้สนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชน หากได้รับการพัฒนาศักยภาพและมีเครื่องมือที่เหมาะสม จึงนำข้อมูลดังกล่าว มาใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรม อสม. “พานับคาร์บ” ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

ประเด็น	ผลการวิเคราะห์
1. สถานการณ์ปัญหา	พบกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน 21 คน ร้อยละ 58.3 และมีประวัติครอบครัวเป็นเบาหวาน 17 คน ร้อยละ 47.2
2. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	ส่วนใหญ่รับประทานข้าวขาวหรือข้าวเหนียวเป็นอาหารหลัก 3 มื้อต่อวัน และดื่มเครื่องดื่มรสหวานอย่างน้อย 4-5 วันต่อสัปดาห์ 24 คน ร้อยละ 66.7
3. ความรู้โรคเบาหวานและการนับคาร์บ	คะแนนความรู้เบื้องต้นเฉลี่ย 11.94±2.08 จาก 20 คะแนน อยู่ในระดับต่ำ
4. บทบาทของ อสม.	อสม. เป็นบุคคลใกล้ชิดชุมชน สามารถติดตาม ให้คำแนะนำ และกระตุ้นการปรับพฤติกรรมได้ แต่ยังขาดคู่มือและทักษะเฉพาะด้านการนับคาร์บ
5. ปัญหาและอุปสรรค	ขาดสื่อที่เข้าใจง่าย เวลาในการติดตามไม่แน่นอน และประชาชนบางส่วนมองว่าการนับคาร์บเป็นเรื่องยากและซับซ้อน
6. ความต้องการในการพัฒนาโปรแกรม	ต้องการ โปรแกรมที่มีภาพตัวอย่างอาหาร ฝึกปฏิบัติจริง คู่มือสั้นกระชับ และมีการติดตามต่อเนื่องโดย อสม.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.283324

2. ผลการพัฒนาโปรแกรม “อสม. พานับคาร์บ” เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

โปรแกรม อสม. “พานับคาร์บ” ได้รับการพัฒนาขึ้นจากข้อมูลสถานการณ์ปัญหาและความต้องการของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยมุ่งเน้นให้ อสม. มีความรู้ ทักษะ และเครื่องมือในการสนับสนุนการนับคาร์บในชุมชนอย่างเหมาะสม ประกอบด้วย กิจกรรมที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการฝึกปฏิบัติจริง โดยออกแบบให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชนและบทบาทของ อสม. ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.72, S.D. = 0.18) และมีค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.80-1.00 แสดงว่าโปรแกรมมีความเหมาะสม สามารถนำไปใช้ได้จริง และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ศึกษา รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 องค์ประกอบของโปรแกรม “อสม. พานับคาร์บ” เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

องค์ประกอบ	รายละเอียด
1. วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนา อสม. ให้มีความรู้และทักษะในการนับคาร์บ และสามารถสนับสนุนการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานได้
2. กิจกรรมหลัก	1) อบรมความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการนับคาร์บ 2) ฝึกอ่านฉลากโภชนาการและคำนวณคาร์บจากอาหารจริง 3) วางแผนเมนูอาหารรายวัน 4) เยี่ยมบ้านและติดตามผ่านกลุ่มไลน์
3. ระยะเวลาดำเนินการ	8 สัปดาห์
4. ผู้ดำเนินกิจกรรม	ผู้วิจัย บุคลากรสาธารณสุข และ อสม.
5. สื่อและอุปกรณ์	คู่มือโปรแกรม แผ่นภาพอาหาร ตัวอย่างภาชนะตวง แบบบันทึกการกินอาหาร คลิปวิดีโอสั้น และสื่อกลุ่มไลน์
6. การติดตามประเมินผล	ประเมินก่อนและหลังการอบรม สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 โดยใช้แบบทดสอบความรู้ พฤติกรรม และแบบประเมินความพึงพอใจ

3. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.78 มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปีมากที่สุด ร้อยละ 38.89 มีอายุเฉลี่ย 51.40±8.70 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสแล้ว ร้อยละ 72.22 จบการศึกษาส่วนใหญ่

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.283324

อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 33.33 และมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 27.78 ประกอบอาชีพพบมากที่สุด คือ รับจ้าง ร้อยละ 33.33 รองลงมา คือ เกษตรกรรม ร้อยละ 27.78 และค้าขาย ร้อยละ 22.22 ด้านรายได้ต่อเดือน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 44.44 มีรายได้เฉลี่ย 7,250.00±2,980.00 บาท เมื่อพิจารณาปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน ร้อยละ 58.33 มีประวัติครอบครัวเป็นเบาหวาน ร้อยละ 47.22 และดื่มเครื่องดื่มรสหวานอย่างน้อย 4-5 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 66.67 นอกจากนี้ คะแนนความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการนับคาร์บเฉลี่ยอยู่ที่ 11.94±2.08 คะแนน สะท้อนว่า กลุ่มตัวอย่างยังมีความจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

4. ผลการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การนับคาร์บ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การนับคาร์บ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n = 36)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง (Mean ± S.D.)	หลังทดลอง (Mean ± S.D.)	Mean Difference	95% CI	t	p-value
ความรู้โรคเบาหวานและการนับคาร์บ	11.94±2.08	17.62±1.31	5.68	4.97 ถึง6.39	16.27	< 0.001*
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	2.86±0.39	4.18±0.37	1.32	1.15 ถึง 1.49	15.48	< 0.001*

* ทดสอบนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้วยการทดสอบด้วยสถิติ Paired t-tests

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการนับคาร์บเพิ่มขึ้นจาก 11.94±2.08 คะแนน เป็น 17.62±1.31 คะแนน โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.68 คะแนน ช่วงความเชื่อมั่น 95% ของผลต่างค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.97 ถึง 6.39 คะแนน และมีค่า t = 16.27, p-value < 0.001 แสดงว่า คะแนนความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้นจาก 2.86±0.39 คะแนน เป็น 4.18±0.37 คะแนน โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.32 คะแนน ช่วงความเชื่อมั่น 95% ของผลต่างค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.15 ถึง 1.49 คะแนน และมีค่า t = 15.48, p-value < 0.001 สะท้อนว่า โปรแกรมสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างให้ดีขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.283324

5. ระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรม “อสม. พานับคาร์บ” เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

ตารางที่ 4 ระดับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อโปรแกรม (n = 36)

รายการประเมิน	Mean	S.D.	ระดับ
1. เนื้อหาโปรแกรม	4.76	0.22	มากที่สุด
2. รูปแบบกิจกรรม	4.71	0.25	มากที่สุด
3. สื่อและอุปกรณ์	4.43	0.31	มากที่สุด
4. การถ่ายทอดความรู้	4.79	0.18	มากที่สุด
5. การนำไปใช้ประโยชน์	4.68	0.24	มากที่สุด
6. ความพึงพอใจโดยรวม	4.71	0.21	มากที่สุด

จากตารางที่ 4 กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อโปรแกรม อสม. “พานับคาร์บ” โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.71, S.D. = 0.21) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกด้านได้รับการประเมินในระดับมากที่สุด โดยด้านการถ่ายทอดความรู้มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (Mean = 4.79, S.D. = 0.18) รองลงมาคือ ด้านเนื้อหาโปรแกรม (Mean = 4.76, S.D. = 0.22) และด้านสื่อและอุปกรณ์มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด (Mean = 4.43, S.D. = 0.31) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมมีความเหมาะสม เข้าใจง่าย และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้จริงในบริบทของชุมชน

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้สามารถพัฒนาโปรแกรม อสม. “พานับคาร์บ” จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และความต้องการของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนได้อย่างเหมาะสม โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้ การฝึกทักษะการนับคาร์บ การวางแผนการบริโภคอาหาร และการติดตามโดย อสม.อย่างต่อเนื่อง ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินว่า โปรแกรมมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการนับคาร์บ รวมทั้งพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง และมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด สะท้อนให้เห็นว่า โปรแกรม อสม. “พานับคาร์บ” มีประสิทธิผลในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และสามารถประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานด้านการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับชุมชนได้

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.283324

อภิปรายผลการวิจัย

1. การศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในอำเภอหนองขาหย่างยังมีพฤติกรรมบริโภคอาหารไม่เหมาะสม โดยเฉพาะอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล ขาดความรู้และทักษะการนับคาร์บ รวมทั้งขาดสื่อที่เหมาะสม ขณะเดียวกัน อสม. มีบทบาทสำคัญแต่ยังต้องการองค์ความรู้และเครื่องมือที่เป็นระบบ สะท้อนความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่และการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ ชัญญานุช ปานนิล และคณะ (2568)[9] พบว่า ประชาชนวัยทำงานขาดความรู้เรื่องการนับคาร์บ สอดคล้องกับการศึกษาของ สาคร ไชยอำมาตย์ และคณะ (2568)[10] พบว่า ระบบบริการเพียงอย่างเดียวดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้ไม่ทั่วถึง สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาชินี แดงชอบกิจ และคณะ (2569)[11] พบว่า ผู้ป่วยยังขาดความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต

2. การพัฒนาโปรแกรม อสม. “พานับคาร์บ” ผลการวิจัย พบว่า โปรแกรม อสม. “พานับคาร์บ” มีความเหมาะสมกับบริบทอำเภอหนองขาหย่าง เพราะออกแบบจากปัญหาและความต้องการจริงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยเน้นความรู้ ทักษะการนับคาร์บ การเลือกอาหาร และการอ่านฉลากโภชนาการ อีกทั้งใช้ อสม.เป็นกลไกหลักในการถ่ายทอดความรู้และติดตามพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ ชัญญานุช ปานนิล และคณะ (2568)[9] ที่พัฒนา “ไม้บรรทัดนับคาร์บ” ซึ่งใช้งานง่ายและช่วยสนับสนุนการเรียนรู้ได้ดี แสดงให้เห็นว่า การมีเครื่องมือที่เรียบง่ายและเหมาะกับการใช้งานจริงช่วยเพิ่มประสิทธิผลของการส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ สาคร ไชยอำมาตย์ และคณะ (2568)[10] ที่ใช้โมเดล 4C โดยให้ อสม.เป็นโค้ชสุขภาพและเชื่อมโยงเครือข่ายชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น แสดงว่า บทบาทของ อสม.เป็นหัวใจสำคัญของการดูแลสุขภาพในชุมชน ผลการพัฒนายังสอดคล้องกับการศึกษาของ ภาชินี แดงชอบกิจ และคณะ (2569)[11] ที่ใช้คู่มือ นวัตกรรม และการให้คำปรึกษารายบุคคลร่วมกัน ทำให้ผู้ป่วยมีความรอบรู้และพฤติกรรมการบริโภคดีขึ้น สะท้อนว่า การพัฒนาโปรแกรมที่มีทั้งสื่อ เครื่องมือ และกิจกรรมหลากหลายช่วยให้เกิดการเรียนรู้ได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สินีนาฏ เนาว์สุวรรณ และคณะ (2566)[12] ที่พบว่า การคำนึงถึงบริบทสังคมและวัฒนธรรม รวมทั้งการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ช่วยให้การเปลี่ยนพฤติกรรมมีความยั่งยืน ซึ่งเป็นหลักการเดียวกับการพัฒนาโปรแกรมครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนัทภัทร ศรีอุดร และคณะ (2568)[13] ที่รายงานว่า โปรแกรมการนับคาร์บที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพอย่างเป็นระบบสามารถนำไปใช้ได้จริงและมีประสิทธิภาพ แสดงว่า การพัฒนาโปรแกรมที่มีความตรงเชิงเนื้อหาและเหมาะสมกับบริบทเป็นปัจจัยสำคัญของความสำเร็จ ทั้งนี้เนื่องมาจากการพัฒนาโปรแกรมครั้งนี้ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.283324

ทุกฝ่าย ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การออกแบบกิจกรรม ไปจนถึงการปรับปรุงให้เหมาะสมกับพื้นที่ ทำให้โปรแกรมมีความเป็นรูปธรรม เข้าใจง่าย และนำไปใช้ได้จริงในระดับชุมชน

3. การประเมินผลของโปรแกรม อสม. “พานับคาร์บ” ผลการวิจัย พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการนับคาร์บเพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสมขึ้น และสามารถนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น แสดงว่า โปรแกรมมีประสิทธิผลในการส่งเสริมการเรียนรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ ชัญญานุช ปานนิล และคณะ (2568)[9] ที่พบว่า หลังใช้ “ไม้บรรทัดนับคาร์บ” ผู้เข้าร่วมมีคะแนนความรู้และพฤติกรรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แสดงว่า การใช้สื่อที่ช่วยให้เข้าใจปริมาณคาร์โบไฮเดรตได้ง่ายช่วยให้ผู้เรียนปรับพฤติกรรมได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สาคร ไชยอำมาตย์ และคณะ (2568)[10] ที่พบว่า หลังใช้รูปแบบการนับคาร์บ ผู้ป่วยมีความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น โดยเฉพาะบทบาทของ อสม. และเครือข่ายชุมชนที่ช่วยติดตามและสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาของ ทองพูล สีหาโบราณ และคณะ (2566)[14] ที่พบว่า หลังสอนการนับคาร์บ ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นและระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างชัดเจน แสดงว่า การให้ความรู้เรื่องคาร์โบไฮเดรตอย่างเป็นระบบช่วยควบคุมพฤติกรรมการบริโภคได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ มะลัย วรรณอำไพ และคณะ (2568)[6] ที่พบว่า หลังการสอนแนะการนับคาร์บ ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้และพฤติกรรมสูงขึ้น และควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น โดยเฉพาะด้านการเลือกอาหาร การใช้ยา และการออกกำลังกาย ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สินีนาฏ เนาว์สุวรรณ และคณะ (2566)[12] ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมช่วยเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองและลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือด แสดงว่า การมีครอบครัวและชุมชนร่วมสนับสนุนช่วยให้การเปลี่ยนพฤติกรรมเกิดขึ้นต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนัทภัทร ศรีอุดร และคณะ (2568)[13] ที่พบว่า โปรแกรมการนับคาร์บช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดีขึ้นและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมลดลงอย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้งมีสัดส่วนเข้าสู่ระยะสงบเพิ่มขึ้น แสดงว่า การนับคาร์บเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพทั้งในกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ภาชินี แดงชอบกิจ และคณะ (2569)[11] ที่พบว่า หลังใช้รูปแบบส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ ผู้ป่วยมีความรอบรู้ พฤติกรรมการบริโภค และผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แสดงว่า การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นกลไกสำคัญของการควบคุมอาหาร ทั้งนี้เนื่องมาจากโปรแกรม อสม. “พานับคาร์บ” ใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมร่วมกัน ทำให้ผู้เข้าร่วมได้รับทั้งความรู้ ทักษะ แรงจูงใจ และการติดตามอย่างต่อเนื่องจากอสม.และครอบครัว จึงเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้อย่างเป็นรูปธรรม

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.283324

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถนำโปรแกรม อสม. “พานับคาร์บ” ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยบูรณาการเข้ากับคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการดำเนินงานของ อสม. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันโรคเบาหวานและลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ในชุมชน

2. ควรพัฒนาศักยภาพ อสม.ให้มีความรู้และทักษะด้านการนับคาร์บ การให้คำปรึกษา และการติดตามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งสนับสนุนการใช้สื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสม เพื่อให้การดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีความต่อเนื่องและเกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม อสม. “พานับคาร์บ” โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุม และติดตามผลในระยะยาวอย่างน้อย 6-12 เดือน พร้อมประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ภาวะโภชนาการ และคุณภาพชีวิต เพื่อยืนยันประสิทธิผลและความยั่งยืนของโปรแกรม รวมทั้งสนับสนุนการขยายผลไปสู่พื้นที่อื่นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations International Strategy for Disaster Reduction Secretariat. UNISDR terminology on disaster risk reduction. Geneva: United Nations; 2009.
2. World Health Organization. Global report on diabetes [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2026 Jun 28]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes
3. กรมควบคุมโรค. รายงานประจำปี 2567. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
4. International Diabetes Federation. IDF diabetes atlas. 10th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2023. Available from: https://diabetesatlas.org/resources/previous-editions/#
5. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. แนวทางการดำเนินงาน “อสม. ชวนนับคาร์บ” เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs). นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2568.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.283324

6. มะลัย วรรณอำไพ, วิภาวี เหล่าจตุรพิศ, วรรณภา สุระพร, สุภาพร ชื่นอภัย, ปิยะธิดา ป้องหาญชัย. ผลการสอนแนะการนับคาร์บเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฝายแตก ตำบลลำพาน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ 2568; 10(1): 333-40.

7. Bloom BS. Taxonomy of educational objectives. Handbook I: Cognitive domain. New York: David McKay; 1975.

8. Best JW. Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1977.

9. ชัญญานุช ปานนิล, ชาตรี เมธาธราธิป, ผดุงศักดิ์ ศรีวาส, จันทร์ธรา สมตัว. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยการนับหน่วยคาร์โบไฮเดรตด้วยไม้บรรทัดนับคาร์บ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น 2568; 17(3): 216-30.

10. สาคร ไชยอำมาตย์, ปรีชา ชัยชนันท์, จิราภรณ์ ชิตตระกูล. การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ด้วยการนับคาร์บโดยกลไกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและภาคีเครือข่ายชุมชนจังหวัดเชียงใหม่. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ) 2568; 35(2): 67-76.

11. ภาชินี แดงชอบกิจ, อนุชา ไทยวงษ์, กำทร ดานา, ดิษฐพล ใจซื่อ, คัทลียาภรณ์ แก้วมณี. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพในการบริโภคคาร์โบไฮเดรตในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2569; 44(2): 1-16.

12. สินีนาฏ เนาว์สุวรรณ, ปิยะพร ทองเนื้อนวล. การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม 2566; 3(3): 18-31.

13. ธนัทภัทร ศรีอุดร, จารุพร พรมศิริเดช, ปิยนุช ชนะพันธ์, รัชนีกร เพ็ญศิริเจริญสกุล. ผลของโปรแกรมการนับคาร์บต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบ. วารสารควบคุมโรค 2568; 51(3): 567-80. doi:10.14456/dcj.2025.45.

14. ทองพูล สีหาโบราณ, สุวคนธ์ เหล่าราช. การศึกษาผลของโปรแกรมการบริโภคแป้งในผู้ป่วยเบาหวานโดยสอนการนับคาร์บ โรงพยาบาลนาดูน จังหวัดมหาสารคาม [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 28 มิถุนายน 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://mednacea.ict.mahidol.ac.th/project/2566000407

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.282363

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบต้านแรงต่อการฟื้นตัวหลังคลอดและภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดปกติ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี

EFFECTS OF A RESISTANCE EXERCISE PROGRAM ON POSTPARTUM RECOVERY AND DEPRESSIVE SYMPTOMS AMONG NORMAL POSTPARTUM WOMEN, PHAHOLPOLPAYUHASENA HOSPITAL, KANCHANABURI PROVINCE

Received: May 18, 2026
Revised: August, 2026
Accepted: September 02, 2026

วิเนตรา แน่นหนา[1], ภรรวษา จันทศิลป์[2*],
นิภาพรรณ มณเฑียรฑิราลัย[3], นุจรินทร์ เพ่งพิศ[3]
Winetra Nanna[1], Bhanwasa Jantasin[2*],
Nipaphan Montientiralai[3], Nucharun Pengpis[3]

บทคัดย่อ

ภาวะหลังคลอดเป็นช่วงสำคัญสำหรับมารดาที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตสังคม การวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบต้านแรงต่อการฟื้นตัวหลังคลอดและภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังคลอดปกติ จำนวน 60 ราย เลือกตัวอย่างแบบต่อเนื่อง (Consecutive Sampling) แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายแบบต้านแรง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการออกกำลังกายแบบต้านแรง การประเมินการฟื้นตัวหลังคลอด แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และแบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ independent t-test

[1] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร จังหวัดปทุมธานี
Faculty of Nursing, Shinawatra University, Pathum Thani Province
[2] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพมหานคร
Faculty of Nursing, Ramkhamhaeng University, Bangkok
[3] โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี
Phaholpolpayuhasena Hospital, Kanchanaburi Province
*Corresponding author E-mail: bhanwasa.j@rumail.ru.ac.th

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.282363

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการฟื้นตัวหลังคลอดดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ความพึงพอใจต่อโปรแกรมโดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 4.63 คะแนน (S.D. = 0.49)

โปรแกรมการออกกำลังกายแบบต้านแรงสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลมารดาหลังคลอดส่งเสริมการฟื้นตัวและลดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ระยะหลังคลอด, การออกกำลังกายแบบต้านแรง, การฟื้นตัวหลังคลอด, ภาวะซึมเศร้า

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.282363

Abstract

The postpartum period is a critical phase for mothers, as they experience significant physical and psychosocial changes. This quasi-experimental study aimed to examine the effects of a resistance exercise program on postpartum recovery and depressive symptoms among women with normal deliveries. The sample consisted of 60 postpartum women selected through consecutive sampling and divided into a control group and an experimental group (n = 30 each). The experimental group received the resistance exercise program, whereas the control group received routine nursing care. The research instruments included the resistance exercise program, a postpartum recovery assessment, a postpartum depression assessment, and a satisfaction questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and an independent t-test.

The results revealed that, after the intervention, the experimental group demonstrated significantly higher mean postpartum recovery scores than the control group ($p\text{-value} < 0.001$) and significantly lower mean postpartum depression scores ($p\text{-value} < 0.001$). Furthermore, overall satisfaction with the program was at the highest level, with a mean score of 4.63 (S.D. = 0.49).

The resistance exercise program can be practically applied in postpartum care to promote postpartum recovery and reduce postpartum depressive symtoms effectively.

Keywords: postpartum period, resistance exercise, postpartum recovery, depression

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.282363

บทนำ

ภาวะหลังคลอดเป็นช่วงเวลาที่สำคัญและท้าทายสำหรับมารดา โดยใน 6 สัปดาห์หลังคลอด มารดาต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตสังคม โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ การลดลงของระดับยอดมดลูก การเปลี่ยนแปลงของน้ำคาวปลา ช่องทางคลอด และการหายของแผลฝีเย็บ รวมทั้งอาการปวดหลังคลอด ซึ่งเป็นผลมาจากการหดตัวของมดลูก[1] และพบว่า มารดาหลังคลอดมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดซึ่งพบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 10-15 ของมารดาหลังคลอด[2] โดยมารดาหลังคลอดโดยเฉพาะครรภ์แรกมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ซึ่งเริ่มเกิดขึ้นได้ภายในสองถึงสามวันแรกหลังคลอด และอาจคงอยู่นานหลายสัปดาห์หรือหลายเดือน โดยธรรมชาติของชีวิตมนุษย์การเคลื่อนไหวและกิจกรรมต่างๆ เป็นส่วนสำคัญของชีวิต ซึ่งแสดงออกในรูปแบบต่างๆ ในแต่ละช่วงวัย ช่วงหลังคลอดทำให้ขาดการเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า การออกกำลังกายจึงเป็นวิธีการหนึ่งที่ได้รับการยอมรับว่า มีประโยชน์ต่อสุขภาพกายและจิตใจของมารดาหลังคลอด[3-4]

การออกกำลังกายแบบต้านแรง(Resistance Exercise Training) เป็นรูปแบบการออกกำลังกายที่ช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เพิ่มมวลกระดูก และปรับปรุงการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะต่อมารดาหลังคลอด ช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ฟื้นฟูการทำงานของระบบสืบพันธุ์และลดปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และพบว่า การฝึกออกกำลังกายแบบต้านแรงสามารถปรับปรุงคุณภาพการนอนหลับ ลดความเหนื่อยล้า และลดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญ[5-8] สามารถปรับปรุงสมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) และคุณภาพชีวิตได้[9]

แม้ว่าจะมีการศึกษาเกี่ยวกับผลของการออกกำลังกายต่อมารดาหลังคลอดในหลายรูปแบบ เช่น โยคะ[10] และการออกกำลังกายหลังคลอดทั่วไป แต่การศึกษาเกี่ยวกับการออกกำลังกายแบบต้านแรงมีค่อนข้างจำกัด โดยเฉพาะในกลุ่มของมารดาหลังคลอด และเป็นลักษณะแบบองค์รวม ที่ครอบคลุมทั้งกล้ามเนื้อส่วนบน ส่วนล่าง และแกนกลางลำตัว รวมถึงการวัดผลของการออกกำลังกายที่มีต่ออาการซึมเศร้าหลังคลอด ซึ่งยังขาดการศึกษาที่ประเมินผลลัพธ์ทั้งสองด้านพร้อมกันในกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา เป็นโรงพยาบาลทั่วไปประจำจังหวัดกาญจนบุรี ที่ทำหน้าที่เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายในการรับดูแลรักษาผู้ป่วยสูตินรีเวชผ่านระบบเครือข่าย[11] ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้เลือกพื้นที่ดังกล่าวในการวิจัยโปรแกรมการออกกำลังกายแบบต้านแรงที่ครอบคลุมและฟื้นฟูทั้งด้านร่างกายและจิตใจสำหรับมารดาหลังคลอดโดยเฉพาะเพื่อเป็นต้นแบบขยายผลไปสู่โรงพยาบาลลูกข่าย และนำแนวคิดแบบชีว-จิต-สังคม (biopsychosocial model) [12] มาใช้ร่วมกับการออกแบบการติดตามเยี่ยมมารดาหลังคลอดเมื่อกลับบ้านเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง การวิจัยครั้งนี้ จึงมีความสำคัญในการเพิ่มองค์ความรู้เกี่ยวกับประสิทธิผลของการออกกำลังกายแบบต้านแรงในการส่งเสริมสุขภาพ

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.282363

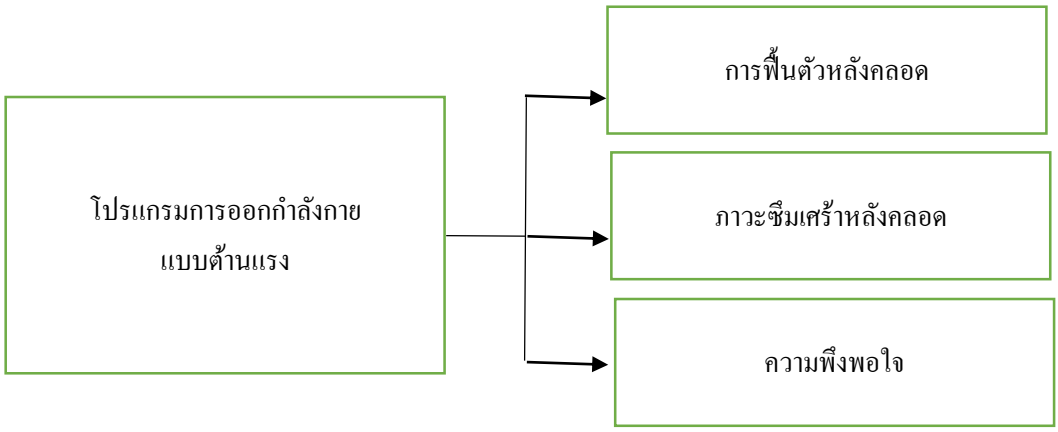
มารดาหลังคลอด และนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบต้านแรงต่อการฟื้นตัวหลังคลอดในมารดาหลังคลอดปกติ
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบต้านแรงต่อภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดปกติ
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อโปรแกรมการออกกำลังกายแบบต้านแรง

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดของการวิจัยนี้อิงตามแนวคิดแบบชีว-จิต-สังคม[12] ซึ่งมองว่าสุขภาพเป็นผลลัพธ์จากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวภาพ จิตใจ และสังคม โดยการฟื้นตัวหลังคลอด (ปัจจัยทางชีวภาพ) และภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (ปัจจัยทางจิตใจ) สามารถได้รับอิทธิพลจากพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายแบบต้านแรง โดยมีแผนภาพกรอบวิจัย ดังนี้



ภาพที่ **1** กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบวัดสองกลุ่มเฉพาะหลังการทดลอง (posttest control group design)

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.282363

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาหลังคลอดที่คลอดทางช่องคลอดและรับย้ายจากห้องคลอดมารักษาตัวที่หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังคลอดที่คลอดทางช่องคลอดและรับย้ายจากห้องคลอดมารักษาตัวที่หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ consecutive sampling ตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) หญิงไทยที่อายุ 20-35 ปี 2) คลอดทารกทางช่องคลอด 3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด เช่น ตกเลือดหลังคลอด ความดันโลหิตสูง 4) สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ตลอดระยะ 6 สัปดาห์ เกณฑ์คัดออก คือ 1) มารดาหลังคลอดที่ใช้เครื่องมือในการช่วยคลอด เช่น เครื่องดูดสุญญากาศ หรือได้รับการผ่าตัดคลอด 2) มารดาที่มีโรคร่วมขณะตั้งครรภ์หรือภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด 3) มารดาที่แพทย์วินิจฉัยว่า ไม่สามารถบริหารร่างกายโดยใช้เทคนิคการต้านกล้ามเนื้อได้ เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ มารดาหลังคลอดที่บริหารร่างกายโดยใช้เทคนิคการต้านกล้ามเนื้อที่บ้านน้อยกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนครั้งที่ต้องฝึกทั้งหมด (น้อยกว่า 15 ครั้ง ในจำนวนทั้งหมด 18 ครั้ง)

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power กำหนดค่าระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบเท่ากับร้อยละ 80 และขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ (Effect size = 0.80) โดยอ้างอิงจากผลด้านความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในการศึกษาของ LeCheminant และคณะ[9] ที่พบว่า การฝึกออกกำลังกายแบบต้านแรงเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออย่างมีนัยสำคัญด้วยขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ โดยกำหนดให้การฟื้นตัวหลังคลอดเป็นผลลัพธ์หลักในการคำนวณ แทนค่าแล้วได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้กลุ่มละ 30 คน รวมทั้งสองกลุ่ม 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการออกกำลังกายแบบต้านแรง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการออกกำลังกายแบบต้านแรงร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงหลังคลอดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ 2) การฝึกออกกำลังกายแบบใช้เทคนิคการต้านกล้ามเนื้อ มีทั้งหมด 10 ท่า ตามคู่มือและคลิปวีดีโอ 3) การให้มารดาฝึกปฏิบัติตั้งแต่ 48 ชั่วโมงหลังคลอดไปจนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด ฝึกต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ครั้งใน 1 สัปดาห์ ครั้งละ 15-30 นาที โดยผู้วิจัยนำฝึกในครั้งแรก จากนั้นมอบวีดิทัศน์และคู่มือการฝึกที่มีแบบบันทึกการฝึกปฏิบัติ ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โทรศัพท์ติดตามในสัปดาห์ที่ 3-5 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และประเมินผลในสัปดาห์ที่ 6 เมื่อมารดามาตรวจหลังคลอดตามนัด

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.282363

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และการคลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด ระยะเวลาในการคลอดครั้งนี้

2.2 การประเมินการฟื้นตัวหลังคลอด ประกอบด้วย การประเมินการฟื้นตัวหลังคลอด ประกอบด้วย 1) การหดรัดตัวของมดลูก วัดโดยความสูงของยอดมดลูกจากหัวเหน่า 2) การหายของแผลฝีเย็บ ประเมินด้วย REEDA scale (Redness, Edema, Ecchymosis, Discharge, Approximation) 3) น้ำคาวปลา ลักษณะและวันสุดท้ายที่น้ำคาวปลาหยุดไหล และ 4) การฟื้นตัวของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน วัดในสัปดาห์ที่ 6 หลังคลอด โดยใช้ Modified Oxford Scale[13] ซึ่งประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานจากการตรวจภายในช่องคลอด โดยให้คะแนน 0-5 คะแนน (0 = ไม่มีการหดตัว ถึง 5 = การหดตัวแข็งแรงและยกตัวมาก)

2.3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)[14] ฉบับภาษาไทยที่ผ่านการตรวจสอบความตรงและความเชื่อมั่นแล้ว[15] เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดด้วยตนเอง ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ ให้คะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 0-3 คะแนน ใช้จุดตัดที่เหมาะสมกับคนไทย คือ $\geq$ 11 คะแนน ถือว่ามีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

2.4 แบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมการออกกำลังกายแบบต้านแรง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งเป็น 4 ด้าน จำนวน 13 ข้อ ให้คะแนน 5 ระดับ (5 = มากที่สุด ถึง 1 = น้อยที่สุด) แปลผลค่าเฉลี่ยดังนี้ 4.51-5.00 มากที่สุด, 3.51-4.50 มาก, 2.51-3.50 ปานกลาง, 1.51-2.50 น้อย, 1.00-1.50 น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสูติศาสตร์ จำนวน 1 ท่าน พยาบาลเชี่ยวชาญการดูแลมารดาหลังคลอด 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลมารดาหลังคลอด 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ 1 และหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอดที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ที่โรงพยาบาลชัยภูมิ คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์ของแอลฟ่าครอนบาค ได้เท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2568 โดยเก็บรวบรวมผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าทุกรายตามลำดับที่เข้ามารับบริการจนครบจำนวนที่กำหนด และจัดผู้เข้าร่วมวิจัยเข้ากลุ่มตามช่วงสัปดาห์ของการเก็บข้อมูล โดยเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองสลับกันเป็นรายสัปดาห์ เพื่อป้องกันการปนเปื้อน (contamination) ระหว่างสองกลุ่ม เนื่องจากสถานที่วิจัยไม่สามารถจัดพื้นที่แยกได้ ดังนี้

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.282363

กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติในระยะหลังคลอด ประเมินตามหลัก 13B และบันทึกความสูงของยอดมดลูก ประเมินแผลด้วย REEDA scale ประเมินลักษณะน้ำคาวปลา และการฟื้นตัวของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และประเมินอีกครั้งเมื่อนัดตรวจ 6 สัปดาห์หลังคลอด พร้อมประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

กลุ่มทดลอง ในวันแรกหลังคลอดได้รับการประเมินตามหลัก 13B และบันทึกข้อมูลการฟื้นตัวเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม จากนั้นได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายแบบต้านแรงตามรายละเอียดในหัวข้อเครื่องมือ พร้อมการติดตามเยี่ยมบ้านและทางโทรศัพท์ตลอดระยะ 6 สัปดาห์ และได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและความพึงพอใจต่อโปรแกรมเมื่อมาตรวจหลังคลอดตามนัดในสัปดาห์ที่ 6

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เปรียบเทียบความเท่าเทียมของลักษณะกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Chi-square เปรียบเทียบผลการฟื้นตัวหลังคลอดและภาวะซึมเศร้าระหว่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันด้วยสถิติ independent t-test และวิเคราะห์คะแนนความพึงพอใจด้วยสถิติเชิงพรรณนา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยชินวัตร เลขที่ IRB24/45 ลงวันที่ 25 ธันวาคม 2567 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี เลขที่ 2025-5 รับรองวันที่ 22 มีนาคม 2568 การวิจัยนี้ได้รับการยินยอมการให้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนของการวิจัยให้แก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย โดยการลงลายมือชื่อการเข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคนสามารถถอนตัวการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อ ไม่มีผลกระทบต่อสิทธิและประโยชน์ที่ควรได้รับ ทั้งนี้ข้อมูลการวิจัยจะถูกทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง มารดาหลังคลอดปกติในกลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ย 24.03 ปี (S.D. = 4.97) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 43.3 อาชีพ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 26.7 รายได้เฉลี่ยต่อครอบครัว 15,000-30,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 53.3 สถานภาพสมรส แต่งงานและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 83.3 ตั้งครรภ์แรก ร้อยละ 46.7 น้ำหนักทารกแรกเกิดเฉลี่ย 2,891.33 กรัม (S.D. = 252.9) ใช้เวลาในการคลอด 3-12 ชั่วโมง ร้อยละ 73.3 มารดาหลังคลอดปกติในกลุ่มควบคุม อายุเฉลี่ย 23.93 ปี (S.D. = 4.54) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 40.0 อาชีพ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 30.0 รายได้เฉลี่ยต่อครอบครัว 15,000-30,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 50.0

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.282363

สถานภาพสมรส แต่งงานและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 80.0 ตั้งครรภ์แรก ร้อยละ 53.3 ใช้ระยะเวลาในการคลอด 3-12 ชั่วโมง ร้อยละ 70.0 น้ำหนักทารกแรกเกิดเฉลี่ย 2,831.33 กรัม (S.D. = 224.83) จากการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีข้อมูลพื้นฐานที่คล้ายคลึงกัน (comparable) (p-value > 0.05) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความเท่าเทียมของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 60)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (30)	กลุ่มควบคุม (30)	สถิติทดสอบ	p-value
อายุ (ปี), mean ± S.D.	24.03±4.97	23.93±4.55	t = 0.081	0.935
ระดับการศึกษา, n (%)				
ประถมศึกษา	5 (16.7)	4 (13.3)	χ^2 = 0.305	0.890
มัธยม/ปวช./ปวส.	12 (40.0)	14 (46.7)		
ปริญญาตรีขึ้นไป	13 (43.3)	12 (40.0)		
อาชีพ, n (%)				
ไม่ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน	4 (13.3)	6 (20.0)	χ^2 = 1.452	0.846
รับจ้างทั่วไป	7 (23.3)	8 (26.7)		
ทำงานภาคเอกชน	6 (20.0)	4 (13.3)		
ทำงานภาครัฐ	5 (16.7)	3 (10.0)		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	8 (26.7)	9 (30.0)		
รายได้, n (%)				
ไม่มีรายได้	4 (13.3)	5 (16.7)	χ^2 = 1.393	0.772
1-15,000 บาท	7 (23.3)	9 (30.0)		
15,000-30,000 บาท	16 (53.3)	15 (50.0)		
มากกว่า 30,000 บาท	3 (10.0)	1 (3.3)		
สถานภาพสมรส, n (%)				
แต่งงานและอยู่กับสามี	25 (83.3)	24 (80.0)	χ^2 = 0.163	1.000
แต่งงานและแยกกันอยู่	3 (10.0)	4 (13.3)		
หย่าร้าง	2 (6.7)	2 (6.7)		
จำนวนครั้งการตั้งครรภ์, n (%)				
ครรภ์แรก (primigravida)	14 (46.7)	16 (53.3)	OR = 1.31	0.797
ครรภ์หลัง (multigravida)	16 (53.3)	14 (46.7)		
น้ำหนักทารกแรกเกิด (กรัม), mean±S.D.	2891.3±252.9	2831.3±224.83	U = 530.5	0.235
ระยะเวลาเจ็บครรภ์คลอด, n (%)				
ต่ำกว่า 3 ชั่วโมง	4 (13.3)	5 (16.7)	χ^2 = 0.134	1.000
3-12 ชั่วโมง	22 (73.3)	21 (70.0)		
12-24 ชั่วโมง	4 (13.3)	4 (13.3)		

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.282363

ผลของโปรแกรมฯ ต่อการฟื้นตัวหลังคลอด พบว่า กลุ่มทดลองมีการฟื้นตัวดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) โดยการเข้าอู่ของมดลูก การหายของแผลฝีเย็บ และการหมดของน้ำคาวปลาใช้ระยะเวลาสั้นกว่า และความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน สูงกว่ากลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบต้านแรงต่อการฟื้นตัวหลังคลอดในมารดาหลังคลอดปกติ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 60)

การฟื้นตัวหลังคลอด	กลุ่มทดลอง (30)		กลุ่มควบคุม (30)		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
การเข้าอู่ของมดลูก	12.73	1.929	15.27	2.959	3.929	0.000*
การหายของแผลฝีเย็บ	18.53	3.627	29.63	4.803	10.102	0.000*
การหมดของน้ำคาวปลา	14.57	3.170	27.23	3.884	13.840	0.000*
ความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน	4.20	0.664	3.60	0.621	3.612	0.001*

* p-value < 0.001

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเฉลี่ย ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดปกติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n =60)

กลุ่ม	ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด			
	Mean	S.D.	t	p-value
กลุ่มทดลอง (n = 30)	6.07	2.243	4.749	0.000**
กลุ่มควบคุม (n = 30)	9.00	2.533		

** p-value < 0.001

ระดับความพึงพอใจ พบว่า ความพึงพอใจในภาพรวม อยู่ในระดับมากที่สุด และมีความพึงพอใจเกี่ยวกับอารมณ์ดีขึ้นหรือความเครียดลดลง สามารถทำตามโปรแกรมได้ด้วยตนเองที่บ้าน ท่าออกกำลังกายปลอดภัยเหมาะสมกับมารดาหลังคลอด ระยะเวลา 15-30 นาทีต่อครั้ง เหมาะสม และการรู้สึกถึงการฟื้นฟูอวัยวะสืบพันธุ์ดีขึ้น อยู่ในระดับมากที่สุด ดังตารางที่ 4

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.282363

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของมารดาหลังคลอดปกติต่อโปรแกรมการออกกำลังกายแบบต้านแรง (n = 30)

รายการ	มารดาหลังคลอด (n = 30)		การแปลผล
	Mean	S.D.	
ด้านที่ 1: เนื้อหาและความเข้าใจ			
1. เนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงหลังคลอดเข้าใจง่าย ปฏิบัติจริงได้	4.13	0.507	มาก
2. สื่อการสอนและคำอธิบายช่วยเพิ่มความเข้าใจ	4.27	0.450	มาก
ด้านที่ 2: การฝึกออกกำลังกายแบบต้านกล้ามเนื้อ			
1. ความชัดเจนของการสาธิตและแนะนำท่าออกกำลังกายครั้งแรก	4.43	0.504	มาก
2. จำนวนท่าและรูปแบบการออกกำลังกายเหมาะสม	4.23	0.430	มาก
3. ระยะเวลา 15-30 นาทีต่อครั้งเหมาะสม	4.63	0.490	มากที่สุด
4. คู่มือและคลิปวีดีโอช่วยให้ทำตามได้สะดวก	4.23	0.430	มาก
5. ท่าออกกำลังกายปลอดภัยเหมาะสมกับมารดาหลังคลอด	4.63	0.490	มากที่สุด
6. สามารถทำตามโปรแกรมได้ด้วยตนเองที่บ้าน	4.70	0.466	มากที่สุด
ด้านที่ 3: การติดตามของผู้วิจัย			
1. การเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 1-2 มีประโยชน์และเหมาะสม	4.13	0.346	มาก
2. การติดตามทางโทรศัพท์สัปดาห์ที่ 3-5 เพียงพอ	3.70	0.466	มาก
3. การให้คำแนะนำและสนับสนุนจากผู้วิจัยช่วยสร้างความมั่นใจ	4.43	0.504	มาก
ด้านที่ 4: ผลลัพธ์ที่ได้รับ			
1. รู้สึกถึงการฟื้นฟูอวัยวะสืบพันธุ์ดีขึ้น	4.60	0.498	มากที่สุด
2. อารมณ์ดีขึ้นหรือความเครียดลดลง	4.77	0.430	มากที่สุด
ความพึงพอใจต่อโปรแกรมโดยรวม	4.63	0.490	มากที่สุด

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบต้านแรงต่อการฟื้นตัวหลังคลอด ภาวะซึมเศร้า และความพึงพอใจของมารดาหลังคลอดปกติ ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1) ด้านการฟื้นตัวหลังคลอด กลุ่มทดลองมีการฟื้นตัวดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) โดยการเข้าอู่ของมดลูก การหายของแผลฝีเย็บ และการหมดของน้ำคาวปลาใช้ระยะเวลาสั้นกว่า และความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน สูงกว่ากลุ่มควบคุม 2) ด้านภาวะซึมเศร้าหลังคลอด กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) และ 3) ด้านความพึงพอใจโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด สรุปได้ว่า

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.282363

โปรแกรมการออกกำลังกายแบบต้านแรงสามารถส่งเสริมการฟื้นตัวหลังคลอดและลดภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดปกติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อภิปรายผลการวิจัย

ผลของโปรแกรมต่อการฟื้นตัวหลังคลอด พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีการฟื้นตัวหลังคลอดดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อภิปรายได้ว่า โปรแกรมการออกกำลังกายแบบต้านแรงช่วยส่งเสริมการฟื้นตัวของระบบอวัยวะสืบพันธุ์และเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน เนื่องจากเป็นการออกกำลังกายที่ครอบคลุมทั้งกล้ามเนื้อส่วนบน ส่วนกลาง และส่วนล่าง จึงช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตทั่วร่างกายและส่งเสริมให้มดลูกกลับคืนสู่ขนาดปกติ อีกทั้งช่วยปรับปรุงการไหลเวียนโลหิตบริเวณฝีเย็บ ซึ่งนำพาออกซิเจนและสารอาหารที่จำเป็นต่อการซ่อมแซมเนื้อเยื่อมายังบริเวณบาดแผล ส่งผลให้แผลหายได้ดีขึ้น[6,16-17] สอดคล้องกับผลการศึกษาในมารดาหลังคลอด 30 ราย ที่พบว่า การออกกำลังกายแบบต้านแรงร่วมกับแอโรบิกเป็นเวลา 10 สัปดาห์ ช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน (ประเมินด้วยคลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อ) ภายหลังการฝึกอย่างชัดเจน[7] สะท้อนถึงความสำคัญของแนวทางการออกกำลังกายแบบองค์รวมที่โปรแกรมนี้นำมาใช้ นอกจากนี้ การหดรัดตัวของมดลูกที่ถูกกระตุ้นจากการออกกำลังกายยังส่งผลให้น้ำคาวปลาหมดเร็วขึ้น[17]

ผลของโปรแกรมต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาที่ระบุว่ากิจกรรมทางกายทุกรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก โยคะ หรือการออกกำลังกายแบบต้านแรง มีผลในการลดคะแนนภาวะซึมเศร้าและบรรเทาอาการซึมเศร้าหลังคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญ[8] โดยเฉพาะเมื่อดำเนินการในช่วง 6 สัปดาห์แรกหลังคลอด ซึ่งเป็นช่วงที่ระดับฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนและเอสโตรเจนลดลงอย่างรวดเร็วและมีความเสี่ยงสูงสุดต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ การที่ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้านและติดตามทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่องตลอดระยะ 6 สัปดาห์ ยังเป็นการสนับสนุนทางสังคม (social support) ที่ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวของมารดา ซึ่งเป็นปัจจัยป้องกันภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่สำคัญ[4,9,18] ทั้งนี้ ความสัมพันธ์ระหว่างการฟื้นตัวทางกายและสุขภาพจิตในโปรแกรมนี้สอดคล้องกับแนวคิด biopsychosocial model ของ Engel[12] ที่อธิบายว่า สุขภาพของมนุษย์เป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างมิติทางชีวภาพ จิตใจ และสังคม การที่โปรแกรมสามารถปรับปรุงผลลัพธ์ทั้งด้านการฟื้นตัวหลังคลอดและด้านสุขภาพจิตไปพร้อมกัน จึงเป็นหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่าการออกกำลังกายแบบต้านแรงสามารถส่งเสริมสุขภาพมารดาหลังคลอดได้แบบองค์รวม

ผลของโปรแกรมด้านความพึงพอใจ พบว่า มารดาหลังคลอดปกติมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการออกกำลังกายแบบต้านแรงโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะด้านผลลัพธ์ที่ได้รับ

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.282363

ซึ่งประเด็น “อารมณ์ดีขึ้นหรือความเครียดลดลง” ได้รับความพึงพอใจสูงสุด สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การออกกำลังกายหลังคลอดมีส่วนช่วยลดความเหนื่อยล้าและปรับปรุงคุณภาพชีวิตของมารดาครรภ์แรก ทั้งนี้ การออกแบบให้โปรแกรมสามารถปฏิบัติได้ที่บ้านและใช้อุปกรณ์น้อยเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมการปฏิบัติตามโปรแกรมในมารดาหลังคลอดที่มีข้อจำกัดด้านเวลาและการเดินทาง

อย่างไรก็ตาม การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดสองกลุ่มเฉพาะหลังการทดลอง (posttest-only) ดำเนินการในโรงพยาบาลแห่งเดียวและใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง อีกทั้งยังไม่มีการติดตามผลในระยะยาว การสรุปอ้างอิงผลไปยังมารดาหลังคลอดกลุ่มอื่น จึงควรพิจารณาบริบทดังกล่าวประกอบ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ปฏิบัติ

1. พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพสามารถนำโปรแกรมการออกกำลังกายแบบต้านแรงไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลมารดาหลังคลอดตามปกติ เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังคลอดและลดภาวะซึมเศร้า ตั้งแต่ระยะ 48 ชั่วโมงหลังคลอดจนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด

2. ควรพัฒนาสื่อการเรียนรู้ให้หลากหลายยิ่งขึ้น เช่น สื่อวิดีโอแบบโต้ตอบและการจัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติ เพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจของมารดาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาหลังคลอดและการบริหารร่างกายอย่างถูกวิธี

3. ควรกำหนดรูปแบบการติดตามผลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม เช่น การเยี่ยมบ้านและการติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อให้มารดาปฏิบัติตามโปรแกรมได้อย่างสม่ำเสมอ เกิดความมั่นใจ และได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การประยุกต์ใช้ในกลุ่มมารดาผ่าตัดคลอด: ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมนี้ในมารดาที่คลอดโดยการผ่าตัด (Cesarean Section) เพื่อปรับปรุงโปรแกรมให้เหมาะสมกับข้อจำกัดและกระบวนการฟื้นตัวของมารดาในกลุ่มนี้

2. การศึกษาผลในระยะยาวต่อภาวะแทรกซ้อน: ควรมีการวิจัยติดตามผลในระยะยาว (เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี) เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมในการป้องกันหรือลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยหลังคลอด เช่น ภาวะปัสสาวะเล็ด และภาวะอวัยวะในอุ้งเชิงกรานหย่อน เป็นต้น

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.282363

เอกสารอ้างอิง

1. McKinney ES, James SR, Murray SS, Nelson KA, Ashwill JW. Maternal-child nursing. 6th ed. St. Louis (MO): Elsevier; 2022: 399-401.
2. Suryawanshi O, Pajai S. A comprehensive review on postpartum depression. Cureus 2022; 14: e32745.
3. Riphah International University. Comparative effect of training on postpartum depression [Internet]. CenterWatch; 2023 [cited 2024 May 17]. Available from: https://www.centerwatch.com/clinical-trials/listings/NCT05891717
4. Deprato A, Ruchat SM, Ali MU, Cai C, Forte M, Gierc M, et al. Impact of postpartum physical activity on maternal depression and anxiety: a systematic review and meta-analysis. Br J Sports Med 2025; 59: 550-61.
5. Hinman T. The effect of resistance training on strength and total physical activity in postpartum females [master's thesis]. Provo (UT): Brigham Young University; 2010.
6. Loewen B, Collum C, Ryan GA. Exercise benefits and recommendations for the 6-week postpartum period. Strength Cond J 2020; 42: 12-21.
7. Zhang L, He J, Zhang Q, Wang L. A study on 10-week combined aerobic and resistance training exercise prescription for female patients with pelvic floor dysfunction. Healthcare (Basel) 2025; 13: 592.
8. Sulastri IW, Susiloningtyas I. The effect of physical activity on postpartum depression: a literature review. Int J Integr Sci Technol 2025; 3: 1327-36.
9. LeCheminant JD, Hinman T, Pratt KB, Earl N, Bailey BW, Thackeray R, et al. Effect of resistance training on body composition, self-efficacy, depression, and activity in postpartum women. Scand J Med Sci Sports 2014; 24: 414-21.
10. Naosrisorn P, Sangin S, Suppasri P. The effects of yoga exercise on fatigue and quality of life in primiparous mothers. J Nurs Sci Chulalongkorn Univ 2019; 31: 109-20. (in Thai).
11. Khumpraphan P. Development of the one province one labor room network model in Kanchanaburi province. Phaholpolpayuhasena Hosp J 2025; 13: 84-99. (in Thai).
12. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977; 196: 129-36.
13. Laycock J, Holmes DM. The place of physiotherapy in the management of pelvic floor dysfunction. Obstet Gynaecol 2003; 5: 194-9.

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.282363

14. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry 1987; 150: 782-6.

15. Phoosuwan N, Chaimongkol S. Validity and reliability of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in pregnant women in northeastern Thailand. In: Proceedings of the 1st National and International Conference of Kalasin University; 2019; Kalasin, Thailand. (in Thai).

16. Purwati Y. The effect of postpartum exercise to uterine involution [Internet]. SSRN; 2019 [cited 2024 May 17]. Available from: https://ssrn.com/abstract=3494312

17. Nelli E. Accelerating uterine involution: the role of postpartum exercise in primary care settings. Open Access Indones J Med Rev 2024; 4: 754-67.

18. Liu X, Wang G, Cao Y. Physical exercise interventions for perinatal depression symptoms in women: a systematic review and meta-analysis. Front Psychol 2022; 13: 1022402.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.283303

การวินิจฉัยและการดูแลรักษาภาวะแสบร้อนในช่องปากร่วมกับภาวะน้ำลายน้อยในผู้สูงอายุ : รายงานผู้ป่วย 1 ราย

DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF BURNING MOUTH SYNDROME ASSOCIATED WITH HYPOSALIVATION IN ELDERLY: A CASE REPORT

Received: June 27, 2026
Revised: September 01, 2025
Accepted: September 06, 2026

ศรัญญา จิรธนานันท์[1*], ศิฏฐะรินทร์ ฤทธิศิรินทร์[1]
Saranya Jiratananan[1*], Sikharin Rittisirin[1]

บทคัดย่อ

อาการแสบร้อนในช่องปากเป็นภาวะปวดประสาทเรื้อรังในช่องปากที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างรุนแรง รายงานผู้ป่วยฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 78 ปี ที่มารับการรักษาในคลินิกทันตกรรม ด้วยอาการแสบร้อนในช่องปากอย่างรุนแรงมานาน 8 เดือน ร่วมกับภาวะน้ำลายน้อยและช่องปากแห้ง โดยไม่พบรอยโรคหรือการฝ่อลีบของปุ่มลิ้น

การตรวจทางห้องปฏิบัติการพบภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กอย่างรุนแรง การส่องกล้องทางเดินอาหาร ไม่พบจุดเลือดออกเรื้อรัง จึงสรุปสาเหตุเกิดจากการขาดสารอาหารและการดูดซึมที่บกพร่องตามวัย ผู้ป่วยได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิก ร่วมกับการฝึกนวดต่อมน้ำลายและงดการจ่ายยาควบคุมอาการเจ็บปวดทางระบบประสาท

ผลการรักษา พบว่า อาการแสบร้อนในช่องปากหายไปอย่างสมบูรณ์ภายในระยะเวลา 3 เดือน ค่าความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดและระดับเฟอริตินกลับสู่เกณฑ์ปกติ การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า อาการแสบร้อนในช่องปากสามารถเป็นอาการแสดงแรกของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กแม้ว่าจะไม่พบความผิดปกติของเยื่อบุช่องปากก็ตาม การวินิจฉัยแยกโรคที่ถูกต้องร่วมกับการรักษาที่สาเหตุสามารถนำไปสู่การหายของโรคได้อย่างสมบูรณ์โดยไม่ต้องใช้ยาควบคุมระบบประสาท

คำสำคัญ: ภาวะแสบร้อนในช่องปาก, ภาวะโลหิตจาง, การขาดธาตุเหล็ก, ภาวะน้ำลายน้อย, ผู้สูงอายุ

[1] โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
Phranangklao Hospital
*Corresponding author E-mail: sarahtoyjira@gmail.com

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.283303

Abstract

Burning mouth syndrome (BMS) is a chronic neuropathic orofacial pain disorder that severely impairs patients' quality of life. This case report presents the diagnosis and management of a 78-year-old Thai female at the Dental Clinic. She presented with a severe burning sensation on her oral cavity lasting for 8 months. These symptoms were accompanied by objective hyposalivation and dry mouth, without any apparent mucosal lesions or atrophic glossitis.

Laboratory investigations revealed severe iron deficiency anemia, Esophagogastroduodenoscopy and colonoscopy showed no sources of chronic gastrointestinal bleeding, suggesting that the condition was caused by dietary deficiency and age-related malabsorption. The patient was managed systemically with ferrous fumarate and folic acid, combined with localized salivary gland massage, and neuropathic pain medications were deliberately avoided.

Within 3 months, the oral burning symptoms completely resolved, her complete blood count and ferritin levels returned to normal. This case demonstrates that burning mouth symptoms can be the primary manifestation of iron deficiency anemia despite normal-appearing oral mucosa. Accurate differential diagnosis and targeted etiological treatment can achieve complete disease remission without the need for neurotropic medications.

Keywords: Burning Mouth Syndrome, Anemia, Iron Deficiency, Hyposalivation, Elderly

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.283303

บทนำ

อาการแสบร้อนในช่องปาก (Burning mouth symptoms) หรือกลุ่มอาการแสบร้อนในช่องปาก (Burning Mouth Syndrome: BMS) เป็นภาวะปวดประสาทเรื้อรัง (Chronic neuropathic orofacial pain disorder) ในช่องปากที่มีความซับซ้อนและพบได้บ่อยในเวชปฏิบัติทางทันตกรรมผู้สูงอายุ[1] โดยมีอาการเฉพาะทางคลินิกที่สำคัญ คือ ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกแสบร้อน เจ็บปวด หรือผิดปกติของประสาทสัมผัส (Dysesthesia) ในช่องปากอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะบริเวณสองในสามส่วนหน้าของลิ้น ขอบลิ้น และริมฝีปาก ในการวินิจฉัยจึงทำได้ยาก เนื่องจากมักจะไม่พบรอยโรคหรือพยาธิสภาพที่เห็นได้ชัดเจนในบริเวณเยื่อบุช่องปาก[1-2] ความชุกของการเกิดภาวะนี้ในประชากรทั่วไปอยู่ระหว่างร้อยละ 0.1 ถึง 3.9 โดยพบมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุและสตรีวัยหมดประจำเดือน (Postmenopausal women)[1] มีบางรายงานพบในสตรีวัยก่อนและหลังหมดประจำเดือน อายุเฉลี่ยประมาณ 60-62 ปี โดยอัตราส่วนหญิงต่อชายอยู่ระหว่าง 2.5-7 : 1 แสดงถึง การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนร่วมกับอายุที่เพิ่มขึ้นมีผลต่อภาวะแสบร้อนในช่องปาก[4]

กลุ่มอาการแสบร้อนในช่องปากสามารถจำแนกตามลักษณะอาการทางคลินิกออกเป็นสองประเภทหลัก ได้แก่ ชนิดปฐมภูมิ (Primary or Idiopathic BMS) ซึ่งตรวจไม่พบสาเหตุทางกายภาพหรือพยาธิสภาพที่เห็นได้ชัดเจน โดยเชื่อว่า อาจจะสัมพันธ์กับความบกพร่องของระบบประสาทรับความรู้สึกส่วนปลายและส่วนกลาง และชนิดทุติยภูมิ (Secondary BMS) เป็นผลมาจากปัจจัยนำเฉพาะที่หรือทางระบบที่สามารถระบุได้ชัดเจน[2] หนึ่งในปัจจัยทางระบบที่สำคัญและพบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุ คือ ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (Iron deficiency anemia) และการขาดสารสร้างเม็ดเลือดกลุ่มไมโครนิวเทรียนต์ (Micronutrient deficiencies) เช่น กรดโฟลิก (Folic acid) และวิตามินบี 12 (Vitamin B12) [1] นอกจากนี้ลักษณะอาการแสดงในช่องปาก ได้แก่ ภาวะซีดของเยื่อบุช่องปาก (Pale mucosa) มุมปากอักเสบ (Angular cheilitis) การอักเสบแสบร้อนที่ลิ้น (Glossitis) การกลืนลำบาก (Dysphagia) เป็นต้น อาจเป็นสัญญาณแรกที่บ่งบอกถึงความผิดปกติของระบบโลหิตวิทยาในผู้ป่วย คือ ภาวะซีดจากสาเหตุต่างๆ[5-6] ดังนั้น การวินิจฉัยกลุ่มอาการแสบร้อนชนิดปฐมภูมิ จึงเป็นการวินิจฉัยโดยการตัดโรคอื่นออก (Diagnosis of exclusion) ค้นหาสาเหตุเฉพาะที่และทางระบบก่อนสรุปการวินิจฉัย ส่งผลให้การรักษามักล่าช้าในทางเวชปฏิบัติ[4]

ธาตุเหล็กเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญในกระบวนการหายใจระดับเซลล์และการทำหน้าที่ของระบบประสาทรับความรู้สึก[7] ในอดีตผู้ป่วยที่ขาดธาตุเหล็กมักจะพบภาวะลิ้นอักเสบฝ่อลีบ (Atrophic glossitis) หรือมุมปากอักเสบ[8] อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยสูงอายุบางราย อาการแสบร้อนในช่องปากและภาวะน้ำลายน้อย (Hyposalivation) อาจจะรุนแรงโดยไม่พบความผิดปกติของเยื่อบุช่องปากและปุ่มลิ้น ซึ่งเป็นความท้าทายอย่างมากสำหรับทันตแพทย์ในการวินิจฉัยหาสาเหตุที่แท้จริง[9]
รายงานผู้ป่วยฉบับนี้ไม่มีแหล่งทุนสนับสนุน และไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน โดยได้ใช้แนวทาง

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.283303

มาตรฐาน CARE Guidelines ในการเขียนรายงานผู้ป่วย มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุหญิงไทยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ด้วยอาการแสบร้อนในช่องปากอย่างรุนแรงร่วมกับภาวะน้ำลายน้อย โดยไม่พบรอยโรคในช่องปาก แต่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กชนิดรุนแรง ทั้งนี้ มีเอกสารได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษรในการเผยแพร่ข้อมูลและภาพถ่ายเพื่อการศึกษา

การทบทวนวรรณกรรม

นิยามและการจำแนกประเภทของภาวะแสบร้อนในช่องปาก

สมาคมปวดศีรษะสากล (IHS) และเกณฑ์จำแนกโรคปวดใบหน้าสากล (ICOP 2020) ได้ให้นิยามกลุ่มอาการแสบร้อนในช่องปากว่า เป็นอาการแสบร้อนหรือความรู้สึกผิดปกติภายในช่องปากที่เกิดขึ้นทุกวัน วันละมากกว่า 2 ชั่วโมง และเป็นติดต่อกันนานมากกว่า 3 เดือน โดยไม่พบพยาธิสภาพทางคลินิกที่เยื่อบุช่องปาก[2,10,11] ในอดีต Lamey และคณะ[12-13] ได้จำแนกประเภทของภาวะนี้ตามลักษณะการเปลี่ยนแปลงของอาการในรอบวันออกเป็น 3 รูปแบบหลัก คือ

Type 1 (Progressive pain): ไม่มีอาการเมื่อตื่นนอนและอาการแสบร้อนจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นในระหว่างวัน โดยมีความรุนแรงสูงสุดในช่วงเย็น พบได้ร้อยละ 35

Type 2 (Constant pain): มีอาการแสบร้อนตั้งแต่ตื่นนอนและมีอาการต่อเนื่องหรือคงที่ตลอดทั้งวัน พบได้ร้อยละ 55

Type 3 (Intermittent pain): มีอาการแสบร้อนเป็นช่วงๆ ไม่ต่อเนื่อง โดยช่วงเวลาที่เกิดอาการและตำแหน่งของอาการไม่แน่นอน พบได้ร้อยละ 10

พยาธิกำเนิดของภาวะแสบร้อนในช่องปาก

พยาธิกำเนิดของกลุ่มอาการแสบร้อนในช่องปากมีความสัมพันธ์กับความบกพร่องของระบบประสาทรับความรู้สึกทั้งส่วนปลายและส่วนกลาง จากการศึกษาทางจุลพยาธิวิทยาของเยื่อบุช่องปากที่ตัดจากผู้ป่วยที่มีอาการแสบร้อนในช่องปาก พบว่า มีการลดลงของความหนาแน่นของใยประสาทรับความรู้สึกขนาดเล็กในชั้นอีพิธีเลียม (Intraepithelial nerve fiber) อย่างมีนัยสำคัญ บ่งบอกถึงภาวะเสื่อมของเส้นประสาทรับความรู้สึกส่วนปลาย (Small-fiber sensory neuropathy) ในขณะเดียวกันมีการเพิ่มขึ้นอย่างผิดปกติของตัวรับความรู้สึกเจ็บปวดและอุณหภูมิชนิด TRPV1 (Transient Receptor Potential Vanilloid 1) และตัวรับสารสื่อประสาทชนิด P2X3 ในใยประสาทรับความรู้สึกที่เหลืออยู่ ส่งผลให้ใยประสาทเหล่านั้นไวต่อสิ่งเร้าประเภทความร้อนและสารเคมีมากยิ่งขึ้น [2,11]

สำหรับในระบบประสาทส่วนกลาง การสแกนสมองด้วยเทคนิคทางรังสีวิทยา (PET scan และ fMRI) พบความบกพร่องในการทำงานของระบบโดพามีนในวิถีประสาทไนโกรสไตรเอตัม (Nigrostriatal dopaminergic pathway) การลดลงของระดับโดพามีนและประสิทธิภาพของตัวรับ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.283303

โดพามีนชนิด D2 (D2 receptors) ส่งผลให้สูญเสียกลไกการห้ามความเจ็บปวดในส่วนกลาง (Impaired central pain inhibition) นอกจากนี้ ความแปรปรวนของยีนรับโดพามีน เช่น DRD2 gene C957T Single Nucleotide Polymorphism (SNP) โดยเฉพาะผู้ที่มีจีโนไทป์แบบ 957TT จะมีความไวต่อสิ่งเร้าความร้อนสูงและมีความรุนแรงของอาการเจ็บปวดมากกว่าจีโนไทป์แบบอื่นอย่างชัดเจน[2,11]

ความสัมพันธ์ระหว่างธาตุเหล็กกับระบบประสาทและสรีรวิทยาช่องปาก

สำหรับสรีรวิทยาของระบบประสาทส่วนกลางและส่วนปลาย ในระดับเซลล์ประสาท ธาตุเหล็กเป็นสารอาหารที่มีความสำคัญอย่างมากในการทำหน้าที่เป็นโคแฟกเตอร์ที่จำเป็นสำหรับเอนไซม์ไทโรซีนไฮดรอกซิเลส (Tyrosine hydroxylase) ซึ่งเป็นเอนไซม์หลักในการสังเคราะห์โดพามีน การขาดธาตุเหล็กทำให้ปริมาณโดพามีนลดลงโดยตรง ส่งผลให้ระบบควบคุมความเจ็บปวดในสมองสูญเสียไป นอกจากนี้ ธาตุเหล็กยังมีบทบาทสำคัญต่อการเจริญของเซลล์โอลิโกเดนโดรไซต์ (oligodendrocytes) การสังเคราะห์ไมอีลิน (myelin synthesis) และการคงสภาพของปลอกไมอีลินในระบบประสาท การขาดธาตุเหล็กเป็นเวลานาน อาจทำให้การสร้างและซ่อมแซมปลอกไมอีลินบกพร่อง ส่งผลให้การนำกระแสประสาทผิดปกติ เพิ่มความไวของเส้นประสาทรับความรู้สึก ทำให้เกิดภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม (peripheral neuropathy) ซึ่งสัมพันธ์กับอาการปวดแสบปวดร้อนเรื้อรังในผู้ป่วยบางราย รวมถึงอาจมีบทบาทต่อพยาธิกำเนิดของกลุ่มอาการแสบร้อนในช่องปาก[10]

ในมิติด้านสรีรวิทยาของต่อมน้ำลาย เซลล์อะซินาร์ (Acinar cells) ของต่อมน้ำลายเป็นเซลล์ที่มีกระบวนการเมแทบอลิซึมสูงและต้องการพลังงานอย่างมากในการขนส่งไอออนและน้ำ เพื่อผลิตน้ำลาย ธาตุเหล็กเป็นองค์ประกอบหลักของเอนไซม์ในขบวนการขนส่งอิเล็กตรอนในไมโทคอนเดรีย เช่น ไซโตโครมซีออกซิเดส (Cytochrome c oxidase) การขาดธาตุเหล็กจึงทำให้เกิดการขาดพลังงานในระดับเซลล์ ส่งผลให้ความสามารถในการหลั่งน้ำลายลดลงอย่างรุนแรง เกิดภาวะน้ำลายน้อยและช่องปากแห้งเหนียวตามมา[1] นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาของ Imura และคณะ[14] ในผู้ป่วยที่มีภาวะแสบร้อนในช่องปากมักจะพบอาการปากแห้ง การรับรสผิดปกติ และความไวของเยื่อบุช่องปากต่อสิ่งกระตุ้นเพิ่มขึ้นซึ่งเป็นผลจากระดับ secretory immunoglobulin A ลดลง ทำให้มีการเสื่อมของหน้าที่และคุณภาพของน้ำลาย และยังพบความสามารถในการต้านอนุมูลอิสระในซีรัมลดลง (antioxidant capacity) โดยในอนาคตอาจใช้เป็นตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ (biomarker) เพื่อช่วยในการวินิจฉัยภาวะแสบร้อนในช่องปากแต่ยังต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมก่อนนำมาใช้ในเวชปฏิบัติต่อไป

มีรายงานถึงกลไกของความไม่สมดุลของธาตุเหล็กกับสุขภาพช่องปาก โดยอธิบายว่าการมีธาตุเหล็กขาดหรือเกินจะมีผลต่ออาการในช่องปากซึ่งช่วยให้ตรวจพบโรคทางระบบได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น การขาดธาตุเหล็กยังสัมพันธ์กับฟันผุในเด็ก (early childhood caries) โรคปริทันต์ ภาวะก่อนมะเร็งในช่องปาก เช่น oral submucous fibrosis และ oral leukoplakia รวมถึงอาจเพิ่มความเสี่ยงของมะเร็งบางชนิด

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.283303

ส่วนการมีธาตุเหล็กเกิน (Iron overload) ก็ส่งผลเสียต่อช่องปากเช่นกัน โดยสัมพันธ์กับ โรคปริทันต์รุนแรง การสูญเสียกระดูกเบ้าฟัน คราบดำบนผิวฟันจากการสะสมของสารประกอบเหล็ก[15-16]

สถิติระบาดวิทยาของการขาดสารอาหารในผู้ป่วยแสบร้อนในช่องปาก

ข้อมูลการศึกษาทางคลินิกขนาดใหญ่ แสดงให้เห็น ความสัมพันธ์ทางสถิติที่ชัดเจนระหว่างระดับธาตุเหล็กในเลือดกับอาการแสบร้อนในช่องปาก จากการศึกษาเชิงสังเกตการณ์ในผู้ป่วยที่มีอาการแสบร้อนในช่องปากจำนวน 190 ราย พบว่า มีผู้ป่วยถึงร้อยละ 85.3 ที่มีระดับธาตุเหล็กในเลือดต่ำกว่าเกณฑ์ปกติอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเพศหญิงและผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป [17] การตรวจระดับธาตุเหล็กในเลือดจึงมีความสำคัญในการช่วยวินิจฉัยหาสาเหตุในผู้ป่วยที่มีอาการแสบร้อนในช่องปาก[18-19] นอกจากนี้ ดัชนีปริมาตรเม็ดเลือดแดงเฉลี่ย (MCV) ยังเป็นตัวบ่งชี้ที่มีความไวสูงในการจำแนกกลุ่มเสี่ยงต่อการขาดธาตุเหล็กในผู้ป่วยที่มีอาการแสบร้อนในช่องปาก อย่างไรก็ตามมีรายงานผู้ป่วยที่มีอาการแสบร้อนในช่องปาก ที่ไม่มีภาวะเม็ดเลือดแดงขนาดเล็ก (MCV $\geq$ 80 fL) ยังคงพบการขาดธาตุเหล็กได้ถึงร้อยละ 13.8 บ่งบอกว่า การขาดธาตุเหล็กสามารถพบได้แม้ยังไม่มีภาวะเม็ดเลือดแดงขนาดเล็ก[20]

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 78 ปี รูปร่างผอมบาง มารับการตรวจที่คลินิกทันตกรรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ด้วยปัญหารู้สึกเจ็บปวดแสบร้อนอย่างรุนแรงบริเวณลิ้นและริมฝีปากทั้งสองข้างมาเป็นระยะเวลานาน 8 เดือน ผู้ป่วยระบุระดับความเจ็บปวดตามมาตรวัดความเจ็บปวดเชิงตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) สูงสุดที่ระดับ 10/10 จากการซักประวัติและประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างละเอียด พบว่า อาการแสบร้อนดังกล่าวส่งผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพและการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยอย่างรุนแรงในหลายมิติ คือ ผู้ป่วยรับประทานได้เฉพาะอาหารรสจืดทำให้ความอยากอาหารและน้ำหนักตัวลดลงอย่างต่อเนื่องในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา อาการเจ็บปวดแสบร้อนที่รุนแรงส่งผลให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับเรื้อรัง เกิดความวิตกกังวลและเริ่มแยกตัวจากสังคม เนื่องจากการพูดคุยจะกระตุ้นให้อาการแสบร้อนรุนแรงขึ้น โดยในช่วง 2-3 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกอ่อนเพลียอย่างรุนแรง เหนื่อยง่ายเมื่อออกแรง และมีอาการวิงเวียนศีรษะเมื่อเปลี่ยนท่าทาง (Positional dizziness) อย่างชัดเจน ผู้ป่วยปฏิเสธการมีโรคประจำตัว ไม่มีประวัติแพ้ยาและไม่ได้ใช้ยาประจำ

จากการตรวจร่างกายภายนอกช่องปากพบ ลักษณะผิวหนังและเยื่อบุตาขาวซีด (Conjunctival pallor) ไม่พบลักษณะรอยแผลหรือการอักเสบแดงบริเวณมุมปาก ผลการคลำตรวจต่อมน้ำเหลืองบริเวณศีรษะและคออยู่ในเกณฑ์ปกติ

การตรวจภายในช่องปากอย่างละเอียด พบว่า เยื่อบุช่องปากโดยทั่วไป ริมฝีปาก เพดานปาก และเหงือก มีลักษณะปกติ ไม่พบรอยแดง รอยแผล หรือฝ้าขาว (รูปที่ 1) ปุ่มลิ้นทั้งชนิดฟิลิฟอร์ม

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.283303

(Filiform papillae) และฟันจิฟอร์ม (Fungiform papillae) ยังสมบูรณ์ ไม่ปรากฏลักษณะลิ้นเลี่ยนหรือการฝ่อลีบของปุ่มลิ้น อย่างไรก็ตามทันตแพทย์สังเกตพบ ภาวะริมฝีปากและเยื่อบุช่องปากแห้ง (รูปที่ 2-3) น้ำลายหนืดเหนียวอย่างชัดเจน และไม่มีแอ่งน้ำลายสะสมบริเวณพื้นช่องปากใต้ลิ้นหลังการกลืนน้ำลาย (Absence of salivary pool) ได้ตรวจอัตราการไหลของน้ำลายโดยไม่มีการกระตุ้น (Unstimulated Whole Saliva Flow Rate) เท่ากับ 0.08 มิลลิลิตรต่อนาที พบว่า น้อยกว่า 0.1 มิลลิลิตรต่อนาที ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญทางคลินิกของภาวะน้ำลายน้อย (Hyposalivation) ในผู้สูงอายุ


รูปที่1


รูปที่2


รูปที่3

รูปที่ 1 แสดงเยื่อบุช่องปากโดยทั่วไปมีลักษณะปกติ ไม่พบรอยแดง รอยแผล หรือฝ้าขาว

รูปที่ 2-3 แสดงภาวะริมฝีปากและเยื่อบุช่องปากแห้ง

การวินิจฉัยแยกโรคเบื้องต้น

อาการแสบร้อนในช่องปากเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น เชื้อราในช่องปาก (Oral candidiasis) ไลเคนพลานัส แผลร้อนใน แผลที่เกิดจากการแพ้สารต่างๆ ได้แก่ ยาสีฟัน น้ำยาบ้วนปาก วัสดุทันตกรรม เป็นต้น โดยมักจะพบรอยโรคในช่องปากชัดเจน หรืออาจเกิดจากอาการปากแห้ง (Xerostomia) จากสาเหตุต่างๆ ได้แก่ ภาวะน้ำลายน้อยหลังรังสีรักษามะเร็งช่องปาก ศีรษะและลำคอ กลุ่มอาการโจเกรน (Sjögren's syndrome) ยารักษาความดันโลหิตสูง ยากล่อมประสาท เป็นต้น นอกจากนี้อาจเกิดจากภาวะขาดสารอาหาร ได้แก่ ขาดธาตุเหล็ก ขาดวิตามินบี 12 ขาดธาตุสังกะสี หรือมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคไทรอยด์ ภาวะแพ้ภูมิตนเอง เป็นต้น จึงมีความจำเป็นต้องตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษเพิ่มเติม

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ

เมื่อพิจารณาจากความรุนแรงของอาการแสบร้อน ภาวะซีด และอาการทางระบบที่เด่นชัด ทันตแพทย์จึงได้ส่งตรวจวิเคราะห์ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count: CBC) และปริมาณเฟอริติน (ferritin) พบว่า ฮีโมโกลบิน (Hemoglobin: Hb) 7.9 (ค่าปกติ> 12.0 g/dL) ปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hematocrit: Hct) 25.6 (ค่าปกติ 36.0-46.0%) ปริมาตรเฉลี่ยของเม็ดเลือดแดง

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.283303

(MCV) 62.4 (ค่าปกติ 80.0-100.0 fL) ปริมาณฮีโมโกลบินเฉลี่ยในเม็ดเลือดแดง (MCH) 19.2 (ค่าปกติ 27.0-33.0 pg) ความกว้างของการกระจายขนาดเม็ดเลือดแดง (RDW) 19.8 (ค่าปกติ 11.5-14.5%) ปริมาณเฟอริติน (ferritin) 4.4 (ค่าปกติ 11-306.8 ng/mL) และส่งปรึกษาอายุรแพทย์เพื่อสืบค้นหาสาเหตุทางระบบเพิ่มเติม

จากข้อมูลทางโลหิตวิทยาข้างต้น อายุรแพทย์ได้ให้การวินิจฉัยผู้ป่วยเป็นภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กอย่างรุนแรง (Severe iron deficiency anemia) และได้ส่งผู้ป่วยตรวจส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น (Esophagogastroduodenoscopy: EGD) ร่วมกับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) เพื่อค้นหาจุดเลือดออกเรื้อรังในระบบทางเดินอาหารซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญอันดับแรกของภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กในผู้ป่วยสูงอายุ ผลการตรวจส่องกล้องทั้งสองวิธีอยู่ในเกณฑ์ปกติอย่างสมบูรณ์ ไม่พบรอยแผล รอยอักเสบ ติ่งเนื้อ หรือมะเร็งในทางเดินอาหาร อายุรแพทย์จึงสรุปว่าภาวะขาดสารอาหารและธาตุเหล็กของผู้ป่วยรายนี้มีสาเหตุหลักมาจาก ปัจจัยทางโภชนาการและการดูดซึมสารอาหารที่บกพร่องตามวัย โดยปราศจากพยาธิสภาพเลือดออกเรื้อรังในทางเดินอาหาร

การวินิจฉัยและการวินิจฉัยแยกโรค

ทันตแพทย์และอายุรแพทย์ได้ร่วมกันให้การวินิจฉัยขั้นสุดท้ายแก่ผู้ป่วยรายนี้ว่าเป็น “กลุ่มอาการแสบร้อนในช่องปากชนิดทุติยภูมิ ร่วมกับภาวะน้ำลายน้อย จากภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก” (Secondary Burning Mouth Syndrome with hyposalivation due to iron deficiency anemia) สิ่งที่สำคัญ คือ การวินิจฉัยแยกโรคระหว่างกลุ่มอาการแสบร้อนในช่องปากชนิดปฐมภูมิและชนิดทุติยภูมิ ซึ่งเป็นตัวกำหนดทิศทางการรักษาผู้ป่วยที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสูงสุด

การรักษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ได้มีการวางแผนการรักษาร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ มุ่งเน้นการจัดการที่สาเหตุทางระบบร่วมกับการรักษาทางคลินิกเฉพาะที่

1. การรักษาทางระบบโดยอายุรแพทย์

1.1 การเสริมธาตุเหล็กโดยจ่ายยาเฟอร์รัสฟูมาเรต (Ferrous fumarate) ชนิดรับประทาน ขนาด 200 มิลลิกรัม วันละ 3 ครั้ง หลังอาหารทันที เพื่อแก้ไขภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

1.2 การเสริมกรดโฟลิกโดยจ่ายยากรดโฟลิก (Folic acid) ชนิดรับประทานขนาด 5 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า เพื่อส่งเสริมกระบวนการสร้างเซลล์เม็ดเลือดและฟื้นฟูการทำงานของเซลล์เยื่อบุช่องปาก

2. การจัดการในช่องปากและการงดจ่ายยาควบคุมระบบประสาทโดยทันตแพทย์

การงดจ่ายยาควบคุมอาการเจ็บปวดทางระบบประสาท เช่น ยาโคลนาซีแพม (Clonazepam) หรือยาแกบาเพนติน (Gabapentin) เพื่อประเมินผลจากการแก้ไขสาเหตุหลักที่เกิดจากภาวะขาดธาตุเหล็ก

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.283303

และภาวะน้ำลายน้อย และป้องกันอาการข้างเคียงที่รุนแรงของยาควบคุมระบบประสาทในผู้สูงอายุ เช่น อาการง่วงซึม สูญเสียการทรงตัว และอาการปากแห้งที่อาจจะมีความรุนแรงมากขึ้น

3. การรักษาเฉพาะที่และฟื้นฟูต่อมน้ำลายโดยทันตแพทย์

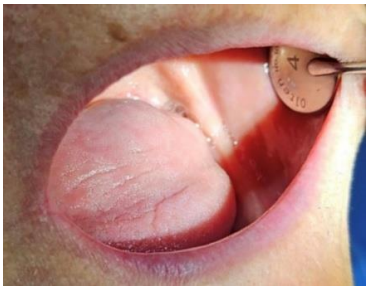
การฝึกนวดต่อมน้ำลาย (Salivary gland massage): สอนและฝึกให้ผู้ป่วยทำกายภาพบำบัดด้วยการนวดต่อมน้ำลายด้วยตนเอง โดยนวดวนเป็นวงกลมบริเวณต่อมน้ำลายข้างหู (Parotid gland) ทั้งสองข้าง และนวดรีดบริเวณต่อมน้ำลายใต้ขากรรไกร (Submandibular gland) วันละ 3 ถึง 4 ครั้ง เพื่อกระตุ้นการหลั่งน้ำลายตามธรรมชาติและเพิ่มความชุ่มชื้นแก่เยื่อบุช่องปาก

คำแนะนำด้านโภชนาการและพฤติกรรม: แนะนำให้ผู้ป่วยจิบน้ำสะอาดบ่อยครั้งตลอดวัน หลีกเลี่ยงอาหารรสจัดและร้อนจัด และงดใช้น้ำยาบ้วนปากที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนประกอบ เพื่อป้องกันการระคายเคืองต่อเยื่อบุช่องปากและปลายเส้นประสาท

การติดตามผลการรักษา

การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาจำแนกออกได้เป็น 2 ระยะหลักดังนี้

ระยะติดตามผล 1 เดือน: ผู้ป่วยรายงานว่าสภาพร่างกายดีขึ้นอย่างชัดเจน รู้สึกมีกำลังมากขึ้นและเหนื่อยน้อยลง อาการวิงเวียนศีรษะเมื่อเปลี่ยนท่าทางบรรเทาลงอย่างเห็นได้ชัด ในช่องปาก อาการแสบร้อนลดลงจากระดับ NRS 10/10 มาอยู่ที่ระดับ 8/10 และจากการตรวจพบว่า เยื่อบุช่องปากเริ่มมีความชุ่มชื้นเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากการนวดต่อมน้ำลายอย่างสม่ำเสมอ (รูปที่ 4)



รูปที่ 4 แสดงเยื่อบุช่องปากมีลักษณะปกติ มีความชุ่มชื้น

ระยะติดตามผล 3 เดือน: ผลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC) บ่งชี้ว่าค่าดัชนีเม็ดเลือดทุกตัวกลับคืนสู่เกณฑ์ปกติอย่างสมบูรณ์ (ฮีโมโกลบินเพิ่มขึ้นเป็น 12.3 g/dL, MCV เพิ่มขึ้นเป็น 84.5 fL, ferritin เพิ่มขึ้นเป็น 13.6 ng/mL) อาการแสบร้อนในช่องปากและริมฝีปากหายไปทั้งหมด (NRS 0/10) ผู้ป่วยรับประทานอาหารไทยรสเผ็ดได้ โดยไม่มีอาการแสบร้อน อาการวิงเวียนศีรษะและอ่อนเพลียหายสนิท น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตโดยรวมกลับสู่สภาวะปกติ

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.283303

บทวิจารณ์

รายงานผู้ป่วยรายนี้แสดงให้เห็นถึงประเด็นสำคัญในเวชปฏิบัติทางทันตกรรมผู้สูงอายุว่า อาการแสบร้อนในช่องปากและภาวะน้ำลายน้อยสามารถเป็นอาการแสดงแรกที่เด่นชัดของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กได้ แม้ว่าจะไม่พบความผิดปกติของเยื่อบุในช่องปากและปุ่มลิ้นก็ตาม โดยอาจจะมีความแตกต่างจากความเชื่อเดิมที่ระบุว่า การขาดสารอาหารสร้างเม็ดเลือดแดงจะส่งผลให้มีอาการแสดงทางคลินิกคือ ลิ้นเลี่ยนฝ่อลีบมีการอักเสบแดงเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาทางระบาดวิทยาเชิงลึกของ Chiang CP และคณะ ที่ระบุว่าผู้ป่วยที่ขาดธาตุเหล็กจำนวนไม่น้อยมาพบทันตแพทย์ด้วยอาการแสบร้อนในช่องปากโดยที่เยื่อบุช่องปากยังคงมีลักษณะปกติ[1] การศึกษาของ Idan HM และคณะ แสดงข้อมูลความชุกผู้ป่วยโลหิตจางจำนวน 60 ราย พบว่า มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่มีอาการแสบร้อนในช่องปาก ขณะที่ร้อยละ 21.67 มีภาวะลิ้นฝ่อลีบ[8] สถิตินี้แสดงให้เห็นว่า อาการแสบร้อนในช่องปากสามารถเกิดได้โดยไม่พบรอยโรคในช่องปากเลย ทำให้ทันตแพทย์ผู้ตรวจมีโอกาสวินิจฉัยผิดพลาดว่าเป็นภาวะแสบร้อนชนิดปฐมภูมิได้หากไม่ได้มีการตรวจคัดกรองทางโลหิตวิทยาอย่างเป็นระบบ[9]

ความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยรายนี้โดยไม่ได้มีการใช้ยาควบคุมกระแสประสาท (Neurotropic medications) จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถอธิบายความเป็นไปได้ตามกลไกการหายของเส้นประสาทขนาดเล็กได้ว่าอาการเจ็บปวดแสบร้อนในผู้ป่วยรายนี้เป็น “อาการปวดประสาทชนิดทุติยภูมิ” (Secondary neuropathic pain) ที่เกิดจากการขาดธาตุเหล็ก ดังนั้น หลังการรักษาโดยการเสริมธาตุเหล็กให้ผู้ป่วย เมื่อระดับฮีโมโกลบินและดัชนีเม็ดเลือดแดงกลับสู่เกณฑ์ปกติ (Hb เพิ่มขึ้นจาก 7.9 เป็น 12.3 g/dL) ส่งผลให้กระบวนสร้างและซ่อมแซมปลอกไมอีลินหุ้มเส้นประสาทขนาดเล็กฟื้นกลับคืนมา สัญญาณประสาทที่เหนี่ยวนำผิดพลาดจึงหมดไป ทำให้อาการแสบร้อนบรรเทาลงจนหายสนิท ขณะเดียวกัน การเสริมธาตุเหล็กยังช่วยฟื้นฟูการทำหน้าที่ของเอนไซม์ไทโรซีนไฮดรอกซิเลส ทำให้ปริมาณสารสื่อประสาทโดพามีนในสมองกลับคืนสู่สภาวะสมดุล ส่งผลให้การนำประสาทห้ามความเจ็บปวดในระบบประสาทส่วนกลางกลับมาควบคุมกระแสประสาทความเจ็บปวดจากใบหน้าและช่องปากได้ตามปกติ[2]

สำหรับภาวะน้ำลายน้อย เมื่อมีการเสริมธาตุเหล็กให้ผู้ป่วยเพื่อแก้ไขภาวะการขาดพลังงานในเซลล์อะซินาร์ของต่อมน้ำลายเนื่องจากการขาดธาตุเหล็กในห่วงโซ่ไซโตโครม เซลล์ต่อมน้ำลายจึงสามารถกลับมาหลั่งน้ำลายได้ตามปกติ นอกจากนี้ การบำบัดเฉพาะที่ด้วย “การนวดต่อมน้ำลาย” เพื่อช่วยเพิ่มอัตราการไหลและปริมาณน้ำลาย ทำให้มีน้ำลายมากพอที่จะปกป้องเยื่อบุช่องปากและช่วยลดแรงเสียดสีระหว่างเยื่อบุช่องปากกับอวัยวะข้างเคียง นำไปสู่การหายอย่างสมบูรณ์ของอาการแสบร้อนในที่สุด

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.283303

มีหลักฐานจากการทบทวนวรรณกรรมโดย Rahman AFMS และคณะ[21] แสดงให้เห็นว่าทั้งการรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้า (Antidepressants) โดยฉพาะยา vortioxetine[10,22] และการรักษาที่ไม่ใช้ยาด้วยการปรับเปลี่ยนชีวภาพด้วยแสง/การบำบัดด้วยเลเซอร์ระดับต่ำ (photobiomodulation/low-level laser therapy)สามารถลดอาการของภาวะแสบร้อนในช่องปากได้ อย่างไรก็ตามแนวทางการรักษาควรต้องวินิจฉัยหาสาเหตุซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล และจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาหลักฐานเชิงประจักษ์และแนวทางรักษาที่เป็นมาตรฐานในอนาคต ในผู้ป่วยสูงอายุรายนี้ได้หลีกเลี่ยงการใช้ยากลุ่มควบคุมกระแสประสาท โดยมีความสำคัญทางคลินิก คือ ยาในกลุ่มไตรไซคลิกแอนติเดเพรสซันต์ เช่น อะมิทริปไทลีน ซึ่งนิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในการรักษาภาวะแสบร้อนชนิดปฐมภูมิ[13] มีฤทธิ์ต้านโคลิเนอร์จิก (Anticholinergic effect) ที่รุนแรง ซึ่งยับยั้งการหลั่งน้ำลายโดยตรง ทำให้เกิดอาการปากแห้งอย่างรุนแรง หากผู้ป่วยรายนี้ได้รับยาอะมิทริปไทลีน ฤทธิ์ของยาจะเสริมให้เกิดภาวะน้ำลายน้อย ส่งผลให้อาการเจ็บปวดแสบร้อนในช่องปากทวีความรุนแรงและควบคุมได้ยากขึ้น นอกจากนี้ มีรายงานอัตราการเกิดผลข้างเคียงสูงมากในผู้สูงอายุจากการใช้ยาควบคุมระบบประสาทส่วนกลาง เช่น ยาทราโซโดน (Trazodone) หรือยาโคลนาซีแพมชนิดรับประทาน โดยเฉพาะอาการวิงเวียนศีรษะ ง่วงซึม และสูญเสียการทรงตัว ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มและการบาดเจ็บทางร่างกายอย่างมีนัยสำคัญ[3] การรักษาทางระบบโดยการแก้ไขปัจจัยการขาดสารอาหารร่วมกับการบำบัดเฉพาะที่ด้วยวิธีธรรมชาติ จึงเป็นทางเลือกที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยสูงสุดสำหรับผู้สูงอายุ

เพื่อให้เห็นภาพรวมของทางเลือกในการรักษาภาวะแสบร้อนในช่องปากที่ได้รับการศึกษาทางคลินิก และประเมินเปรียบเทียบกับแนวทางการรักษาในผู้ป่วยรายนี้ คณะผู้รายงานได้สังเคราะห์และรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์จากการทบทวนวรรณกรรมและการวิเคราะห์อภิมาน (Systematic Review and Meta-Analysis) แสดงในตารางดังนี้

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.283303

ตารางเปรียบเทียบประสิทธิผลและผลข้างเคียงของแนวทางการรักษาภาวะแสบร้อนในช่องปาก[3,13]

ประเภทการรักษา	ประสิทธิผลทางคลินิก (ระยะสั้นและระยะยาว)	อัตราการเกิดผลข้างเคียงที่สำคัญ	ความเหมาะสมในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึด
การเสริมธาตุเหล็กและสารอาหาร (ผู้ป่วยรายนี้)	สูงมากในผู้ป่วยชนิดทุติยภูมิ สามารถรักษาอาการแสบร้อนและภาวะน้ำลายน้อยให้หายขาดได้	ต่ำมาก อาจพบอาการระคายเคืองทางเดินอาหารเล็กน้อย	**สูงที่สุด** เป็นการรักษาที่สาเหตุหลักโดยตรงและมีความปลอดภัย
ยาโคลนาซีแพมเฉพาะที่ [3]	สูงทั้งระยะสั้นและระยะยาว ช่วยลดความไวของเส้นประสาทส่วนปลาย	ต่ำมาก หลีกเลี่ยงผลข้างเคียงต่อระบบส่วนกลางได้ดี	**สูง** ใช้ควบคุมอาการชั่วคราวระหว่างรอผลการเสริมธาตุเหล็ก
ยาระงับปวดประสาททางระบบ [3,13]	ปานกลางถึงสูงในชนิดปฐมภูมิ แต่มีข้อจำกัดในชนิดทุติยภูมิ	สูงมาก พบอาการปากแห้งรุนแรง ง่วงซึม วิงเวียนศีรษะ	**ต่ำ** เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้มและเสริมภาวะปากแห้ง
การนวดต่อมน้ำลายและกายภาพ (ผู้ป่วยรายนี้)	สูงมากในการเพิ่มอัตราการไหลของน้ำลายและฟื้นฟูเยื่อบุช่องปาก	ไม่มีผลข้างเคียง	**สูงมาก** ช่วยบรรเทาภาวะน้ำลายน้อยได้อย่างปลอดภัย
การบำบัดทางพฤติกรรม (CBT) [3]	สูงมากในระยะยาว ช่วยพัฒนาทักษะการเผชิญความเจ็บปวด	ไม่มีผลข้างเคียง	**สูง** เหมาะสำหรับใช้เป็นมาตรการเสริมเพื่อลดความวิตกกังวล

ในรายงานผู้ป่วยฉบับนี้เป็นรายงานผู้ป่วยเพียงหนึ่งราย จึงอาจเป็นข้อจำกัดที่ไม่สามารถใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงในวงกว้างได้ ทั้งนี้อาจสามารถใช้เป็นแนวทางเบื้องต้นในการศึกษาผู้ป่วยที่มีปัญหาที่ใกล้เคียงกันต่อไปได้ นอกจากนี้เนื่องจากมีข้อจำกัดในการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการที่เฉพาะในการวินิจฉัยแยกโรค เช่น การตรวจย้อมเชื้อราในช่องปาก การตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางจุลพยาธิวิทยา (biopsy) การตรวจเอกซเรย์ต่อมน้ำลายและท่อน้ำลาย โดยการฉีดสารทึบรังสี (sialogram) จึงใช้ข้อมูลทางคลินิกและผลทางห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจประกอบการรักษา รวมถึงการที่ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วย

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.283303

สูงอายุที่ต้องอาศัยผู้ดูแลในการพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ทำให้การรักษาและติดตามผลอาจไม่ต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามในการนัดตรวจติดตามทางทันตกรรมจึงนัดพร้อมกับการตรวจติดตามโรคทางระบบทางการแพทย์เพื่อลดภาระผู้ป่วยไม่ต้องมาโรงพยาบาลหลายครั้ง

สรุปผลการวิจัย

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 78 ปี ที่มารับการรักษาที่คลินิกทันตกรรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เป็นกรณีศึกษาที่สามารถยืนยันได้ว่า อาการแสบร้อนในช่องปากระดับรุนแรงที่สุดและภาวะน้ำลายน้อย เป็นอาการแสดงทางคลินิกของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กได้ แม้ว่าจะไม่พบความผิดปกติของเยื่อบุในช่องปากและปุ่มลิ้นก็ตาม การส่งตรวจคัดกรองทางโลหิตวิทยา (CBC) และดัชนีเม็ดเลือดแดงอย่างเป็นระบบ รวมถึงการประสานงานส่งตรวจส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นร่วมกับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ร่วมกับอายุรแพทย์ ถือเป็นขั้นตอนมาตรฐานที่จำเป็นในการวินิจฉัยแยกโรคและค้นหาสาเหตุที่แท้จริงเพื่อป้องกันรอยโรคที่อาจพบในทางเดินอาหาร การรักษาโดยการให้ธาตุเหล็กและกรดโฟลิกทดแทนทางระบบ ร่วมกับการทำกายภาพบำบัดด้วยการนวดต่อมน้ำลายเฉพาะที่สามารถลดและขจัดอาการเจ็บปวดแสบร้อนทางระบบประสาทได้อย่างสมบูรณ์และยั่งยืน โดยไม่มีความจำเป็นต้องใช้ยาควบคุมกระแสประสาทที่มีผลข้างเคียงสูงในผู้สูงอายุ แนวทางการดูแลรักษาแบบสหสาขาวิชาชีพนี้ไม่เพียงแต่ช่วยรักษาอาการแสบร้อนในช่องปากให้หายขาด แต่ยังช่วยฟื้นฟูสภาวะสุขภาพทางระบบและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้กลับคืนสู่สภาวะปกติได้อย่างสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. Chiang CP, Chang JY, Wang YP, Wu YH, Wu YC, Sun A. Oral manifestations of iron deficiency anemia: a review of 125 patients. J Oral Pathol Med 2020; 49(1): 15-21.
2. Tan HL, Renton T. Burning mouth syndrome: An update. Cephalalgia Reports 2020; 3: 1-18.
3. Tan HL, Smith JG, Hoffmann J, Renton T. A systematic review of treatment for patients with burning mouth syndrome. Cephalalgia 2022; 42(2): 128-161.
4. Coculescu EC, Tovaru S, Coculescu BI. Epidemiological and etiological aspects of burning mouth syndrome**.** J Med Life 2014; 7(3): 305-309.
5. Rao D, Khan M, Rayeen HS, Badyal V, Akhtar N, Iqubal MA. Oral manifestations of anemia: a review. World J Pharm Med Res 2018; 4(2): 153-5.
6. Khan M, et al. Oral manifestations of anemia: a review. World J Pharm Med Res 2018; 4(2): 153-155.
7. Tanaka M, Sato T, Takahashi K. Effect of iron supplementation on elderly patients with burning mouth syndrome and low serum ferritin. Special Care Dentist 2021; (3): 367-374.

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.283303

8. Idan HM, Hasani RAM, Othman IQ. Effect of anemia on oral cavity and hematological assessments. Diyala Journal of Medicine 2024; 26(1): 153-162.
9. ณัฐพล มงคลชัยอนันต์, ธนพงศ์ พรหมมินทร์. รอยโรคที่ลิ้นและอาการแสบร้อนที่สัมพันธ์กับภาวะซีดในผู้สูงอายุ: การทบทวนวรรณกรรมและแนวทางการวินิจฉัย. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข เขต 11 2567; 38(1): 112-123.
10. Adamo D, Spagnuolo G. Burning Mouth Syndrome: An Overview and Future Perspectives. Int J Environ Res Public Health 2023; 20(1): 682.
11. Canfora F, Calabria E, Armogida NG, Ottaviani G, Mignogna MD, Spagnuolo G, et al. Burning mouth syndrome: updates on pathogenesis and diagnostic algorithms. Journal of Oral & Facial Pain and Headache 2025; 39(4): 1-30.
12. Lamey PJ, Lewis MA. Oral medicine in practice: burning mouth syndrome. Br Dent J 1989; 167(6): 197-200.
13. กุณฑรนีรานันต์ ธีรยุทธ. กลุ่มอาการแสบร้อนช่องปาก: รายงานผู้ป่วย 1 ราย และทบทวนวรรณกรรม. ชม. ทันตสาร 2558; 36(1): 75-82.
14. Imura H, Shimada M, Yamazaki Y, et al. Characteristic changes of saliva and taste in burning mouth syndrome patients. J Oral Pathol Med 2016; 45: 231-236.
15. Anne Marie U, Murererehe J, Rehman M, Chittilla M, Uwambaye P, Razzaque MS. Oral manifestations of iron imbalance. Front Nutr 2023; 10: 1272902. doi:10.3389/fnut.2023.1272902.
16. Cojanu MFL, Antonescu DN, Constantinescu I, Săsăreanu A, Zurac SA. Oral manifestations in iron deficiency anemia: case reports. Stoma Edu J 2017; 4(3): 114-125.
17. Mahbub M, Elahi F, Mahir T, Haque I. Serum Iron Deficiency as a Risk Factor in Burning Mouth Syndrome: An Observational Study in a Tertiary care Hospital. KYAMC Journal 2025; 16(2): 84-89
18. Wu YC, Wang YP, Chang JY, Cheng SJ, Chen HM, Sun A. Oral manifestations and blood profile in patients with iron deficiency anemia. J Formos Med Assoc 2014; 113(2): 83-7
19. Zakrzewska JM, Forssell H, Glenny AM. Burning mouth syndrome and secondary oral burning. Pain 2012; 153(5): 975-81.
20. Jin YT, Wu YC, Wu YH, Chang JYF, Chiang CP, Sun A.Anemia, hematinic deficiencies, hyperhomocysteinemia, and gastric parietal cell antibody positivity in burning mouth syndrome patients with or without microcytosis.J Dent Sci 2021; 16(2): 608-613.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Research and Development Health System Journal
Vol.19 No.2 May - Aug 2026
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v19i2.2026.283303

21. Rahman AFMS, Ahamed S. Treatment Options for Burning Mouth Syndrome: A Narrative Review. Jordan Journal of Dentistry 2026; 3(1): 69-76.

22. Canfora F, Coppola N, Calabria E, Armogida NG, Mignogna MD, Spagnuolo G, et al. Management strategies for burning mouth syndrome: a comprehensive review. Journal of Oral & Facial Pain and Headache 2026; 40(1): 1-24.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
3/38 ถนนเลี่ยงเมืองทุ่งมน 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