

# วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

Journal of Khon Kaen Provincial Health Office

Khon Kaen, Thailand

ปีที่ 6 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2567

|             |                                       |
|-------------|---------------------------------------|
| ชื่อหนังสือ | วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น |
| เจ้าของ     | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น       |
| ISSN        | 2673-0979 (Online) 2730-2490 (Print)  |
| พิมพ์ที่    | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น       |
| ปีที่พิมพ์  | พ.ศ. 2567                             |

## ที่ปรึกษา

|                            |                                       |             |
|----------------------------|---------------------------------------|-------------|
| นพ.อภิชัย ลิมานนท์         | นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น       | สสจ.ขอนแก่น |
| นพ.อดุลย์ บำรุง            | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านไผ่           | สสจ.ขอนแก่น |
|                            | นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน) |             |
| นพ.วิโรจน์ เลิศพงศ์พิพัฒน์ | ผู้อำนวยการโรงพยาบาล                  | สสจ.ขอนแก่น |
|                            | สมเด็จพระยุพราชระชนวน                 |             |
|                            | รักษาการในตำแหน่งนายแพทย์เชี่ยวชาญ    |             |
|                            | (ด้านเวชกรรมป้องกัน)                  |             |

## กองบรรณาธิการ

|                            |                            |                          |
|----------------------------|----------------------------|--------------------------|
| นพ.ประวีร์ คำศรีสุข        | นายแพทย์เชี่ยวชาญ          | บรรณาธิการ               |
|                            | (ด้านเวชกรรมป้องกัน)       |                          |
| ดร.มิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง      | นักวิชาการสาธารณสุข        | รองบรรณาธิการด้านวิชาการ |
|                            | ชำนาญการพิเศษ              |                          |
| ดร.จักรสันต์ เลยหยุด       | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน   | รองบรรณาธิการด้านบริหาร  |
|                            | ชำนาญการพิเศษ              |                          |
| ทพ.สุวิทย์ ศุภวิโรจน์เลิศ  | ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ     |                          |
| ดร.วรินทร์ทิพย์ ศรีกงพลี   | นักวิชาการสาธารณสุข        |                          |
|                            | ชำนาญการพิเศษ              |                          |
| ดร.เจษฎา สุรวรรณ           | นักวิชาการสาธารณสุข        |                          |
|                            | ชำนาญการพิเศษ              |                          |
| ดร.พรธนิภา ไชยรัตน์        | อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์    |                          |
|                            | มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี  |                          |
| ผศ.ดร.ศุภวดี แถวเพ็ญ       | ผู้ช่วยศาสตราจารย์         |                          |
| ผศ.ดร.รัตน์ดาวรรณ คลังกลาง | ผู้ช่วยศาสตราจารย์         |                          |
| ผศ.ดร.แสงดาว จันทรดา       | ผู้ช่วยศาสตราจารย์         |                          |
| ดร.สุทิน ชนະบุญ            | วิทยากรชำนาญการพิเศษ       |                          |
| ผศ.ดร.ธีรศักดิ์ พาจันทร์   | ผู้ช่วยศาสตราจารย์         |                          |
| ดร.เตือนใจ ภูสระแก้ว       | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ |                          |
| ผศ.ดร.ราณี วงษ์คงเดช       | ผู้ช่วยศาสตราจารย์         |                          |

|                          |                                      |
|--------------------------|--------------------------------------|
| ดร.บุญทวนกร พรมภักดี     | นักวิชาการสาธารณสุข<br>ชำนาญการพิเศษ |
| นพ.ธนิต พุเจริญ          | นายแพทย์เชี่ยวชาญ                    |
| ดร.กรณียพิชญ์ โคตรประทุม | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ                |

### ผู้ทรงคุณวุฒิ

|                             |                                                                               |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| รศ.ดร.นพ.ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น                                              |
| รศ.ดร.วงศา เล่าหศิริวงศ์    | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น                                         |
| รศ.ดร.ประจักษ์ บัวผัน       | ผู้ทรงคุณวุฒิ                                                                 |
| รศ.ดร.จุฬารัตน์ โสตะ        | คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย                               |
| นพ.วิทยา ขาติปัญญาชัย       | ศูนย์ความร่วมมือขององค์การอนามัยโลก<br>ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ               |
| รศ.ดร.ทิพาพร กาญจนราช       | คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น                                             |
| รศ.ดร.เยาวเรศ ชูลิขิต       | คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น                                             |
| ผศ.ดร.พิทยา ศรีเมือง        | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น                                    |
| ดร.ภก.บุญมี โพธิ์คำ         | วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี                            |
| ดร.จริยา อินทวงศ์มี         | นักวิชาการอิสระ                                                               |
| ผศ.ดร.ประเสริฐ ประสมรักษ์   | สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ โครงการจัดตั้งวิทยาเขต<br>อำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| ดร.แจ่มจันทร์ เทศสิงห์      | วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม                                   |
| ดร.ภูวดล พลศรีประดิษฐ์      | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น                                    |
| ดร.สงกรานต์ นักบุญ          | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น                                    |
| ดร.นพ.ชุมพล นุชผ่อง         | นายแพทย์เชี่ยวชาญ                                                             |
| ดร.นพ.ธนชัย พนาพุฒิ         | นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลขอนแก่น                                            |
| นพ.สุรพันธ์ เจริญธัญรักษ์   | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลขอนแก่น                                        |
| นพ.ศักรินทร์ แก้วเข้า       | ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น<br>ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ             |
| ดร.กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์    | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น                                         |
| ดร.ธิไลภิญญา ทองไทย         | ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น                                                      |

ดร.เยาวเรศ ก้านมะลิ  
นางอุบล จ้วงพานิช

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์  
นักวิชาการอิสระ

**ฝ่ายจัดการ**

ดร.มิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง

สสจ.ขอนแก่น

ผู้จัดการ

นางมลิวรรณ มะลิตัน

สสจ.ขอนแก่น

การเงินการบัญชี

นางสาวบุษราคัม บุญหนองเหล่า

สสจ.ขอนแก่น

จัดรูปเล่ม พิสูจน์อักษร

## บทบรรณาธิการ

วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ปีที่ 6 ฉบับที่ 4 (ตุลาคม – ธันวาคม 2567) บทความที่คัดเลือกมานำเสนอในวารสารฉบับนี้ประกอบด้วย นิพนธ์ต้นฉบับ จำนวน 14 เรื่อง ซึ่งเป็นผลงานวิชาการ ผลงานวิจัย และองค์ความรู้ด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นที่ยอมรับและนำไปใช้ประโยชน์อย่างคุ้มค่า ได้แก่ 1) ผลของรูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางถนนจากการขับขีรถจักรยานยนต์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดสกลนคร 2) ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารจัดการของงานบริหารทรัพยากรบุคคลกับความพึงพอใจของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 3) ปัจจัยที่มีผลต่อความฉลาดด้านอารมณ์ เด็กอายุ 3 - 5 ปี อำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น 4) การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับบิลิรูบินทางผิวหนังและระดับบิลิรูบินในเลือดในทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยมาก 5) อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดเลือดออกในสมองหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2566 6) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระยะที่ 5 ในผู้ป่วยโรคไตเสื่อมเรื้อรัง โรงพยาบาลโคกสูง จังหวัดสระแก้ว 7) การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสพยาเสพติดในขณะตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลภาครัฐ จังหวัดเพชรบูรณ์ 8) การพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน จังหวัดมหาสารคาม 9) ปัจจัยที่มีผลต่อการรู้ดิจิทัลของบุคลากรโรงพยาบาลพระยืน จังหวัดขอนแก่น 10) การพัฒนาศูนย์ดูแลและฟื้นฟูสภาพทางสังคมผู้ป่วยติดสารเสพติดที่ผ่านการบำบัดจากสถานพยาบาลก่อนกลับชุมชน อำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น 11) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับผลลัพธ์ของการรักษาด้วยการผ่าตัดผ่านกล้องในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันที่มีภาวะแทรกซ้อน: การทบทวนข้อมูลเชิงประจักษ์ย้อนหลัง 12) การวิเคราะห์ประสิทธิภาพการบริหารการเงินโรงพยาบาลเขาสวนกวาง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2564-2566 13) การยกระดับคุณภาพการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ปี 2564-2566 14) การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งกล่องเสียงที่ได้รับการผ่าตัดใส่ท่อหลอดลมคอ : กรณีศึกษา

ในวาระดิถีขึ้นปีใหม่ พุทธศักราช 2568 ขออาราธนาคุณพระศรีรัตนตรัย และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายโปรดดลบันดาลให้ท่านและครอบครัว ประสบแต่ความสุข ความเจริญรุ่งเรืองด้วยจตุรพิธพรชัย และให้สมหวังในสิ่งอันพึงปรารถนา มีสุขภาพพลานามัยสมบูรณ์แข็งแรง และมีความสำเร็จในหน้าที่การงานตลอดปีใหม่และตลอดไป

กองบรรณาธิการ

วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

## สารบัญ

### นิพนธ์ต้นฉบับ

- ผลของรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางถนน  
จากการขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดสกลนคร  
Effects of Health Literacy Promoting Model to Prevent Road Accidents from  
Motorcycling among Upper Secondary School Students  
in Sakon Nakhon, Thailand  
ธัญยธร แฝงฤทธิ, จักรกฤษณ์ พลราชม  
Thanyatorn Fangrit, Chakkrit Ponrachom 1-16
- ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารจัดการของงานบริหารทรัพยากรบุคคล  
กับความพึงพอใจของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์  
The Relationship between the management of human resource  
department and Kalasin Hospital personnel's satisfaction  
ศุภวรรณ มาเมือง, เยาวเรศ ก้านมะลิ, พิชา คนกาญจน์  
Supawan Mamuang, Yaowaret Kanmali, Picha Konkanghana 1-15
- ปัจจัยที่มีผลต่อความฉลาดด้านอารมณ์ เด็กอายุ 3- 5 ปี  
อำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น  
Factors Influencing Emotional Quotient in Children aged 3-5 years  
Non Sila District, Khon Kaen Province  
เสาวลักษณ์ จักรบุตร  
Souvalug Jagabut 1-16
- การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับบิลิรูบินทางผิวหนังและระดับ  
บิลิรูบินในเลือดในทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยมาก  
The relationship between skin transcutaneous bilirubin measurement  
and total serum bilirubin in very low birth weight preterm infants.  
สำราญ วิมุติโกศล  
Samran Wimuttigosol 1-11

## สารบัญ (ต่อ)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดเลือดออกในสมอง<br>หลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับ<br>การรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2566<br>Incidence and Associated Factors of Intracerebral Hemorrhage<br>Complication after Intravenous Recombinant Tissue Plasminogen<br>Activator (rt-PA) in Kalasin Hospital, Fiscal year 2021-2023<br>รัญจนา ธานานุวัฒน์ศักดิ์<br>Ranjana Thananuwatsak | 1-16 |
| ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระยะที่ 5 ในผู้ป่วยโรคไตเสื่อมเรื้อรัง<br>โรงพยาบาลโคกสูง จังหวัดสระแก้ว<br>Factors Associated with Chronic Kidney Disease Stage 5 in Chronic Kidney Disease,<br>Khok sung Hospital, Sakaeo Province<br>สุกฤษฎี เลิศสกุลธรรม<br>Sukrit Lertsagultum                                                                                                                                              | 1-13 |
| การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสพยาเสพติดแอมเฟตามีน<br>ขณะตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลภาครัฐ จังหวัดเพชรบูรณ์<br>The development of care model for pregnant women used methamphetamine<br>during pregnancy in public hospitals in Phetchabun Province.<br>ศุภสิทธิ์ สุขี<br>Suphasit Sukhee                                                                                                                                                     | 1-16 |
| การพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการ<br>มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน จังหวัดมหาสารคาม<br>The Development of Falls Prevention Model for Elderly by Participation<br>of Community Networks Maha Sarakham Province<br>ทิพวรรณ โคตรสีเขียว, ดิษฐพล ใจซื่อ, กาญจนา จันทะนุย, พิสมัย ศรีทำนา<br>Tipawan KostseeKiaw, Dittaphol Jaisue, Kanjana Chanthanui,<br>Pisamai Sritumna                                        | 1-17 |

## สารบัญ (ต่อ)

|                                                                                                                                                                                                                |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| ปัจจัยที่มีผลต่อการรู้ดิจิทัลของบุคลากรโรงพยาบาลพระยืน<br>จังหวัดขอนแก่น                                                                                                                                       | 1-14 |
| Factors affecting the digital literacy of Phra Yuen Hospital personnel,<br>Khon Kaen Province                                                                                                                  |      |
| สุภาวดี เกวานันท์, จุฑาทิพย์ หารพะยอม                                                                                                                                                                          |      |
| Supawade Kaowanant, Jutathip Hanphayom                                                                                                                                                                         |      |
| การพัฒนาศูนย์ดูแลและฟื้นฟูสภาพทางสังคมผู้ป่วยติดสารเสพติดที่ผ่านการบำบัดจาก<br>สถานพยาบาลก่อนกลับชุมชน อำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น                                                                             | 1-18 |
| Development of Social Care and Rehabilitation Centers for Drug Addicted Patients<br>Who have Undergone Treatment from the Hospital before Returning to the<br>Community, Non Sila District, Khon Kaen Province |      |
| กิตติยา ทองสุข, ประวีร์ คำศรีสุข, มัตตัญญูตา โสภา                                                                                                                                                              |      |
| Kittiya Tongsuk , Prawee Khamrsisuk , Mattanyuta Sopa                                                                                                                                                          |      |
| ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับผลลัพธ์ของการรักษาด้วยการผ่าตัดผ่านกล้องใน<br>ผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันที่มีภาวะแทรกซ้อน: การทบทวนข้อมูลเชิงประจักษ์<br>ย้อนหลัง                                         | 1-16 |
| The relationship between selected factors and outcomes of laparoscopic treatment in<br>complicated acute appendicitis: a retrospective review of empirical data                                                |      |
| สุมัทนา สาระต๋วย                                                                                                                                                                                               |      |
| Sumattana saratuy                                                                                                                                                                                              |      |
| การวิเคราะห์ประสิทธิภาพการบริหารการเงินโรงพยาบาลเขาสวนกวาง<br>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2564-2566                                                                                             | 1-17 |
| ไพโรจน์ ชี้อตรงนวัฑ                                                                                                                                                                                            |      |
| Pairoat Suetrongtanawat                                                                                                                                                                                        |      |

## สารบัญ (ต่อ)

|                                                                                     |      |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------|
| การยกระดับคุณภาพการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม<br>ปี 2564-2566 | 1-15 |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------|

The Enhancement of Management Quality at Mahasarakham Provincial Public Health  
Office (2021-2023)

สิริมาพร นาศพัฒน์

*Sirimaporn Nassapat*

### รายงานผู้ป่วย

|                                                                                     |      |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------|
| การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งกล่องเสียงที่ได้รับการผ่าตัด<br>ใส่ท่อหลอดลมคอ : กรณีศึกษา | 1-17 |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------|

Nursing Care of Laryngeal Carcinoma Patients Post-Laryngectomy  
with Tracheostomy : A Case Study

สุทิดา แก้วสนธิยา, ทรงสุดา หมั่นไธสง, พัชรภา กาญจนอุดม, สมปรารถนา สุดใจ

*Suthisa Kaewsontaya, Songsuda Muenthaisong, Patcharapa*

*Kanchanaudom, Sompratthana Sudjainark*



# ผลของรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางถนนจากการขับซิ่งรถจักรยานยนต์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดสกลนคร

ธัญธร แฝงฤทธิ์<sup>1</sup> จักรกฤษณ์ พลราชม<sup>2</sup>

## บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางถนนจากการขับซิ่งรถจักรยานยนต์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ทำการวิจัยในระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2564 – มีนาคม 2565 กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในจังหวัดสกลนคร จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 35 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางถนนจากการขับซิ่งรถจักรยานยนต์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (STRIVE Model) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) S: Significance and objective ความสำคัญและวัตถุประสงค์ 2) T: Term and condition ข้อกำหนดและเงื่อนไข 3) R: Ready to start การเตรียมความพร้อม 4) I: Improve health literacy activity plan แผนกิจกรรมการพัฒนามาตรฐานด้านสุขภาพ 5) V: Verification and evaluation การตรวจสอบและการประเมินผล 6) E: Effective management การจัดการที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งผ่านการประเมินคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน อยู่ในระดับดีมาก เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานใช้ Independent t-test, Chi-square test และ Repeated measure ANOVA หลังจากดำเนินการตามรูปแบบ STRIVE Model พบว่า กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนจากการขับซิ่งรถจักรยานยนต์สูงกว่าก่อนการทดลองและคงอยู่ต่อเนื่องในระยะติดตามผล 1 เดือน และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยครั้งนี้ จึงมีข้อเสนอแนะว่าควรนำ STRIVE model ไปประยุกต์ใช้เพื่อแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนจากการขับซิ่งรถจักรยานยนต์ของนักเรียน โดยให้ความสำคัญในการพัฒนาและส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

**คำสำคัญ:** ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, การป้องกันอุบัติเหตุ, รถจักรยานยนต์, นักเรียน, รูปแบบ STRIVE Model

<sup>1</sup>นักสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

<sup>2</sup>อาจารย์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

Corresponding Author; Thanyatorn Fangrit, Email: thanyatorn.lek88@gmail.com

Received: September 16, 2024; Revised October 7, 2024; Accepted November 10, 2024

## **Effects of Health Literacy Promoting Model to Prevent Road Accidents from Motorcycling among Upper Secondary School Students in Sakon Nakhon, Thailand**

*Thanyatorn Fangrit<sup>1</sup> Chakkrit Ponrachom<sup>2</sup>*

### **ABSTRACT**

This quasi-experimental research aimed to evaluate the effects of a health literacy promoting model to prevent road accidents from motorcycling among upper secondary school students - STRIVE model. The research was conducted between November 2021 and March 2022. The samples were 70 upper secondary school students in Sakon Nakhon, Thailand. There were 35 samples in the experimental and comparison group equally. The STRIVE Model has the following components: 1) S: Significance and objective 2) T: Terms and Conditions 3) R: Ready to start 4) I: Improve health literacy activity plan 5) V: Verification and evaluation 6) E: Effective management. The overall quality assessment by 5 experts was a very good level. Data were collected by using questionnaires at baseline, post-intervention, and follow-up. Data analyses consisted of descriptive statistics, using frequency, percentage, mean, and standard deviation, and Inferential statistics, using independent t-test, chi-square test, and Repeated measure ANOVA. After implementing the health literacy promoting model to prevent road accidents from motorcycling among upper secondary school students, the results found that the experimental group had higher health literacy and road accident prevention behavior from motorcycling, compared to before the implementation and there has been sustainable follow-up. And higher than those in the comparison group at a .05 statistical significance level. Therefore, the findings of this study have suggestions for applying the STRIVE model to solve the problem of road accident prevention behavior from motorcycling among students focusing on the development and promotion of health literacy.

**Key word:** Health literacy, Road accident prevention, Motorcycle, Student, STRIVE Model

---

<sup>1</sup>Registered Public Health, Professional Level, Khon Kaen Provincial Health Office, Khon Kaen Province, Thailand

<sup>2</sup>Lecturer, Faculty of Education, Kasetsart University, Bangkok, Thailand

## บทนำ (Introduction)

อุบัติเหตุทางถนนเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่ทั่วโลกต่างให้ความสำคัญ เนื่องจากสามารถสร้างความสูญเสียและมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน ทั้งด้านสุขภาพ ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ จากข้อมูลการบูรณาการ 3 ฐานข้อมูล ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด ในปี พ.ศ. 2560 – 2564 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน เฉลี่ย 19,246 คนต่อปี เพศชายเป็น 3.7 เท่าของเพศหญิง พบมากที่สุดอยู่ในช่วงอายุ 15 – 19 ปี ร้อยละ 11.37 และอายุ 20 – 24 ปี ร้อยละ 11.05 ตามลำดับ เป็นผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์สูงถึง ร้อยละ 80.85 คิดมูลค่าการสูญเสียทางเศรษฐกิจ 5 ปี สำหรับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงถึง 511,515 ล้านบาท<sup>1</sup> นับว่าเป็นการสูญเสียทรัพยากรที่สำคัญอย่างยิ่ง ทั้งที่การเสียชีวิตด้วยสาเหตุดังกล่าวสามารถป้องกันได้

สำหรับสถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนนของจังหวัดสกลนครมีความสอดคล้องกับข้อมูลของประเทศไทยและระดับโลก จากรายงานผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดสกลนคร ปีงบประมาณ 2563 พบว่า จังหวัดสกลนครมีอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 23.2 ต่อแสนประชากร ซึ่งถือว่าสูงกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยเป้าหมายต้องมีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนไม่เกิน 20 ต่อแสนประชากร และพบว่าผู้เสียชีวิตเป็น

เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 81.7 ซึ่งมากกว่าเพศหญิงอย่างชัดเจน โดยเป็นกลุ่มเยาวชนอายุ 15 - 19 ปี ถึงร้อยละ 15.7 ข้อมูลยังพบอีกว่าอุบัติเหตุทางถนนเกิดจากรถจักรยานยนต์มากที่สุด ถึงร้อยละ 83.6 ซึ่งในกลุ่มนี้เป็นผู้ไม่สวมหมวกนิรภัยสูงถึงร้อยละ 95.5 และดื่มสุรา ร้อยละ 30.6<sup>2</sup> ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ WHO ที่พบว่าประชาชนในกลุ่มอายุ 15 - 29 ปี มีการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนและเสียชีวิตมากเป็นอันดับ 1 และพบว่าการเสียชีวิตในเพศชายมากกว่าเพศหญิงถึง 3 เท่า<sup>3</sup>

จากสภาพปัญหาที่ผ่านมาจะเห็นว่าพบผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนมากที่สุดเป็นกลุ่มเยาวชนและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี แม้จะมีเครือข่ายความร่วมมือในการขับเคลื่อนด้านความปลอดภัยทางถนนสำหรับกลุ่มเยาวชนมาอย่างต่อเนื่อง<sup>4</sup> เพื่อสร้างความตระหนัก ส่งเสริมการเรียนรู้ความปลอดภัยทางถนนและการบังคับใช้กฎหมาย ส่งเสริมความปลอดภัยทางถนน และการบังคับใช้กฎหมาย โดยเป้าหมายเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนไม่เกิน 8,470 คน หรือไม่เกิน 12 คนต่อแสนประชากร<sup>1</sup> และลดอัตราการบาดเจ็บสาหัสจากอุบัติเหตุทางถนนไม่เกิน 106,376 คน ในปี พ.ศ. 2570

การดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในทศวรรษที่ผ่านมา ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพยายามร่วมมือกันในการป้องกันและแก้ไขปัจจัยที่อาจจะก่อให้เกิดอุบัติเหตุในทุกด้าน ได้แก่ ด้านบุคคล ด้านยานพาหนะ

ด้านถนนและสิ่งแวดล้อม โดยร้อยละ 95.0 ของการเกิดอุบัติเหตุทางถนนมีปัจจัยหลักมาจากบุคคล ซึ่งหมายถึงทั้งผู้ขับขี่และผู้ใช้ถนนอื่นๆ โดยเฉพาะพฤติกรรม การขับขี่ที่มีอิทธิพลก่อให้เกิดอุบัติเหตุและส่งผลกระทบต่อความรุนแรงมากที่สุด ได้แก่ การไม่สวมหมวกนิรภัย การขับขี่ขณะมึนเมา การใช้ความเร็วในการขับขี่เกินกว่าที่กฎหมายกำหนด และการไม่ปฏิบัติตามกฎจราจร<sup>5</sup> ซึ่งปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนเป็นสหปัจจัย อันได้แก่ ปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น ความรู้ เจตคติ การรับรู้ ค่านิยม เป็นต้น ปัจจัยระหว่างบุคคล เช่น แรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อนหรือบุคคลรอบข้าง และปัจจัยภายนอก เช่น กฎระเบียบ นโยบาย สภาพยานพาหนะ สภาพการจราจร เป็นต้น

เนื่องจากสังคมเป็นพลวัต ทำให้ปัจจัยภายนอกตัวบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ดังนั้นในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ปัจจัยที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างยั่งยืน คือปัจจัยภายในตัวบุคคล จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่สำคัญ เนื่องจากเป็นทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมของบุคคล ในการเข้าถึง เข้าใจ สามารถใช้สารสนเทศเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีของตนเอง หากบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีจะส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามมา โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน<sup>4</sup> จากการศึกษาที่ผ่านมา นักวิจัย

ได้นำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพมาเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเยาวชน ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการป้องกันการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การป้องกันการสูบบุหรี่ การป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร และการป้องกันโรคอ้วน<sup>6-10</sup> ซึ่งพบว่าการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวนั้นมีประสิทธิผลทำให้กลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้น และส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีพึงประสงค์ตามมา อย่างไรก็ตามที่ผ่านมาพบว่าการเสริมสร้างพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ในกลุ่มเยาวชน ที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างปัจจัยเชิงสาเหตุที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลโดยเฉพาะความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy Program) ในกลุ่มเยาวชนสำหรับโรงเรียนที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยังมีน้อย

จากความสำคัญดังกล่าวผู้วิจัยจึงศึกษาผลของรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางถนนจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจ<sup>11,12</sup> เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนจากการขับขี่รถจักรยานยนต์

ซึ่งผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อการ  
จัดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าว  
ในโรงเรียนหรือสถาบันการศึกษา เพื่อมุ่งสู่การ  
ป้องกันและลดผลกระทบจากการเกิดอุบัติเหตุ  
ในวงกว้างและระยะยาวต่อไป

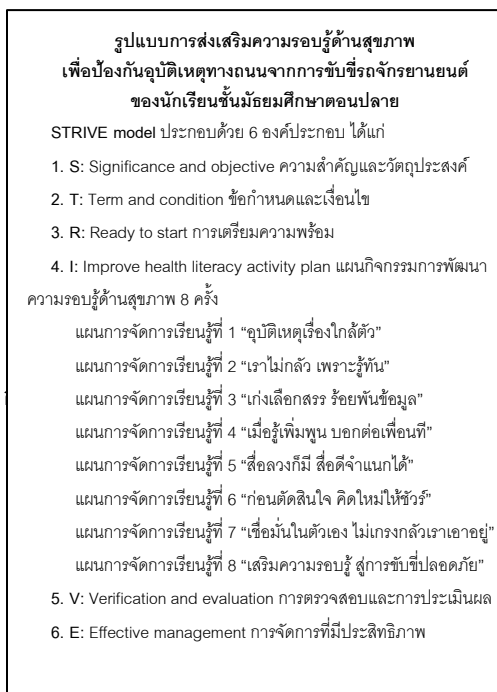
### วัตถุประสงค์ (Objective)

1. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการ  
ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกัน  
อุบัติเหตุทางถนนจากการขับซิ่งรถจักรยานยนต์  
ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

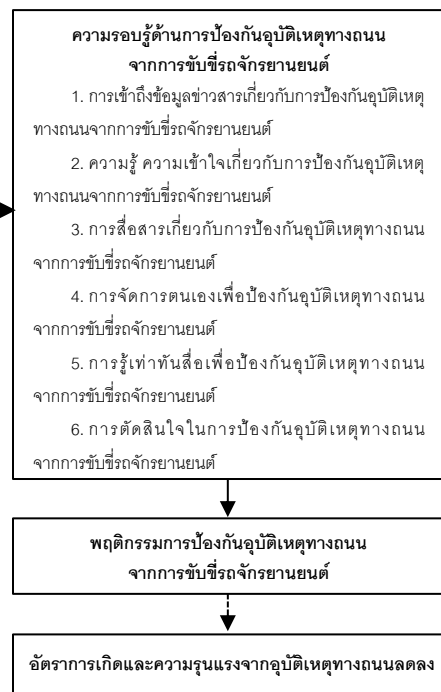
2. เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้  
ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ  
ทางถนนจากการขับซิ่งรถจักรยานยนต์ของ  
นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ภายในกลุ่ม

### กรอบแนวคิดการวิจัย

#### ตัวแปรต้น



#### ตัวแปรตาม



ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อน  
ทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล

### สมมติฐานของการวิจัย

1. กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมรูปแบบการ  
ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกัน  
อุบัติเหตุทางถนนจากการขับซิ่งรถจักรยานยนต์  
มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม  
การป้องกันอุบัติเหตุทางถนนดีขึ้น

2. กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมรูปแบบ  
การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกัน  
อุบัติเหตุทางถนนจากการขับซิ่งรถจักรยานยนต์  
มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม  
การป้องกันอุบัติเหตุ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

## วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การวิจัยนี้ ใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2564 - มีนาคม 2565 แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม ทำการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ระยะก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**  
ประชากรในการวิจัยนี้ คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในจังหวัดสกลนคร คำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่ม ของ Cohen<sup>13</sup> โดยอ้างอิงค่าเฉลี่ยพฤติกรรมฯ ( $Mean_E = 38.02$ ,  $SD_E = 2.99$ ,  $Mean_C = 33.95$ ,  $SD_C = 3.84$ ) จากการศึกษาของตติยา ฉิมชัยภูมิ และจุฬารักษ์โสตะ<sup>14</sup> กำหนด  $\alpha = 0.05$ ,  $Power = 0.80$  ได้ขนาดตัวอย่างแต่ละกลุ่มต้องไม่ต่ำกว่า 34 คน โดยการวิจัยครั้งนี้ใช้ตัวอย่างกลุ่มละ 35 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling) ดังนี้ **ขั้นที่ 1** แบ่งอำเภอทั้ง 18 อำเภอในจังหวัดสกลนคร ออกเป็นกลุ่ม (Cluster) พิจารณาจากขนาดประชากร อัตราการเกิดอุบัติเหตุ สภาพแวดล้อม ถนน การจราจร ที่ใกล้เคียงกัน ให้อยู่ในกลุ่มเดียวกัน หลังจากนั้นทำการสุ่มกลุ่มอำเภอ ด้วยวิธีจับสลาก **ขั้นที่ 2** สุ่มโรงเรียนแบบอย่างง่าย (Simple Random Sampling)

โดยสุ่มโรงเรียน 2 แห่ง จากกลุ่มอำเภอที่สุ่มได้ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา จังหวัดสกลนคร ที่มีการเรียนการสอนไม่แตกต่างกัน จัดการเรียนการสอนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 6 และมีชั่วโมงกิจกรรมพัฒนาผู้เรียน **ขั้นที่ 3** สุ่มชั้นเรียนแบบอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีจับสลาก **ขั้นที่ 4** สุ่มจำนวนนักเรียน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จะได้จำนวนและรายชื่อนักเรียนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกของทั้ง 2 โรงเรียน **ขั้นที่ 5** สุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยสุ่มตัวอย่างนักเรียนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก

เกณฑ์ในการคัดเข้า คือ เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาจังหวัดสกลนคร อายุ 16 - 18 ปี เป็นผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ในการเดินทางมาโรงเรียน มีและสามารถใช้สมาร์ตโฟนในการร่วมกิจกรรมขณะดำเนินการวิจัยได้ และผู้ปกครองยินยอมให้เข้าร่วมโครงการตลอดการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์ในการคัดออก คือ กลุ่มตัวอย่างบอกเลิกระหว่างเข้าร่วมวิจัย ย้ายที่พำนักขณะทำวิจัย หรือไม่สามารถติดตามการวัดผลได้ครบทั้ง 3 ระยะ

เกณฑ์การควบคุมการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบโดยแยกกลุ่มตัวอย่างนักเรียนทั้งสองกลุ่มออกจาก

กันอย่างชัดเจน คือ อยู่คนละอำเภอ ในจังหวัด สกลนคร และประสานงานแจ้งทำความเข้าใจ กับบุคลากรในพื้นที่ควบคุมเป็นอย่างดี ไม่ให้เกิดกิจกรรมทับซ้อน (Co-intervention)

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ คู่มือการใช้รูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้าน สุขภาพเพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางถนนจากการ ขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักเรียนชั้น มัธยมศึกษาตอนปลาย<sup>15</sup> (STRIVE Model) โดยมีแผนกิจกรรมการพัฒนาความรู้ด้าน สุขภาพ 8 ครั้ง เป็นการจัดกิจกรรมเรียนรู้เชิงรุก ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ บูรณาการเข้ากับ กิจกรรมพัฒนาผู้เรียนในโรงเรียนมัธยมศึกษา โดยจัดกระบวนการเรียนรู้ในชั้นเรียน ครั้งละ 1 ชั่วโมง และศึกษาด้วยตนเองนอกชั้นเรียน อย่างน้อย 2 ชั่วโมง ดำเนินการสัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวมระยะเวลาดำเนินการ 4 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพและ พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนจากการ ขับขี่รถจักรยานยนต์ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป** ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นเรียน เกรดเฉลี่ย การได้รับ ใบอนุญาตขับขี่รถจักรยานยนต์ ประสบการณ์ การขับขี่รถจักรยานยนต์ ประสบการณ์การ ประสบอุบัติเหตุทางถนน และประสบการณ์การ เข้ารับการอบรม/ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน

อุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ เป็น แบบให้เลือกตอบและแบบเติมคำ จำนวน 9 ข้อ

**ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ** เกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึง ข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และทักษะ การตัดสินใจ จำนวน 44 ข้อ แบ่งเป็น 3 ตอน โดยมีเกณฑ์แปลผลการให้คะแนนความรอบรู้ ด้านสุขภาพรายด้านตาม 6 องค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

1) การเข้าถึงข้อมูล ทักษะการสื่อสาร การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อเพื่อการ ป้องกันอุบัติเหตุทางถนนจากการขับขี่ รถจักรยานยนต์ ลักษณะแบบสอบถามเป็น มาตราประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ ได้แก่ เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

2) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ เพื่อการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนจากการ ขับขี่รถจักรยานยนต์ ลักษณะแบบสอบถาม แบบปรนัย เลือกตอบ 5 ตัวเลือก เกณฑ์การ ให้คะแนนรายข้อ ตอบถูก = 1 ตอบผิด = 0

3) ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ที่ถูกต้องเพื่อการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน จากการขับขี่รถจักรยานยนต์ ลักษณะเป็น แบบสอบถามในรูปแบบของสถานการณ์จำลอง เลือกตอบ 4 ตัวเลือก มีเกณฑ์การให้คะแนน 4 ระดับ

การแปลผลคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นคะแนนรวมจากแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นข้างต้น โดยสามารถแปลความหมายของคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก (131 - 164 คะแนน) ระดับพอใช้ (99 - 130 คะแนน) และระดับไม่ดีพอ (32 - 98 คะแนน)

### ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกัน

**อุบัติเหตุทางถนน** เป็นแบบสอบถามวัดความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ จำนวน 12 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัย การไม่ขับขึ้นขณะมีเมา การขับที่ตามความเร็วที่กฎหมายกำหนด และการปฏิบัติตามกฎจราจร ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) มี 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติสม่ำเสมอ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ เป็นคะแนนรวมจากแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นข้างต้น โดยสามารถแปลความหมายของคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนที่พึงประสงค์อยู่ในระดับสูง (39 - 48 คะแนน) ระดับปานกลาง (29 - 38 คะแนน) และระดับต่ำ (12 - 28 คะแนน)

**การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ** ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน หาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC อยู่ระหว่าง 0.8 - 1 และนำ

แบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับนักเรียนที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน หาความเชื่อมั่นแบบสอบถามวัดความรู้ (Cognitive) ในองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้ค่า KR20,  $r = .787$  ทั้ง 12 ข้อ มีค่าความยากง่าย ( $p$ ) อยู่ในช่วง .40 - .71 และหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ทั้งฉบับมีค่าเท่ากับ 0.819

**วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม 3 ครั้ง คือ ก่อนทดลอง หลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผลภายหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS for Windows โดยผู้วิจัยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติ  $\alpha$  เท่ากับ .05 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

### สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมานเพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ได้แก่ Independent t-test, Chi-square test และ Repeated Measure ANOVA

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน  
มนุษย์ของมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์  
วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร  
ตามหนังสือรับรอง เลขที่ KUcsc.HE-64-014  
ลงวันที่ 30 สิงหาคม 2564

## ผลการวิจัย (Result)

1. **ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย** กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 จาก 2 โรงเรียนในจังหวัดสกลนคร จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 35 คน โดยแต่ละกลุ่มมีเพศชายและหญิงจำนวนเท่ากันคือ 15 คน และ 20 คน ตามลำดับ ผลการเรียนรู้สะสม (GPAX) ของทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากกว่า 3.00 (ร้อยละ 60.0, 62.9) โดยมีผลการเรียนเฉลี่ยอยู่ที่  $3.17 \pm 0.57$  และ  $3.26 \pm 0.62$  ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการขับขี่รถจักรยานยนต์ต่ำกว่า 3 ปี (ร้อยละ 54.3, 45.7) โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่  $3.46 \pm 1.93$  ปี และ  $3.97 \pm 2.02$  ปี ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย

| ตัวแปร                       | กลุ่มทดลอง (n=35)<br>จำนวน (ร้อยละ) | กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)<br>จำนวน (ร้อยละ) | Statistic test    | P-value |
|------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------|---------|
| <b>เพศ</b>                   |                                     |                                           |                   |         |
| ชาย                          | 15 (42.86)                          | 15 (42.86)                                | 0.000             | 1.00    |
| หญิง                         | 20 (57.14)                          | 20 (57.14)                                |                   |         |
| <b>ผลการเรียนสะสม (GPAX)</b> |                                     |                                           |                   |         |
| ต่ำกว่า 2.50                 | 7 (20.00)                           | 4 (11.43)                                 | 1.09 <sup>A</sup> | 0.57    |
| 2.50 – 3.00                  | 7 (20.00)                           | 9 (25.7)                                  |                   |         |
| มากกว่า 3.00                 | 21 (60.00)                          | 22 (62.9)                                 |                   |         |
| ค่าเฉลี่ย $\pm$ S.D.         | $3.17 \pm 0.57$                     | $3.26 \pm 0.62$                           | .64 <sup>B</sup>  | 0.52    |

ภายใน 1 ปีที่ผ่านมาส่วนใหญ่ไม่เคยประสบอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ (ร้อยละ 77.14, 88.57) ส่วนกลุ่มที่เคยประสบอุบัติเหตุส่วนใหญ่ได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย (ร้อยละ 37.50, 75.00) รองลงมาคือ ไม่บาดเจ็บเลย (ร้อยละ 50.00, 25.00) ตามลำดับ และส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ (ร้อยละ 91.43, 88.57) เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ผลการเรียนรู้สะสม ประสบการณ์ในการขับขี่รถจักรยานยนต์ การประสบอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ ความรุนแรง และการเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน ดังแสดงผลในตารางที่ 1

| ตัวแปร                                                                            | กลุ่มทดลอง (n=35)  | กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35) | Statistic test    | P-value |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------|---------|
|                                                                                   | จำนวน (ร้อยละ)     | จำนวน (ร้อยละ)          |                   |         |
| ประสบการณ์ในการขับขี่รถจักรยานยนต์                                                |                    |                         |                   |         |
| ต่ำกว่า 3 ปี                                                                      | 19 (54.3)          | 16 (45.7)               | 1.31 <sup>A</sup> | 0.52    |
| 3 - 5 ปี                                                                          | 10 (28.6)          | 9 (25.7)                |                   |         |
| มากกว่า 5 ปี                                                                      | 6 (17.1)           | 10 (28.6)               |                   |         |
| ค่าเฉลี่ย $\pm$ S.D.                                                              | 3.46 $\pm$ 1.93 ปี | 3.97 $\pm$ 2.02 ปี      | 1.08 <sup>B</sup> | 0.28    |
| ประสบการณ์การประสบอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ในรอบ 1 ปี                   |                    |                         |                   |         |
| เคย                                                                               | 8 (22.86)          | 4 (11.43)               | 1.60 <sup>A</sup> | 0.20    |
| ไม่เคย                                                                            | 27 (77.14)         | 31 (88.57)              |                   |         |
| ความรุนแรงของการประสบอุบัติเหตุในรอบ 1 ปี (n = 12)                                |                    |                         |                   |         |
| บาดเจ็บรุนแรง                                                                     | 1 (12.50)          | 0 (0.00)                | 1.65 <sup>A</sup> | 0.43    |
| บาดเจ็บเล็กน้อย                                                                   | 3 (37.50)          | 3 (75.00)               |                   |         |
| ไม่บาดเจ็บ                                                                        | 4 (50.00)          | 1 (25.00)               |                   |         |
| ประสบการณ์การเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ |                    |                         |                   |         |
| เคย                                                                               | 3 (8.57)           | 4 (11.43)               | 0.15 <sup>A</sup> | 0.69    |
| ไม่เคย                                                                            | 32 (91.43)         | 31 (88.57)              |                   |         |

<sup>A</sup> = Chi-Square test, <sup>B</sup> = Independent t -test

**2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนจากการขับขี่จักรยานยนต์** ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ โดยมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ  $104.03 \pm 10.76$  และ  $103.11 \pm 8.96$  คะแนน ตามลำดับ ส่วนระดับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน เท่ากับ  $33.43 \pm 3.68$  และ  $32.17 \pm 3.99$  คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างก่อนการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความ

รอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนไม่แตกต่างกัน หลังการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่ากลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับรูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งได้รับกิจกรรมตามปกติของโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา หลังการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นเล็กน้อยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน มีพฤติกรรมการป้องกัน

อุบัติเหตุทางถนนเพิ่มขึ้น และสูงกว่ากลุ่ม  
เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  
ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ามีพฤติกรรมการ

ป้องกันอุบัติเหตุเพิ่มขึ้นเล็กน้อยอย่างไม่มี  
นัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงผลในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน

| ตัวแปร                             | กลุ่มทดลอง |       | กลุ่มเปรียบเทียบ |       | t     | P-value | ANOVA <sup>test</sup> |         |          |
|------------------------------------|------------|-------|------------------|-------|-------|---------|-----------------------|---------|----------|
|                                    | Mean       | S.D.  | Mean             | S.D.  |       |         | Variable<br>& Effect  | F-test  | P-value* |
|                                    |            |       |                  |       |       |         |                       |         |          |
| ความรู้ด้านสุขภาพ                  |            |       |                  |       |       |         |                       |         |          |
| ก่อนการทดลอง                       | 104.03     | 10.76 | 103.11           | 8.96  | 0.38  | .700    | กลุ่ม                 | 44.30*  | <0.001   |
| หลังการทดลอง                       | 130.83     | 12.84 | 106.23           | 11.12 | 8.56* | <.001   | เวลา                  | 188.11* | <0.001   |
| ระยะติดตามผล                       | 132.29     | 11.87 | 110.23           | 10.28 | 8.31* | <.001   | กลุ่ม*เวลา            | 87.71*  | <0.001   |
| พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน |            |       |                  |       |       |         |                       |         |          |
| ก่อนการทดลอง                       | 33.43      | 3.68  | 32.17            | 3.99  | 1.36  | .176    | กลุ่ม                 | 29.45*  | <0.001   |
| หลังการทดลอง                       | 39.57      | 4.47  | 32.77            | 4.82  | 6.53* | <0.001  | เวลา                  | 55.48*  | <0.001   |
| ระยะติดตามผล                       | 39.94      | 4.37  | 33.06            | 4.88  | 6.22* | <0.001  | กลุ่ม*เวลา            | 34.78*  | <0.001   |

\* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบ  
ค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม  
การป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระหว่าง  
กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการ  
ทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1  
เดือน โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวน  
แบบวัดซ้ำ พบว่า รูปแบบการส่งเสริมความ  
รอบรู้ด้านสุขภาพฯ และช่วงเวลาที่วัด มีอิทธิพล  
ต่อค่าเฉลี่ยของความรู้ด้านสุขภาพและ  
พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบว่าปฏิสัมพันธ์  
ระหว่างรูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้าน  
สุขภาพฯ และช่วงเวลาในการวัด มีอิทธิพลต่อ  
ค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม  
การป้องกันอุบัติเหตุทางถนนอย่างมีนัยสำคัญ  
ทางสถิติ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์เพื่อ  
เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้  
วิธีการทดสอบแบบ Bonferroni Method  
ดังแสดงผลในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** การเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ในแต่ละระยะเป็นรายคู่

| การเปรียบเทียบ                            | กลุ่มทดลอง              |         | กลุ่มเปรียบเทียบ      |         |
|-------------------------------------------|-------------------------|---------|-----------------------|---------|
|                                           | Mean diff.<br>(95%CI)   | p-value | Mean diff.<br>(95%CI) | p-value |
| <b>ความรอบรู้ด้านสุขภาพ</b>               |                         |         |                       |         |
| ก่อนการทดลอง – หลังการทดลอง               | 26.80*<br>(22.74-30.86) | <0.001  | 3.11<br>(1.48-7.71)   | 0.29    |
| ก่อนการทดลอง – ระยะติดตามผล 1 เดือน       | 28.26*<br>(24.47-32.04) | <0.001  | 7.11*<br>(3.01-11.22) | <0.001  |
| หลังการทดลอง – ระยะติดตามผล 1 เดือน       | 1.46*<br>(0.03-2.91)    | 0.04    | 4.00*<br>(2.45-5.56)  | <0.001  |
| <b>พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน</b> |                         |         |                       |         |
| ก่อนการทดลอง – หลังการทดลอง               | 6.34*<br>(4.56-8.13)    | <0.001  | 0.60<br>(0.88-2.08)   | 0.94    |
| ก่อนการทดลอง – ระยะติดตามผล 1 เดือน       | 6.51*<br>(4.65-8.38)    | <0.001  | 0.89<br>(0.61-2.39)   | 0.43    |
| หลังการทดลอง – ระยะติดตามผล 1 เดือน       | 0.17<br>(0.26-0.60)     | 0.97    | 0.29<br>(0.41-0.98)   | 0.92    |

\* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ในแต่ละระยะเป็นรายคู่ พบว่าในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้ง 3 คู่ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน พบว่าก่อนการทดลอง - หลังการทดลอง และก่อนการทดลอง - ระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่าหลังการทดลอง - ระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่แตกต่างกัน

สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ก่อนการทดลอง - หลังการทดลอง ไม่แตกต่างกัน แต่พบว่าก่อนการทดลอง - ระยะติดตามผล 1 เดือน และหลังการทดลอง - ระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ทั้ง 3 คู่ ไม่แตกต่างกัน

#### อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

ผลของรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางถนน

จากการขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า กลุ่มทดลองซึ่งได้รับรูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และทำให้เกิดความคงทนในระยะติดตามผล 1 เดือน และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งถือว่าเป็นไปตามสมมติฐานในการวิจัย เนื่องจากรูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ นี้ มุ่งเน้นการเสริมสร้างปัจจัยภายในตัวบุคคล คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่ได้ออกแบบให้ตรงกับสภาพปัญหาและบริบทของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายและเหมาะสมกับบริบทของโรงเรียนมัธยมศึกษา ประกอบกับกระบวนการเรียนรู้ตามแผนกิจกรรมการเรียนรู้ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการเรียนรู้เชิงรุก ที่มุ่งเน้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ช่วยพัฒนาทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูล การทำความเข้าใจ การวิเคราะห์และประเมินพฤติกรรมป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของตนเอง และส่งเสริมความสามารถในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนได้อย่างเหมาะสม ผ่านกระบวนการเรียนรู้ที่หลากหลาย<sup>16,17</sup> ได้แก่ การเรียนรู้แบบกลุ่ม เกมทางการศึกษา กรณีศึกษา การแสดงบทบาทสมมติ การระดมสมอง การอภิปราย และ Social Media ทำให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดี

ขึ้น เนื่องจากความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยเชิงสาเหตุที่แท้จริงที่มาจากภายในตัวบุคคล เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงความรู้ด้านสุขภาพในทิศทางที่ดีขึ้นจึงนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของกลุ่มทดลองได้และเกิดความคงทนแม้เวลาจะผ่านไป สอดคล้องกับผลการวิจัยของจักรกฤษณ์ พลราชม<sup>18</sup> พบว่าผลการใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักศึกษาปริญญาตรี ที่มีการจัดการเรียนรู้เชิงรุก โดยการใช้เทคนิคและวิธีการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่หลากหลาย มุ่งเน้นการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายในตัวบุคคล มีประสิทธิผลทำให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น เกิดความคงทนและไม่มี การเปลี่ยนแปลงถึงแม้ระยะเวลาผ่านไป รวมถึง สอดคล้องกับผลการวิจัยของชุดิมา เจียมใจ และคณะ<sup>19</sup> ที่พบว่า การเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพด้วยการใช้กลวิธีทางสุขศึกษาที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง และใช้วิธีการเรียนรู้เชิงรุก และการศึกษาหนังสือเพิ่มเติม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ อย่างปลอดภัยของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับกิจกรรมตามปกติจากโรงเรียนมัธยมศึกษา ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมในชั้นเรียนที่บูรณาการกับรายวิชาสุขศึกษาและพลศึกษาร่วมกับกิจกรรม

นอกชั้นเรียน อาทิเช่น การจัดโครงการอบรม ขับขี่ปลอดภัย การรณรงค์ขับขี่ปลอดภัย โดยใช้วิธีการบรรยายให้ความรู้ ส่วนใหญ่มุ่งเน้นการเสริมสร้างความรู้ในระดับความจำ ความเข้าใจ และการนำไปใช้เท่านั้น แต่การศึกษาของ Bloom<sup>20</sup> ได้เสนอแนะว่า การเสริมสร้างความรู้ขั้นสูง คือ การเสริมสร้าง การวิเคราะห์ สังเคราะห์ และการประเมินค่า ถึงจะส่งผลผลักดันให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ ที่พึงประสงค์ ซึ่งสะท้อนผลการวิจัยที่พบว่า เมื่อเวลาผ่านไปกิจกรรมตามปกติที่กลุ่ม เปรียบเทียบได้รับ ทำให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นเล็กน้อย ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นทักษะทาง ปัญญาและทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูล ข่าวสารทางสุขภาพและบริการทางสุขภาพที่ได้ จากการถ่ายทอดและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม<sup>21</sup> จึงทำให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่ม เปรียบเทียบสูงขึ้นได้ แต่ไม่มากพอที่จะผลักดัน ให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการอุบัติเหตุทางถนน เห็นได้จากคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม การป้องกันการอุบัติเหตุทางถนนในระยะก่อน การทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม ผลของกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน

**ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ประโยชน์** โรงเรียนระดับมัธยมศึกษาที่มี ปัญหาด้านอุบัติเหตุทางถนนจากการขับขี่ รถจักรยานยนต์ ควรนำรูปแบบการส่งเสริม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันอุบัติเหตุทาง ถนนจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักเรียนชั้น มัธยมศึกษาตอนปลาย “STRIVE Model” ไป ประยุกต์ใช้ในรายวิชาสุขศึกษาและพลศึกษา หรือในกิจกรรมพัฒนาผู้เรียน เพื่อนำไปสู่การ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการเกิดและลด ความรุนแรงจากอุบัติเหตุทางถนนต่อไป

**ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป** ควรมี การทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบ และ ติดตามผลระยะ 3 เดือน 6 เดือน 12 เดือน หรือ มากกว่า เพื่อทดสอบความคงทน จะทำให้ทราบ ว่าในระยะเวลาใดจำเป็นต้องดำเนินการตาม รูปแบบซ้ำอีกครั้ง

#### เอกสารอ้างอิง

1. กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค. **สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของ ประเทศไทย**. กรุงเทพมหานคร; 2566.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร. **รายงานผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจาก อุบัติเหตุทางถนน จังหวัดสกลนคร ปีงบประมาณ 2563**. สกลนคร; 2563.
3. World Health Organization. Road Safety injuries 2020 [29 September 2020]. Available from: [https://www.who.int/health-topics/road-safety#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/road-safety#tab=tab_1).
4. ธัญธร แฝงฤทธิ์, จักรกฤษณ์ พลราชม. การนำเสนอแนวทางการพัฒนารูปแบบ การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

- เพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางถนนจากการขับที่  
รถจักรยานยนต์ของนักเรียนชั้น  
มัธยมศึกษาตอนปลาย. **วารสาร  
สังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิง  
พุทธ**. 2565; 7(7): 233-247.
5. Wang D, Liu Q, Ma L, Zhang Y, Cong H. Road traffic accident severity analysis: A census-based study in China. **Journal of Safety Research**. 2019; 70:135-147.
  6. ลัดดา พลพุกหา, อรทัย พงษ์แก้ว. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด. **วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น**. 2567; 6(2): e268760.
  7. เบญจพร ทองมาก. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ณ โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร. **วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา**. 2564; 7(2): 50-61.
  8. Nash R, Patterson K, Flittner A, Elmer S, Osborne R. School-Based Health Literacy Programs for Children (2-16 Years): An International Review. **Journal of School Health**. 2021; 91(1): 632-649.
  9. พีรพล ไชยชาติ, เกศินี สราญฤทธิชัย. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นตอนต้น. **วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ**. 2562; 37(4): 42-51.
  10. เพียว พงษ์ศักดิ์ชาติ, ศรเนตร อารีไธณพิเชฐ, ฐัณระวี นาวิเจริญ. ผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. **วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล**. 2562; 35(2): 199-209.
  11. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21<sup>st</sup> century. **Health promotion international**. 2000; 15(3): 259-267.
  12. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. **การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ฉบับปรับปรุงปี 2561**. กรุงเทพมหานคร; 2561.
  13. Cohen, J. **Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences** (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. 1988.
  14. ตติยา ฉิมชัยภูมิ, จุฬารัตน์ ไสตะ. ประสิทธิภาพของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนร่วมกับแผนที่จุดเสี่ยงฮาริยา ฮัตโตะ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

- โรงเรียนพระธาตุหนองสามหมื่น ตำบลบ้านแก่ง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ. **วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา**. 2559;22(3):33-44.
15. ธัญธร แผงฤทธิ์, จักรกฤษณ์ พลราชม. **คู่มือการใช้รูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางถนนจากการขับขี่ยักรยานยนต์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย STRIVE Model**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์บริษัท แดเน็กซ์ อินเทอร์เน็ตพร็อพรेशन จำกัด; 2565.
  16. ศิริวรรณ พิมพ์จันทร์, สาโรจน์ เพชรหมณี, ธนกร ปัญญาใสโสภณ. ประสิทธิภาพโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับนักเรียนกลุ่มเสี่ยงหน้าใหม่ต่อพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา. **วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)**. 2567; 39(1): 12-23.
  17. วรวิษา ภูผิวแก้ว, วิศิษฐ์ ทองคำ, นันทวรรณ ทิพย์เนตร. ผลของโปรแกรมขับขี่ยักรยานปลอดภัยในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม. **วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา**. 2562; 24(1), 76-85.
  18. จักรกฤษณ์ พลราชม. **โมเดลโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและประสิทธิผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาปริญญาตรี**. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2561.
  19. ชุตินา เจียมใจ, กรัณฐรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์, ประเสริฐศักดิ์ กายนาคา. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพเพื่อพัฒนาความรู้ทางสุขภาพโดยการจัดการเรียนรู้แบบร่วมมือร่วมใจ ในการสร้างเสริมพฤติกรรมการขับขี่ยักรยานยนต์อย่างปลอดภัย ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนเบญจมเทพอุทิศจังหวัดเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี. **วารสารศึกษาศาสตร์ปริทัศน์**. 2559; 31(3): 205-217.
  20. Bloom BS. **Taxonomy of educational objectives: Handbook 1: The cognitive domain**. New York: Longman; 1956.
  21. อังคินันท์ อินทรกำแหง. **การสร้างและพัฒนาเครื่องมือความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย**. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2560

## ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารจัดการของงานบริหารทรัพยากรบุคคล กับความพึงพอใจของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ศุภวรรณ มาเมือง<sup>1</sup> เยาวเรศ ก้านมะลิ<sup>2</sup> พิชา คนกาญจน์<sup>3</sup>

### บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้เพื่อศึกษาความพึงพอใจของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ที่มีต่อการบริหารจัดการของงานบริหารทรัพยากรบุคคล และความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารจัดการของงานบริหารทรัพยากรบุคคลโรงพยาบาลกาฬสินธุ์กับความพึงพอใจต่อการบริหารจัดการของงานบริหารทรัพยากรบุคคลของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ประชากร คือ บุคลากรของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 1,869 คน กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 327 คน เลือกโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย แบบสอบถามส่วนบุคคล แบบวัดการบริหารจัดการของงานบริหารทรัพยากรบุคคลโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และแบบวัดความพึงพอใจที่มีต่อการบริหารจัดการของงานบริหารทรัพยากรบุคคล ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน หาค่าความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.75 และ 0.82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation) ผลการวิจัย พบว่า การบริหารจัดการของงานบริหารทรัพยากรบุคคลโรงพยาบาลกาฬสินธุ์โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  = 4.50, S.D. = 0.29) ด้านการใช้ทรัพยากรบุคคลมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}$  = 4.50, S.D. = 0.29) ความพึงพอใจในการรับบริการต่องานบริหารทรัพยากรบุคคลโรงพยาบาลกาฬสินธุ์โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  = 4.49, S.D. = 0.34) ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารจัดการโดยรวมกับความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ( $r$  = 0.89,  $p$  < .01) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยที่ได้สามารถนำไปวางแผนยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ใหม่ๆ ที่เป็นนวัตกรรมเชิงสร้างสรรค์ ในงานพัฒนาทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ รวมทั้งส่งเสริมการฝึกอบรมและพัฒนาที่มีความทันสมัย

**คำสำคัญ :** ความพึงพอใจ, งานบริหารทรัพยากรบุคคล, การบริหารจัดการ

<sup>1</sup>นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

<sup>2</sup>กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

<sup>3</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

Corresponding Author: Picha konkanghana E-mail: pkk68@gmail.com

Received: October 19, 2024; Revised November 29, 2024; Accepted December 02, 2024

## **The Relationship between the management of human resource department and Kalasin Hospital personnel's satisfaction**

*Supawan Mamuang<sup>1</sup> Yaowaret Kanmali<sup>2</sup> Picha Konkanghana<sup>3</sup>*

### **Abstracts**

The purpose of this correlational descriptive research was to study the satisfaction of Kalasin Hospital personnel with the management of human resource management, and the relationship between the management of human resource department and Kalasin Hospital personnel's satisfaction. The population and sample were 1,869 personnel of Kalasin Hospital. The sample consisted of 327 people selected by simple random sampling. The research tools included a personal questionnaire and a questionnaire regarding satisfaction with human resource management. Content validity by 3 experts was passed and 0.75, 0.82 Cronbach's alpha coefficients respectively. Data was analyzed by using descriptive statistic and pearson's correlation. Research result as followed; The management of human resources management at Kalasin Hospital average score is high level. ( $\bar{X} = 4.50$ , S.D. = 0.29). The human resource utilization is the highest average score, and the highest level ( $\bar{X} = 4.50$ , S.D. = 0.29). Satisfaction with the overall human resource management service at Kalasin Hospital was at a high average level. ( $\bar{X} = 4.49$ , S.D. = 0.34). The relationship score between human resources management and personnel satisfaction is high level significantly. ( $r = 0.89$ ,  $p < .01$ ). The research results can be used to plan new strategies planning, that is innovation for the human resource development work of Kalasin Hospital. Including promoting training and development that is modern training and development.

**Keywords :** satisfaction, human resource management, management

---

<sup>1</sup>Human Resource Officer, Professional Level, Kalasin Hospital

<sup>2</sup>Nursing Research and Development Department, Kalasin Hospital

<sup>3</sup>Assist.Prof. of faculty of nursing, Ramkhamhaeng University

## บทนำ

การจัดการทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Management) หรือการบริหารงานบุคคล (Personnel Resource Management) ในทุกองค์กรต้องมีหลักการพื้นฐานและแนวปฏิบัติ มีการนำแนวคิดการบริหารทรัพยากรมนุษย์แนวใหม่และการจัดการภาครัฐแนวใหม่มาเป็นกรอบในการกำหนดหลักปรัชญาในการบริหารจัดการ เพื่อให้องค์กรเกิดประสิทธิผลสูงสุดและบุคลากรสามารถรับมือกับการเปลี่ยนแปลงของโลกในปัจจุบันได้อย่างเต็มศักยภาพและมีประสิทธิภาพ สร้างความคล่องตัวให้แก่ผู้บริหาร การบริหารงานบุคคลจึงเป็นความสำคัญในลำดับต้นๆ ที่ผู้บริหารต้องให้ความสำคัญ เพราะการบริหารงานบุคคลจะเป็นกลไกอันสำคัญยิ่งอย่างหนึ่งในการบริหารงานขององค์กรให้บรรลุเป้าหมาย บุคลากรในองค์กรจึงถือเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าต่อองค์กร การบริหารยุคใหม่เชื่อว่าทรัพยากรมนุษย์ในองค์กรมีความสำคัญยิ่ง มีความรู้ ความสามารถและศักยภาพ การบริหารงานบุคคลเป็นกระบวนการวางแผนงานโครงการและนโยบายของทางราชการไปสู่การปฏิบัติ และวิธีการเกี่ยวข้องกับตัวบุคคลในองค์กร เพื่อให้ได้มาซึ่งทรัพยากรด้านบุคลากรที่มีประสิทธิภาพ มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานอันทำให้ได้มาซึ่งผลงานที่มีประสิทธิภาพ เกิด ประสิทธิภาพ ผล องค์กร มีความ

เจริญก้าวหน้า บุคลากร มีขวัญและกำลังใจ ในการ ปฏิบัติหน้าที่ ย่อม กระตุ้น ความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้บริหาร กับบุคลากรการทำงานในองค์กรจะเกิด ประสิทธิภาพสูงสุด บุคลากรปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีความสุขในการดำรงชีวิต อยู่ในองค์กร และได้รับการยอมรับจากผู้บริหารและเพื่อน สมาชิก งานบริหารทรัพยากรมนุษย์มีส่วน เกี่ยวข้องที่จะต้องสร้างปัจจัยต่างๆ ที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน ทั้งด้านคุณภาพของงาน ปริมาณงาน เวลา และค่าใช้จ่าย รวมไปถึง ความพึงพอใจ ความภาคภูมิใจที่ได้ ปฏิบัติงานในองค์กร รักองค์กร ต้องการอยู่ใน องค์กรนั้นนานๆ และพัฒนาตนเองอยู่เสมอ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน<sup>1,2</sup> โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 570 เตียง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทหน้าที่ให้บริการรักษา ทั้งผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก และเป็นศูนย์แพทยศาสตร ศึกษาชั้นคลินิก และสถาบันสมทบเพื่อการ ผลิตแพทย์ให้กับ คณะแพทยศาสตร มหาวิทยาลัยมหาสารคาม (โรงพยาบาล กาฬสินธุ์) มีบุคลากร 1,869 คน งานบริหาร ทรัพยากรบุคคลโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีหน้าที่ในการสรรหาบุคลากร บรรจุแต่งตั้ง และบรรจุกลับข้าราชการ เลขานุการคัดเลือก รองผู้อำนวยการฝ่ายแพทย์ รองผู้อำนวยการ ฝ่ายบริหาร หัวหน้าพยาบาลระดับเชี่ยวชาญ ทุกสายงาน จัดทำก.พ.7 แพ้มประวัติ ข้าราชการ การเปลี่ยนสายงานข้าราชการ/

การเลื่อนระดับ การปรับเงินเดือนตามคุณวุฒิ การจัดทำคำสั่งรักษาการในตำแหน่งให้ข้าราชการปฏิบัติหน้าที่/มอบหมายหน้าที่ โควตาแพทย์ การลาศึกษาต่อ/การลาออก จากราชการ งานทะเบียนบำเหน็จบำนาญ การขอปรับปรุง/กำหนดใช้ตำแหน่งว่าง หนังสือรับรองการปฏิบัติราชการ/ลูกจ้าง การเยียวยาข้าราชการ งานอัตรากำลัง งานสารบรรณหนังสือราชการและงานที่ได้รับ มอบหมาย ตลอดจนการบริหารงานลูกจ้าง เป็นต้น<sup>3</sup> สามารถสรุปได้ว่างานของการ บริหารบุคคลของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ด้าน HRM ประกอบด้วย การสรรหา และการดำรง ไว้ซึ่งบุคลากร สำหรับงานด้าน HRD ประกอบด้วย การใช้พัฒนาบุคลากร สำหรับ ข้อมูลด้านจำนวนบุคลากรของโรงพยาบาล กาฬสินธุ์ ตั้งแต่ปี 2565 – 2567 พบว่า มีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 1,640, 1,671 และ 1,869 คน ตามลำดับ สำหรับปี 2567 บุคลากรประกอบด้วย ข้าราชการ จำนวน 818 คน ลูกจ้างประจำ จำนวน 21 คน พนักงานราชการ จำนวน 43 คน พนักงาน กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 427 คน ลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน จำนวน 71 คน และ ลูกจ้างชั่วคราวรายวัน จำนวน 489 คน<sup>4</sup> ด้วยทรัพยากรบุคคลเป็นทรัพยากรไปสู่ ความสำเร็จตามเป้าหมายและเป็นปัจจัย ที่สร้างความแตกต่างที่สำคัญในการแข่งขัน<sup>5</sup> และที่สำคัญในแต่ละวันบุคลากรที่ปฏิบัติงาน

ในโรงพยาบาลเกือบทุกสาขา มีภารกิจ ให้บริการทั้งบุคลากรภายในและบุคลากร ภายนอกที่เป็นผู้ป่วยจำนวนมาก ซึ่งอาจ ส่งผลให้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในแต่ละแผนก ได้รับความเหน็ดเหนื่อยและบ่อยครั้งทำให้ กิจกรรมการบริการในแต่ละแผนกทำให้เกิด ปัญหาจากความผิดพลาดในการสื่อสาร ส่งผลให้เกิดความล่าช้าจากปัจจัยหลาย อย่างทำให้นักบุคลากรขาดโอกาสการพัฒนา ตนเอง และความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิต ของบุคลากรในโรงพยาบาล และ ขณะเดียวกันจำนวนบุคลากรในโรงพยาบาล มีจำนวนมากขึ้น มักเกิดปัญหาในด้านการ สรรหาบุคลากรที่เหมาะสมและตอบสนอง ความต้องการของแต่ละสาขา การให้บริการ แก่ผู้มารับบริการทั้งในและนอกโรงพยาบาล อันมีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากร ผู้วิจัย ในฐานะผู้รับผิดชอบในการจัดการงานบุคคล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ได้รับความตระหนักถึง ความสำคัญของทรัพยากรบุคคลใน โรงพยาบาล ซึ่งเป็นสถานพยาบาลด้าน สุขภาพ จึงมีความสนใจที่จะศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารจัดการของ งานบริหารทรัพยากรบุคคลกับความพึงพอใจ ของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เพราะ ปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์หรือมีอิทธิพลหรือ เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจที่อาจจะเกิดจาก คำบอกเล่าปากต่อปาก ซึ่งเป็นคำบอกเล่า ที่ได้รับทราบเกี่ยวกับคุณภาพบริการ

จากเพื่อน หรือคนรู้จัก ซึ่งเคยมาใช้บริการ แล้วได้รับบริการที่ดี จึงทำให้เกิดความคาดหวังและความต้องการในบริการที่ได้ หรือเกิดจากความต้องการส่วนตัวของผู้รับบริการ<sup>6</sup> ซึ่งเป็นความต้องการของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน หรือจากประสบการณ์ในอดีต เป็นประสบการณ์ที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังและความต้องการ อาจจะเป็นประสบการณ์ที่รู้สึกพึงพอใจต่อบริการที่เคยได้รับหรือเป็นประสบการณ์ไม่พึงพอใจกับบริการที่ได้รับมาก็ได้ ซึ่งข้อมูลความสัมพันธ์ที่ได้จากการวิจัยสามารถนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านการบริหารจัดการบุคคลากรให้ตรงตามความต้องการของผู้รับบริการ สอดคล้องกับนโยบายการบริหารงานบุคคลในองค์กร อันจะนำไปสู่ประสิทธิภาพ และประสิทธิผลการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคลากร สร้างความผาสุก ความรักผูกพันและแรงจูงใจในการทำงาน<sup>7</sup> ของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ต่อไป

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อการบริหารจัดการของงานบริหารทรัพยากรบุคคลของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารจัดการของงานบริหารทรัพยากรบุคคลโรงพยาบาลกาฬสินธุ์กับความพึงพอใจต่อการบริหารจัดการของงานบริหาร

ทรัพยากรบุคคลของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ระเบียบงานวิจัยเชิงความสัมพันธ์ (Correlational Research)<sup>8</sup> ตามขั้นตอน ดังนี้ (1) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 1,869 คน โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามแนวคิดของเครซีและมอร์แกน ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 327 คน<sup>9</sup> และทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยทำการศึกษาในระหว่างเดือนกรกฎาคม - ธันวาคม 2567 (2) เครื่องมือและการหาคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) จากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งดัดแปลงมาจากแนวคิดความพึงพอใจของผู้วิจัยใช้แนวคิดของพาราสุราแมน, ซีสแธม, และเบอริ<sup>6,10,11</sup> ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบวัดการบริหารจัดการของงานบริหารทรัพยากรบุคคลโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 3 ด้าน ได้แก่ 1) การสรรหาทรัพยากรบุคคล 2) การใช้ทรัพยากรบุคคล 3) การพัฒนา ฝึกอบรม และการสร้างกำลังใจ จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบวัดความพึงพอใจในการรับบริการ (Satisfaction Scale) 4 ด้าน ได้แก่ เกิดจาก

คำบอกเล่าปากต่อปาก เกิดจากความ ต้องการส่วนตัวของผู้รับบริการ เกิดจาก ประสบการณ์ในอดีต และเกิดจากการ โฆษณาประชาสัมพันธ์ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามจะเป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะ/ข้อสังเกตอื่นๆ ที่ได้จากการ เก็บรวบรวมข้อมูล การตรวจสอบ คุณภาพเครื่องมือ การทดสอบความตรงตาม เนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือ วิจัยฉบับร่าง เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความสอดคล้องของเนื้อหา และ ข้อคำถาม โดยการวัดดัชนีความสอดคล้อง ระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ โดยการ วิจัยด้วยค่า IOC (Index of Item Objective Congruence) มีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป สำหรับ ค่าความเที่ยง (reliability) ของแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .75 และ .82 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ (n=327)

| ข้อมูลทั่วไป  | จำนวน | ร้อยละ |
|---------------|-------|--------|
| เพศ           |       |        |
| ชาย           | 40    | 12.23  |
| หญิง          | 287   | 87.77  |
| ช่วงอายุ      |       |        |
| ต่ำกว่า 25 ปี | 41    | 12.54  |
| 26 – 35 ปี    | 126   | 38.53  |

ผู้วิจัยได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการ วิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ตามหนังสือรับรอง เลขที่ COA 036-2024 รับรอง ณ วันที่ 14 มิถุนายน 2567 และดำเนินการรวบรวมข้อมูล โดยส่งแบบสอบถามในระบบออนไลน์ภายใน แก่บุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ที่เป็น กลุ่มตัวอย่าง และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ เิงบรรยายและสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation)

ผลการวิจัย

กลุ่ม ตัวอย่าง เป็น บุคลากร ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 327 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.77 มีอายุระหว่าง 26 – 35 ปี ร้อยละ 38.53 ส่วนใหญ่เป็นสายงานกลุ่มงาน ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลมากที่สุด ร้อยละ 82.87 เป็นข้าราชการร้อยละ 70.95 มีอายุการทำงาน 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 47.40 ดังตารางแสดงที่ 1

| ข้อมูลทั่วไป                           | จำนวน | ร้อยละ |
|----------------------------------------|-------|--------|
| 36 – 45 ปี                             | 67    | 20.49  |
| 46 ปีขึ้นไป                            | 93    | 28.44  |
| <b>สายงาน</b>                          |       |        |
| กลุ่มงานที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล | 271   | 82.87  |
| กลุ่มงานที่เป็นฝ่ายสนับสนุน            | 56    | 17.13  |
| <b>ประเภทของตำแหน่ง</b>                |       |        |
| ข้าราชการพลเรือน                       | 232   | 70.95  |
| พนักงานราชการ                          | 1     | 0.31   |
| พนักงานกระทรวงสาธารณสุข                | 35    | 10.70  |
| ลูกจ้างประจำ                           | 49    | 14.98  |
| ลูกจ้างชั่วคราว                        | 10    | 3.06   |
| <b>ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน</b>         |       |        |
| ต่ำกว่า 2 ปี                           | 58    | 17.74  |
| 3 – 5 ปี                               | 51    | 15.60  |
| 6 – 10 ปี                              | 63    | 19.27  |
| 10 ปีขึ้นไป                            | 155   | 47.40  |

การบริหารจัดการของงานบริหาร  
ทรัพยากรบุคคลโรงพยาบาลกาฬสินธุ์  
โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  = 4.50,  
S.D. = 0.29) เมื่อพิจารณาแต่ละด้านพบว่า  
ด้านการใช้ทรัพยากรบุคคลมีค่าคะแนนเฉลี่ย  
สูงที่สุด ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}$  = 4.50, S.D.

= 0.29) รองลงไปคือ ด้านการสรรหา  
ทรัพยากรบุคคลมีค่าคะแนนเฉลี่ยในระดับ  
มาก ( $\bar{X}$  = 4.49, S.D. = 0.33) สำหรับด้าน  
การพัฒนา อัตรารักษา และการสร้างกำลังใจ  
มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด อยู่ในระดับมาก  
( $\bar{X}$  = 4.47, S.D. = 0.34) ดังตารางแสดงที่ 2

**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการบริหารจัดการของงาน

บริหารทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ รายด้าน

| การบริหารจัดการของงานบริหารทรัพยากรบุคคล      | Mean | S.D. | ระดับการบริหารจัดการ |
|-----------------------------------------------|------|------|----------------------|
| 1. ด้านการใช้ทรัพยากรบุคคล                    | 4.52 | 0.37 | มากที่สุด            |
| 2. ด้านการสรรหาทรัพยากรบุคคล                  | 4.49 | 0.33 | มาก                  |
| 3. ด้านการพัฒนา อัตรารักษา และการสร้างกำลังใจ | 4.47 | 0.34 | มาก                  |
| เฉลี่ยรวม                                     | 4.50 | 0.29 | มาก                  |

การบริหารจัดการของงานบริหารทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในรายข้อพบว่า การมีกลยุทธ์ในการปฐมนิเทศ (Orientation) และการทดลองงาน (Probation) การสร้างแรงจูงใจ (Motivation) การสร้างทีมงาน (Teamwork Building) ที่ครบถ้วนมีค่าเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.69$ , S.D. = 0.48) รองลงไปคือ การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ได้อย่างคุ้มค่า ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด

( $\bar{X} = 4.63$ , S.D. = 0.48) และสามารถตรวจสอบความจริงในกระบวนการสรรหาบุคลากรได้ตลอด ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.54$ , S.D. = 0.50) ตามลำดับสำหรับข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดแต่อยู่ในระดับมาก คือ การมีแผนยุทธศาสตร์เพื่อการพัฒนาบุคลากรที่ชัดเจน ( $\bar{X} = 4.31$ , S.D. = 0.47) ดังตารางแสดงที่ 3

**ตารางที่ 3** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการบริหารจัดการของงานบริหารทรัพยากรบุคคลโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ รายข้อ

| การบริหารจัดการของงานบริหารทรัพยากรบุคคล                                                                                                          | Mean | S.D. | ระดับการบริหารจัดการ |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|----------------------|
| 1. การมีกลยุทธ์ในการปฐมนิเทศ (Orientation) และการทดลองงาน (Probation) การสร้างแรงจูงใจ (Motivation) การสร้างทีมงาน (Teamwork Building) ที่ครบถ้วน | 4.69 | 0.46 | มากที่สุด            |
| 2. การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ได้อย่างคุ้มค่า                                                                                                         | 4.63 | 0.48 | มากที่สุด            |
| 3. สามารถตรวจสอบความจริงในกระบวนการสรรหาบุคลากรได้ตลอด                                                                                            | 4.54 | 0.50 | มากที่สุด            |
| 4. ความพร้อมในการให้บริการงานด้านบุคลากรครบถ้วน                                                                                                   | 4.54 | 0.50 | มากที่สุด            |
| 5. กระบวนการสรรหาบุคลากรมีความชัดเจน โปร่งใส                                                                                                      | 4.50 | 0.58 | มาก                  |
| 6. การมีกลยุทธ์สำหรับการสร้างขวัญและกำลังใจแก่บุคลากรทุกระดับและทุกสายงาน                                                                         | 4.44 | 0.49 | มาก                  |
| 7. การใช้ทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล                                                                                               | 4.44 | 0.60 | มาก                  |
| 8. การมีแผนยุทธศาสตร์เพื่อการธำรงรักษาคงไว้ซึ่งบุคลากรทุกระดับและทุกสายงาน                                                                        | 4.44 | 0.61 | มาก                  |
| 9. การเปิดโอกาสให้บุคลากรทุกระดับหรือผู้ที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในกระบวนการสรรหาบุคลากร                                                            | 4.43 | 0.50 | มาก                  |
| 10.การมีแผนยุทธศาสตร์เพื่อการพัฒนาบุคลากรที่ชัดเจน                                                                                                | 4.31 | 0.47 | มาก                  |

ความพึงพอใจในการรับบริการต่องานบริหาร  
ทรัพยากรบุคคลโรงพยาบาลกาฬสินธุ์  
โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} =$   
4.49, S.D. = 0.34) เมื่อพิจารณาความ  
พึงพอใจในรายด้าน พบว่า ความพึงพอใจที่  
เกิดจากความต้องการส่วนตัวของผู้รับบริการ  
มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ในระดับมากที่สุด  
( $\bar{X} = 4.57$ , S.D. = 0.38) รองลงไป คือ

**ตารางที่ 4** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความพึงพอใจในการรับบริการ  
ต่องานบริหารทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ รวบรวม

| ความพึงพอใจในการรับบริการ                      | Mean | S.D. | ระดับความพึงพอใจ |
|------------------------------------------------|------|------|------------------|
| 1. การเกิดจากความต้องการส่วนตัวของผู้รับบริการ | 4.57 | 0.38 | มากที่สุด        |
| 2. การเกิดจากคำบอกเล่าปากต่อปาก                | 4.50 | 0.33 | มาก              |
| 3. การเกิดจากประสบการณ์ในอดีต                  | 4.46 | 0.61 | มาก              |
| 4. การเกิดจากการโฆษณาประชาสัมพันธ์             | 4.43 | 0.39 | มาก              |
| เฉลี่ยรวม                                      | 4.49 | 0.34 | มาก              |

เมื่อพิจารณาคะแนนความพึงพอใจ  
ในการรับบริการต่องานบริหารทรัพยากร  
บุคคลโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เมื่อพิจารณา  
เป็นรายข้อ พบว่า การได้รับคำปรึกษา/  
แนวทาง/ความช่วยเหลือต่างๆ ด้านการ  
บริหารงานบุคลากรจากบุคลากรของงาน  
บริหารทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์  
มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับมาก  
ที่สุด ( $\bar{X} = 4.64$ , S.D. = 0.48) รองลงไปคือ  
การมีส่วนสำคัญที่เอื้ออำนวยให้ท่านมีความ  
เจริญก้าวหน้าในหน้าที่และตำแหน่งตาม

การเกิดจากคำบอกเล่าปากต่อปาก  
มีค่าคะแนนเฉลี่ยในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.50$ ,  
S.D. = 0.33) สำหรับความพึงพอใจที่เกิดจาก  
การโฆษณาประชาสัมพันธ์ มีค่าคะแนนเฉลี่ย  
ต่ำที่สุด อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.43$ , S.D. =  
0.39) ดังตารางแสดงที่ 4

สายงาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก  
( $\bar{X} = 4.60$ , S.D. = 0.49) ข้อที่มีค่าคะแนน  
เฉลี่ยต่ำที่สุดคือ การมีส่วนสำคัญที่  
เอื้ออำนวยให้ท่านมีความเจริญก้าวหน้า  
ทำหน้าที่ในภาคราชการที่เป็นไปตาม  
ระยะเวลาที่กำหนด อยู่ในระดับมาก  
( $\bar{X} = 4.40$ , S.D. = 0.49)

ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหาร  
จัดการโดยรวมกับความพึงพอใจอยู่ใน  
ระดับสูง ( $r = 0.89$ ,  $p < .01$ ) เมื่อจำแนก  
แต่ละด้านพบว่า ด้านการใช้ทรัพยากรบุคคล

กับความพึงพอใจของบุคลากร ( $r = 0.86$ ,  $p < .01$ ) มีค่าความสัมพันธ์สูงสุด รองลงไป คือ ความสัมพันธ์ระหว่างด้านการสรรหา ทรัพยากรบุคคลกับความพึงพอใจของ บุคลากร ( $r = 0.67$ ,  $p < .01$ ) ด้านที่มีค่า

สัมพันธ์ลำดับสุดท้ายคือ ความสัมพันธ์ ระหว่างด้านการพัฒนา อารมณ์รักษา และการ สร้างกำลังใจกับความพึงพอใจของบุคลากร ( $r = 0.66$ ,  $p < .01$ ) ดังตารางแสดงที่ 5

**ตารางที่ 5** ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารจัดการของงานบริหารทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์กับความพึงพอใจต่อการบริหารจัดการของงานบริหาร ทรัพยากรบุคคลของบุคลากร โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

| ตัวแปร                                         | ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r) |                            |                          |                          |                       | p-value    |
|------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|------------|
|                                                | ความพึงพอใจ                  | ด้านการสรรหา ทรัพยากรบุคคล | ด้านการใช้ ทรัพยากรบุคคล | ด้านการพัฒนา อารมณ์รักษา | การบริหารจัดการโดยรวม |            |
| ความพึงพอใจ                                    | -                            | 0.67**                     | 0.86**                   | 0.66**                   | 0.89**                | $p < 0.01$ |
| ด้านการสรรหา ทรัพยากรบุคคล                     |                              | -                          | 0.44**                   | 0.45**                   | 0.75**                | $p < 0.01$ |
| ด้านการใช้ ทรัพยากรบุคคล                       |                              |                            | -                        | 0.69**                   | 0.87**                | $p < 0.01$ |
| ด้านการพัฒนา อารมณ์รักษา การบริหารจัดการโดยรวม |                              |                            |                          | -                        | 0.86**                | $p < 0.01$ |

\*\* $p < 0.01$

### อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย

การบริหารจัดการของงานบริหาร ทรัพยากรบุคคลโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.50$ , S.D.= 0.29) ด้านการใช้ทรัพยากร บุคคลมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ในระดับ

มากที่สุด ( $\bar{X} = 4.50$ , S.D.= 0.29) สำหรับ รายข้อ พบว่า การมีกลยุทธ์ในการปฐมนิเทศ (Orientation) และ การทดลองงาน (Probation) การสร้างแรงจูงใจ (Motivation) การสร้างทีมงาน (Teamwork Building)

ที่ครบถ้วนมีค่าเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงไปคือ การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ได้อย่างคุ้มค่า ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด สำหรับข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดแต่อยู่ในระดับมาก คือ การมีแผนยุทธศาสตร์เพื่อการพัฒนาบุคลากรที่ชัดเจน เนื่องจากการบริหารจัดการของงานบริหารทรัพยากรบุคคล เป็นไปตามกฎกระทรวงแบ่งราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2560 ข้อ 14 กองบริหารทรัพยากรบุคคลมีอำนาจหน้าที่ในการจัดระบบงานและบริหารงานบุคคล ดำเนินการเกี่ยวกับงานด้านวินัย การเสริมสร้างและพัฒนาด้านวินัย คุณธรรม และจริยธรรม และปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ความพึงพอใจในการรับบริการต่องานบริหารทรัพยากรบุคคลโรงพยาบาลกาฬสินธุ์โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยในรายด้าน พบว่า ความพึงพอใจที่เกิดจากความต้องการส่วนตัวของผู้รับบริการมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ในระดับมากที่สุด สำหรับรายข้อ พบว่า การให้คำปรึกษา/แนวทาง/ความช่วยเหลือต่างๆ ด้านการบริหารงานบุคลากรจากบุคลากรของงานบริหารทรัพยากรบุคคลโรงพยาบาลกาฬสินธุ์มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับมากที่สุด ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ การมีส่วนสำคัญที่เอื้ออำนวยให้ท่านมีความเจริญก้าวหน้าในทำหน้าที่ในภาคราชการ

ที่เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนด อยู่ในระดับมาก เนื่องจากทีมงานบริหารทรัพยากรบุคคลโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดี สนใจซักถามความต้องการเมื่อมารับบริการ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการต้อนรับ และความเอาใจใส่ ใช้รูปแบบการปฏิบัติงานที่เข้าใจง่าย คุณลักษณะดังกล่าวสามารถสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ การมีบุคลากรที่ดี มีความเป็นกันเอง ใช้การติดต่อสื่อสารด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย และให้ความมั่นใจว่าผู้รับบริการจะได้รับบริการที่ดี ซึ่งความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นเครื่องชี้วัดคุณภาพบริการ<sup>7,12</sup> เป็นผลลัพธ์ของการบริการ ถ้าบริการใดสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ก็จะถือว่าบริการพยาบาลนั้นมีคุณภาพดี<sup>13</sup> การเพิ่มศักยภาพความสามารถในการปฏิบัติตามขั้นตอนที่ถูกต้องของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นการลดแรงกดดัน ผู้รับบริการมีความเชื่อมั่นในกระบวนการต่างๆ ที่งานบริหารทรัพยากรบุคคลโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ให้บริการ ทั้งในเรื่องระเบียบปฏิบัติทำให้ผู้รับบริการรู้สึกมั่นใจเมื่อมารับการบริการ และมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับซึ่งเป็นคุณภาพตามการรับรู้ของผู้รับบริการ<sup>14,16</sup> การที่ผู้รับบริการได้รับการบริการที่มีความครอบคลุมทำให้ผู้รับบริการสามารถปฏิบัติตามขั้นตอน ระเบียบปฏิบัติของทางราชการได้อย่างมีประสิทธิภาพก่อนให้เกิดความพึงพอใจเมื่อมารับบริการ<sup>3</sup>

ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารจัดการโดยรวมกับความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ( $r = 0.89, p < 0.01$ ) เมื่อจำแนกแต่ละด้านพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างด้านการใช้ทรัพยากรบุคคลกับความพึงพอใจของบุคลากร มีค่าความสัมพันธ์สูงสุด รองลงไปคือ ความสัมพันธ์ระหว่างด้านการสรรหาทรัพยากรบุคคลกับความพึงพอใจของบุคลากรด้านที่มีค่าสัมพันธ์ลำดับสุดท้าย คือ ความสัมพันธ์ระหว่างด้านการพัฒนา อารมณ์ รักษา และการสร้างกำลังใจกับความพึงพอใจของบุคลากร เพราะงานด้านการใช้ทรัพยากรบุคคลเป็นงานที่ประกอบภารกิจหลากหลายทั้งด้านการปฐมนิเทศ (Orientation) และการทดลองงาน (Probation) การสร้างแรงจูงใจ (Motivation) การสร้างทีมงาน (Teamwork Building) ซึ่งเป็นงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้รับบริการ ผู้รับบริการเกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ในการติดต่อประสานงาน<sup>14</sup> การใช้บริการเป็นผลให้ผู้รับบริการได้มีประสบการณ์ตรงกับการให้บริการของทีมงานบริหารทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ความพึงพอใจจึงมีส่วนสัมพันธ์กับการให้บริการในงานส่วนนี้โดยตรง<sup>15</sup> ส่งผลให้มีค่าคะแนนความสัมพันธ์สูงที่สุดสำหรับความสัมพันธ์ระหว่างด้านการสรรหาทรัพยากรบุคคลกับความพึงพอใจมีค่าคะแนนความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง เนื่องจากกระบวนการสรรหาบุคลากรเป็นกระบวนการเริ่มต้นของงานด้านบุคลากรและเป็น

ครั้งแรกที่ทำให้ผู้ใช้บริการจากงานบุคลากร อาจจะเกิดความซาบซึ้งประทับใจในความช่วยเหลือ การให้คำแนะนำตั้งแต่การสมัคร สอบคัดเลือก การเตรียมตัวเข้าสู่กระบวนการคัดเลือก การปฏิบัติตนในขณะเข้ารับการคัดเลือก การรายงานตัวเมื่อผ่านการคัดเลือก การปฐมนิเทศแนวทางการปฏิบัติราชการ หรือหน้าที่ความรับผิดชอบเป็นสิ่งที่ผู้ใช้บริการได้รับจากงานบุคลากรและเป็นผลให้เกิดความพึงพอใจในระดับหนึ่ง สำหรับด้านการพัฒนา อารมณ์รักษามีค่าคะแนนความสัมพันธ์กับความพึงพอใจน้อยที่สุดแต่อยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากวิธีการขั้นตอน หรือกระบวนการเพื่อการอำนวยการรักษาบุคลากรนั้น เป็นขั้นตอนที่ค่อนข้างซับซ้อนและต้องใช้เวลา การอำนวยการรักษาไว้ซึ่งบุคลากรนั้นต้องใช้กลยุทธ์ ดังนี้ (1) สร้างงานที่ตอบสนองต่อความต้องการ (2) สื่อสารโอกาสของความก้าวหน้าในวิชาชีพหรืออาชีพ (3) สร้างความสัมพันธ์เชิงบวกตั้งแต่ก่อนเริ่มต้นทำงานหรือปฏิบัติหน้าที่ (4) สร้างความประทับใจตั้งแต่วันแรกของการทำงาน (5) จัดหา Mentor ให้กับบุคลากรใหม่ (6) สื่อสารและอธิบายความคาดหวังอย่างชัดเจน (7) สร้างและปลูกฝังวัฒนธรรมให้กับบุคลากรรุ่นใหม่สามารถตั้งคำถามได้ (8) เข้าใจชีวิตนอกเหนือการทำงาน (9) ส่งเสริมบรรยากาศแห่งความเคารพและให้เกียรติบุคลากรใหม่ทุกคน (10) สร้างสถานที่ทำงานที่มีความเท่าเทียม<sup>17</sup>

## สรุปผลการวิจัย

1. การบริหารจัดการของงานบริหารทรัพยากรบุคคลโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  = 4.50, S.D. = 0.29) ด้านการใช้ทรัพยากรบุคคลมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}$  = 4.50, S.D. = 0.29) ความพึงพอใจในการรับบริการต่องานบริหารทรัพยากรบุคคลโรงพยาบาลกาฬสินธุ์โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  = 4.49, S.D. = 0.34)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารจัดการโดยรวมกับความพึงพอใจ ( $r$  = 0.89,  $p$  < .01) มีค่าความสัมพันธ์ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## ข้อเสนอแนะ

บทบาทด้านการใช้ทรัพยากรบุคคล ความสัมพันธ์สูงกับความพึงพอใจของบุคลากร ฝ่ายพัฒนามูลค่าควรตระหนัก โดยสามารถนำไปวางแผนยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ใหม่ๆ ที่เป็นนวัตกรรมเชิงสร้างสรรค์ ในงานพัฒนาทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาล รวมทั้งส่งเสริมการฝึกอบรมและพัฒนาที่มีความทันสมัย (Modern Training and Development)

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคลและกลุ่มงานวิจัย และพัฒนาการพยาบาล โรงพยาบาล

กาฬสินธุ์ ผู้ทรงคุณวุฒิ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

1. วิภาลักษณ์ คุ้มแสงทอง. ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุข เทศบาลนครหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัด สงขลา . สารนิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 20 ตค.2567] เข้าถึงได้จาก: <https://kb.psu.ac.th/psukb/handle/2016/17545>.
2. Aday LN, Andersen R. Theoretical and Methodological Issues in Sociological Studies of Consumer Satisfaction with Medical Care. Social Science and Medicine; 1978, 12: 28.
3. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กฎกระทรวงการแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560. [เข้าถึงเมื่อ 15 สค.2567] เข้าถึงได้จาก:

<https://dhes.moph.go.th/wpcontent/uploads/2018/12/%E0%B8%81%E0%B8%8E%E0%B8%81%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%97%E0%B8%A3%E0%B8%A7%E0%B8%87.pdf>

4. โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. รายงานประจำปี 2566. [เข้าถึงเมื่อ 15 สค.2567] เข้าถึงได้จาก: <https://anyflip.com/afjkg/jiqa/>

5. Kotler P. Marketing management: analysis, planning, implementation & control 8th ed. Englewood Cliffs NJ: Prentice-Hall; 1994.

6. Parasuraman A., Zeithaml VA., Berry LL, Delivering quality service: Balancing customer perception and expectation. London: The Free Press; 1990.

7. กลุ่มทรัพยากรบุคคล สำนักงานเลขาธิการกรม สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ. แผนปฏิบัติการเสริมสร้างความผูกพันของบุคลากรสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2567.

8. Burn N.& Grove SK. The practice of nursing research: conduct, critique, and Utilization. 5th ed St. Louis :Elsevier Saunders; 2005.

9. Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement. 1970;30(3), 607–610.

10. Davis BA, Bush HA. Developing effective measurement tools: A case study of the consumer emergency caresatisfaction scale. JNCQ. 1995;9(3)26-35.

11. Hua HC, Canbam D. Measuring Patient Satisfaction as an Outcome of Nursing Care at a Teaching Hospital of Southern Taiwan. JNCQ. 2003;18(2) 143-150.

12. Donabedian B. Evaluating the quality of medicine care. Milbank Memorial Fund Quarterly. 1966;44,166-206.

13. Omachono VK. Quality of care and the patient: New criteria for evaluation. Health Car Management Review. 1990;15 (4) , 3-10.

14. Clark CA, Pokorney ME, Brown ST. Consumer Satisfaction with nursing care in rural community hospital emergency department. J. Nursing Care Quality. 1990; 10(2),49-57.

15. Bandura A. Principle of Behavior Modification. New York: Holt Rinchart and Winston; 1989.
16. Olsen SO. Repurchase loyalty: The role of involvement and satisfaction  
  
Psychology and Marketing  
Intelligence & Planning. 2007;24  
(4):315-341.
17. สุทธิญา ตั้งวันเจริญชัย. วัฒนธรรมองค์กรของคุณตอบโจทย์พนักงานรุ่นใหม่แล้วหรือยัง? [อินเทอร์เน็ต] 2020. [เข้าถึงเมื่อ 10 พ.ย. 2567] เข้าถึงได้จาก:  
<https://blog.happily.ai/th/key-to-retaining-young-talent/>



## ปัจจัยที่มีผลต่อความฉลาดด้านอารมณ์ เด็กอายุ 3- 5 ปี อำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น

เสาวลักษณ์ จักรบุตร<sup>1</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความฉลาดทางอารมณ์ในเด็กอายุ 3-5 ปี ในอำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น ระยะเวลาศึกษา เดือน มิถุนายน - กันยายน 2567 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ดูแลเด็กและเด็กอายุ 3-5 ปี รวมทั้งหมด 90 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi – Stage Random Sampling) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบประเมินตรวจพัฒนาการเด็ก (Denver II) และแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์สำหรับเด็กอายุ 3-5 ปี ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สถานภาพของผู้ดูแล ( $p$ -value= 0.017) รายได้ ( $p$ -value= 0.05) โดยเด็กที่มีผู้ดูแลที่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท มีโอกาสเด็กมีความฉลาดด้านอารมณ์ต่ำ 6.51 เท่าของผู้ดูแลที่มีรายได้สูงกว่า 10,000 บาท ( $OR = 6.51$  , 95% CI of  $OR$  : 0.79 ถึง 53.0) และภาวะโภชนาการ ( $p$ -value= 0.01) ดังนั้นการสนับสนุนจากครอบครัวที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจที่ดีสามารถส่งเสริมการพัฒนาทักษะด้านอารมณ์ของเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงควรส่งเสริมภาวะโภชนาการและความสัมพันธ์ภายในครอบครัวในการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัย

**คำสำคัญ :** ปัจจัยที่มีผลต่อความฉลาดด้านอารมณ์, ความฉลาดด้านอารมณ์, เด็กปฐมวัย, พัฒนาการเด็ก

---

<sup>1</sup>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น

\*Corresponding Author; Souvalug Jagabut, Email: souva02@gmail.com

Received: November 13, 2024; Revised December 05, 2024; Accepted December 05, 2024

## **Factors Influencing Emotional Quotient in Children aged 3–5 years Non Sila District, Khon Kaen Province**

*Souvalug Jagabut<sup>1</sup>*

### **ABSTRACT**

This study was a cross-sectional analytical research aimed at examining the factors affecting emotional quotient (EQ) in children aged 3-5 years in Non-Sila District, Khon Kaen Province. The study was conducted from June to September 2024. The sample consisted of 90 children aged 3-5 years and their caregivers, selected through multi-stage random sampling. Data were collected using questionnaires, the Denver II Developmental Screening Test, and an emotional quotient assessment for children aged 3-5 years developed by the Department of Mental Health, Ministry of Public Health. The results revealed that factors significantly associated with children's EQ included the caregivers' marital status (p-value= 0.017), income (p-value= 0.05), and child nutritional status (p-value = 0.01). Children with caregivers who earned less than 10,000 Baht per month were 6.51 times more likely to have lower EQ than those with caregivers earning more than 10,000 Baht per month (OR = 6.51, 95% CI: 0.79 to 53.0). The findings highlight that family support from a stable socioeconomic status can effectively foster EQ development in children. Efforts should be made to promote proper nutrition and strengthen family relationships to support EQ development in early childhood.

**Keywords:** Factors Influencing Emotional Quotient, Emotional Quotient,  
Early childhood, Child Development

---

<sup>1</sup>Public Health Technical Officer, Professional Level, Non Sila District Health Office, Khon Kaen Province

## บทนำ (Introduction)

ความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Quotient: EQ) เป็นความสามารถในการเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง ควบคุมอารมณ์ความรู้สึกและความต้องการของตนเอง<sup>1</sup> และปรับตัวอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุขตามวัย ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่จำเป็นในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยเฉพาะเด็กกลุ่มเสี่ยงต่อพัฒนาการล่าช้า และเด็กที่อยู่ในพื้นที่ทุรกันดาร อย่างไรก็ตาม การสำรวจเด็กไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ในปี พ.ศ. 2559 พบว่าเด็กไทยร้อยละ 23 ยังมีความฉลาดทางอารมณ์ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ โดยพบปัญหาด้านความมุ่งมั่นพยายาม และทักษะการแก้ไขปัญหามากที่สุด<sup>1</sup> จากการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญา (IQ) เด็กไทยวัยเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ของปี 2561 พบว่า ระดับสติปัญญาเฉลี่ยเท่ากับ 94.73 ต่ำลงเกือบ 3 จุด เมื่อเทียบกับการสำรวจในปี พ.ศ. 2559 ที่ระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 98.23 ต่ำกว่าค่ากลางมาตรฐาน (IQ=100)<sup>2</sup> เด็กเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีความสำคัญยิ่งต่อการพัฒนาประเทศ จึงสมควรที่จะได้รับการดูแลปกป้องและพัฒนาให้เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสติปัญญา เरिक เอริกสัน (Erik Erikson) เป็นนักจิตวิทยาพัฒนาการที่มีชื่อเสียงจากทฤษฎีพัฒนาการทางจิตสังคม (Psychosocial Development) ซึ่งแบ่งการพัฒนาการของมนุษย์ออกเป็น

8 ขั้นตอน ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยชรา ในแต่ละขั้นตอนจะมี "วิกฤต" (Crisis) หรือความขัดแย้งทางใจที่บุคคลต้องเผชิญและแก้ไขเพื่อพัฒนาไปสู่ขั้นต่อไป สำหรับวัยเด็กตอนต้น (Early Childhood) ซึ่งอยู่ในช่วงอายุประมาณ 3-5 ปี ตรงกับขั้นตอนที่ 3 ของเอริกสัน คือ พฤติกรรมและการเรียนรู้ทางสังคมของเด็กเกิดขึ้นจากการสังเกต การเลียนแบบ และการได้รับรางวัล-การลงโทษจากพฤติกรรมที่แสดงออก ซึ่งบทบาทของพ่อแม่ ครู และบุคคลรอบข้าง จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในกระบวนการเรียนรู้ และการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของเด็ก<sup>3,4</sup> พัฒนาการของเด็กถูกกำหนดโดยปัจจัยจากระบบต่าง ๆ ในชีวิต เช่น ครอบครัว โรงเรียน ชุมชน และวัฒนธรรม ซึ่งล้วนส่งผลต่อการเติบโตและพัฒนาการทั้งทางร่างกาย และจิตใจ<sup>5</sup> มิติทางด้านอารมณ์หรือความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญยิ่งที่พ่อแม่ผู้ปกครอง ครู หรือผู้ดูแลเด็ก ควรให้ความสำคัญในการพัฒนา และสร้างเสริมให้ดียิ่งขึ้น เพราะถือเป็นรากฐานของชีวิต จะทำให้เด็กในวันนี้ได้เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพทางอารมณ์ ประสบความสำเร็จ ในการเรียนและการทำงาน รวมทั้งการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข ซึ่งคนที่ประสบความสำเร็จและมีความสุข นั้น จะต้องมีความฉลาดทางเชาว์ปัญญา (ไอคิว) และความฉลาดทางอารมณ์ (อีคิว) เพราะคน

ที่มีความฉลาดทางอารมณ์ (อีคิว) จะสามารถควบคุมอารมณ์ได้ดี มีความยืดหยุ่นในการแก้ไขปัญหา มีความเข้าใจตนเองและผู้อื่น มีทักษะในการเข้าสังคม มองโลกในแง่ดี มุ่งมั่นที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ให้สำเร็จ และแสวงหาความสุข ความเพลิดเพลินในชีวิตได้อย่างเหมาะสม ช่วงอายุ 3-5 ปีเป็นระยะเวลาที่เด็กเริ่มเข้าใจและพัฒนาความสามารถในการจัดการอารมณ์ การควบคุมตนเองและความสัมพันธ์ทางสังคม ความฉลาดทางอารมณ์ที่พัฒนาในช่วงวัยนี้ส่งผลต่อความสามารถในการจัดการกับความเครียด การแก้ปัญหาและความสามารถในการเข้าใจตนเองและผู้อื่นในอนาคต<sup>6</sup> การดำเนินงานพัฒนาการเด็กปฐมวัย อำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น พบว่า ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการเป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ยังต่ำกว่าค่าเป้าหมาย คิดเป็นร้อยละ 80.80 ร้อยละพัฒนาการสมวัย 72.07 (ค่าเป้าหมายไม่ต่ำกว่าร้อยละ 86) ร้อยละสงสัยล่าช้า 38.89 เด็กหลายคนเผชิญปัจจัยท้าทายที่อาจส่งผลต่อพัฒนาการทางอารมณ์ พบว่า เด็กที่มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 81.25 อาศัยอยู่กับพ่อแม่ พัฒนาการไม่สมวัย อาศัยอยู่กับญาติ ร้อยละ 18.75 ผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้ขาดการดูแลที่ใกล้ชิดจากผู้ปกครองที่ต้องไปทำงานต่างจังหวัด พัฒนาความฉลาดทางอารมณ์

ควรทำในเด็กวัย 3-5 ปี อย่างจริงจัง เนื่องจากเสริมสร้างได้ง่ายกว่าเด็กโต ซึ่งความฉลาดทางอารมณ์นี้จะส่งผลต่อความสำเร็จทางการเรียน การอยู่ร่วมกับผู้อื่น และการใช้ชีวิตในอนาคต สร้างความฉลาดทางอารมณ์เด็กจำเป็นต้องทำบ่อย ๆ ทำทุกวัน เพื่อให้เด็กนำความฉลาดทางอารมณ์ไปใช้ในชีวิตประจำวันเป็นอัตโนมัติ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความฉลาดทางอารมณ์ของเด็ก ได้แก่ ลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคม การปฏิสัมพันธ์ระหว่างแม่และลูก พฤติกรรมเสี่ยงและการใช้เทคโนโลยี สภาพจิตใจของผู้ปกครอง ผู้ปกครองที่มีสุขภาพจิตดีสามารถสนับสนุนพัฒนาการทางอารมณ์ของลูกได้ดี การเรียนรู้ในโรงเรียน<sup>7</sup> โดยปัญหาเหล่านี้กระทรวงสาธารณสุขจึงให้ความสำคัญกับการพัฒนาเด็กตามกลุ่มวัยตั้งแต่เด็กปฐมวัย วัยเรียน และวัยรุ่น เพื่อให้เด็กปฐมวัยได้รับการส่งเสริมพัฒนาการให้มีพัฒนาการสมวัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 รวมทั้งการส่งเสริม IQ และ EQ เพื่อมีความฉลาดทั้งทางสติปัญญา เฉลียวไม่น้อยกว่า 100 และมีความฉลาดทางอารมณ์ไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70<sup>8</sup> จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของปัญหาที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความฉลาดด้านอารมณ์ เด็กอายุ 3-5 ปี ผลการวิจัยที่ได้จะนำไปวางแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอำเภอโนนศิลาต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย (Objective)

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความฉลาดด้านอารมณ์ เด็กอายุ 3- 5 ปี อำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อประเมินพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปี อำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น

### วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

#### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาพตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Research) โดยใช้แบบสอบถามและแบบประเมินพัฒนาการเด็กในการเก็บรวบรวมข้อมูล

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. ผู้ดูแลเด็ก หรือ ผู้ปกครอง จำนวนทั้งหมด 142 คน ทั้งเพศชายและหญิง
2. เด็กอายุ 3-5 ปี ที่อาศัยอยู่ในอำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น จำนวนทั้งหมด 142 คน ทั้งเพศชายและหญิง

กลุ่มตัวอย่าง โดยการใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการประมาณค่าสัดส่วนในกรณีที่ไม่ทราบขนาดประชากร<sup>9,10</sup>

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

N = ขนาดประชากรทั้งหมด (เด็กที่ได้รับการคัดกรอง 142 คน)

$Z^2$  = ค่าคงที่จากตาราง Z ที่ระดับความเชื่อมั่นที่ต้องการ (1.96 สำหรับ 95% CI)

P = อัตราส่วนการอบรมเลี้ยงดูเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่ไม่เหมาะสม เท่ากับ 0.2 จากการศึกษาสถานการณ์ครอบครัวและการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของครอบครัวไทย ของ สุธรรม นันทมงคลชัย และคณะ<sup>11</sup> พบว่าครอบครัวไทยมีการอบรมเลี้ยงดูเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 20

$$1-P = 0.8$$

E = ความคลาดเคลื่อนสมมุติฐานที่ยอมรับให้เกิดขึ้นได้สูงสุด เท่ากับ 0.05

ขนาดตัวอย่างที่ต้องการคือประมาณ 90 คน

#### เกณฑ์การรับอาสาสมัครเข้าร่วม

#### โครงการ (Inclusion criteria)

1. กลุ่มเป้าหมายเด็กอายุ อายุ 3-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการเด็ก
2. ผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็กในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

วิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi – Stage Random Sampling) มีขั้นตอน ดังนี้ ขั้นที่ 1 สุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) อำเภอโนนศิลา มีทั้งหมด 6 ตำบล โดยแบ่งสัดส่วนของขนาดตัวอย่างตามจำนวน เด็กที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ อายุ 3-5 ปี ในแต่ละตำบลและแต่ละหมู่บ้าน ขั้นที่ 2 สุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากรายชื่อ จากข้อมูลที่ได้รับการคัดกรอง

พัฒนาการ อายุ 3-5 ปี เป็นการจับฉลากแบบ ไม่ใส่คืน (Sampling Without Replacement)

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดตามตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วยข้อคำถาม 1) ข้อมูลทั่วไปผู้เลี้ยงดูเด็ก 2) ข้อมูลทั่วไปของเด็ก 3) แบบประเมินการปฏิบัติกรเลี้ยงดูเด็ก (ใน 6 เดือนที่ผ่านมา) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งสิ้น 25 ข้อ ลักษณะของคำถามให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ ให้ตามการปฏิบัติตนตามความเป็นจริงของท่าน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ปฏิบัติทุกครั้งให้ 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้งให้ 2 คะแนน และไม่ปฏิบัติเลยให้ 1 คะแนน รวมเป็นคะแนนเต็ม 75 คะแนน การแปลผลคะแนน แบ่งระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตน โดยนำคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามมา แบ่งกลุ่มคะแนนเป็นอันดับสเกล (Ordinal Scale) 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977)<sup>12</sup> ช่วงคะแนนระหว่าง 1.00 – 1.67 หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติตนการเลี้ยงดูเด็ก อยู่ในระดับต่ำ ช่วงคะแนนระหว่าง 1.68 – 2.35 หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติตนการเลี้ยงดูเด็ก อยู่ในระดับปานกลาง ช่วงคะแนนระหว่าง 2.36 – 3.00 หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติตนการเลี้ยงดูเด็ก อยู่ในระดับดี 4) ผลการตรวจพัฒนาการเด็ก (ประเมินโดย Denver II) 5) แบบประเมิน

ความฉลาดทางอารมณ์ สำหรับเด็กอายุ 3-5 ปี ของกรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข<sup>13</sup> ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งสิ้น 15 ข้อ จำแนกเป็นความฉลาดทางอารมณ์ด้านดี 5 ข้อ ความฉลาดทางอารมณ์ด้านเก่ง 5 ข้อ และความฉลาดทางอารมณ์ด้านสุข 5 ข้อ ลักษณะคำถามมีทั้งเชิงบวกเชิงลบ เป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ (1-4 คะแนน) ไม่เป็นเลย เป็นบางครั้ง เป็นบ่อยครั้ง เป็นประจำ เด็กที่ได้คะแนนสูงกว่ามีความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่า แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ได้ผ่านการทดสอบหาความเชื่อมั่น โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และนำร่างแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณาตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาและคุณภาพของข้อคำถาม-ปรับปรุง แก้ไขแบบสอบถามให้สอดคล้องและเหมาะสมกับขอบเขตของเนื้อหาที่กำหนด

### การตรวจสอบคุณภาพของ

เครื่องมือ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง จำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง ((Index of item Objective Congruence: IOC) มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1 ซึ่งมีค่า IOC 0.50 ขึ้นไป แสดงถึงเครื่องมือมีความตรงเชิงเนื้อหา<sup>14</sup> และผ่านการทดสอบความเที่ยง (Reliability) โดยได้นำไปทดลองใช้ในพื้นที่อื่นกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน

30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ค่า Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าเท่ากับ 0.80 ซึ่งมากกว่า 0.70 ถือว่า เครื่องมือมีความตรงและความเที่ยงผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับได้<sup>15</sup>

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ คุณลักษณะทั่วไปผู้ดูแลเด็ก เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพ รายได้ ลักษณะครอบครัว และความสัมพันธ์กับเด็ก คุณลักษณะส่วนบุคคลเด็ก เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ภาวะโภชนาการ ผลการตรวจพัฒนาการเด็ก (ประเมินโดย Denver II) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด และสถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรผู้ดูแลเด็กปฐมวัย ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพ รายได้ ลักษณะครอบครัว ความสัมพันธ์กับเด็ก พฤติกรรมการปฏิบัติการณ์ดูแลเด็ก ของผู้ดูแลเด็ก กับความฉลาดด้านอารมณ์ของเด็ก การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเด็กปฐมวัย ต่อพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัย 3-5 ปี ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ภาวะโภชนาการ ผลการ

ตรวจพัฒนาการเด็ก (ประเมินโดย Denver II) กับ ความฉลาดด้านอารมณ์ ได้แก่ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ Chi-square, Fisher exact test, Odds Ratio(OR), 95%CI of OR ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษารั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับนำมาใช้ในรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้นและจัดทำแบบฟอร์มขอความยินยอมจากผู้ปกครอง และให้ผู้ปกครองลงลายมือชื่อยินยอม โดยผ่านการรับรองคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่ COE.033 /2567 วันที่ 5 สิงหาคม 2567

### ผลการวิจัย (Results)

#### 1. คุณลักษณะทั่วไปผู้ดูแลเด็ก

พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90 อายุเฉลี่ย 39.6 ปี (S.D.= 13.0) อยู่ในช่วงอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 34.4 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 58.9 ระดับการศึกษา ร้อยละ 51.1 สำเร็จการศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ส่วนมากสถานภาพคู่ ร้อยละ 76.7 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,365.5 บาท (S.D.= 3,086.2) ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 75.6 และความสัมพันธ์เป็นมารดา ร้อยละ 61.1 ดังตารางแสดงที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปผู้ดูแลเด็ก(n=90)

| ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ดูแลเด็ก                        | จำนวน | ร้อยละ |
|---------------------------------------------------|-------|--------|
| <b>เพศ</b>                                        |       |        |
| ชาย                                               | 9     | 10.0   |
| หญิง                                              | 81    | 90.0   |
| <b>อายุ(ปี)</b>                                   |       |        |
| น้อยกว่า 21 ปี                                    | 1     | 1.1    |
| 21-30                                             | 25    | 27.8   |
| 31-40                                             | 31    | 34.4   |
| 41-50                                             | 8     | 8.9    |
| 50 ปีขึ้นไป                                       | 25    | 27.8   |
| Mean= 39.6 S.D.= 13.0 Min=19 Max=69               |       |        |
| <b>อาชีพ</b>                                      |       |        |
| เกษตรกร/ชาวนา ชาวสวน                              | 36    | 40.0   |
| รับจ้าง                                           | 53    | 58.9   |
| ข้าราชการ / ลูกจ้างประจำ                          | 1     | 1.1    |
| <b>ระดับการศึกษา</b>                              |       |        |
| ไม่ได้เรียน                                       | 1     | 1.1    |
| ประถมศึกษา                                        | 25    | 27.8   |
| มัธยมศึกษาตอนต้น                                  | 14    | 15.6   |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.                            | 46    | 51.1   |
| อนุปริญญา/ปวส.                                    | 2     | 2.2    |
| ปริญญาตรี/ปริญญาโท                                | 2     | 2.2    |
| <b>สถานภาพ</b>                                    |       |        |
| โสด                                               | 11    | 12.2   |
| คู่                                               | 69    | 76.7   |
| หม้าย                                             | 7     | 7.8    |
| หย่า                                              | 3     | 3.3    |
| <b>รายได้ต่อเดือน</b>                             |       |        |
| ต่ำกว่า 5,000 บาท                                 | 6     | 6.7    |
| 5,001 – 10,000 บาท                                | 54    | 60.0   |
| 10,001 – 15,000 บาท                               | 27    | 30.0   |
| 15,001 – 20,000 บาท                               | 2     | 2.2    |
| 20,001 บาท ขึ้นไป                                 | 1     | 1.1    |
| Mean= 10,365.5 S.D.= 3,086.2 Min=4,900 Max=22,000 |       |        |

| ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ดูแลเด็ก | จำนวน | ร้อยละ |
|----------------------------|-------|--------|
| <b>ลักษณะครอบครัว</b>      |       |        |
| เดี่ยว                     | 22    | 24.4   |
| ขยาย                       | 68    | 75.6   |
| <b>ความสัมพันธ์กับเด็ก</b> |       |        |
| บิดา                       | 8     | 8.9    |
| มารดา                      | 55    | 61.1   |
| ปู่ย่า / ตายาย             | 27    | 30.0   |

2) **คุณลักษณะส่วนบุคคลเด็ก**  
พบว่า เป็นเพศชายและหญิงใกล้เคียงกัน เพศชาย ร้อยละ 52.2 เพศหญิง ร้อยละ 47.8 อายุเฉลี่ย 3.97 ปี (S.D.= 0.58) น้ำหนักเฉลี่ย 16.26 กิโลกรัม (S.D.= 3.27) ส่วนสูงเฉลี่ย 99.9 เซนติเมตร (S.D.= 7.04) ภาวะโภชนาการส่วนใหญ่ ปกติ/สมส่วน ร้อยละ 78.9 ผลการตรวจพัฒนาการเด็ก (ประเมินโดย Denver II) ด้านการเคลื่อนไหว GM ตารางที่ 2 **คุณลักษณะส่วนบุคคลเด็ก(n=90)**

สมวัย ร้อยละ 96.7 ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา FM สมวัย และสงสัยล่าช้าใกล้เคียงกัน ร้อยละ 46.7 และ 53.3 ตามลำดับ ด้านการเข้าใจภาษา RL สมวัย ร้อยละ 71.1 ด้านการใช้ภาษา EL สมวัย ร้อยละ 86.7 และ ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม PS สมวัย ร้อยละ 98.9 ดังตารางแสดงที่ 2

| คุณลักษณะส่วนบุคคลเด็ก                     | จำนวน | ร้อยละ |
|--------------------------------------------|-------|--------|
| <b>เพศ</b>                                 |       |        |
| ชาย                                        | 47    | 52.2   |
| หญิง                                       | 43    | 47.8   |
| <b>อายุ(ปี)</b>                            |       |        |
| น้อยกว่า 3.7 ปี                            | 29    | 32.2   |
| 3.7 - 4.3 ปี                               | 31    | 34.4   |
| มากกว่า 4.3 ปี                             | 30    | 33.3   |
| Mean= 3.97 S.D.= 0.58 Min= 3.0 Max=4.9     |       |        |
| <b>น้ำหนัก (กก.)</b>                       |       |        |
| น้อยกว่า 21 กก.                            | 82    | 91.1   |
| 21-25 กก.                                  | 6     | 6.7    |
| มากกว่า 25 กก.                             | 2     | 2.2    |
| Mean= 16.26 S.D.= 3.27 Min= 11.4 Max= 28.0 |       |        |

| คุณลักษณะส่วนบุคคลเด็ก                              | จำนวน | ร้อยละ |
|-----------------------------------------------------|-------|--------|
| <b>ส่วนสูง</b>                                      |       |        |
| น้อยกว่า 91 ซม.                                     | 9     | 10.0   |
| 91-100 ซม.                                          | 44    | 48.9   |
| มากกว่า 101 ซม.                                     | 37    | 41.1   |
| Mean= 99.9 S.D.= 7.04 Min= 82.0 Max= 120            |       |        |
| <b>ภาวะโภชนาการ</b>                                 |       |        |
| ปกติ/สมส่วน                                         | 71    | 78.9   |
| ผอม                                                 | 6     | 6.7    |
| อ้วน                                                | 8     | 8.9    |
| เตี้ย                                               | 5     | 5.6    |
| <b>ผลการตรวจพัฒนาการเด็ก (ประเมินโดย Denver II)</b> |       |        |
| <b>ด้านการเคลื่อนไหว GM</b>                         |       |        |
| สมวัย                                               | 87    | 96.7   |
| สงสัยล่าช้า                                         | 3     | 3.3    |
| <b>ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา FM</b>          |       |        |
| สมวัย                                               | 42    | 46.7   |
| สงสัยล่าช้า                                         | 48    | 53.3   |
| <b>ด้านการเข้าใจภาษา RL</b>                         |       |        |
| สมวัย                                               | 64    | 71.1   |
| สงสัยล่าช้า                                         | 26    | 28.9   |
| <b>ด้านการใช้ภาษา EL</b>                            |       |        |
| สมวัย                                               | 78    | 86.7   |
| สงสัยล่าช้า                                         | 12    | 13.3   |
| <b>ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม PS</b>             |       |        |
| สมวัย                                               | 89    | 98.9   |
| สงสัยล่าช้า                                         | 1     | 1.1    |

3) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง  
ตัวแปรผู้ดูแลกับความฉลาดด้านอารมณ์  
เด็กปฐมวัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่  
สถานภาพสมรสของผู้ดูแล (p-value=0.017)  
รายได้ (p-value= 0.05) พบว่า รายได้  
ต่ำกว่า 10,000 บาท มีโอกาสเสี่ยงที่เด็ก

ปฐมวัยมีความฉลาดด้านอารมณ์ต่ำกว่า  
ผู้ปกครองที่มีรายได้ มากกว่า 10,000 บาท  
คิดเป็น 6.51 เท่า (OR =6.51, 95% CI of  
OR: 0.79 ถึง 53.0) ดังตารางแสดงที่ 3

ตารางที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรผู้ดูแลกับความฉลาดด้านอารมณ์เด็กปฐมวัย

| ตัวแปร                   | ความฉลาดด้านอารมณ์ |      |                |      | OR<br>(Crude) | 95% CI of<br>OR | χ <sup>2</sup> | p-value |
|--------------------------|--------------------|------|----------------|------|---------------|-----------------|----------------|---------|
|                          | ต่ำ                |      | ปกติ - สูงกว่า |      |               |                 |                |         |
|                          | n                  | %    | n              | %    |               |                 |                |         |
| ผู้ดูแล                  |                    |      |                |      |               |                 |                |         |
| เพศ                      |                    |      |                |      |               |                 |                |         |
| ชาย                      | 2                  | 2.2  | 7              | 7.8  | 2.02          | 0.36-11.16      | n/a            | 0.34    |
| หญิง                     | 10                 | 11.1 | 71             | 78.9 |               |                 |                |         |
| อายุ(ปี)                 |                    |      |                |      |               |                 |                |         |
| < 46 ปี                  | 7                  | 7.8  | 50             | 55.6 | 0.78          | 0.22-2.70       | n/a            | 0.75    |
| ≥ 46                     | 5                  | 5.6  | 28             | 31.1 |               |                 |                |         |
| อาชีพ                    |                    |      |                |      |               |                 |                |         |
| เกษตรกร                  | 4                  | 4.4  | 32             | 35.6 | n/a           | n/a             | 0.45           | 0.79    |
| รับจ้าง                  | 8                  | 8.9  | 45             | 50.5 |               |                 |                |         |
| ข้าราชการ / ลูกจ้างประจำ | 0                  | 0    | 1              | 1.1  |               |                 |                |         |
| ระดับการศึกษา            |                    |      |                |      |               |                 |                |         |
| ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น  | 5                  | 5.6  | 35             | 38.9 | 0.87          | 0.25-3.00       | 0.04           | 0.83    |
| สูงกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น  | 7                  | 7.8  | 43             | 47.8 |               |                 |                |         |
| สถานภาพ                  |                    |      |                |      |               |                 |                |         |
| โสด                      | 0                  | 0    | 11             | 12.2 | n/a           | n/a             | 10.2           | 0.017*  |
| คู่                      | 10                 | 11.1 | 59             | 65.6 |               |                 |                |         |
| หม้าย                    | 0                  | 0    | 7              | 7.8  |               |                 |                |         |
| หย่า                     | 2                  | 2.2  | 1              | 1.1  |               |                 |                |         |
| รายได้                   |                    |      |                |      |               |                 |                |         |
| < 10,000 บาท             | 11                 | 12.2 | 49             | 54.4 | 6.51          | 0.79-53.0       | n/a            | 0.05*   |
| ≥ 10,000 บาท             | 1                  | 1.1  | 29             | 32.2 |               |                 |                |         |
| ลักษณะครอบครัว           |                    |      |                |      |               |                 |                |         |
| เดี่ยว                   | 2                  | 2.2  | 20             | 22.2 | 0.58          | 0.11-2.87       | n/a            | 0.72    |
| ขยาย                     | 10                 | 11.1 | 58             | 64.4 |               |                 |                |         |
| ความสัมพันธ์กับเด็ก      |                    |      |                |      |               |                 |                |         |
| บิดา                     | 1                  | 1.1  | 7              | 7.8  | n/a           | n/a             | 0.07           | 0.96    |
| มารดา                    | 7                  | 7.8  | 48             | 53.3 |               |                 |                |         |
| ปู่ย่า / ตายาย           | 4                  | 4.4  | 23             | 25.6 |               |                 |                |         |

| ตัวแปร                 | ความฉลาดด้านอารมณ์ |      |                        |      | OR<br>(Crude) | 95% CI of<br>OR | $\chi^2$ | p-value |
|------------------------|--------------------|------|------------------------|------|---------------|-----------------|----------|---------|
|                        | ต่ำ                |      | ปกติ - สูงกว่า<br>ปกติ |      |               |                 |          |         |
|                        | n                  | %    | n                      | %    |               |                 |          |         |
| พฤติกรรมกรรมการปฏิบัติ |                    |      |                        |      |               |                 |          |         |
| การดูแลเด็ก            |                    |      |                        |      |               |                 |          |         |
| ระดับปานกลาง           | 1                  | 1.1  | 16                     | 17.8 | 0.35          | 0.42-2.93       | 1.00     | 0.31    |
| ระดับสูง               | 11                 | 12.2 | 62                     | 68.9 |               |                 |          |         |

4) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเด็กปฐมวัยต่อพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัย 3-5 ปี พบว่าภาวะโภชนาการ มีความสัมพันธ์กับความฉลาดด้านอารมณ์ของเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value= 0.01)

โดยภาวะโภชนาการปกติ/สมส่วน เด็กปฐมวัย พบความฉลาดด้านอารมณ์ต่ำ ร้อยละ 8.9 ภาวะโภชนาการอ่อนเด็กปฐมวัย พบความฉลาดด้านอารมณ์ต่ำ ร้อยละ 1.1 ภาวะโภชนาการเต็ม พบความฉลาดด้านอารมณ์ต่ำ ร้อยละ 3.3 ดังตารางแสดงที่ 4

ตารางที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเด็กปฐมวัยกับความฉลาดด้านอารมณ์

| ตัวแปร          | ความฉลาดด้านอารมณ์ |      |                    |      | OR<br>(Crude) | 95% CI of<br>OR | χ <sup>2</sup> | p-value |
|-----------------|--------------------|------|--------------------|------|---------------|-----------------|----------------|---------|
|                 | ต่ำ                |      | ปกติ - สูงกว่าปกติ |      |               |                 |                |         |
|                 | n                  | %    | n                  | %    |               |                 |                |         |
| เด็กปฐมวัย      |                    |      |                    |      |               |                 |                |         |
| เพศ             |                    |      |                    |      |               |                 |                |         |
| ชาย             | 6                  | 6.7  | 41                 | 45.6 | 2.02          | 0.36-11.16      | n/a            | 0.34    |
| หญิง            | 6                  | 6.7  | 37                 | 41.1 | 0.90          | 0.26-3.04       | 0.27           | 0.86    |
| อายุ(ปี)        |                    |      |                    |      |               |                 |                |         |
| < 3.7 ปี        | 2                  | 2.2  | 27                 | 30.0 | n/a           | n/a             | 2.19           | 0.33    |
| 3.7 - 4.3 ปี    | 4                  | 4.4  | 27                 | 30.0 |               |                 |                |         |
| > 4.3 ปี        | 6                  | 6.7  | 24                 | 26.7 |               |                 |                |         |
| น้ำหนัก (กก.)   |                    |      |                    |      |               |                 |                |         |
|                 |                    | 8.9  | 45                 | 50.5 |               |                 |                |         |
| < 21 กก.        | 10                 | 11.1 | 72                 | 80.0 | n/a           | n/a             | 2.47           | 0.29    |
| 21-25 กก.       | 1                  | 1.1  | 5                  | 5.6  |               |                 |                |         |
| > 25 กก.        | 1                  | 1.1  | 1                  | 1.1  |               |                 |                |         |
| ส่วนสูง         |                    |      |                    |      |               |                 |                |         |
| น้อยกว่า 91 ซม. | 2                  | 2.2  | 7                  | 7.8  | n/a           | n/a             | 1.74           | 0.41    |

| ตัวแปร                   | ความฉลาดด้านอารมณ์ |      |                    |      | OR<br>(Crude) | 95% CI of<br>OR | $\chi^2$ | p-value |
|--------------------------|--------------------|------|--------------------|------|---------------|-----------------|----------|---------|
|                          | ต่ำ                |      | ปกติ - สูงกว่าปกติ |      |               |                 |          |         |
|                          | n                  | %    | n                  | %    |               |                 |          |         |
| 91-100 ซม.               | 7                  | 7.8  | 37                 | 41.1 |               |                 |          |         |
| มากกว่า 101 ซม.          | 3                  | 3.3  | 34                 | 37.8 |               |                 |          |         |
| ภาวะโภชนาการ             |                    |      |                    |      |               |                 |          |         |
| ปกติ/สมส่วน              | 8                  | 8.9  | 63                 | 70.0 | n/a           | n/a             | 10.6     | 0.01**  |
| ผอม                      | 0                  | 0    | 6                  | 6.7  |               |                 |          |         |
| อ้วน                     | 1                  | 1.1  | 7                  | 7.8  |               |                 |          |         |
| เตี้ย                    | 3                  | 3.3  | 2                  | 2.2  |               |                 |          |         |
| ผลการตรวจพัฒนาการเด็ก    |                    |      |                    |      |               |                 |          |         |
| (ประเมินโดย Denver II)   |                    |      |                    |      |               |                 |          |         |
| ด้านการเคลื่อนไหว GM     |                    |      |                    |      |               |                 |          |         |
| สมวัย                    | 12                 | 13.3 | 75                 | 83.3 | 0.86          | 0.79-0.93       | n/a      | 1.00    |
| สงสัยล่าช้า              | 0                  | 0    | 3                  | 3.3  |               |                 |          |         |
| ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและ |                    |      |                    |      |               |                 |          |         |
| สติปัญญา FM              |                    |      |                    |      |               |                 |          |         |
| สมวัย                    | 6                  | 6.7  | 36                 | 40.0 | 1.16          | 0.34-3.93       | 0.06     | 0.80    |
| สงสัยล่าช้า              | 6                  | 6.7  | 42                 | 46.7 |               |                 |          |         |
| ด้านการเข้าใจภาษา RL     |                    |      |                    |      |               |                 |          |         |
| สมวัย                    | 6                  | 6.7  | 58                 | 64.4 | 0.34          | 0.10-1.19       | 3.00     | 0.08    |
| สงสัยล่าช้า              | 6                  | 6.7  | 20                 | 22.2 |               |                 |          |         |
| ด้านการใช้ภาษา EL        |                    |      |                    |      |               |                 |          |         |
| สมวัย                    | 12                 | 13.3 | 66                 | 73.3 | 0.84          | 0.77-0.93       | n/a      | 0.35    |
| สงสัยล่าช้า              | 0                  | 0.0  | 12                 | 13.3 |               |                 |          |         |
| ด้านการช่วยเหลือตนเองและ |                    |      |                    |      |               |                 |          |         |
| สังคม PS                 |                    |      |                    |      |               |                 |          |         |
| สมวัย                    | 12                 | 13.3 | 77                 | 85.6 | 0.86          | 0.79-0.93       | n/a      | 1.00    |
| สงสัยล่าช้า              | 0                  | 0.0  | 1                  | 1.1  |               |                 |          |         |

## อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย

### (Discussion and Conclusion)

การวิจัยนี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษา  
ปัจจัยที่มีผลต่อความฉลาดทางอารมณ์ของ

เด็กอายุ 3-5 ปี ในอำเภอโนนศิลา จังหวัด  
ขอนแก่น ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มี  
ความสัมพันธ์กับความฉลาดทางอารมณ์ของ  
เด็กอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ สถานภาพ

ของผู้ปกครอง ระดับรายได้ของครอบครัว และภาวะโภชนาการของเด็ก โดยพบว่า เด็กที่มีผู้ปกครองที่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท ต่อเดือน มีแนวโน้มที่จะมีความฉลาดทางอารมณ์ต่ำกว่าเด็กที่มาจากครอบครัวที่มีรายได้สูงกว่า นอกจากนี้เด็กที่มีภาวะโภชนาการสมส่วนมีคะแนนความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่าเด็กที่มีภาวะโภชนาการต่ำหรือสูงกว่าเกณฑ์ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของดุซงกีและอมรา<sup>1</sup> ซึ่งชี้ให้เห็นว่าครอบครัวที่มีสถานะทางเศรษฐกิจสังคมที่ดี ย่อมสามารถสนับสนุนและส่งเสริมพัฒนาการด้านอารมณ์ของเด็กได้ดีกว่าครอบครัวที่มีข้อจำกัดทางการเงินและเวลา การเลี้ยงดู แนวคิดของ Bronfenbrenner<sup>5</sup> ยังสอดคล้องกับผลการวิจัยนี้ที่ชี้ให้เห็นว่าภาวะเศรษฐกิจสังคมของครอบครัวส่งผลต่อพัฒนาการทางอารมณ์ของเด็กอย่างชัดเจน เนื่องจากสิ่งแวดล้อมที่เด็กอยู่เป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมและการพัฒนาความสามารถทางอารมณ์ของเด็ก และสนับสนุนทฤษฎีของ Erikson<sup>3</sup> ที่กล่าวว่า ช่วงอายุเด็กปฐมวัยเป็นวัยที่สำคัญสำหรับการพัฒนาอารมณ์พื้นฐาน และความสามารถในการปรับตัวในสังคม โดยเฉพาะเด็กที่ได้รับการสนับสนุนที่ดีจากครอบครัวมีแนวโน้มที่จะพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ได้ดีกว่าเด็กที่ขาดการสนับสนุนเหล่านี้ อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้พบว่าปัจจัย เช่น เพศ อายุ และอาชีพ

ของผู้ปกครองไม่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางอารมณ์ของเด็ก อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยของ Rachman และคณะ<sup>7</sup> ที่พบว่าเพศของเด็กมีผลต่อการพัฒนาทักษะด้านสังคม และอารมณ์ของเด็ก โดยเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะมีทักษะการจัดการอารมณ์และการเข้าสังคมได้ดีกว่าเพศชาย ผลการวิจัยยังแตกต่างทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bandura<sup>16</sup> ที่กล่าวว่าพฤติกรรม การเรียนรู้จากการเลียนแบบและการสังเกต มีผลต่อพัฒนาการด้านอารมณ์และสังคมของเด็ก โดยเฉพาะในกรณีที่เด็กสามารถเห็นแบบอย่างที่ดีในครอบครัวหรือโรงเรียน สาเหตุที่ผลการวิจัยนี้แตกต่างจากงานวิจัยอื่นๆ อาจเกิดจากปัจจัยต่างๆ ดังนี้ความแตกต่างในกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยนี้ดำเนินการในอำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีบริบทเฉพาะทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม การเลี้ยงดูและการสนับสนุนพัฒนาการเด็กอาจมีลักษณะเฉพาะที่ต่างจากพื้นที่อื่นๆ งานวิจัยอื่นที่ดำเนินการในเมืองใหญ่หรือในกลุ่มประชากรที่มีพื้นฐานเศรษฐกิจและสังคมที่แตกต่างอาจแสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่ต่างกัน วิธีการเก็บข้อมูลงานวิจัยนี้เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม และการสังเกตซึ่งเป็นการให้ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลประเมินพฤติกรรมของเด็กสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bandura<sup>16</sup> อาจใช้การสังเกตการณ์พฤติกรรมเด็กในสภาพแวดล้อมจริงที่อาจให้ผลที่ตรงกับ

ความเป็นจริงมากกว่า ความแตกต่างด้านวัฒนธรรมและการอบรมเลี้ยงดู ผลการวิจัยที่พบว่าเพศและอายุไม่ส่งผลต่อความฉลาดทางอารมณ์ของเด็ก อาจเกิดจากวิธีการอบรมเลี้ยงดูที่แตกต่างในวัฒนธรรมไทย โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่อาจไม่ได้เน้นย้ำการพัฒนาทักษะทางสังคมและอารมณ์ที่แตกต่างตามเพศเท่ากับวัฒนธรรมอื่นๆ ทำให้ไม่พบผลแตกต่างในมิติด้านเพศและอายุ ในงานวิจัยนี้แตกต่างจากงานวิจัยของ Rachman และคณะ<sup>7</sup> การวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของปัจจัยเศรษฐกิจและสังคมและภาวะโภชนาการในการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของเด็ก และซึ่งผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงการดูแลและส่งเสริมพัฒนาการด้านอารมณ์ในเด็กปฐมวัย อายุ 3-5 ปี ในระดับชุมชนต่อไป

#### ข้อเสนอแนะ

1. การส่งเสริมพัฒนาความฉลาดด้านอารมณ์ โดยส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีการพัฒนาความฉลาดด้านอารมณ์ให้กับเด็ก และควรมีการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ปกครอง โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีรายได้น้อย เพื่อให้สามารถสนับสนุนพัฒนาการความฉลาดด้านอารมณ์ของเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. การส่งเสริมภาวะโภชนาการเด็ก ควรมีมาตรการเสริมภาวะโภชนาการเด็กในชุมชน โดยให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูลและการส่งเสริมการดูแลด้านอาหารและ

สุขภาพเบื้องต้น เพื่อช่วยให้เด็กมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสมและเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์

3. การพัฒนาโปรแกรมหรือแนวทางการเลี้ยงดูเด็ก สำหรับผู้ปกครองและครูในชุมชนเพื่อส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กอายุ 3-5 ปี

#### เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. ดุษฎี จิ่งศิริกุลวิทย์, อมรา ธนศุภรัตน์. ผลของโปรแกรมฝึกทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยไทย (Thai Triple-P) ต่อพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ใน เด็กกลุ่มเสี่ยงต่อพัฒนาการล่าช้า. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2023;31(3):215– 226.
2. นิชวรรณ จงรักษธนกิจ, มธุรา สุวรรณโพธิ์, จันทร์อาภา สุขทัพพ์, ประเสริฐ จุฑา, รัชดาวรรณ แดงสุข. ระดับสติปัญญานักเรียนไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1: การสำรวจระดับชาติ พ.ศ. 2564. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2023;31(1):1–11.
3. Erikson EH. Childhood and Society, 2nd Ed. Childhood and Society, 2<sup>nd</sup> Ed. W. W. Norton: Oxford, England; 1964.
4. Bandura A. Social Learning Theory. Social Learning Theory. Prentice-Hall: Oxford, England; 1977.

5. Bronfenbrenner U. The Ecology of Human Development. Harvard University Press; 1979.; doi: 10.2307/j.ctv26071r6.
6. Goleman D. Emotional Intelligence. Emotional Intelligence. Bantam Books, Inc: New York, NY, England; 1995.
7. Rachman Y, Sumarwan U, Latifah M, et al. Factors Influencing The Social-Emotional Development of Children And Adolescents: A Study Systematic Literature Review. Journal of Family Sciences 2023;1–17; doi: 10.29244/jfs.vi.49789.
8. สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย : Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM). สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก: นนทบุรี; 2564.
9. Daniel WW, Cross CL. Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences. Wiley; 2018.
10. Ngamjarus C, Chongsuvivatwong V, McNeil E. n4Studies: Sample Size Calculation for an Epidemiological Study on a Smart Device. Siriraj Medical Journal 2016;68: 160–170.
11. สุธรรม นันทมงคลชัย, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์, โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์, et al. สถานการณ์ครอบครัวและการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของครอบครัวไทย 2024. Available from: <https://phfh.ph.mahidol.ac.th/article/1.pdf>.
12. John W Best, Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall Publishers; 1977.
13. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ เด็กอายุ 3-5 ปี (ฉบับย่อ) สำหรับครู/ผู้ดูแล. 2567.
14. วงศา เล้าหศิริวงศ์. การประเมินคุณภาพบทความวิจัยด้านสาธารณสุขและการพัฒนาโครงร่างวิจัย. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น: ขอนแก่น; 2560.
15. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. Int J Med Educ 2011;2:53–55; doi:10.5116/ijme.4dfb.8dfd.
16. Bandura A. Social Learning Theory. Social Learning Theory. Prentice-Hall: Oxford, England; 1977.

## การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับบิลิรูบินทางผิวหนังและระดับบิลิรูบินในเลือดในทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยมาก

สำราญ วิมุตติโกศล<sup>1</sup>

### บทคัดย่อ

การวัดค่าบิลิรูบินในเลือดเป็นมาตรฐานวินิจฉัยตัวเหลืองในทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยมาก แต่สร้างความเจ็บปวด จึงพัฒนาเครื่องมือวัดทางผิวหนังใช้คัดกรอง แต่ความน่าเชื่อถือในทารกกลุ่มนี้ไม่มีข้อสรุปชัดเจน การวิจัยเป็น cross-sectional ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างค่าบิลิรูบินทางผิวหนังและในเลือดในทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยมาก ก่อนส่องไฟรักษา 74 รายวัดทางผิวหนังด้วย JM-105® ทุกครั้งที่วัดค่าในเลือดห่างกันไม่เกิน 30 นาที นำค่าที่วัดจาก 2 วิธี วิเคราะห์ด้วย Pearson correlation coefficient, Bland-Altman plot ผลศึกษาค่าในเลือดทางผิวหนังหน้าอกและหน้าผาก มีค่าเฉลี่ย  $6.50 \pm 1.74$  มก./ดล.,  $6.85 \pm 1.89$  มก./ดล. และ  $6.92 \pm 1.62$  มก./ดล. ความสัมพันธ์ระหว่างค่าในเลือดกับผิวหนังหน้าอกและหน้าผาก มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $r$ ) 0.50 และ 0.62. Bland-Altman plot กระจายตัวส่วนใหญ่ในช่วงค่าเฉลี่ยบวกลบสองเท่าของค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลต่างเฉลี่ย  $-0.35 \pm 1.83$  มก./ดล. limit of agreement  $-3.94$  ถึง  $3.24$  มก./ดล., 95%CI  $-0.77$  ถึง  $0.08$  สำหรับค่าในเลือดและค่าทางผิวหนังหน้าอก ส่วนหน้าผากมีผลต่างเฉลี่ย  $-0.42 \pm 1.45$  มก./ดล. limit of agreement  $-3.262$  ถึง  $2.42$  มก./ดล., 95%CI  $-0.76$  ถึง  $-0.08$  การศึกษาแสดงระดับบิลิรูบินก่อนส่องไฟรักษา วัดทางผิวหนังมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับในเลือด แต่สอดคล้องดีพอจะนำการวัดค่าทางผิวหนังมาใช้คัดกรองตัวเหลืองทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยมาก โดยไม่ต้องรอผลห้องปฏิบัติการลดการติดเชื้อและไม่เจ็บตัว แต่ยังต้องเฝ้าระวังการตรวจในเลือดเพื่อยืนยันการวินิจฉัย

**คำสำคัญ :** ค่าบิลิรูบินวัดทางผิวหนัง, ค่าบิลิรูบินวัดทางเลือด, ทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยมาก, การรักษาด้วยการส่องไฟ

<sup>1</sup>นายแพทย์เชี่ยวชาญ กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลชลบุรี

\*Corresponding Author; Samran Wimuttigosol, Email: doctorsamrannb@gmail.com

Received: November 12, 2024; Revised December 15, 2024; Accepted December 15, 2024

## **The relationship between skin transcutaneous bilirubin measurement and total serum bilirubin in very low birth weight preterm infants.**

*Samran Wimuttigosol<sup>1</sup>*

### **Abstract**

Total serum bilirubin measurement is a standard diagnostic tool for detecting jaundice in very low birth weight preterm infants; this method can cause pain. A transcutaneous bilirubinometer has been developed and introduced for screening hyperbilirubinemia. The reliability of transcutaneous bilirubin measurement in this group of infants remains inconclusive. This a cross-sectional study aimed to identify the correlation between transcutaneous bilirubin (TcB) and serum bilirubin (TsB) levels in 74 very low birth weight preterm infants who before phototherapy. Infants were measured their TcB using the JM-105<sup>®</sup> device within 30 minutes of total serum bilirubin measurement. The bilirubin levels from both methods were analyzed using Pearson correlation coefficient and Bland-Altman plot statistics. The findings showed that, the average bilirubin levels in the blood and skin on the chest and forehead were  $6.50 \pm 1.74$  mg/dL,  $6.85 \pm 1.89$  mg/dL, and  $6.92 \pm 1.62$  mg/dL, respectively. The correlation coefficients ( $r$ ) between blood bilirubin levels and skin bilirubin levels on the chest and forehead were 0.50 and 0.62. The Bland-Altman plot revealed that most values were distributed within the mean  $\pm 2$  standard deviations, with an average difference of  $-0.35 \pm 1.83$  mg/dL, a limit of agreement between -3.94 and 3.24 mg/dL, and a 95% confidence interval (CI) of -0.77 to 0.08 for blood and chest skin bilirubin levels. For the forehead, the mean difference was  $-0.42 \pm 1.45$  mg/dL, with a limit of agreement between -3.262 and 2.42 mg/dL, and a 95% CI of -0.76 to -0.08. This study indicated that the correlation between TcB and TsB in very low birth weight preterm infants before photography was moderate but there was sufficiently consistent for using transcutaneous bilirubin measurement for jaundice screening. This non-invasive method does not require laboratory results, reduces the risk of infection, and avoids discomfort for infants. However, blood bilirubin measurement had remained necessary for diagnostic confirmation.

**Keyword :** skin transcutaneous bilirubin measurement, total serum bilirubin, very low birth weight preterm infants, phototherapy

---

<sup>1</sup>M.D., Dip.(Pediatrics); Dip (Neonatal-Perinatal Medicine) Department of Pediatrics, Chonburi Hospital

## บทนำ (Introduction)

ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด (Neonatal hyperbilirubinemia) เป็นภาวะแทรกซ้อนในทารกแรกเกิดที่พบบ่อยที่สุด โดยเฉพาะในทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยมาก ถึงแม้ว่าส่วนใหญ่จะไม่ก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงก็ตาม แต่หากเข้าสู่ภาวะสำคัญแล้วอาจทำให้เกิดอันตรายได้<sup>1,2</sup> American academy of pediatrics (AAP) เริ่มออกแนวทางปฏิบัติในการรักษาในทารกคลอดครบกำหนดสุขภาพดี ล่าสุดในปี ค.ศ. 2022<sup>3,4</sup> มีเป้าหมายเพื่อลดภาวะตัวเหลืองรุนแรงและอัตราการเกิด bilirubin encephalopathy โดยการเจาะเลือดตรวจค่าบิลิรูบิน (total serum bilirubin; TsB) ถือเป็นวิธีมาตรฐานในการให้การวินิจฉัย การเก็บตัวอย่างนำมาซึ่งความเจ็บปวดและเป็นขั้นตอนที่ต้องใช้เวลานาน<sup>5,6</sup> มีการศึกษาถึงความเสี่ยงของการเจาะเลือดตรวจค่าบิลิรูบิน พบความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของการติดเชื้อเนื่องจากทารกมีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ จึงมีการติดเชื้อได้ง่ายและเกิดภาวะโลหิตจางได้ โดยเฉพาะในทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยมาก<sup>7,8</sup> นอกจากนี้ยังมีการบันทึกความเจ็บปวดและความเครียดจากการทำหัตถการซ้ำๆ ซึ่งปัจจุบันมีการพัฒนาเครื่องมือที่เรียกว่า Transcutaneous bilirubinometer (TcB) ที่สามารถวัดค่าบิลิรูบินผ่านทางผิวหนังได้โดยไม่ต้องเจาะเลือดและทราบผลทันที แต่ทว่ามีการวิจัย

จำนวนมากที่พบว่า ค่าความแม่นยำในการตรวจค่าบิลิรูบินทางผิวหนังใกล้เคียงกับค่าบิลิรูบินในเลือดในทารกอายุครรภ์ 35 สัปดาห์ขึ้นไปเท่านั้น<sup>10-13</sup> โดยมีงานวิจัยแนะนำให้ใช้เครื่องตรวจค่าบิลิรูบินทางผิวหนัง (JM-105) ในอายุครรภ์ที่มากกว่า 33 สัปดาห์และแนะนำให้ใช้ก่อนการรักษาด้วยการส่องไฟ<sup>14</sup> อุปกรณ์ดังกล่าวจึงกลายมาเป็นเครื่องมือในการคัดกรอง (screening tool) ก่อนเจาะเลือดหาค่าบิลิรูบินในเลือดเพื่อตัดสินใจให้การรักษาในกลุ่มทารกแรกเกิดที่ครบกำหนดและเกือบครบกำหนดเท่านั้น<sup>11, 12</sup> แต่ยังมีข้อจำกัดในทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยมาก เนื่องจากความแม่นยำของ TcB นั้นแตกต่างกันไปตามข้อจำกัดบางประการ<sup>15-17</sup> แม้ว่าจะมีการศึกษาวิจัยแบบ meta-analysis ในปี 2019<sup>18</sup> แต่ยังไม่มีความเห็นตรงกันเกี่ยวกับการใช้ TcB ที่ชัดเจนในกลุ่มนี้

## วัตถุประสงค์ (Objective)

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ (Correlation) ระหว่างค่าบิลิรูบินที่วัดผ่านทางผิวหนัง (TcB) และค่าบิลิรูบินในเลือด (TsB) ในทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยมาก

## วิธีการศึกษา (Methodology)

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (A cross-sectional study) ที่ศึกษาในทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยมากที่มีการคลอดก่อนอายุครรภ์

มีน้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม อายุไม่เกิน 7 วัน ที่ไม่เคยรักษาด้วยการส่องไฟ มารดามีอายุมากกว่า 18 ปี มีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ที่ได้รับความยินยอมในการศึกษาวิจัยจากผู้ปกครอง โดยเกณฑ์ในการคัดออกทารกแรกเกิดที่มีผิวหนังหลุดลอกง่าย ไม่มีความผิดปกติของโครงสร้างหรือโรคต่างๆ ทางพันธุกรรมตั้งแต่กำเนิด ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤติ (NICU) และหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย 2 (SNB2) โรงพยาบาลชลบุรี ในระยะเวลาวันที่ 1 กันยายน 2567 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม 2567 คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Walter S.D. 13 ได้จำนวน 74 ราย เมื่อแพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะตัวเหลือง โดยจะทำการวัดค่าบิลิรูบินผ่านทางผิวหนังด้วยเครื่อง JM-105 ที่มีค่า accuracy  $\pm 1.6$  mg/dl ตามค่า specifications ที่ตำแหน่งหน้าอกและหน้าผากหลังจากนั้นเจาะเลือดไม่เกิน 30 นาที เพื่อตรวจค่าบิลิรูบินในเลือดด้วยเครื่อง NEO-BIL Plus (Das, Rome, Italy) ที่ห้องปฏิบัติการกลาง (Central Lab) โรงพยาบาลชลบุรี

**การพิทักษ์สิทธิ์** งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชลบุรี รหัสวิจัย 27/67/S/h1

### การวิเคราะห์ทางสถิติ

การคำนวณขนาดตัวอย่างของ Sample size for correlation (Reference: Walter, S.D., Eliasziw, M., Donner, A.

(1998) .Sample size and optimal designs for reliability studies. Statistics in medicine, 17, 101-110 โดยกำหนด Type I error (Alpha) = 0.01, Power = 0.90 และ drop out rate 10% ด้วยโปรแกรม G-power โดยอ้างอิงจากการศึกษาก่อนหน้านี้<sup>19</sup> ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 74 ราย การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา เป็นค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และเครื่องมือ Bland-Altman plot, Paired T-Test และ Pearson correlation ในการบอกค่าความสัมพันธ์ และค่าการกระจายตัวความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ย บิลิรูบินในเลือด และค่าบิลิรูบินทางผิวหนัง ที่วัดโดยเครื่อง JM-105 โดยใช้โปรแกรม IBM SPSS statistic 23 และ Stata 18

### ผลการศึกษา (Results)

ผลการศึกษา ทารกเกิดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อยมากในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤติ (NICU) และหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย 2 (SNB2) พบว่าจำนวนค่าบิลิรูบินในเลือด (TsB) และค่าบิลิรูบินทางผิวหนัง (TcB) 74 คู่ ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2567 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม 2567 มีการแจกแจงแบบปกติ และมีคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการจำแนกไว้ โดยมีอายุมารดาเฉลี่ย  $27.8 \pm 6.9$  ปี อายุครรภ์แรกเกิดเฉลี่ย  $30.6 \pm 2.0$  สัปดาห์ น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย  $1211.9 \pm 228.7$  กรัม อายุทารก

ตรวจค่าตัวบิโรบินเฉลี่ย  $33.9 \pm 11.9$  ชั่วโมง  
 ดังตารางแสดงที่ 1 โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง  
 ร้อยละ 52.7 (39 ราย) เชื้อชาติไทย ร้อยละ  
 78.4 (58 ราย) และขนาดตัวเท่ากับอายุครรภ์  
 ร้อยละ 90.5 (67 ราย) นอกจากนี้ ยังมีความ  
 ต่างของเวลาในการตรวจระหว่างทางผิวน้ำ  
 กับในเลือดเฉลี่ย  $20.92 \pm 3.10$  นาที ส่วน  
 ตารางแสดงที่ 2 แสดงค่า Min, Max, Mean,  
 S.D. และ  $\text{Mean} \pm \text{S.D.}$  ของระดับบิโรบินใน  
 เลือด ระดับบิโรบินที่วัดทางผิวน้ำบริเวณ  
 หน้าอกและหน้าผาก และค่าเฉลี่ยความ  
 ต่างระหว่างระดับบิโรบินในเลือดกับที่  
 วัดทางผิวน้ำทั้งสองวิธี จากการทดสอบ  
 ความสัมพันธ์ของค่าบิโรบินในเลือดและ  
 ค่าบิโรบินทางผิวน้ำโดยใช้ Paired T-test  
 ผลการวิเคราะห์ พบว่าค่าเฉลี่ยบิโรบิน  
 ในเลือดเท่ากับ  $6.50 \pm 1.74$  mg/dl โดยมีค่า  
 บิโรบินทางผิวน้ำบริเวณหน้าอกและ  
 หน้าผาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ  $6.85 \pm 1.89$  mg/dl  
 และ  $6.92 \pm 1.62$  mg/dl ตามลำดับ และ  
 ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่าง  
 มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าความแตกต่าง  
 ของค่าเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มเท่ากับ  $-0.8 \pm 1.1$   
 mg/dl และ  $-0.4 \pm 1.5$  mg/dl สำหรับหน้าอก

และหน้าผาก ตามลำดับ ดังตารางแสดงที่ 3  
 ซึ่งค่าบิโรบินทางผิวน้ำบริเวณหน้าอกและ  
 หน้าผาก นั้นมีค่าสูงกว่าและหาความสัมพันธ์  
 โดยใช้ Pearson correlation coefficient  
 พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ  
 0.50 และ 0.6 P-value < 0.05

จาก Bland-Altman plot ดังแผนภูมิ  
 แสดงที่ 1 พบว่าความแตกต่างระหว่างค่า  
 บิโรบินในเลือดกับค่าบิโรบินที่วัดทางผิวน้ำ  
 บริเวณหน้าอกก่อนการส่องไฟรักษามีค่าเฉลี่ยค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความ  
 ต่างเท่ากับ  $-0.35 \pm 1.83$  mg/dl และ  
 มี limit of agreement (ค่าเฉลี่ย  $\pm 1.96 \text{S.D.}$ )  
 เท่ากับ  $-3.94$  ถึง  $3.24$  mg/dl และ 95 %  
 confidence interval of the mean คือ  $-0.77$   
 ถึง  $0.08$  mg/dl และดังแผนภูมิแสดงที่ 2  
 พบว่าความแตกต่างระหว่างค่าบิโรบินใน  
 เลือดกับค่าบิโรบินที่วัดทางผิวน้ำบริเวณที่  
 หน้าผากก่อนการส่องไฟรักษามีค่าเฉลี่ยค่า  
 เบี่ยงเบนมาตรฐานของความแตกต่างเท่ากับ  
 $-0.42 \pm 1.45$  mg/dl และมี limit of agreement  
 (ค่าเฉลี่ย  $\pm 1.96 \text{S.D.}$ ) เท่ากับ  $-3.26$  ถึง  $2.42$   
 มก./ดล. และ 95 % confidence interval of  
 the mean คือ  $-0.76$  ถึง  $-0.08$  mg/dl

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไป (Demographic data) ของทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยมาก

74 ราย

| ข้อมูลพื้นฐาน                                                     | Mean±S.D.    |
|-------------------------------------------------------------------|--------------|
| อายุของมารดา (ปี)*                                                | 27.8±6.9     |
| อายุครรภ์แรกเกิด (สัปดาห์)*                                       | 30.6±2.0     |
| น้ำหนักแรกเกิด (กรัม)*                                            | 1211.9±228.7 |
| อายุทารกที่ตรวจค่าบิลิรูบินเฉลี่ย (ชั่วโมง)*                      | 33.9±11.9    |
| ความต่างของเวลาที่ใช้ในการตรวจระหว่างทางผิวหนังกับในเลือด (นาที)* | 20.92±3.10   |

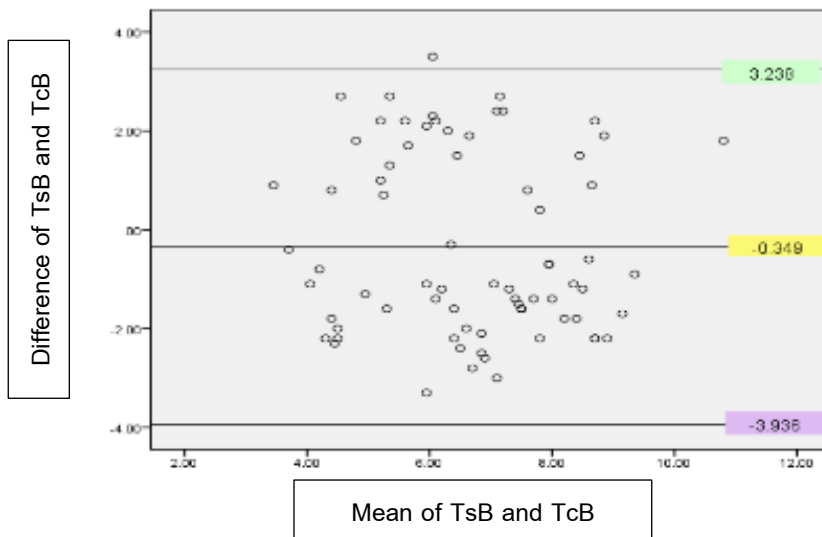
ตารางที่ 2 แสดงค่า Min, Max, Mean, S.D. ของระดับบิลิรูบินในเลือด ระดับบิลิรูบินที่วัดทางผิวหนังบริเวณหน้าอกและหน้าผาก

| ก่อนการรักษา<br>ด้วยการส่องไฟ | ค่าบิลิรูบิน (mg/dL) |         |      |      |
|-------------------------------|----------------------|---------|------|------|
|                               | Minimum              | Maximum | Mean | S.D. |
| TSB                           | 3.2                  | 11.7    | 6.50 | 1.74 |
| TcB chest                     | 3                    | 10      | 6.85 | 1.89 |
| TcB forehead                  | 3.9                  | 12.1    | 6.92 | 1.62 |

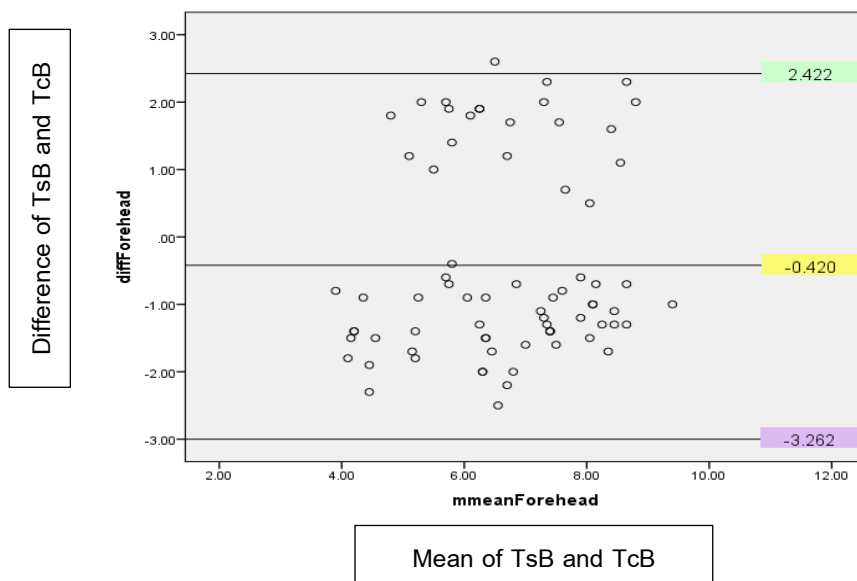
ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยของระดับบิลิรูบินในเลือด(TsB) ระดับบิลิรูบินที่วัดทางผิวหนัง(TcB) และความแตกต่างระหว่างระดับบิลิรูบินที่วัดทั้งสองวิธี

|               | ค่าบิลิรูบิน (mg/dL)    |                            |                               | TsB – TcB C              | TsB-TcB F                   |
|---------------|-------------------------|----------------------------|-------------------------------|--------------------------|-----------------------------|
|               | TsB<br>(Mean ±<br>S.D.) | TcB Chest<br>(Mean ± S.D.) | TcB Forehead<br>(Mean ± S.D.) | (Mean ± S.D.)<br>(mg/dL) | (Mean ±<br>S.D.)<br>(mg/dL) |
| ก่อนการรักษา  | 6.50 ± 1.74             | 6.85 ± 1.89                | 6.92 ± 1.62                   | -0.8±1.1                 | -0.4±1.5                    |
| ด้วยการส่องไฟ |                         |                            |                               |                          |                             |

แผนภูมิที่ 1 แสดง Bland – Altman plot ระหว่างค่าบีโบริบในเลือดและค่าบีโบริบที่วัดทางผิวหนัง บริเวณหน้าอกก่อนการส่องไฟรักษา



แผนภูมิที่ 2 แสดง Bland – Altman plot ระหว่างค่าบีโบริบในเลือดและค่าบีโบริบที่วัดทางผิวหนัง บริเวณหน้าผากก่อนการส่องไฟรักษา



## อภิปรายผล (Discussion)

จากผลการศึกษาพบว่า ค่าบิลิรูบินทางผิวหนังที่วัดโดยเครื่อง JM-105 กับค่าบิลิรูบินในเลือดของทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยมาก จำนวน 74 ราย มีการแจกแจงปกติ เมื่อนำไปทำ Bland-Altman plot พบว่าการกระจายตัวส่วนใหญ่อยู่ในช่วงค่าเฉลี่ยบวกลบสองเท่าของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยมีค่าผลต่างเฉลี่ยของค่าบิลิรูบินในเลือดและค่าบิลิรูบินที่ผิวหนังที่วัดที่หน้าอกเท่ากับ  $-0.35 \pm 3.59$  mg/dl และค่า 95% CI ที่  $-0.77$  ถึง  $0.08$  mg/dl และที่หน้าผากเท่ากับ  $-0.42 \pm 2.84$  มก./ดล. และ 95% confidence interval of the mean คือ  $-0.76$  ถึง  $-0.08$  mg/dl เมื่อนำไปคำนวณโดยใช้สถิติการทดสอบความต่างของค่ากลางในสองประชากรแบบไม่อิสระ (paired T-test) พบว่า ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าบิลิรูบินในเลือดกับค่าบิลิรูบินทางผิวหนังบริเวณหน้าอกและหน้าผากที่วัดโดยเครื่อง JM-105 คือ  $6.50 \pm 1.74$  mg/dl,  $6.85 \pm 1.89$  mg/dl และ  $6.92 \pm 1.62$  mg/dl ตามลำดับ โดยมีค่าผลต่างเฉลี่ยอยู่ที่  $-0.35 \pm 1.83$  mg/dl และ  $-0.42 \pm 1.45$  และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ของระดับบิลิรูบินทางผิวหนังบริเวณหน้าอกและ

หน้าผาก กล่าวคือ ค่าบิลิรูบินทางผิวหนังที่วัดโดยเครื่อง JM-105 กับระดับค่าบิลิรูบินในเลือด ในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยมากมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง คือ 0.50 และ 0.63 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้<sup>19-22</sup> แต่อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์มีน้อยกว่าเมื่อเทียบกับทารกที่ครบกำหนดและเกือบครบกำหนดที่มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง คือ 0.8-0.94<sup>11,12,23</sup> ดังนั้นโดยความสัมพันธ์ระดับปานกลางนี้สามารถที่จะนำมาใช้ได้ แต่ต้องระมัดระวังในกรณีที่ตัวเลขของระดับบิลิรูบินเข้าใกล้ในระดับที่ต้องรักษาด้วยการส่องไฟจำเป็นต้องได้รับการวัดระดับค่าบิลิรูบินทางเลือดเพื่อยืนยันจะได้ไม่ล่าช้าในการรักษา

อคติ (Bias) ในงานวิจัยนี้ เนื่องจากคณะผู้วิจัยได้ขอความช่วยเหลือจากผู้ช่วยผู้วิจัยหลายคนในการเก็บข้อมูล ทำให้ไม่สามารถปกปิดข้อมูล ทั้งผู้เก็บข้อมูลและผู้ร่วมวิจัยได้ รวมถึงทำให้เกิดความแตกต่างในเทคนิคการวัด (Human error) ส่งผลอาจมีผลให้มีคลาดเคลื่อนในการเก็บข้อมูลได้

ข้อจำกัดของงานวิจัยนี้ เนื่องจากผู้วิจัยไม่ได้กำหนดแนวทางในการตรวจค่าบิลิรูบินที่ชัดเจน ซึ่งงานวิจัยนี้เป็นการ

ตรวจตามคำสั่งแพทย์เท่านั้น นอกจากนี้ การตรวจหาค่าบิลิรูบินในเลือดยังใช้เทคนิค การตรวจแบบไมโครบิลิรูบิน ซึ่งอาจมีค่า คลาดเคลื่อนจากการรักษาบางอย่าง เช่น การได้รับไขมันผ่านทางเส้นเลือด เป็นต้น

การต่อยอดงานวิจัยในอนาคต ประการแรก มีแนวทางในการตรวจค่า บิลิรูบินที่ชัดเจน ประการที่สอง ควรมีการ ฝึกอบรมขั้นตอนการวัดให้แก่ผู้ช่วยผู้วิจัย ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีมาตรฐานการวัด เหมือนกัน ประการที่สาม ค่าบิลิรูบินในเลือด ควรใช้เทคนิคการตรวจค่าบิลิรูบินในเลือด (Total serum bilirubin) ที่เป็นการตรวจ มาตรฐานในการประเมินการทำงานของตับ

### บทสรุปและข้อเสนอแนะ

ก่อนการส่องไฟรักษา ค่าบิลิรูบิน ที่วัดทางผิวหนังมีความสัมพันธ์ในระดับ ปานกลางกับค่าบิลิรูบินในเลือด แต่มีความ สอดคล้องดีพอที่จะนำการวัดค่าบิลิรูบิน ทางผิวหนังมาใช้ในการคัดกรองภาวะ ตัวเหลืองที่ทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัว น้อยมาก เนื่องจากเป็นวิธีที่ไม่เจ็บตัว ไม่ต้อง รอผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ลดความ เสี่ยงต่อการติดเชื้อ และเสียเลือดแต่ต้อง ระวังระดับรังสีในกรณีที่มีตัวเลขของระดับบิลิรูบิน เข้าใกล้ในระดับที่ต้องรักษาด้วยการส่องไฟ

จำเป็นต้องได้รับการวัดระดับค่าบิลิรูบินทาง เลือดเพื่อยืนยันจะได้ไม่ล่าช้าในการรักษา

### เอกสารอ้างอิง

1. Phaosavasdi S, Uerpairojkit B, Thamkhantho M, Prugsapong C, Kamjanapitak A. Medical ethics on the year of neonatal jaundice campaign. J Med Assoc Thai. 2004;87(12):1539-41.
2. Jirapaet K. Thai healthy newborns have a higher risk. J Med Assoc Thai. 2005;88(9):1314-8.
3. American Academy of Pediatrics. Provisional Committee for Quality Improvement and Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Practice parameter: management of hyperbilirubinemia in the healthy term newborn. Pediatrics. 1994; 94:558-62.
4. American Academy of Pediatrics. Clinical Practice Guideline Revision: Management of Hyperbilirubinemia in the Newborn Infant 35 or More Weeks of Gestation. Pediatrics. 2022;150(3): e2022058859.
5. Hussain AS, Shah MH, Lakhdir M, Ariff S, Demas S, Qaiser F, et al. Effectiveness of transcutaneous bilirubin measurement in managing neonate jaundice in postnatal ward of

- tertiary care hospital in Pakistan. *BMJ Paediatr Open*.2017;1(1): e000065
6. Jonah A, Newberry DM, Eisenbeisz E, Comparison of transcutaneous and serum bilirubin measurements in neonates 30 to 34 weeks' gestation before, during, and after phototherapy. *Adv Neonatal Care*. 2018(2):144-53.
  7. Raba AA, O'Sullivan A, Miletin J. Transcutaneous bilirubinometry during and after phototherapy in preterm infants: a prospective observational study. *BMJ Paediatr Open*. 2020;4(1): e000681
  8. Rohsiswatmo R, Oswari H, Amandito R, Sjakti HA, Windiastuti E, Roeslani RD, et al. Agreement test of transcutaneous bilirubin and bilistick with serum bilirubin in preterm infants receiving phototherapy. *BMC Pediatr*. 2018;18(1):315
  9. Brummelte S, Grunau RE, Chau V, Poskitt KJ, Brant R, Vinall J, et al. Procedural pain and brain development in premature newborns. *Ann Neurol*. 2012;71(3):385-96.
  10. Yasuda S, Itoh S, Isobe K, Yonetani M, Nakamura H, Nakamura M, et. Al. New transcutaneous jaundice device with two optical paths. *J Perinat Med*. 2003;31: 81-8.
  11. Maisels MJ, Ostrea EM Jr, Touch S, Clune SE, Cepeda E, Kring E, et.al. Evaluation of a new transcutaneous bilirubinometer. *Pediatrics*.2004;113:1628-35.
  12. Sanpavat S, Nuchprayoon I. Noninvasive transcutaneous bilirubin as a screening test to identify the need for serum bilirubin assessment. *J Med Assoc Thai*. 2004;87: 1193-8.
  13. Engle WD, Jackson GL, Stehel EK, Sendelbach DM, Manning MD. Evaluation of transcutaneous jaundice meter following hospital discharge in term and near-term neonates. *J Perinatol*. 2005; 25:486-90.
  14. Jagathesan T, Cambell DM, Ray JG, Shah V, Berger H, Hayeems RZ, et.al. Transcutaneous versus total serum bilirubin measurements in preterm infants. *Neonatology* 2021; 118:443-53.
  15. Tan KL, Mylvaganam A. Transcutaneous bilirubinometry in preterm very low birthweight infants. *Acta Paediatr Scand*. 1988; 77:796-801.

16. Knupfer M, Pulzer F, Braun L, Heilmann A, Robel Tillig E, Vogtmann C. Transcutaneous bilirubinometry in preterm infants. *Acta Paediatr.* 2001; 90:899-903.
17. Szabo P, Wolf M, Bucher HU, Haensse D, Fauchere JC, Arlettaz R. Assessment of jaundice in preterm neonates: comparison between clinical assessment, two transcutaneous bilirubinometers and serum bilirubin values. *Acta Paediatr.* 2004; 93:1491-5.
18. Mohammad Hassan Shabuj, Jesmin Hossain and Sanjoy Dey. Accuracy of transcutaneous bilirubinometry in the preterm infants: a comprehensive meta-analysis. *The journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine.* 2019; 32(5): 734-741.
19. Daisuke Kurokawa, Hajime Nakamura, Tomoyuki Yokota, Sota Iwatani, Takeshi Morisawa, Yoshinori Katayama, et.al. Screening for Hyperbilirubinemia in Japanese Very Low Birthweight Infants Using Transcutaneous Bilirubinometry. *J Pediatr.* 2016; 168:77-81.
20. Suwimol Sanpavat, Issarang Nuchprayoon. Transcutaneous Bilirubin in the Pre-term Infants. *J Med Assoc Thai.* 2007;90(9):1803-8.
21. Nawaz Zuberbhai Patel, Sheila G Aiyer. Diagnostic accuracy of transcutaneous bilirubinometer devices compared with the total serum bilirubin measurement in preterm ( $\leq 35$  weeks) very low birth weight neonates during the neonatal period up to 7 days of life. *Sri Lanka Journal of Child Health.* 2020; 49(1): 23-29.
22. Cucuy M, Juster-Reicher A, Fidel O, Shinwell E. Correlation between transcutaneous and serum bilirubin in preterm infants before, during, and after phototherapy. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2018; 31(10):1323-26.
23. Norman M, Aytug H, Celebi H B. Evaluation of a new transcutaneous bilirubinometer In newborn infants. *Sci Rep.* 2022 Apr 7;12(1):5835.



# อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดเลือดออกในสมอง หลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2566

รัญจนา ธนานุวัฒน์ศักดิ์<sup>1</sup>

## บทคัดย่อ

การวิจัยแบบย้อนหลังจากเหตุไปหาผล (Retrospective cohort study) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับการเกิดเลือดออกในสมองหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระหว่างปีงบประมาณ 2564 - 2566 โดยพรรณนาลักษณะผู้ป่วย วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของปัจจัยในการศึกษา ทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่เกิดและไม่เกิดเลือดออกในสมองหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดโดย Chi square หรือ Fisher's exact test และ Student t-test หรือ Wilcoxon Rank Sum test วิเคราะห์ปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับการเกิดภาวะดังกล่าว โดยวิเคราะห์แบบตัวแบบเชิงเส้นนัยทั่วไป (Generalized Linear Model, GLMs) พบว่า อุบัติการณ์การเกิดเลือดออกในสมองหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับร้อยละ 12.43 (95% CI: 8.49, 17.38) พบว่าปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับการเกิดเลือดออกในสมองหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ค่า WBC (ARR= 1.01, 95% CI: 1.01, 1.01) ค่า INR (ARR= 10.50, 95% CI: 2.07, 53.34) และ คะแนน NIHSS ที่สูงขึ้น (ARR= 1.07, 95% CI: 1.01, 1.14)

**คำสำคัญ :** โรคหลอดเลือดสมอง, เลือดออกในสมอง, ยาละลายลิ่มเลือด, ปัจจัยเสี่ยง

<sup>1</sup>นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

\*Corresponding Author; Ranjana Thananuwatsak , Email: buttercup\_tik@yahoo.com

Received: October 31, 2024; Revised December 15, 2024; Accepted December 15, 2024

## **Incidence and Associated Factors of Intracerebral Hemorrhage Complication after Intravenous Recombinant Tissue Plasminogen Activator (rt-PA) in Kalasin Hospital, Fiscal year 2021–2023**

*Ranjana Thananuwatsak<sup>1</sup>*

### **ABSTRACT**

This retrospective cohort study investigated the incidence and factors associated with intracerebral hemorrhage complications after intravenous Recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) at Kalasin Hospital during the fiscal years 2021 to 2023. The study described patient characteristics, analyzed the correlation coefficients of the studied factors, and tested differences between groups with and without intracranial hemorrhage following thrombolytic therapy using the chi-square or Fisher's exact test, as well as the Student's t-test or Wilcoxon Rank Sum test. The study identified factors influencing the occurrence of this condition through generalized linear models (GLMs). The findings revealed that the incidence of intracranial hemorrhage after thrombolytic therapy in patients with stroke was 12.43% (95% CI: 8.49, 17.38). The study found that significant risk factors included elevated WBC count (ARR= 1.01, 95% CI: 1.01, 1.01), INR (ARR= 10.50, 95% CI: 2.07, 53.34), and higher NIHSS scores (ARR= 1.07, 95% CI: 1.01, 1.14).

**Key word :** stroke, intracranial hemorrhage, thrombolytic therapy, risk factors

---

<sup>1</sup>Medical Doctor, Professional Level, Kalasin Hospital

## บทนำ (Introduction)

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นปัญหาใหญ่ทั่วโลก ข้อมูลองค์การอนามัยโลก ใน ค.ศ. 2019 พบว่า stroke เป็นสาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) อันดับสามในประชากรทั่วโลกทุกกลุ่มอายุ<sup>1</sup> แต่เป็นอันดับ 1 ของไทย<sup>2</sup> ในปี พ.ศ. 2564 พบผู้ป่วย stroke ในประเทศไทย 303.03 ต่อแสนประชากร และกว่าร้อยละ 70 เป็นผู้ป่วยสมองขาดเลือด (ischemic stroke)<sup>3</sup> ปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วย stroke ในประเทศไทย จำนวน 163,823 ราย และจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 2,143 ราย<sup>4</sup> Ischemic stroke ที่ไม่มีข้อห้ามจะได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rtPA) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ตอบสนองดีแต่มีข้อระวังการเกิดเลือดออกบริเวณต่างๆ อาทิ สมองหรือทางเดินอาหารเป็นต้น ต้องสังเกตอาการใกล้ชิด 24 ชั่วโมงหลังรับยา<sup>5</sup> ซึ่งพบอุบัติการณ์ในกลุ่มเชื้อชาติเอเชียตะวันออกและเชื้อชาติอื่นๆ ร้อยละ 15.00 และ 21.00<sup>6</sup> ตามลำดับ อุตการณ์ในประเทศไทย ร้อยละ 11.40 ถึง 17.00<sup>7-8</sup> ประเทศจีน ร้อยละ 10.50 ถึง 24.20<sup>9-10</sup> และประเทศไทย ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ในภาคเหนือ จังหวัดเชียงใหม่และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 12.80<sup>11</sup> 21.25<sup>12</sup> 19.7<sup>13</sup> และ 7.70<sup>14</sup> ตามลำดับ

ปัจจัยเสี่ยงเลือดออกในสมองหลังให้ยาละลายลิ่มเลือดในยุโรป คือ ค่า APTT สูงกว่า 30.31 และเกร็ดเลือดต่ำกว่า 185,000

platelets/mm<sup>3</sup> อายุเกิน 80 ปี ได้รับยาละลายลิ่มเลือดล่าช้า มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 180 mg/dL ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (systolic blood pressure: SBP) สูงกว่า 180 mmHg. และเป็นคนเอเชีย<sup>15</sup> ส่วนเอเชียมีการศึกษาในประเทศจีน พบว่าคืออายุที่มากขึ้นและการมี National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) ที่สูง หัวใจเต้นผิดจังหวะ (Atrial Fibrillation: AF) ได้รับยาละลายลิ่มเลือดช้า ระดับน้ำตาลในเลือดสูง และสมองขาดเลือดเป็นบริเวณกว้าง<sup>9-10</sup> ในประเทศไทยคือ โรคลิ้นหัวใจรั่ว การใช้ยา aspirin มี NIHSS สูงกว่า 20 คะแนน SBP สูงกว่า 140 mmHg. มีเกร็ดเลือดต่ำกว่า 250,000 platelets/mm<sup>3</sup> อายุมากกว่า 65 ปี และน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 200 mg/dL.<sup>11-12</sup>

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เก็บข้อมูลผู้ป่วย stroke ที่ได้รับ rtPA อย่างเป็นระบบในปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วย stroke เฉลี่ยปีละ 1,400 ราย ได้รับ rtPA เฉลี่ยปีละ 100 ราย มีเลือดออกในสมองเฉลี่ยปีละ 4 ราย ทั้งนี้อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วย stroke ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์มีเลือดออกในสมองยังไม่มีการศึกษาแน่ชัด

## วัตถุประสงค์ (Objective)

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดเลือดออกในสมองหลังได้รับ rtPA ในผู้ป่วย stroke โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดเลือดออกในสมองหลังได้รับ rtPA ในผู้ป่วย stroke โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

### วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การศึกษาแบบย้อนหลังจากเหตุไปหาผล (Retrospective cohort Study) ในประชากรผู้ป่วย stroke ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2566 ทั้งสิ้น 233 ราย ซึ่งจะใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างจำแนกเป็นกลุ่มที่ไม่มี และ มีเลือดออกในสมองหลังได้รับ rtPA ยืนยันจาก Computed Tomography (CT) scan เกณฑ์คัดเข้าคือผู้ป่วย stroke ที่ได้รับ rtPA และทำ CT scan หลังให้ยา คัดผู้ที่อายุต่ำกว่า 18 ปี ออก และใช้ค่าความผิดปกติของผลตรวจทางห้องปฏิบัติการตามค่ามาตรฐานห้องปฏิบัติการโรงพยาบาล ใช้แบบบันทึกข้อมูล 4 ส่วน คือ 1.) ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง โรคประจำตัว ค่าสัญญาณชีพ การนำส่งผู้ป่วยมา คะแนน NIHSS ก่อนได้รับ rtPA 2.) ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ คือ ระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) complete blood count (ค่า white blood cell count, ค่า hematocrit, ค่า platelet) ค่าการแข็งตัวของเลือด (ค่า Prothrombin Time (PT), ค่า Partial Thromboplastin Time (PTT), ค่า International Normalized Ratio (INR)

และผลการทำ CT scan ของผู้ป่วย 3.) เวลารักษาผู้ป่วย ประกอบไปด้วย door to needle time, door to laboratory time, door to CT scan time และ onset to needle time 4.) ผลหลังได้รับ rtPA ว่ามีเลือดออกในสมองหรือไม่ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบบันทึกข้อมูลที่ใช้ให้อายุรแพทย์ประสาท 3 ท่าน ได้แก่ พญ.ชาลินี พ่วงพูน รพ.นราธิวาสราชนครินทร์ พญ.ทิพภากร เมืองงาม รพ.สมิติเวชชลบุรี และ นพ.ปรมัต ศิริกันทรมาศ รพ.สมุทรสาคร ตรวจสอบและใช้การบันทึกข้อมูล แบบ double entry เพื่อความถูกต้องของข้อมูล รวบรวมรายชื่อของผู้ป่วยตามเกณฑ์คัดเข้า และบันทึกข้อมูลโดยกำหนดลำดับใหม่ให้ไม่สามารถย้อนกลับไปยังตัวตนผู้ป่วยได้ ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่ระบุชื่อ ผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวมเฉพาะในงานทางวิชาการเท่านั้น

การทำวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เอกสารรับรองเลขที่ COA No. 016/2024E (KLSH REC No.028/2024R) รับรองวันที่ 24 พฤษภาคม 2567

วิเคราะห์โดยโปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ ใช้สถิติเชิงพรรณนาอธิบายลักษณะผู้ป่วย เป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) ค่ามัธยฐาน (median) ค่าควอไทล์ที่ 1 (Q1) ค่าควอไทล์ที่ 3 (Q3) ทดสอบความแตกต่าง

ของกลุ่มที่มีและไม่มีเลือดออกในสมองหลังได้รับ rtPA โดย Chi square test หรือ Fisher's exact test สำหรับข้อมูลแบ่งกลุ่ม ส่วนค่าเฉลี่ยใช้ student T test และค่ามัธยฐานใช้ Wilcoxon Rank Sum test ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดเลือดออกในสมองหลังได้รับ rtPA วิเคราะห์แบบตัวแบบเชิงเส้นน้อยทั่วไป (generalized linear model, GLMs) แบบตัวแปรเดียว เลือกตัวแปรที่ค่า  $p$  value  $< 0.1$  เพื่อวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร เสนอผลเป็น Risk Ratios (RRs), Adjusted Risk Ratios (ARR) และ 95% confidence interval (CI) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p$ -value น้อยกว่า 0.05

### ผลการวิจัย (Result)

ผู้ป่วย stroke ที่ได้รับ rtPA ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ทั้งหมด 233 ราย ค่าเฉลี่ยอายุ 62.31 ปี (S.D.= 12.90) ค่ามัธยฐานอายุ 65 ปี (Q1= 54, Q3= 72) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 63.95) มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐานคือ BMI ตั้งแต่ 23 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> (ร้อยละ 51.93) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 64.81) พบความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 41.63) เบาหวาน (ร้อยละ 25.75) และโรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 13.30) สูงสุดสามอันดับแรก ผู้ป่วยร้อยละ 14.22 และ 3.43 ใช้ยา aspirin และวาลาพาริน ตามลำดับ ผู้ป่วยทั้งหมดมีค่า SBP สูงกว่าปกติเล็กน้อย (Mean 147.51, S.D. 20.99)

แต่ค่า DBP และค่าสัญญาณชีพอื่นๆ อยู่ในเกณฑ์ปกติ พบภาวะ anemia ร้อยละ 41.20 ภาวะ leukocytosis ร้อยละ 23.61 มี prolong PT ร้อยละ 41.74 มี prolong PTT ร้อยละ 5.85 มี slower clotting time (INR>1.03) ร้อยละ 6.93 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์โดยการส่งตัวเข้ามา รับการรักษาต่อ (refer) ร้อยละ 61.21 พยาธิสภาพส่วนใหญ่เกิดที่สมองซีกขวา (ร้อยละ 62.75) และบริเวณ middle cerebral artery (MCA) ร้อยละ 48.04 ระยะเวลาเฉลี่ยของ door to needle time, door to lab time, door to CT time และ onset to needle time คือ 47.84 (S.D.= 17.07), 35.87 (S.D.= 16.52), 17.05 (S.D.= 28.17) และ 167.03 นาที (S.D.= 58.36) ตามลำดับ NIHSS แรกรับเฉลี่ยอยู่ที่ 9.46 (S.D.= 4.91) และมีความรุนแรงอยู่ที่ 8 (Q1=5, Q3= 13)

จากผู้ป่วยทั้งหมด 233 ราย พบ 29 ราย มีเลือดออกในสมองหลังได้รับ rtPA คิดเป็นอุบัติการณ์ ร้อยละ 12.43 (95% CI: 8.49, 17.38) (มีอาการ 12 ราย (ร้อยละ 5.19 (95% CI: 2.71, 8.90) ไม่มีอาการ 17 ราย (ร้อยละ 7.36 (95% CI: 4.35, 11.52) พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีเลือดออกในสมองหลังได้รับ rtPA คือกลุ่มที่มีเลือดออกมีค่าเฉลี่ย ( $p= 0.017$ ) และมัธยฐานอายุ ( $p= 0.019$ ) สูงกว่า NIHSS ในกลุ่มที่มีเลือดออก มีค่าเฉลี่ยสูงกว่า ( $p= 0.008$ )

พบค่าเฉลี่ย ( $p < 0.001$ ) และค่ามัธยฐาน ( $p < 0.001$ ) ของจำนวนเม็ดเลือดขาว ค่า PT และค่า INR ของกลุ่มที่มีเลือดออกสูงกว่า (ตารางที่ 1-2) พบความแตกต่างของการมีเลือดออกในกลุ่มที่มีปัจจัยและไม่มีปัจจัยต่างๆ คือ ในกลุ่มผู้ป่วยที่อายุ 65 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 17.07) พบการมีเลือดออกสูงกว่ากลุ่มที่อายุไม่เกิน 65 ปี (ร้อยละ 7.27) ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปานกลางถึงรุนแรง ที่มี NIHSS 16 คะแนนขึ้นไป (ร้อยละ 30.00) พบว่าเกิดเลือดออกในสมองสูงกว่ากลุ่มที่มีอาการเล็กน้อยถึงปานกลาง ที่มี NIHSS

ไม่เกิน 16 คะแนน (ร้อยละ 9.45) ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะ leukocytosis (ร้อยละ 27.27) พบมีเลือดออกมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะดังกล่าว (ร้อยละ 7.87) เช่นเดียวกับกับผู้ป่วยที่มีภาวะ prolong PT (ร้อยละ 23.96) และมีภาวะ slower clotting time ที่ INR มากกว่า 1.1 (ร้อยละ 50.00) พบว่ามีการเลือดออกสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะดังกล่าว (ร้อยละ 3.73 และ ร้อยละ 9.77 ตามลำดับ) ดังตารางแสดงที่ 1,2

**ตารางที่ 1** ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและการวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับการเกิดเลือดออกในสมองหลังได้ rtPA

p-value

| ลักษณะทั่วไป                           | ผู้ป่วยจำแนกตามการเกิดเลือดออกในสมองหลังได้ |                                  |                      | Risk ratio        |                      |
|----------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------|-------------------|----------------------|
|                                        | กลุ่มที่มีเลือดออก<br>(n=29)                | กลุ่มที่ไม่มีเลือดออก<br>(n=204) | p-value <sup>A</sup> | Crude RR (95%CI)  | p-value <sup>B</sup> |
| <b>เพศ : จำนวน (ร้อยละ)</b>            |                                             |                                  |                      |                   |                      |
| ชาย                                    | 17 (11.41)                                  | 132 (88.59)                      | 0.523                | Reference         |                      |
| หญิง                                   | 12 (14.29)                                  | 72 (85.71)                       |                      | 1.25 (0.59, 2.62) | 0.551                |
| <b>อายุ (ปี)</b>                       |                                             |                                  |                      |                   |                      |
| Mean (S.D.)                            | 67.66 (9.00)                                | 61.55 (13.21)                    | 0.017*               | 1.03 (1.00, 1.07) | 0.026*               |
| Median (Q1-Q3)                         | 69.00 (64.00-74.00)                         | 64.50 (54.00-71.50)              | 0.019*               |                   |                      |
| <b>กลุ่มอายุ : จำนวน (ร้อยละ)</b>      |                                             |                                  |                      |                   |                      |
| น้อยกว่า 65 ปี                         | 8 (7.27)                                    | 102 (92.73)                      | 0.024*               | Reference         |                      |
| 65 ปีขึ้นไป                            | 21 (17.07)                                  | 102 (82.93)                      |                      | 2.34 (1.03, 5.29) | 0.040*               |
| <b>BMI (กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup>)</b> |                                             |                                  |                      |                   |                      |
| Mean (S.D.)                            | 22.49 (5.10)                                | 23.32 (3.98)                     | 0.313                | 0.95 (0.87, 1.04) | 0.342                |
| Median (Q1-Q3)                         | 21.88 (19.73-23.70)                         | 23.41 (20.68-25.96)              | 0.113                |                   |                      |
| <b>กลุ่มของ BMI : จำนวน (ร้อยละ)</b>   |                                             |                                  |                      |                   |                      |
| Normal weight                          | 14 (16.87)                                  | 69 (83.13)                       |                      | Reference         |                      |
| Underweight                            | 4 (13.79)                                   | 25 (86.21)                       | 0.420 <sup>a</sup>   | 0.81 (0.26, 2.48) | 0.723                |
| Overweight                             | 4 (7.69)                                    | 48 (92.31)                       |                      | 0.45 (0.15, 1.38) | 0.166                |
| Obese                                  | 7 (10.14)                                   | 62 (89.86)                       |                      | 0.60 (0.24, 1.49) | 0.272                |
| <b>โรคประจำตัว : จำนวน (ร้อยละ)</b>    |                                             |                                  |                      |                   |                      |
| เบาหวาน :                              |                                             |                                  |                      |                   |                      |
| มี                                     | 6 (10.00)                                   | 54 (90.00)                       | 0.505                | 0.75 (0.30, 1.84) | 0.534                |
| ไม่มี                                  | 23 (13.29)                                  | 150 (86.71)                      |                      | Reference         |                      |

| ลักษณะทั่วไป                           | ผู้ป่วยจำแนกตามการเกิดเลือดออกในสมองหลังได้ |                                  |                      | Risk ratio        |                      |
|----------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------|-------------------|----------------------|
|                                        | กลุ่มที่มีเลือดออก<br>(n=29)                | กลุ่มที่ไม่มีเลือดออก<br>(n=204) | p-value <sup>A</sup> | Crude RR (95%CI)  | p-value <sup>B</sup> |
| ความดันโลหิตสูง :                      |                                             |                                  |                      |                   |                      |
| มี                                     | 16 (16.49)                                  | 81 (83.51)                       | 0.114                | 1.72 (0.83, 3.58) | 0.144                |
| ไม่มี                                  | 13 (9.56)                                   | 123 (90.44)                      |                      | Reference         |                      |
| โรคหัวใจและหลอดเลือด :                 |                                             |                                  |                      |                   |                      |
| มี                                     | 4 (12.90)                                   | 27 (87.10)                       | 1.000 <sup>a</sup>   | 1.04 (0.36, 2.99) | 0.938                |
| ไม่มี                                  | 25 (12.38)                                  | 177 (87.62)                      |                      | Reference         |                      |
| Atrial Fibrillation (AF) :             |                                             |                                  |                      |                   |                      |
| มี                                     | 4 (18.18)                                   | 18 (81.82)                       | 0.492 <sup>a</sup>   | 1.53 (0.53, 4.40) | 0.426                |
| ไม่มี                                  | 25 (11.85)                                  | 186 (88.15)                      |                      | Reference         |                      |
| ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ :              |                                             |                                  |                      |                   |                      |
| มี                                     | 3 (16.67)                                   | 15 (83.33)                       | 0.476 <sup>a</sup>   | 1.37 (0.41, 4.55) | 0.599                |
| ไม่มี                                  | 26 (12.09)                                  | 189 (87.91)                      |                      | Reference         |                      |
| โรคประจำตัวอื่นๆ :                     |                                             |                                  |                      |                   |                      |
| มี                                     | 6 (18.75)                                   | 26 (81.25)                       | 0.245                | 1.63 (0.66, 4.02) | 0.281                |
| ไม่มี                                  | 23 (11.44)                                  | 178 (88.56)                      |                      | Reference         |                      |
| <b>ยาที่เพิ่มความเสี่ยงเลือดออก :</b>  |                                             |                                  |                      |                   |                      |
| <b>จำนวน (ร้อยละ)</b>                  |                                             |                                  |                      |                   |                      |
| Warfarin :                             |                                             |                                  |                      |                   |                      |
| ใช่                                    | 2 (25.00)                                   | 6 (75.00)                        | 0.261 <sup>a</sup>   | 2.08 (0.49, 8.76) | 0.317                |
| ไม่ใช่                                 | 27 (12.00)                                  | 198 (88.00)                      |                      | Reference         |                      |
| Aspirin (1 missing) :                  |                                             |                                  |                      |                   |                      |
| ใช่                                    | 6 (18.18)                                   | 27 (81.82)                       | 0.287                | 1.57 (0.64, 3.86) | 0.323                |
| ไม่ใช่                                 | 23 (11.56)                                  | 176 (88.44)                      |                      | Reference         |                      |
| <b>สัญญาณชีพแรกรับ</b>                 |                                             |                                  |                      |                   |                      |
| SBP (mmHg.)                            |                                             |                                  |                      | 1.00 (0.98, 1.01) | 0.985                |
| Mean (S.D.)                            | 147.59 (24.04)                              | 147.50 (20.59)                   | 0.984                |                   |                      |
| Median (Q1-Q3)                         | 150.00 (135.00-165.00)                      | 146.00 (132.00-164.00)           | 0.813                |                   |                      |
| DBP (mmHg.)                            |                                             |                                  |                      | 1.01 (0.98, 1.03) | 0.385                |
| Mean (S.D.)                            | 87.17 (16.55)                               | 84.53 (14.07)                    | 0.357                |                   |                      |
| Median (Q1-Q3)                         | 90.00 (75.00-96.00)                         | 84.00 (76.00-93.00)              | 0.325                |                   |                      |
| ค่าชีพจร (ครั้ง/นาที)                  |                                             |                                  |                      | 0.99 (0.97, 1.02) | 0.898                |
| Mean (S.D.)                            | 82.10 (14.67)                               | 82.49 (14.19)                    | 0.891                |                   |                      |
| Median (Q1-Q3)                         | 78.00 (70.00-90.00)                         | 80.00 (72.00-90.50)              | 0.616                |                   |                      |
| อัตราการหายใจ (ครั้ง/นาที) (1 missing) |                                             |                                  |                      | 0.86 (0.65, 1.14) | 0.314                |
| Mean (S.D.)                            | 19.36 (1.34)                                | 19.67 (1.54)                     | 0.313                |                   |                      |
| Median (Q1-Q3)                         | 20.00 (18.00-20.00)                         | 20.00 (20.00-20.00)              | 0.421                |                   |                      |
| อุณหภูมิร่างกาย (องศาเซลเซียส)         |                                             |                                  |                      | 1.61 (0.83, 3.13) | 0.154                |
| Mean (S.D.)                            | 36.89 (0.62)                                | 36.78 (0.34)                     | 0.130                |                   |                      |
| Median (Q1-Q3)                         | 36.80 (36.50-37.00)                         | 36.70 (36.60-37.00)              | 0.664                |                   |                      |
| NHSS (2 missing)                       |                                             |                                  |                      | 1.08 (1.01, 1.16) | 0.015*               |
| Mean (S.D.)                            | 11.75 (6.37)                                | 9.15 (4.60)                      | 0.008*               |                   |                      |
| Median (Q1-Q3)                         | 11.50 (6.00-16.50)                          | 8.00 (5.00-12.00)                | 0.068                |                   |                      |
| <b>กลุ่มของ NHSS (2 missing)</b>       |                                             |                                  |                      |                   |                      |
| อาการเล็กน้อย-ปานกลาง (NHSS 0-15)      | 19 (9.45)                                   | 182 (90.55)                      | 0.001*               | Reference         |                      |
| อาการปานกลาง-รุนแรง (NHSS 16-42)       | 9 (30.00)                                   | 21 (70.00)                       |                      | 3.17 (1.43, 7.01) | 0.004*               |

| ลักษณะทั่วไป                                        | ผู้ป่วยจำแนกตามการเกิดเลือดออกในสมองหลังได้ |                                  |                                            | Risk ratio        |                      |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------|-------------------|----------------------|
|                                                     | กลุ่มที่มีเลือดออก<br>(n=29)                | กลุ่มที่ไม่มีเลือดออก<br>(n=204) | p-value <sup>A</sup>                       | Crude RR (95%CI)  | p-value <sup>B</sup> |
| <b>การนำส่งผู้ป่วยมาโรงพยาบาล</b>                   |                                             |                                  |                                            |                   |                      |
| (1 missing)                                         |                                             |                                  |                                            |                   |                      |
| การส่งตัวมารับการรักษา (refer)                      | 20 (14.08)                                  | 122 (85.92)                      | 0.419                                      | 1.40 (0.64, 3.09) | 0.394                |
| มาด้วยตนเองหรือนำส่งโดย EMS                         | 9 (10.00)                                   | 81 (90.00)                       |                                            | Reference         |                      |
| <sup>A</sup> p-value จาก Pearson's chi-squared test |                                             |                                  | <sup>B</sup> p-value จาก Fisher exact test |                   | <sup>B</sup> p-value |

\* Significance p-value<0.05

**ตารางที่ 2** ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและภาวะที่ควรเฝ้าระวังความสัมพันธ์กับการเกิดเลือดออกในสมองหลังได้ rtPA

| ผลการตรวจทาง<br>ห้องปฏิบัติการ<br>และระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย | ผู้ป่วยจำแนกตามการเกิดเลือดออกในสมองหลังได้ rtPA |                               |                      | Risk ratio                     |                      |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------|--------------------------------|----------------------|
|                                                             | มีเลือดออก (n=29)                                | ไม่มีเลือดออก (n=204)         | p-value <sup>A</sup> | Crude RR (95%CI)               | P-value <sup>B</sup> |
| <b>ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ</b>                              |                                                  |                               |                      |                                |                      |
| <b>DTX (mg%)</b>                                            |                                                  |                               |                      | 0.99 (0.99, 1.00)              | 0.592                |
| Mean (S.D.)                                                 | 141.41 (37.22)                                   | 147.93 (59.74)                | 0.569                |                                |                      |
| Median (Q1-Q3)                                              | 142.00 (112.00-156.00)                           | 127.00 (107.00-174.50)        | 0.843                |                                |                      |
| <b>Hematocrit (%)</b>                                       |                                                  |                               |                      | 0.96 (0.91, 1.02)              | 0.281                |
| Mean (S.D.)                                                 | 36.14 (7.52)                                     | 37.50 (5.74)                  | 0.251                |                                |                      |
| Median (Q1-Q3)                                              | 37.00 (32.50-42.00)                              | 38.10 (34.80-41.40)           | 0.442                |                                |                      |
| มีภาวะ anemia                                               | 14 (14.58)                                       | 82 (85.42)                    | 0.408                | 1.33 (0.64, 2.75)              | 0.441                |
| ไม่มีภาวะ anemia                                            | 15 (10.95)                                       | 122 (89.05)                   |                      | Reference                      |                      |
| <b>WBC (cell/mm<sup>3</sup>)</b>                            |                                                  |                               |                      | 1.00 (1.00, 1.00) <sup>b</sup> | 0.001*               |
| Mean (S.D.)                                                 | 11,276.21 (3,520.54)                             | 8,829.46 (3,158.71)           | <0.001*              |                                |                      |
| Median (Q1-Q3)                                              | 11,100.00 (8,400.00-13,900.00)                   | 8,200.00 (6,450.00-10,600.00) | <0.001*              |                                |                      |
| มีภาวะ leukocytosis                                         | 15 (27.27)                                       | 40 (72.73)                    | <0.001*              | 3.46 (1.67, 7.18)              | 0.001*               |
| ไม่มีภาวะ leukocytosis                                      | 14 (7.87)                                        | 164 (92.13)                   |                      | Reference                      |                      |
| <b>Platelet (10<sup>3</sup> cell/mm<sup>3</sup>)</b>        |                                                  |                               |                      | 0.99 (0.99, 1.00)              | 0.703                |
| Mean (S.D.)                                                 | 255.62 (126.45)                                  | 263.13 (87.62)                | 0.685                |                                |                      |
| Median (Q1-Q3)                                              | 235.00 (170.00-287.00)                           | 255.00 (204.00-300.50)        | 0.217                |                                |                      |
| มีภาวะ thrombocytopenia                                     | 3 (27.27)                                        | 8 (72.73)                     | 0.144 <sup>a</sup>   | 2.32 (0.70, 7.69)              | 0.166                |
| ไม่มีภาวะ thrombocytopenia                                  | 26 (11.71)                                       | 196 (88.29)                   |                      | Reference                      |                      |
| <b>PT (3 missing)</b>                                       |                                                  |                               |                      | 1.36 (1.19, 1.55)              | <0.001*              |
| Mean (S.D.)                                                 | 14.44 (1.89)                                     | 12.91 (1.39)                  | <0.001*              |                                |                      |
| Median (Q1-Q3)                                              | 13.85 (13.15-15.10)                              | 12.70 (12.30-13.50)           | <0.001*              |                                |                      |
| มีภาวะ PT prolong                                           | 12 (36.36)                                       | 21 (63.64)                    | <0.001*              | 4.48 (2.19, 9.46)              | <0.001*              |
| ไม่มีภาวะ PT prolong                                        | 16 (8.12)                                        | 181 (91.88)                   |                      | Reference                      |                      |
| <b>PTT (28 missing)</b>                                     |                                                  |                               |                      | 1.03 (0.98, 1.08)              | 0.176                |
| Mean (S.D.)                                                 | 30.67 (5.29)                                     | 29.14 (5.13)                  | 0.152                |                                |                      |
| Median (Q1-Q3)                                              | 29.30 (27.30-32.10)                              | 28.40 (26.60-31.10)           | 0.177                |                                |                      |

| ผลการตรวจทาง<br>ห้องปฏิบัติการ<br>และระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย | ผู้ป่วยจำแนกตามการเกิดเลือดออกในสมองหลังได้ rtPA |                        |                      | Risk ratio          |                      |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------|----------------------|---------------------|----------------------|
|                                                             | มีเลือดออก (n=29)                                | ไม่มีเลือดออก (n=204)  | p value <sup>A</sup> | Crude RR (95%CI)    | P value <sup>B</sup> |
| มีภาวะ PTT prolong                                          | 4 (21.05)                                        | 15 (78.95)             | 0.287 <sup>a</sup>   | 1.28 (0.30, 5.43)   | 0.732                |
| ไม่มีภาวะ PTT prolong                                       | 23 (12.37)                                       | 163 (87.63)            |                      | Reference           |                      |
| INR (2 missing)                                             |                                                  |                        |                      | 17.36 (3.97, 75.77) | <0.001*              |
| Mean (S.D.)                                                 | 1.05 (0.15)                                      | 0.95 (0.11)            | <0.001*              |                     |                      |
| Median (Q1-Q3)                                              | 1.01 (0.95-1.11)                                 | 0.93 (0.89-0.98)       | <0.001*              |                     |                      |
| มีภาวะ slower clotting time                                 | 13 (36.11)                                       | 23 (63.89)             | <0.001*              | 4.40 (2.12, 9.15)   | <0.001*              |
| ไม่มีภาวะ slower clotting time                              | 16 (8.21)                                        | 179 (91.79)            |                      | Reference           |                      |
| <b>ผล CT scan</b>                                           |                                                  |                        |                      |                     |                      |
| <b>บริเวณเกิดพยาธิสภาพ</b>                                  |                                                  |                        |                      |                     |                      |
| (131 missing)                                               |                                                  |                        |                      |                     |                      |
| ซีกซ้าย                                                     | 9 (23.68)                                        | 29 (76.32)             | 0.424                | 0.72 (0.30, 1.75)   | 0.476                |
| ซีกขวา                                                      | 11 (17.19)                                       | 53 (82.81)             |                      |                     |                      |
| <b>ตำแหน่งพยาธิสภาพ</b>                                     |                                                  |                        |                      |                     |                      |
| (131 missing)                                               |                                                  |                        |                      |                     |                      |
| MCA                                                         | 10 (20.41)                                       | 39 (79.59)             | 0.845                | 1.08 (0.45, 2.59)   | 0.861                |
| บริเวณอื่นๆ                                                 | 10 (18.87)                                       | 43 (81.13)             |                      |                     |                      |
| <b>เวลาการดูแลผู้ป่วย (นาที)</b>                            |                                                  |                        |                      |                     |                      |
| Door to needle time (1 missing)                             |                                                  |                        |                      | 0.98 (0.96, 1.00)   | 0.175                |
| Mean (S.D.)                                                 | 43.43 (14.69)                                    | 48.47 (18.03)          | 0.152                |                     |                      |
| Median (Q1-Q3)                                              | 45.00 (33.00-55.00)                              | 46.00 (36.00-57.00)    | 0.270                |                     |                      |
| Door to lab time                                            |                                                  |                        |                      | 1.01 (0.99, 1.02)   | 0.253                |
| Mean (S.D.)                                                 | 39.34 (23.43)                                    | 35.37 (15.30)          | 0.226                |                     |                      |
| Median (Q1-Q3)                                              | 39.00 (25.00-46.00)                              | 33.00 (25.00-43.00)    | 0.340                |                     |                      |
| Door to CT time                                             |                                                  |                        |                      | 1.00 (0.99, 1.01)   | 0.830                |
| Mean (S.D.)                                                 | 18.17 (17.91)                                    | 16.89 (29.37)          | 0.819                |                     |                      |
| Median (Q1-Q3)                                              | 13.00 (7.00-24.00)                               | 11.50 (5.00-22.00)     | 0.514                |                     |                      |
| Onset to needle time                                        |                                                  |                        |                      | 1.00 (0.99, 1.00)   | 0.540                |
| (1 missing)                                                 |                                                  |                        |                      |                     |                      |
| Mean (S.D.)                                                 | 173.66 (61.13)                                   | 166.08 (58.05)         | 0.514                |                     |                      |
| Median (Q1-Q3)                                              | 168.00 (145.00-211.00)                           | 171.00 (125.00-206.00) | 0.471                |                     |                      |

<sup>A</sup> p-value จาก Pearson's chi-squared test<sup>a</sup> p-value จาก Fisher exact test<sup>B</sup> p-value<sup>b</sup> exact value 1.000145 (1.000063, 1.000228)

\* Significance p-value &lt; 0.05

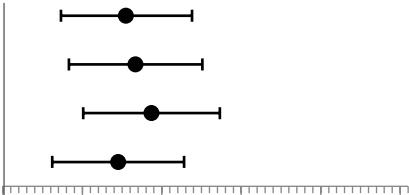
พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดเลือดออกในสมองหลังได้รับ rtPA อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อายุ NIHSS แรกรับค่า WBC, PT, INR โดยอายุที่เพิ่มขึ้นทุกๆ

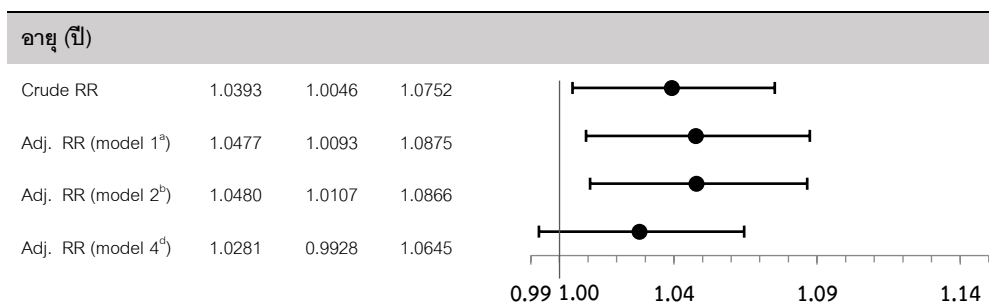
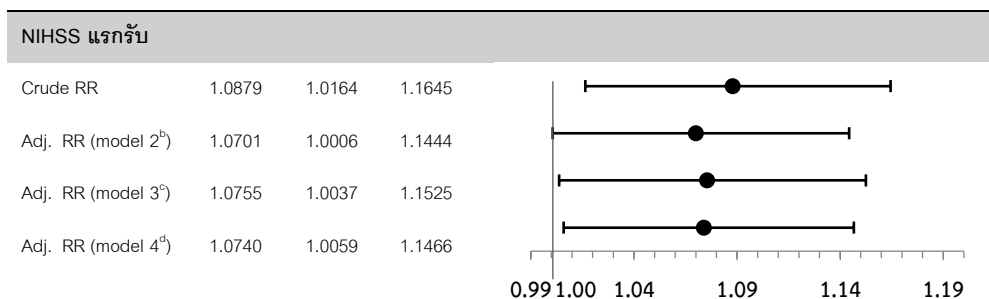
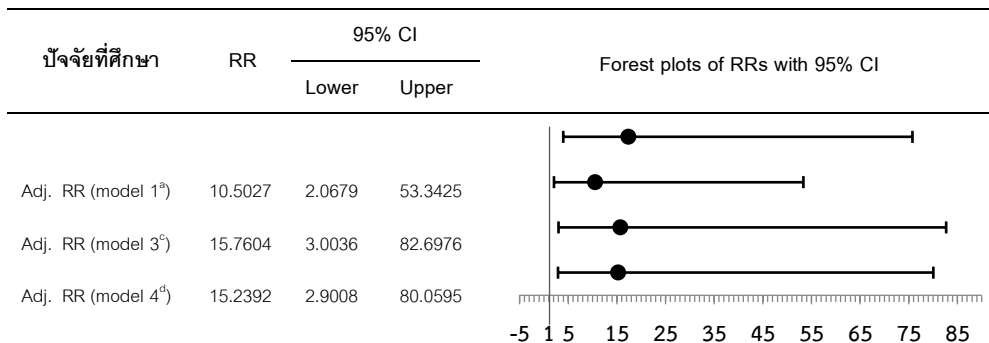
1 ปี เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกในสมองหลังได้รับ rtPA เป็น 1.03 เท่า (crude RR= 1.03, 95% CI: 1.01, 1.07) และกลุ่มผู้ป่วยที่อายุ 65 ปีขึ้นไปเสี่ยงต่อ

การเกิดเลือดออกในสมองหลังได้รับ rtPA เป็น 2.34 เท่าของผู้ที่อายุไม่เกิน 65 ปี (crude RR= 2.34, 95% CI: 1.03, 5.29) NIHSS ที่เพิ่มขึ้นทุกๆ 1 คะแนน เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกในสมองหลังได้รับ rtPA เป็น 1.08 เท่า (crude RR= 1.03, 95% CI: 1.01, 1.16) และกลุ่มผู้ป่วยที่มี NIHSS 16 คะแนนขึ้นไปเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกในสมองหลังได้รับ rtPA เป็น 3.17 เท่าของกลุ่มผู้ป่วยที่มี NIHSS ไม่เกิน 15 คะแนน (crude RR=3.17, 95% CI: 1.43, 7.01) จำนวนเม็ดเลือดขาวที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับความเสี่ยงเลือดออกในสมองหลังได้รับ rtPA โดยกลุ่มที่มีเม็ดเลือดขาวมากกว่า 11,000 cell/mm<sup>3</sup> เสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกในสมองหลังได้รับ rtPA เป็น 3.46 เท่าของกลุ่มที่มี

เม็ดเลือดขาวไม่เกินเกณฑ์ดังกล่าว (crude RR= 3.46, 95% CI: 1.67, 7.18) กลุ่มที่มีค่า PT สูงกว่า 14.3 วินาที และมีค่า INR สูงกว่า 1.03 เสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกในสมองหลังได้รับ rtPA สูงกว่ากลุ่มที่มีผลการแข็งตัวของเลือดไม่เกินเกณฑ์ดังกล่าวเป็น 4.48 เท่า (crude RR= 4.48, 95% CI: 2.19, 9.46) และ 4.40 เท่า (crude RR= 4.40, 95% CI: 2.12, 9.15) ตามลำดับ (ตารางที่ 1-2) การวิเคราะห์แบบหลายตัวแปรพบค่า WBC, INR และ NIHSS ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่า ARR ของ WBC และ NIHSS มีค่าสูงกว่า 1.00 เพียงเล็กน้อย ส่วนค่า ARR ของ INR อยู่ระหว่าง 10.50-17.36 (95%CI: 2.07-82.70) (ตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3** ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆกับการเกิดเลือดออกในสมองหลังได้รับ rtPA จากผลการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร

| ปัจจัยที่ศึกษา                             | RR      | 95% CI |         | Forest plots of RRs with 95% CI                                                      |
|--------------------------------------------|---------|--------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------|
|                                            |         | Lower  | Upper   |                                                                                      |
| WBC                                        |         |        |         |                                                                                      |
| Crude RR                                   | 1.0001  | 1.0001 | 1.0002  |  |
| Adj. RR (model 1 <sup>a</sup> )            | 1.0002  | 1.0001 | 1.0002  |                                                                                      |
| Adj. RR (model 2 <sup>b</sup> )            | 1.0002  | 1.0001 | 1.0003  |                                                                                      |
| Adj. RR (model 3 <sup>c</sup> )            | 1.0001  | 1.0001 | 1.0002  |                                                                                      |
| 0.999991.000091.000191.000291.000391.00049 |         |        |         |                                                                                      |
| INR                                        |         |        |         |                                                                                      |
| Crude RR                                   | 17.3573 | 3.9763 | 75.7683 |                                                                                      |
| Adj. RR (model 1 <sup>a</sup> )            | 10.5027 | 2.0679 | 53.3425 |                                                                                      |



ค่า PT สัมพันธ์กับค่า INR มาก (correlation coefficient = 0.71) จึงเลือกใช้เฉพาะค่า INR ในการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร

### อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย

#### (Discussion and Conclusion)

อุบัติการณ์เลือดออกในสมองหลังได้รับ rtPA ร้อยละ 12.43 ซึ่งอยู่ในช่วงที่พบได้จากการศึกษาอื่นๆในประเทศไทย (ร้อยละ 1.7-21)<sup>19-21</sup> ปัจจัยเสี่ยงคือ อายุที่มากขึ้น NIHSS ที่สูงขึ้น จำนวนเม็ดเลือดขาวที่สูงขึ้น ค่า PT และ INR ที่สูงขึ้น เมื่อวิเคราะห์

แบบหลายตัวแปรแล้วพบว่า ค่า WBC คะแนน NIHSS และค่า INR ยังมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การศึกษานี้ไม่ได้นำค่า PT มาวิเคราะห์แบบหลายตัวแปรเนื่องจาก ค่า PT สัมพันธ์กับค่า INR ในระดับมาก จึงอนุมานว่า ผลของค่า PT เป็นไปในทิศทางเดียวกับค่า INR ค่า WBC ที่สูงขึ้นบ่งบอกภาวะที่มีการอักเสบเกิดขึ้นในร่างกายซึ่งสามารถ

กระตุ้นให้เกิดความเสียหายต่อ blood-brain barrier (BBB) ได้ เมื่อเกิดสมองขาดเลือด เม็ดเลือดขาวจะถูกเรียกไปยังบริเวณดังกล่าว และหลังสารที่กระตุ้นการอักเสบออกมา ส่งผลให้ BBB เสียหายได้<sup>22</sup> และยังส่งผลให้ permeability ของ BBB สูงขึ้น ทำให้เส้นเลือดขยายตัวและเพิ่มโอกาสในการเกิดเลือดออกหลังได้รับ rtPA รวมทั้งการเกิด hemorrhagic transformation<sup>23</sup> อีกทั้งผู้ป่วยที่พบว่ามีความ WBC ที่สูงส่วนใหญ่มักมีโรคประจำตัวที่เป็น systemic diseases ซึ่งส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่าผู้ที่มีความ WBC ปกติและไม่มีโรคประจำตัว<sup>24</sup> สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่าเม็ดเลือดขาวที่สูงขึ้นหรือมีภาวะ leukocytosis สัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ รวมถึงการมีเลือดออกในสมองหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด<sup>24-26</sup> คะแนน NIHSS บอกถึงความรุนแรงของโรคโดยคะแนนที่สูงเป็นได้จากขนาดของบริเวณของสมองที่ขาดเลือดมีขนาดสอดคล้องกับผลของ WBC ที่กล่าวมาข้างต้นคือบริเวณที่ขาดเลือดมีขนาดใหญ่ขึ้นก็จะทำให้มีการอักเสบและเซลล์ที่กระตุ้นการอักเสบในบริเวณนั้นมากขึ้น ส่งผลต่อความเสียหายของ BBB และมีโอกาสเกิด hemorrhagic transformation มากขึ้น<sup>27</sup> มีการศึกษาพบว่า คะแนน NIHSS ที่สูงนั้นสัมพันธ์กับการมีโรคประจำตัวเดิมของผู้ป่วยที่อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการให้ยาละลายลิ่มเลือด<sup>19</sup> ค่า INR ที่สูง

กว่าปกติบ่งชี้การแข็งตัวของเลือดที่ซ้ำผิดปกติ ในผู้ป่วยที่มีค่า INR สูงเมื่อได้รับ rtPA ย่อมมีความเสี่ยงที่จะเกิดเลือดออกและหยุดได้ช้ากว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า INR ปกติ การศึกษาก่อนหน้านี้พบผู้ป่วย stroke ที่มีค่า INR สูงขึ้นมีความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกในสมองหลังได้รับ rtPA ถึง 4.10 เท่า<sup>28</sup> แม้การศึกษานี้จะไม่สามารถใช้ค่า WBC, INR และ คะแนน NIHSS แบบที่แบ่งกลุ่มเพื่อวิเคราะห์แบบหลายตัวแปรได้จากข้อจำกัดของการวิเคราะห์ทางสถิติ แต่อย่างไรก็ตามผลของการวิเคราะห์ตัวแปรแบบแบ่งกลุ่มจากการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียวยังสามารถนำไปใช้ประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรมที่ง่ายขึ้นได้ เนื่องจากการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปรในรูปแบบของข้อมูลต่อเนื่องยังแสดงให้เห็นว่ายังคงสัมพันธ์กับการเกิดเลือดออกในสมองหลังได้รับ rtPA อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นผู้ป่วย stroke ที่มีค่า WBC สูงกว่า 11,000 cell/mm<sup>3</sup> มี NIHSS มากกว่า 15 คะแนน และมีค่า INR ก่อนได้รับ rtPA มากกว่า 1.03 เป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกในสมองหลังได้รับ rtPA ที่ควรต้องได้รับการเฝ้าระวังเป็นพิเศษ

การศึกษานี้มีข้อจำกัดจากผู้ป่วยที่เกิดเลือดออกในสมองหลังได้รับ rtPA มีจำนวนน้อยทำให้ไม่สามารถนำตัวแปรที่อาจเป็นตัวแปรกรวนเข้าไปปรับค่าในการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปรได้อย่างครบถ้วน

และข้อจำกัดทางสถิติที่ทำให้ไม่สามารถใช้ตัวแปรแบบแบ่งกลุ่มเพื่อวิเคราะห์แบบหลายตัวแปรได้ อย่างไรก็ตามผลของการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่มีรูปแบบและประชากรที่ใกล้เคียงกัน

สรุปผลการศึกษาพบอุบัติการณ์ของเลือดออกในสมองหลังได้รับ rtPA ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในปีงบประมาณ 2564-2566 ร้อยละ 12.43 ปัจจัยเสี่ยงคือมีเม็ดเลือดขาว (WBC) ที่สูงขึ้น (สูงกว่า  $11,000 \text{ cell/mm}^3$ ) มีคะแนน NIHSS ที่สูงขึ้น (มากกว่า 15 คะแนน) และมีค่า INR ที่สูงขึ้น (มากกว่า 1.03)

#### ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วย stroke ที่พบเม็ดเลือดขาว (WBC) สูงกว่า  $11,000 \text{ cell/mm}^3$  มีค่า INR มากกว่า 1.03 ซึ่งเป็นค่าที่เกินเกณฑ์ปกติของการรายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และคะแนน NIHSS มากกว่า 15 คะแนน ควรได้รับการเฝ้าระวังการมีเลือดออกในสมองหลังได้รับ rtPA เป็นพิเศษหรือจัดรูปแบบ/แนวทางจำเพาะสำหรับผู้ป่วยกลุ่มข้างต้น
2. ในอนาคตควรมีการรวบรวมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์อีกครั้ง เมื่อจำนวนผู้ป่วยมากขึ้นจนสามารถปรับค่าตัวแปรจนได้ดีขึ้นและสามารถวิเคราะห์หัตถ์แปรแบบแบ่งกลุ่มได้เพื่อการใช้ประโยชน์ที่ง่ายขึ้น

#### กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบพระคุณโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ที่เป็นสถานที่วิจัยและอนุญาตให้ใช้ข้อมูล และขอบพระคุณ พญ.ชาลินี พวงพูน และพญ.ทิพภากร เมืองงาม ที่ช่วยตรวจสอบเนื้อหาจนผลงานนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

#### เอกสารอ้างอิง

1. Vos T, Lim SS, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi M, Abbasifard M, Abbasi-Kangevari M, Abbastabar H, Abd-Allah F, Abdelalim A, Abdollahi M. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet. 2020 Oct 17;396(10258):1204-22.
2. Healthdata.org [Internet]. Washington: Health research by location; Thailand [cited 2024 Feb 29]. Available from: <https://www.healthdata.org/research-analysis/health-by-location/profiles/thailand#main-content>
3. Tiamkao S, Ienghong K, Cheung LW, Celebi I, Suzuki T, Apiratwarakul K. Stroke Incidence, Rate of Thrombolytic Therapy, Mortality in Thailand from 2009 to 2021. Open Access Maced J Med Sci [Internet]. 2022 Jan. 16 [cited

- 2024 Feb. 29];10(E):110-5. Available from:<https://oamjms.eu/index.php/mjms/article/view/8051>
4. Hdcservice.moph.go.th [Internet]. Nonthaburi: กลุ่มรายงานมาตรฐาน, ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคหัวใจ และหลอดเลือด, อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดสมอง cited 2024 Feb 29]. Available from: [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat\\_id=39fd60c25235db479930db85a0e97dd3&id=b184366d9fa112292f8374184b21e1a8](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=39fd60c25235db479930db85a0e97dd3&id=b184366d9fa112292f8374184b21e1a8)
  5. วิทยาลัยแพทยจุฬาราชมนตรีแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาและให้ยาละลายลิ่มเลือดสำหรับโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันภายนอกโรงพยาบาลและที่ห้องฉุกเฉิน ปี พ.ศ. 2563. กรุงเทพมหานคร; 2563.
  6. Honig A, Percy J, Sepehry AA, Gomez AG, Field TS, Benavente OR. Hemorrhagic Transformation in Acute Ischemic Stroke: A Quantitative Systematic Review. J Clin Med. 2022 Feb 22;11(5):1162.
  7. Wang R, Zeng J, Wang F, Zhuang X, Chen X, Miao J. Risk factors of hemorrhagic transformation after intravenous thrombolysis with rt-PA in acute cerebral infarction. QJM. 2019 May 1;112(5):323-6.
  8. Schurig J, Haeusler KG, Grittner U, Nolte CH, Fiebach JB, Audebert HJ, et al. Frequency of Hemorrhage on Follow Up Imaging in Stroke Patients Treated With rt-PA Depending on Clinical Course. Front Neurol. 2019;10:368.
  9. Liu L, Luo GQ, Liu Q, Yang ZY. Hemorrhagic risk factors after rt PA thrombolysis in acute cerebral infarction. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2023 Jun;27(12):5542-51.
  10. Ge WQ, Chen J, Pan H, Chen F, Zhou CY. Analysis of Risk Factors Increased Hemorrhagic Transformation after Acute Ischemic Stroke. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2018 Dec;27(12):3587-90.
  11. Pengtong W, Aimyong N, Nilanont Y. Intracranial hemorrhage after recombinant tissue plasminogen Activator: The competing risks survival analysis. Interdiscip Neurosurg. 2023 Jun 1;32:101734.
  12. Lokesrawee T, Muengtawepong S, Patumanond J, Tiamkao S, Thamangraksat T, Phankhian P, et al. Prediction of Symptomatic Intracranial Hemorrhage after Intravenous Thrombolysis in Acute Ischemic Stroke: The Symptomatic Intracranial Hemorrhage Score. J

- Stroke Cerebrovasc Dis. 2017 Nov;26(11):2622-9.
13. Satumanatpan N, Tonpho W, Thiraratnanukulchai N, Chaichanamongkol P, Lekcharoen P, Thiankhaw K. Factors Associated with Unfavorable Functional Outcomes After Intravenous Thrombolysis in Patients with Acute Ischemic Stroke. *Int J Gen Med*. 2022; 15:3363-73.
  14. Vorasoot N, Kasemsap N, Kongbunkiat K, Peansukwech U, Tiamkao S, Sawanyawisuth K. Impact of Hospital Level on Stroke Outcomes in the Thrombolytic Therapy Era in Northeast Thailand: A Retrospective Study. *Neurol Ther*. 2021 Dec;10(2):727-37.
  15. Maier B, Desilles JP, Mazighi M. Intracranial Hemorrhage After Reperfusion Therapies in Acute Ischemic Stroke Patients. *Front Neurol*. 2020;11:599908.
  16. Weir CB, Jan A. BMI Classification Percentile And Cut Off Points [Internet]. 2022 [cited 2024 Oct 20]. Available from: [https://europepmc.org/article/nbk/nbk541070#\\_article-35288\\_s5\\_](https://europepmc.org/article/nbk/nbk541070#_article-35288_s5_).
  17. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์ (Clinical Practice Guidelines for Ischemic Stroke) ฉบับสมบูรณ์ 2562 . กรุงเทพมหานคร; 2562.
  18. Zhuo Y, Qu Y, Wu J, Huang X, Yuan W, Lee J, et al. Estimation of stroke severity with National Institutes of Health Stroke Scale grading and retinal features: A cross-sectional study. *Medicine (Baltimore)*. 2021 Aug 6;100(31):e26846.
  19. Chompoochan W. Incidence and Risk Factors of Post Thrombolysis Intracranial Hemorrhage in Acute Ischemic Stroke, Bueng Kan Hospital. *JPMAT [Internet]*. 2024 Oct 20 [cited 2024 Oct 20];12(1):82-99. Available from: <https://he01.tcithaijo.org/index.php/JPMAT/article/view/252306>
  20. limsuriyakan wasan, Lorwanich P. Factor related intracerebral hemorrhage of patients With acute ischemic stroke who receive rtPA at Ayutthaya hospital. *TUHI [Internet]*. 2024 Oct 20 [cited 2024 Oct 20];6(1):12-20. Available from: <https://he02.tcithaijo.org/index.php/TUHI/article/view/249063>
  21. Dhamasaroja PA, Muengtaweepongsa S, Pattaraarchachai J, Dhamasaroja P. Intracerebral hemorrhage following intravenous thrombolysis in Thai patients with acute ischemic stroke. *J Clin Neurosci*. 2012 Jun;19(6):799-803.

22. Okada T, Suzuki H, Travis ZD, Zhang JH. The Stroke-Induced Blood-Brain Barrier Disruption: Current Progress of Inspection Technique, Mechanism, and Therapeutic Target. *Curr Neuropharmacol*. 2020;18(12):1187-212.
23. Arba F, Rinaldi C, Caimano D, Vit F, Busto G, Fainardi E. Blood-Brain Barrier Disruption and Hemorrhagic Transformation in Acute Ischemic Stroke: Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Neurol*. 2020; 11:594613.
24. Altersberger VL, Enz LS, Sibolt G, Hametner C, Nannoni S, Heldner MR, et al. Thrombolysis in stroke patients with elevated inflammatory markers. *J Neurol*. 2022 Oct;269(10):5405-19.
25. Yu Z, Zheng J, Guo R, Ma L, You C, Li H. Prognostic impact of leukocytosis in intracerebral hemorrhage: A PRISMA-compliant systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2019 Jul;98(28): e16281.
26. Xie J, Pang C, Yu H, Zhang W, Ren C, Deng B. Leukocyte indicators and variations predict worse outcomes after intravenous thrombolysis in patients with acute ischemic stroke. *J Cereb Blood Flow Metab*. 2023 Mar;43(3):393-403.
27. Teekaput C, Thiankhaw K, Tanprawate S, Teekaput K, Chai-Adisaksopha C. Outcomes of asymptomatic recombinant tissue plasminogen activator associated intracranial hemorrhage. *PLoS One*. 2022;17(8):e0272257.
28. Ruecker M, Matosevic B, Willeit P, Kirchmayr M, Zangerle A, Knoflach M, et al. Subtherapeutic warfarin therapy entails an increased bleeding risk after stroke thrombolysis. *Neurology*. 2012 Jul 3;79(1):31-8



## ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระยะที่ 5 ในผู้ป่วยโรคไตเสื่อมเรื้อรัง โรงพยาบาลโคกสูง จังหวัดสระแก้ว

สุกฤษฎี เลิศสกุลธรรม<sup>1</sup>

### บทคัดย่อ

โรคไตเสื่อมเรื้อรัง (chronic kidney disease, CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั่วโลก เป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงโดยเฉพาะการรักษาผู้ป่วยในระยะสุดท้าย โรงพยาบาลโคกสูง จังหวัดสระแก้ว (รพช.ขนาด 30 เตียง) มีผู้ป่วยโรคไตเสื่อมเรื้อรังเพิ่มสูงมากขึ้นในทุกปี การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระยะที่ 5 (CKD stage 5) ในผู้ป่วยโรคไตเสื่อมเรื้อรัง ศึกษาแบบ retrospective cohort study แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับการเกิดโรคด้วย risk ratio (95% CI) ในการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระและ adjusted odds ratio (95% CI) ใน multiple logistic regression ผลการศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเสื่อมเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลโคกสูง จังหวัดสระแก้ว ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2565 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2567 ทั้งสิ้นจำนวน 111 คน เป็นผู้ป่วยไตเสื่อมเรื้อรังระยะที่ 5 จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 65.76 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระยะที่ 5 ในการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระอย่างมีนัยสำคัญ 3 ปัจจัย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (HT) (RR = 2.48, 95% CI = 1.07, 5.75), ภาวะ Anemia (RR = 1.68, 95% CI = 1.13, 2.51) และโรคไขมันในเลือดสูง (DLP) (RR = 1.48, 95% CI = 1.07, 2.05) ส่วนปัจจัยที่มีนัยสำคัญในการวิเคราะห์ multiple logistic regression เพียงปัจจัยเดียว ได้แก่ ภาวะ Anemia (adjusted OR = 4.25, 95%CI= 1.35 - 13.40) ข้อเสนอแนะควรเฝ้าระวังการถดถอยของไตสู่ภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระยะที่ 5 อย่างใกล้ชิดในผู้ป่วยโรคไตเสื่อมเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ที่มีภาวะซีด (Anemia) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและเลือกการรักษาตามอาการ ดังนั้น ควรพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care), รักษาแบบแพทย์ทางเลือกเพื่อรองรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่จะมีจำนวนสูงขึ้นในอนาคต

**คำสำคัญ :** โรคไตเสื่อมเรื้อรัง, ปัจจัยเสี่ยง, ภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระยะที่ 5

<sup>1</sup>นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (เวชศาสตร์ป้องกันแขนงสาธารณสุขศาสตร์) โรงพยาบาลโคกสูง จังหวัดสระแก้ว

\*Corresponding Author; Sukrit Lertsagultum, Email: fuzerozaa@gmail.com

Received: November 14, 2024; Revised December 18, 2024; Accepted December 18, 2024

## **Factors Associated with Chronic Kidney Disease Stage 5 in Chronic Kidney Disease, Khok sung Hospital, Sakaeo Province**

*Sukrit Lertsagultum<sup>1</sup>*

### **ABSTRACT**

Background: Chronic kidney disease (CKD) is a major public health problem worldwide and increases health system costs especially for the treatment of chronic kidney disease stage 5. Khok Sung Hospital is a small community hospital but the number of patients with chronic kidney disease are increasing every year. This objective of this study is to determine the factors associated with chronic kidney disease stage 5 in Khok Sung Hospital during the years 2022-2024. Methods: Retrospective cohort study was performed to identify possible risk factors relevant to chronic kidney disease stage 5. Univariate and multiple logistic regression were used to estimate risk ratio and adjusted odds ratio with 95% confidence interval. Result: patients with chronic kidney disease are enrolled in this study was 111 and chronic kidney disease stage 5 (CKD stage 5) were 73 (65.76%). Significant risk factors in univariate analysis were hypertension (RR = 2.48, 95% CI = 1.07, 5.75), anemia (RR = 1.68, 95% CI = 1.13, 2.51) and dyslipidemia (DLP) (RR = 1.48, 95% CI = 1.07, 2.05). In multiple logistic regression only anemia (adjusted OR = 4.25, 95% CI = 1.35-13.40) was Significant factor. Recommendation: the chronic kidney disease stage 3-4 with anemia (Hct<30%) should be closely monitored for regression to chronic kidney disease stage 5. Most patients are elderly and choose treatment according to supportive. Hospitals should develop palliative care and alternative medical treatments to support this group of people who will increase in the future.

**Key word :** Chronic kidney disease (CKD), Risk factors, chronic kidney disease stage 5 (CKD stage 5)

---

<sup>1</sup>M.D., Thai Board of Preventive Medicine, Public Health., Khok sung Hospital, Sakaeo Province

## บทนำ (Introduction)

โรคไตเสื่อมเรื้อรัง (chronic kidney disease, CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย<sup>1</sup> เนื่องจากผู้ป่วยต้องได้รับผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนของโรคซึ่งเกิดจากการสูญเสียหน้าที่ของไตและยังเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนวัยอันควร อีกทั้งยังทำให้เกิดค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะการรักษาผู้ป่วยในระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต<sup>2</sup> ปัจจุบันพบว่าความชุกของโรคไตเสื่อมเรื้อรังทั่วโลกโดยเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 13.4<sup>3</sup> โดยพบว่าประเทศไทยมีความชุกของโรคไตเสื่อมเรื้อรังสูงถึง ร้อยละ 17.52<sup>4</sup> และมีสัดส่วนของการเสียชีวิตด้วยโรคไต เท่ากับ ร้อยละ 2.0-2.5 ซึ่งถือเป็นสัดส่วนที่สูงในระดับโลก<sup>5</sup> สาเหตุปัจจัยหลักของโรคนี้ เกิดจากโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และอายุที่มากขึ้นที่ส่งผลต่อหลอดเลือดที่มาเลี้ยงไตเกิดการตีบแข็งทำให้การทำงานของไตลดลง<sup>6</sup> โดยพบความชุกของโรคไตเสื่อมเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 37.5 ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 25.6 และส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ 61-69 ปี ร้อยละ 35.2 และอายุ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 53.41<sup>7</sup> โรคไตเสื่อมเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด จำเป็นต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีค่าใช้จ่ายในการรักษา โดยเฉพาะเมื่อการดำเนินโรคเข้าสู่ภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระยะที่ 5 (End Stage

Renal Disease, ESRD)<sup>8</sup> ซึ่งจำเป็นต้องให้การรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) การล้างไตทางช่องท้อง (peritoneal dialysis) หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (kidney transplantation)<sup>9</sup> นอกจากนี้ ในปัจจุบันยังมีแนวโน้มอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเสื่อมเรื้อรัง เพื่อป้องกันหรือชะลอไม่ให้เกิดการดำเนินของโรคเข้าสู่ภาวะไตเสื่อมระยะสุดท้าย โรงพยาบาลโคกสูง จังหวัดสระแก้วเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กแต่มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเสื่อมเรื้อรัง (chronic kidney disease, CKD) มีจำนวนเพิ่มสูงมากขึ้นในทุกปี การศึกษาในครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระยะที่ 5 (End Stage Renal Disease, ESRD) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการในการป้องกัน กำหนดกลุ่มเสี่ยงในการเฝ้าระวัง ลดอัตราการเสียชีวิต และลดค่าใช้จ่ายจากการรักษาเมื่อเข้าสู่ภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระยะที่ 5 (End Stage Renal Disease, ESRD) ต่อไป

## วัตถุประสงค์ (Objective)

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระยะที่ 5 (CKD stage 5) ในผู้ป่วยโรคไตเสื่อมเรื้อรัง (CKD) โรงพยาบาลโคกสูง จังหวัดสระแก้ว

## วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยพบว่า ตัวแปรต้นที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระยะที่ 5 (CKD stage 5) แบ่งเป็น 4 กลุ่มได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ, อายุ, BMI, การสูบบุหรี่), ปัจจัยโรคร่วม (DM, HT, DLP, IHD, CHF, Gout, Stroke) และยา (ACEI/ARB, Statin, NSAID)<sup>1</sup> การศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการศึกษาแบบ Retrospective cohort study เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระยะที่ 5 (CKD stage 5) ในผู้ป่วยโรคไตเสื่อม (CKD) ที่รักษาในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลโคกสูง จังหวัดสระแก้ว โดยมีขั้นตอนและวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคไตเสื่อมเรื้อรัง (CKD) ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลโคกสูง จังหวัดสระแก้ว ในระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2565 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2567 จำนวน 312 คน เป็นการเลือกทุกคน (Total sampling)

### เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

ผู้ป่วยคลินิกเบาหวาน และความดันโลหิตสูง 1) อายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยภาวะไตเสื่อมเรื้อรัง (CKD) ระยะที่ 3 ขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลโคกสูง จังหวัดสระแก้ว 3) มีผลการตรวจหาค่า Creatinine (Cr) อย่างน้อยปีละ 2 ครั้งขึ้นไป

## เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ขาดนัดระหว่างการรักษาหรือผู้ป่วยเสียชีวิต และใช้นิยามผู้ป่วยภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระยะที่ 5 (CKD stage 5) หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย ICD10 N185 หรือมีอัตราการกรองของไต (GFR) ต่ำกว่า 15 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> ติดต่อกันเกิน 3 เดือน

**เครื่องมือในการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคไตเสื่อมเรื้อรัง (CKD) ที่รักษาในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลโคกสูง จังหวัดสระแก้ว

2. แบบบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระยะที่ 5 (CKD stage 5) ที่รักษาในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลโคกสูง จังหวัดสระแก้ว

## วิธีการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคไตเสื่อมเรื้อรัง (CKD) ที่รักษาในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลโคกสูง จังหวัดสระแก้ว ในระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2565 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2567

2. ทบทวนเวชระเบียน ในผู้ป่วยภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระยะที่ 5 (CKD stage 5) ที่รักษาในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลโคกสูง จังหวัดสระแก้ว ในระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2565 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2567

## การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

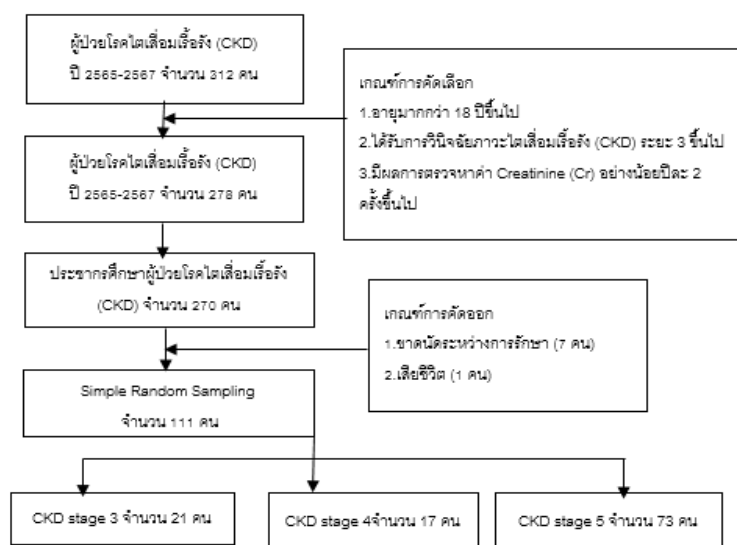
จัดการข้อมูลและวิเคราะห์โดยใช้ Epi-info version 7.1 กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติด้วย 2-sided p-value น้อยกว่า 0.05 การวิเคราะห์ข้อมูลแบบตัวแปรอิสระ แสดงผลด้วย risk ratio (95% CI) หาความสัมพันธ์ในวิเคราะห์หลายปัจจัยโดยวิธี multiple logistic regression แสดงผลด้วย adjusted odds ratio (95% CI)<sup>10</sup> เนื่องจากตัวแปรตาม (Outcome) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในลักษณะ Binary variable (ป่วย/ไม่ป่วย) ดังนั้นในการวิเคราะห์แบบหลายปัจจัยจึงต้องเลือกใช้วิธีการวิเคราะห์ตามลักษณะของตัวแปรตาม และการแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามใน multiple logistic regression นั้น แสดงเป็นค่า adjusted odds ratio (95% CI)

**จริยธรรมการวิจัย** การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ตามเลขที่โครงการ SKPHO 31/2567 เมื่อวันที่ 5

พฤศจิกายน 2567 หมดอายุวันที่ 4 พฤศจิกายน 2568 ประเภทการรับรอง การวิจัยประยุกต์ (Expedited Review)

## ผลการวิจัย (Result)

ผู้ป่วยโรคไตเสื่อมเรื้อรัง (CKD) ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลโคกสูง จังหวัดสระแก้ว ในระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2565 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2567 รวมทั้งสิ้นจำนวน 312 คน พบผู้ป่วยที่เข้าได้กับเกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 278 คน และผู้ป่วยที่เข้าได้กับเกณฑ์การคัดออกจำนวน 8 คน (ขาดนัดระหว่างการรักษาจำนวน 7 คน และเสียชีวิต จำนวน 1 คน) โดยประชากรศึกษาในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 270 คน ใช้การสุ่มแบบ Simple Random Sampling จำนวน 111 คน พบผู้ป่วยไตเสื่อมเรื้อรังระยะที่ 3 (CKD stage 3) จำนวน 21 คน, ผู้ป่วยไตเสื่อมเรื้อรังระยะที่ 4 (CKD stage 4) จำนวน 17 คน และผู้ป่วยไตเสื่อมเรื้อรังระยะที่ 5 (CKD stage 5) จำนวน 73 คน ดังรูปที่ 1



### รูปที่ 1 ประชากรโรคไตเสื่อมเรื้อรัง (CKD) ในการศึกษาครั้งนี้

ผู้ป่วยโรคไตเสื่อมเรื้อรัง (CKD) ที่รับการรักษาในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลโคกสูง จังหวัดสระแก้ว ปี 2565-2567 ทั้งหมด จำนวน 111 คน พบเป็นผู้ป่วยไตเสื่อมเรื้อรังระยะที่ 5 (CKD stage 5) จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 65.76 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยโรคไตเสื่อมเรื้อรัง(CKD) ที่รับการรักษาในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลโคกสูง จังหวัดสระแก้ว ปี 2565-2567 (n=111)

| ผู้ป่วยโรคไตเสื่อมเรื้อรัง (CKD) | จำนวนผู้ป่วย (n=111) | ร้อยละ     |
|----------------------------------|----------------------|------------|
| CKD stage3                       | 21                   | 18.92      |
| CKD stage 4                      | 17                   | 15.32      |
| CKD stage 5                      | 73                   | 65.76      |
| <b>รวม</b>                       | <b>111</b>           | <b>100</b> |

ผู้ป่วยโรคไตเสื่อมเรื้อรัง (CKD) ที่รับการรักษาในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลโคกสูง จังหวัดสระแก้ว ปี 2565-2567 พบส่วนใหญ่เพศหญิงร้อยละ 65.77 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 70.28 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 12.95 ปี) โรคร่วมพบว่า

ส่วนใหญ่มีโรคร่วมเป็นโรคความดันโลหิตสูง (HT) คิดเป็นร้อยละ 87.34 ตามด้วย ภาวะ Anemia, โรคไขมันในเลือดสูง (DLP) และโรคเบาหวาน (DM) เท่ากับร้อยละ 71.11, 59.46 และ 44.14 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคไตเสื่อมเรื้อรัง (CKD) ที่รับการรักษาในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลโคกสูง จังหวัดสระแก้ว ปี 2565-2567 (n=111)

| ปัจจัย                         | จำนวน (n=111) | ร้อยละ |
|--------------------------------|---------------|--------|
| <b>เพศ</b>                     |               |        |
| • ชาย                          | 38            | 34.23  |
| • หญิง                         | 73            | 65.77  |
| <b>อายุเฉลี่ย</b>              |               |        |
| Mean = 70.28 ปี (S.D. = 12.95) |               |        |
| <b>BMI</b>                     |               |        |
| • < 25 Kg/m <sup>2</sup>       | 82            | 73.87  |
| • ≥ 25 Kg/m <sup>2</sup>       | 29            | 26.13  |
| <b>สูบบุหรี่</b>               |               |        |
| • สูบ                          | 1             | 0.90   |
| • ไม่สูบ                       | 110           | 99.10  |
| <b>เบาหวาน (DM)</b>            |               |        |
| • มี                           | 49            | 44.14  |
| • ไม่มี                        | 62            | 55.86  |
| <b>ความดันโลหิตสูง (HT)</b>    |               |        |
| • มี                           | 97            | 87.39  |
| • ไม่มี                        | 14            | 12.61  |
| <b>ไขมันในเลือดสูง (DLP)</b>   |               |        |
| • มี                           | 66            | 59.46  |
| • ไม่มี                        | 45            | 40.54  |
| <b>IHD</b>                     |               |        |
| • มี                           | 3             | 2.70   |
| • ไม่มี                        | 108           | 97.30  |
| <b>CHF</b>                     |               |        |
| • มี                           | 7             | 6.31   |
| • ไม่มี                        | 104           | 93.69  |
| <b>Gout</b>                    |               |        |
| • มี                           | 10            | 9.01   |
| • ไม่มี                        | 101           | 90.99  |

**ตารางที่ 2** ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคไตเสื่อมเรื้อรัง(CKD) ที่รับการรักษาในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลโคกสูง จังหวัดสระแก้ว ปี 2565-2567 (n=111) (ต่อ)

| ปัจจัย            | จำนวน (n=111) | ร้อยละ |
|-------------------|---------------|--------|
| Stroke            |               |        |
| • มี              | 1             | 0.90   |
| • ไม่มี           | 110           | 99.10  |
| Anemia (Hct <30%) |               |        |
| • มี              | 64            | 71.11  |
| • ไม่มี           | 26            | 28.89  |

การวิเคราะห์หัตถ์แปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระยะที่ 5 (CKD stage 5) ในผู้ป่วยโรคไตเสื่อมเรื้อรัง (CKD) ที่รับการรักษาในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลโคกสูง จังหวัดสระแก้ว ปี 2565-2567 พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมี

นัยสำคัญ 3 ปัจจัย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (HT) (RR = 2.48, 95% CI= 1.07, 5.75), ภาวะ Anemia (RR = 1.68, 95% CI= 1.13, 2.51) และโรคไขมันในเลือดสูง (DLP) (RR = 1.48, 95% CI= 1.07, 2.05) ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ความสัมพันธ์การวิเคราะห์หัตถ์แปรอิสระกับภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระยะที่ 5 (CKD stage 5) ในผู้ป่วยโรคไตเสื่อมเรื้อรัง(CKD) ที่รับการรักษาในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลโคกสูง จังหวัดสระแก้ว ปี 2565-2567 (n=111)

| ปัจจัย                  | ผู้ป่วยโรคไตเสื่อมเรื้อรัง(CKD) |                               | RR   | 95%CI     |
|-------------------------|---------------------------------|-------------------------------|------|-----------|
|                         | CKD stage 5<br>(n=73) n (%)     | CKD stage 3-4<br>(n=38) n (%) |      |           |
| <b>เพศ</b>              |                                 |                               |      |           |
| - ชาย                   | 22 (57.89)                      | 16 (42.11)                    | 0.82 | 0.60-1.13 |
| - หญิง                  | 51 (69.86)                      | 22 (30.14)                    | 1    | Ref       |
| <b>กลุ่มอายุ</b>        |                                 |                               |      |           |
| - >60 ปี                | 21 (77.78)                      | 6 (22.22)                     | 1.25 | 0.96-1.63 |
| - ≤60 ปี                | 52 (61.90)                      | 32 (38.10)                    | 1    | Ref       |
| <b>ดัชนีมวลกาย</b>      |                                 |                               |      |           |
| - >25 Kg/m <sup>2</sup> | 17 (58.62)                      | 12 (41.38)                    | 0.85 | 0.61-1.20 |
| - ≤25 Kg/m <sup>2</sup> | 56 (50.00)                      | 56 (50.00)                    | 1    | Ref       |
| <b>เบาหวาน (DM)</b>     |                                 |                               |      |           |
| - มี                    | 34 (69.39)                      | 15 (30.61)                    | 1.10 | 0.84-1.44 |
| - ไม่มี                 | 39 (62.90)                      | 23 (37.10)                    | 1    | Ref       |

**ตารางที่ 3** ความสัมพันธ์การวิเคราะห์ตัวแปรอิสระกับภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระยะที่ 5 (CKD stage 5) ในผู้ป่วยโรคไตเสื่อมเรื้อรัง(CKD) ที่ได้รับการรักษาในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลโคกสูง จังหวัดสระแก้ว ปี 2565-2567 (n=111) (ต่อ)

| ปัจจัย                | ผู้ป่วยโรคไตเสื่อมเรื้อรัง(CKD) |               | RR   | 95%CI     |
|-----------------------|---------------------------------|---------------|------|-----------|
|                       | CKD stage 5                     | CKD stage 3-4 |      |           |
|                       | (n=73) n (%)                    | (n=38) n (%)  |      |           |
| ความดันโลหิตสูง (HT)  |                                 |               |      |           |
| - มี                  | 69 (71.13)                      | 28 (28.87)    | 2.48 | 1.07-5.75 |
| - ไม่มี               | 4 (28.57)                       | 10 (71.43)    | 1    | Ref       |
| ไขมันในเลือดสูง (DLP) |                                 |               |      |           |
| - มี                  | 50 (75.76)                      | 16 (24.24)    | 1.48 | 1.07-2.03 |
| - ไม่มี               | 23 (51.11)                      | 22 (48.89)    | 1    | Ref       |
| IHD                   |                                 |               |      |           |
| - มี                  | 2 (66.67)                       | 1 (33.33)     | 1.01 | 0.45-2.28 |
| - ไม่มี               | 71 (65.74)                      | 37 (34.26)    | 1    | Ref       |
| CHF                   |                                 |               |      |           |
| - มี                  | 6 (85.71)                       | 1 (14.29)     | 1.33 | 0.95-1.85 |
| - ไม่มี               | 67 (64.42)                      | 37 (35.58)    | 1    | Ref       |
| Gout                  |                                 |               |      |           |
| - มี                  | 6 (60.00)                       | 4 (40.00)     | 0.90 | 0.53-1.52 |
| - ไม่มี               | 67 (66.34)                      | 34 (33.66)    | 1    | Ref       |
| Anemia (Hct <30%)     |                                 |               |      |           |
| - มี                  | 54 (84.38)                      | 10 (15.62)    | 1.68 | 1.13-2.51 |
| - ไม่มี               | 13(50.00)                       | 13 (50.00)    | 1    | Ref       |
| ACEI/ARB              |                                 |               |      |           |
| - มี                  | 16 (57.14)                      | 12 (42.86)    | 0.83 | 0.58-1.19 |
| - ไม่มี               | 54 (68.35)                      | 25 (31.65)    | 1    | Ref       |
| Statin                |                                 |               |      |           |
| - มี                  | 19 (73.08)                      | 7 (26.92)     | 1.13 | 0.85-1.50 |
| - ไม่มี               | 54 (64.29)                      | 30 (35.71)    | 1    | Ref       |
| NSAID                 |                                 |               |      |           |
| - มี                  | 16 (72.73)                      | 6 (27.27)     | 1.13 | 0.84-1.53 |
| - ไม่มี               | 57 (64.04)                      | 32 (35.96)    | 1    | Ref       |

การวิเคราะห์ multiple logistic regression พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระยะที่ 5 (CKD stage 5) ในผู้ป่วยโรคไตเสื่อมเรื้อรัง (CKD) ที่รับการรักษาในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลโคกสูง

จังหวัดสระแก้ว ปี 2565-2567 เพียงปัจจัยเดียว ได้แก่ โรคร่วมภาวะ Anemia (adjusted OR = 4.25, 95%CI = 1.35 -13.40) ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ความสัมพันธ์การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุระหว่างปัจจัยกับภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระยะ 4-5 (CKD stage4-5) ในผู้ป่วยโรคไตเสื่อมเรื้อรัง(CKD) ที่รับการรักษาในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลโคกสูง จังหวัดสระแก้ว ปี 2565-2567 (n=111)

| ปัจจัย              | RR (95% CI)      | Adjusted OR (95% CI) |
|---------------------|------------------|----------------------|
| เพศชาย              | 0.82 (0.60-1.13) | 1.05 (0.29-3.72)     |
| กลุ่มอายุ >60 ปี    | 1.25 (0.96-1.63) | 0.47 (0.10-2.07)     |
| BMI >25 Kg/m2       | 0.85 (0.61-1.20) | 0.99 (0.28-3.45)     |
| DM                  | 1.10 (0.84-1.44) | 0.67 (0.21-2.13)     |
| HT                  | 2.48 (1.07-5.75) | 1.19 (0.13-10.44)    |
| DLP                 | 1.48 (1.07-2.03) | 1.92 (0.55-6.62)     |
| Anemia (Hct <30%) * | 1.68 (1.13-2.51) | 4.25 (1.35-13.40)    |

หมายเหตุ \* หมายถึง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย

#### (Discussion and Conclusion)

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระยะที่ 5 (CKD stage 5) ในผู้ป่วยโรคไตเสื่อมเรื้อรัง (CKD) ที่รับการรักษาในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลโคกสูง จังหวัดสระแก้ว ปี 2565-2567 ได้แก่ โรคร่วมภาวะ Anemia (adjusted OR = 4.25, 95%CI = 1.35 -13.40) ปัจจัยภาวะโรคร่วม Anemia สอดคล้องกับการศึกษาของ K Iseki, et al ปี ค.ศ. 2007<sup>11</sup> และ Wondimeneh Shibabaw, et al ปี ค.ศ. 2020<sup>12</sup>

สาเหตุอาจเนื่องมาจากในผู้ป่วยภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระยะที่ 5 (CKD stage 5, ESRD) มักมีการเสียหายของเนื้อเยื่อไตซึ่งเป็นอวัยวะสำคัญในการผลิตฮอร์โมน erythropoietin ซึ่งฮอร์โมนนี้เป็นส่วนประกอบสำคัญในการกระตุ้นไขกระดูก (bone marrow) ในการสร้างเม็ดเลือดแดง<sup>13</sup> ซึ่งภาวะ Anemia นี้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่มักใช้เป็นปัจจัยในการเฝ้าระวังภาวะภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระยะที่ 5 ในผู้ป่วยโรคไตเสื่อมเรื้อรัง(CKD)<sup>12</sup> ส่วนปัจจัยอื่นๆ ในการศึกษาครั้งนี้ที่พบมีนัยสำคัญในการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระ

แต่ไม่พบนัยสำคัญในการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ (multiple logistic regression) ได้แก่ มีโรคร่วมเป็นโรคความดันโลหิตสูง (HT) และโรคไขมันในเลือดสูง (DLP) ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา<sup>14,15</sup> สาเหตุอาจเนื่องมาจากจำนวนประชากรศึกษา (sample size) ที่ได้ในตัวแปรเหล่านี้น้อยเกินไป จึงทำให้ไม่สามารถตรวจพบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญได้ในการศึกษาครั้งนี้

### ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้ใช้การเก็บข้อมูลตัวแปรตาม (Outcome) เป็นลักษณะ Binary variable (ป่วย/ไม่ป่วย) ทำให้ในการวิเคราะห์แบบหลายปัจจัยจำเป็นต้องใช้วิธี multiple logistic regression และแสดงความสัมพันธ์ด้วย adjusted odds ratio (95% CI) โดยการใช้ adjusted odds ratio นั้น อาจมีปัญหาในเรื่องการ over estimate ความสัมพันธ์ที่พบจากการศึกษา ดังนั้นผู้อ่านควรพิจารณาในการนำผลการศึกษานี้ไปใช้และอ้างอิง

### ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยโรคไตเสื่อมเรื้อรังระยะที่ 3 และ ระยะที่ 4 (CKD stage 3-4) ที่มีภาวะซีด (Anemia, Hct<30%) ควรได้รับการเฝ้าระวังการถดถอยของไตสู่ภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระยะที่ 5 (CKD stage5) อย่างใกล้ชิด เช่น ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจติดตามค่า Creatinine (Cr) อย่างน้อยทุกๆ 2 เดือน

2. ผู้ป่วยโรคไตเสื่อมเรื้อรังระยะที่ 3 และ ระยะที่ 4 (CKD stage 3-4) ควรได้รับการตรวจหาความเข้มข้นของเลือด (Hct) เป็นประจำเพื่อเฝ้าระวังภาวะซีด (Anemia, Hct<30%) หากพบภาวะซีดดังกล่าวผู้ป่วยควรได้รับการรักษาตามมาตรฐาน

3. ในการศึกษาครั้งนี้พบผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคไตเสื่อมเรื้อรังระยะที่ 5 และเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่เลือกการรักษาแบบตามอาการ ดังนั้นโรงพยาบาลควรพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care), การรักษาแบบแพทย์ทางเลือก เพื่อรองรับผู้กลุ่มนี้ที่จะมีจำนวนสูงขึ้นในอนาคต

### เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 12 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2023/03/27217>
2. Thanakitcharu P. Current Situation of Chronic Kidney Disease in Thailand. Department of Medical Services Journal 2015; 5(1), 5-18 (in Thai)
3. Hill NR, Fatoba ST, Oke JL, Hirst JA, O'Callaghan CA, Lasserson DS, et al. Global prevalence of chronic kidney

- disease - a systematic review and meta-analysis. PLOS ONE 2016; 11(7): 1-18.
4. Ingsathit A, Thakkinian A, Chaiprasert A, Sangthawan P, Gojaseni P, Kiattisunthorn K, et al. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. Nephrology Dialysis Transplantation 2010; 25: 1567-1575.
  5. Webster AC, Nagler EV, Morton RL, Masson P. Chronic Kidney Disease. The Lancet 2017; 389: 1238-1252.
  6. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. National Chronic Kidney Disease Fact Sheet [Internet]. Atlanta:GA; 2017 [cited 2017 Oct 22]. Available from: [http://www.cdc.gov/diabetes/pubs/pdf/kidney\\_factsheet.pdf](http://www.cdc.gov/diabetes/pubs/pdf/kidney_factsheet.pdf).
  7. Bureau of Non-Communicable Disease. Clinical practice guideline for the operation of reducing chronic kidney disease (CKD) in patients with diabetes and hypertension. Bangkok: The Agricultural CO-operative of printing; 2017. Thai.
  8. Bumirajanagarindra Kidney Institute. Chronic Kidney Disease Prevention Project. Bangkok: Bumirajanagarindra Kidney Institute; 2015.
  9. ธีรพรเลิศรัฐ. ความรู้เรื่องโรคไตสำหรับประชาชน (พิมพ์ครั้งที่ 2) . นนทบุรี: บริษัท เฮลท์ เวอร์ค จำกัด; 2557.
  10. Hingle, D.E., Wiersma, W., Jurs, S.G. (1979) . Applied Statistics for the Behavioral Sciences. Chicago: Rand McNally College.
  11. Iseki K , Kohagura K. Anemia as a risk factor for chronic kidney disease. Kidney international (2007) 72, S4-S9; doi:10.1038/sj.ki.5002481.
  12. Wondimeneh Shibabaw Shiferaw, Tadesse Yirga Akalu, Yared Asmare, Aynalem. Risk Factors for Anemia in Patients with Chronic Renal Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis. Ethiop J Health Sci 2020; 30(5): 829-842.
  13. American diabetes association. Standards of medical care in diabetes 2017. Diabetes Care Journal. 2017; (40): 88-98.
  14. Suleymanlar G, Yiparmak MR, Seyahi N. Registry of the Nephrology Dialysis and Transplantation in Turkey (Registry-2011) Istanbul: Published by the Turkish Society of Nephrology, 2011; 17(12): 81-93.

15. Lea JP, Nicholas SB. Diabetes mellitus and hypertension: key risk factors for kidney disease. J Natl Med Assoc. 2002; 94:7S–15S.



## การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสพสารเมทแอมเฟตามีน ขณะตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลภาครัฐ จังหวัดเพชรบูรณ์

ศุภสิทธิ สุชี\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสพสารเมทแอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลภาครัฐ จังหวัดเพชรบูรณ์ กลุ่มตัวอย่างคือ หญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติด 40 คน บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติด 30 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์แบบเชิงลึก ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนารูปแบบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 1) การวางแผนพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติด ได้ดำเนินการวิเคราะห์ปัญหา แนวทางปฏิบัติเดิมพร้อมทบทวนแนวทางแก้ไขร่วมกับผู้รับชอบที่เกี่ยวข้อง 2) การปฏิบัติตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ระยะเวลา 6 สัปดาห์ 3) การสังเกตและติดตามผล ประเมินจากข้อมูลเวชระเบียนการรักษาของกลุ่มเป้าหมาย ผลคือการกลับมารักษารักษาซ้ำภายใน 28 วัน หลังนำรูปแบบมาใช้กลุ่มทดลองมีผู้กลับมารักษาซ้ำ 17 คน ซึ่งมากกว่ากลุ่มควบคุมที่มีผู้กลับมารักษาซ้ำ 9 คนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.05$ ) และการกลับมาใช้เมทแอมเฟตามีนซ้ำภายใน 6 สัปดาห์หลังนำรูปแบบมาใช้กลุ่มทดลองมีผู้กลับมาใช้เมทแอมเฟตามีนซ้ำ 3 คน ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (5 คน) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.05$ ) และ 4) การสะท้อนผลคืนข้อมูลการรักษาแก่หน่วยงานผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การศึกษานี้แนะนำให้ส่งเสริมระบบการค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดเชิงรุกเพิ่มแรงจูงใจให้อยู่ในระบบการบำบัด ปรับปรุงการเข้าถึงบริการลดการตีตรา และจัดการดูแลแบบเฉพาะบุคคล ควรปรับใช้รูปแบบนี้ในอำเภออื่นของจังหวัดเพชรบูรณ์ และศึกษาคุณภาพชีวิตของแม่และเด็กที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม

**คำสำคัญ :** การพัฒนารูปแบบ, การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสพสารเมทแอมเฟตามีน, หญิงตั้งครรภ์

1นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเขาค้อ

\*Corresponding Author; Suphasit Sukhee , Email: morlek.phetbura@gmail.com

Received: November 26, 2024; Revised December 20, 2024; Accepted December 20, 2024

## **The development of care model for pregnant women used methamphetamine during pregnancy in public hospitals in Phetchabun Province.**

*Supasit Sukee<sup>1</sup>*

### **ABSTRACT**

This research and development study aimed to develop and evaluate a care model for pregnant women using methamphetamine during pregnancy in government hospitals in Phetchabun Province. The study involved 40 pregnant women who used methamphetamine and 30 personnel involved in their care system. Data were collected using questionnaires and in-depth interviews between October and December 2024. Quantitative data were analyzed using the chi-square test, while qualitative data were analyzed through content analysis. The developed model consisted of four steps: Planning – Identifying issues, reviewing existing practices, and collaboratively formulating solutions with stakeholders. Implementation – Applying the developed care model over six weeks. Observation and Evaluation – Monitoring health records revealed that within 28 days of implementing the model, 17 participants in the experimental group sought repeat treatment, compared to 9 in the control group, a statistically significant difference ( $p$ -value = 0.05). Additionally, 3 participants in the experimental group resumed methamphetamine use within six weeks, fewer than the 5 in the control group, though this difference was not statistically significant ( $p$ -value = 0.05). Reflection – Sharing treatment outcomes with stakeholders. The study recommends promoting proactive screening systems, enhancing motivation to remain in treatment, improving service accessibility, reducing stigma, and providing personalized care. The model should be adapted for other districts in Phetchabun Province, with further studies on maternal and child quality of life.

**Key word :** Model development, care for pregnant women who use methamphetamine, pregnant women

---

<sup>1</sup> Medical Physician, Senior Professional Level, Khao Kho Hospital

## บทนำ (Introduction)

การใช้สารแอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก โดยส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์<sup>1</sup> งานวิจัยในประเทศไทยชี้ให้เห็นว่าการใช้สารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและผู้มีฐานะเศรษฐกิจต่ำ<sup>2</sup> สอดคล้องกับข้อมูลจากต่างประเทศที่รายงานว่า การใช้แอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์เพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักแรกเกิดต่ำ และความผิดปกติทางระบบประสาท<sup>3</sup> นอกจากนี้ งานวิจัยในประเทศไทยพบว่า ทารกที่มารดาใช้แอมเฟตามีนมีโอกาสเกิดภาวะขาดออกซิเจนและต้องเข้ารับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต<sup>4</sup> ด้านมารดาการใช้แอมเฟตามีนเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลบุตรหลังคลอด<sup>5</sup> การคัดกรองจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการระบุกลุ่มเสี่ยงและให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม แต่ยังมีเผชิญความท้าทาย เช่น การปกปิดข้อมูลและการตีตราทางสังคม<sup>6</sup> แนวทางคัดกรองในปัจจุบัน เช่น แบบสอบถามมาตรฐาน การตรวจปัสสาวะ และการสัมภาษณ์เชิงลึก ได้รับการพัฒนาโดยกรมการแพทย์ อย่างไรก็ตาม พบข้อจำกัดในการนำไปใช้ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล<sup>7</sup> สถานการณ์ปัญหาการใช้สารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์จังหวัดเพชรบูรณ์

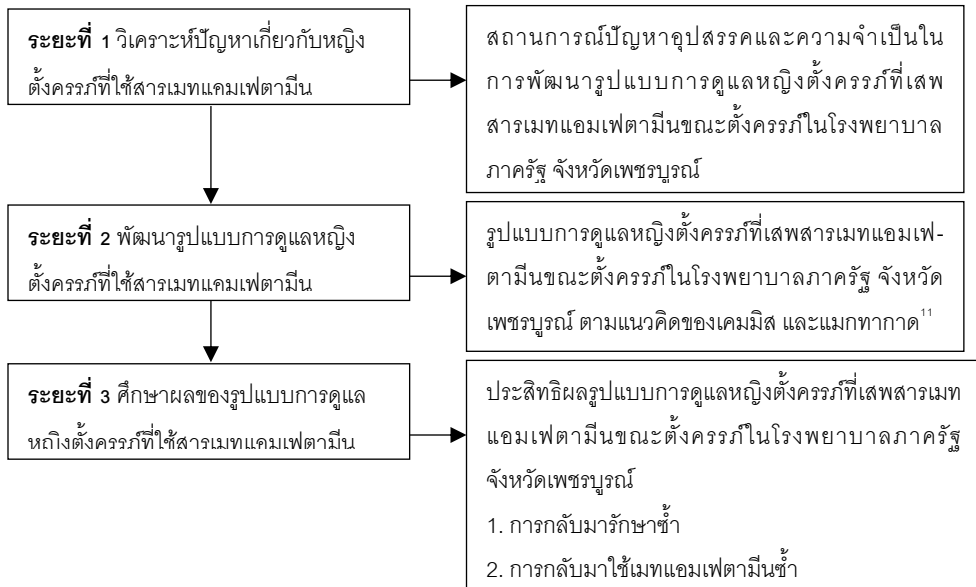
จากข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดพบว่า ในปีงบประมาณ 2564 – 2566 พบมีผู้เข้ารับการบำบัดเป็นเพศหญิง ร้อยละ 12 ในจำนวนนี้ส่วนใหญ่เป็นหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 65 จึงอาจคาดการณ์ได้ว่าจะมีปัญหาหญิงที่ใช้สารเสพติดขณะตั้งครรภ์ตามมาในอนาคต<sup>8</sup> นอกจากนั้นยังพบหญิงที่ใช้สารเสพติดขณะตั้งครรภ์หลายพื้นที่โดยทั้งหมดเป็นครอบครัวของผู้ถูกจับกุมคดียาเสพติด ดังนั้น ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดเพชรบูรณ์จึงมีข้อสั่งการให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์กำหนดมาตรการในการป้องกันและดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีการใช้สารเสพติดขึ้น<sup>9</sup> ในส่วนสถานการณ์ป้องกันและการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดของจังหวัดเพชรบูรณ์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 พบว่าโรงพยาบาลในจังหวัดเพชรบูรณ์ไม่มีมาตรการตรวจสอบยาเสพติดในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ครบทุกแห่ง เนื่องจากการตรวจสอบยาเสพติดไม่ได้ถูกกำหนดไว้ในชุดบริการตรวจสุขภาพหลักของหญิงตั้งครรภ์และการตรวจสอบยาเสพติดไม่สามารถเบิกจ่ายจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)<sup>10</sup> จากสถานการณ์ปัญหาและข้อสั่งการของศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด จังหวัดเพชรบูรณ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ จึงได้คัดกรองสารเสพติดหญิงที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐทุกราย

แต่จากการดำเนินการดูแลตามรูปแบบที่กำหนดยังพบปัญหาหญิงตั้งครรภ์ใช้สารเสพติดซ้ำหลังผ่านกระบวนการบำบัดรักษา ยาเสพติด โดยจากการรวบรวมข้อมูลพบว่า มีอัตราการใช้สารเสพติดซ้ำร้อยละ 40.87<sup>10</sup>

จากสภาพปัญหาข้างต้นบวกกับการทบทวนวรรณกรรมพบว่า จังหวัดเพชรบูรณ์ยังขาดรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสพสารเมทแอมเฟตามีนที่ชัดเจน และไม่มีการบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสพสารเมทแอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลภาครัฐ จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยกำหนดพื้นที่เป้าหมายคือพื้นที่อำเภอหล่มสัก เนื่องจากมีจำนวนหญิงตั้งครรภ์เฉลี่ย 3 ปีย้อนหลังที่สูงสุดของ

**กรอบแนวคิดในวิจัย**

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Developmental research) โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมตามแนวคิดของเคมมิส และแมกทากาด<sup>11</sup> กำหนดกรอบแนวคิด ดังนี้



จังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อใช้ผลการวิจัยเป็นแนวทางในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดอย่างเป็นระบบมีประสิทธิภาพ และสามารถเป็นแนวทางในการดำเนินงานสร้างสุขภาวะแบบองค์รวมสามารถเป็นคู่มือในการดูแลกลุ่มวัยนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

### วัตถุประสงค์ (Objective)

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสพสารเมทแอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลภาครัฐ จังหวัดเพชรบูรณ์
2. เพื่อประเมินผลรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสพสารเมทแอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลภาครัฐ จังหวัดเพชรบูรณ์

## วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

**ประชากร** ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งผู้ให้ข้อมูลเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้เกี่ยวข้องในการศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแล เช่น แพทย์พยาบาล เภสัชกร ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดของหน่วยงานด้านสาธารณสุข คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ โรงพยาบาลหล่มสัก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ซึ่งพบปัญหาหญิงตั้งครรภ์ใช้สารเสพติด จำนวน 15 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 6 คน รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ หน่วยงานปกครอง ตำรวจ องค์การบริหารส่วนตำบล สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงในมนุษย์จังหวัด บ้านพักเด็กและครอบครัว จำนวน 9 คน

2. หญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ และตรวจเมแทบอลิซึมในปัสสาวะให้ผลบวก จำนวน 40 ราย

**เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)**

1) อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) พูด ฟังอ่านภาษาไทย และสามารถสื่อสารข้อมูลได้ 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ 4) หญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ไม่เกิน 24 สัปดาห์ มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ และตรวจเมแทบอลิซึมในปัสสาวะให้ผลบวก

## เกณฑ์การแยกอาสาสมัคร

### ออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1) ปฏิเสธการมีส่วนร่วม 2) มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง 3) มีโรคติดต่ออันตรายที่แพร่เชื้อได้ 4) เป็นนักโทษต้องคดีถูกคุมขัง ติดต่อกไม่ได้

## การคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากประชากรหญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจเมแทบอลิซึมในปัสสาวะให้ผลบวก เป็นกลุ่มขนาดเล็ก เพื่อให้ได้ขนาดประชากรที่น่าเชื่อถือ อ้างอิงจากงานวิจัยที่ศึกษา ของวรวิญญา ชลธารกัมปนาท, จันทิมา ขนบดี และปราณี บ้องเรือ<sup>12</sup> คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรมสำเร็จรูป n4Studies<sup>13</sup> ได้ตัวอย่างกลุ่มละ 18 ราย รวมกลุ่มตัวอย่าง 36 คน จากนั้นผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ร้อยละ 10 เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายจากกรณีกรอกข้อมูลไม่สมบูรณ์ หรือแบบสอบถามสูญหาย เป็นต้น ดังนั้นการศึกษานี้ผู้วิจัยต้องเก็บข้อมูล จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน และสุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มด้วยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีการจับฉลาก

## ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีการดำเนินการ ดังรายละเอียดนี้

### 1. ขั้นตอนเตรียมดำเนินการ

1) ดำเนินการขออนุญาตดำเนินการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์

2) ผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลหล่มสัก ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติด ผู้รับผิดชอบงานแม่และเด็ก ในโรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับวิธีการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง และประสบการณ์ในการบำบัดหญิงตั้งครรภ์ที่เสพยาเสพติด

3) ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลหล่มสักเพื่อขอข้อมูลเวชระเบียนการรักษาของหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติด ในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนพฤศจิกายน 2567 และติดต่อกลุ่มเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

4) ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ให้กับกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมขอความร่วมมือในการเข้าร่วมดำเนินการวิจัย

**2. ขั้นตอนดำเนินการศึกษา** การดำเนินการศึกษาแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1** วิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน

1) ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน เก็บข้อมูลจากเอกสาร เช่น สถิติเกี่ยวกับหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดในจังหวัดเพชรบูรณ์ และแนวทางการดูแลปัจจุบัน

2) ศึกษารูปแบบการดำเนินงานเดิม วิเคราะห์กระบวนการดูแลในโรงพยาบาลภาครัฐ โดยพิจารณาจุดแข็งและจุดอ่อน

3) สัมภาษณ์บุคลากรที่เกี่ยวข้อง สัมภาษณ์ทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์พยาบาล เภสัชกร ผู้รับผิดชอบงานอนามัย

แม่และเด็ก ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติด นักสังคมสงเคราะห์ เพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและแนวทางการดูแลปัจจุบัน

4) สัมภาษณ์บทบาทและปัญหาอุปสรรคในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงในมนุษย์ จังหวัดเพชรบูรณ์ บ้านพักเด็กและครอบครัวจังหวัดเพชรบูรณ์ ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตำรวจ หน่วยงานปกครอง และตัวแทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน

**ระยะที่ 2** พัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน

1) ประชุม MCH board จังหวัดเพชรบูรณ์ ค้นข้อมูลสถานการณ์และระบบการดูแลเดิมแก่คณะกรรมการสุขภาพแม่และเด็ก (MCH)

2) กำหนดพื้นที่อำเภอที่จะดำเนินการ เลือกอำเภอเป้าหมายที่มีปัญหาหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนสูงสุด เพื่อนำร่องการพัฒนา รูปแบบและประเมินผล

3) ประชุมระดมสมอง ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อทบทวนและพัฒนารูปแบบการดูแล

4) กำหนดรูปแบบการดูแล ร่วมกันออกแบบรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนในบริบทของโรงพยาบาลภาครัฐ

5) ดำเนินการพัฒนารูปแบบทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนากับกลุ่มทดลอง

ที่ได้จากการสุ่มอย่างง่าย พร้อมติดตามการดำเนินการ ระยะเวลา 6 สัปดาห์

**ระยะที่ 3** ศึกษาผลของรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน

1) ศึกษาผลการกลับมารักษารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบที่กำหนด

2) ศึกษาผลการกลับมาใช้เมทแอมเฟตามีนซ้ำภายใน 6 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ที่เสพยาเมทแอมเฟตามีน

3) ค้นข้อมูลแนวทางปฏิบัติ รวมถึงผลการศึกษาให้แก่ผู้มีส่วนได้เสียทั้งพื้นที่อำเภอหล่มสัก และนำแนวทางการปฏิบัติไปปรับใช้ในพื้นที่อื่นๆของจังหวัดเพชรบูรณ์

#### **เครื่องมือและการพัฒนาเครื่องมือ**

1. แบบสอบถามการวิจัย ผู้วิจัยใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลหล่มสัก กำหนดเครื่องมือในการวิจัยโดยประกอบด้วย 2 ตอน ได้แก่

- ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ สถานะสมรส ระดับชั้นการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติการแท้ง ประวัติการใช้วิธีการคุมกำเนิด ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการบำบัดยาเสพติด

- ตอนที่ 2 แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดเพื่อการบำบัดรักษากระทรวงสาธารณสุข (แบบคัดกรอง V.2)

2. การสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (In-depth interview) โดยใช้แนวทางการสัมภาษณ์ (interview guide) ของอัปดุลคอลลิก อีร์รอฮิมียี และคณะ<sup>13</sup>

#### **วิธีวิเคราะห์ข้อมูล**

ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์โดยการนับความถี่และเปรียบเทียบความถี่ระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในกรณี queค่าความคาดหวังน้อยกว่า 5 ในตารางมากกว่าร้อยละ 20 ใช้สถิติ Fisher's Exact Test และข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

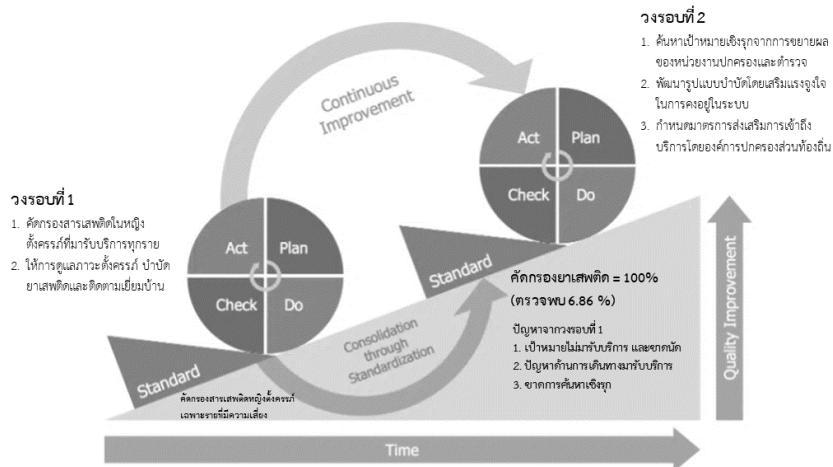
**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง**  
การศึกษานี้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ทะเบียนเลขที่ 108/2567 วันที่ 21 ตุลาคม พ.ศ. 2567

#### **ผลการวิจัย (Result)**

1. รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสพยาเมทแอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลภาครัฐ จังหวัดเพชรบูรณ์ กระบวนการในวงรอบที่ 1 จากปัญหาพบหญิงตั้งครรภ์ใช้ สารเสพติดติดต่อกับพบมารดาเสียชีวิตจากการใช้สารเสพติด จึงได้มีการพัฒนาระบบการคัดกรองสารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์โดยมีการกำหนดแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดร่วมกันในที่ประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก จังหวัดเพชรบูรณ์ (MCH Board) โดยคัดกรองสารเสพติดหญิงที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลทุกราย โดยสำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์สนับสนุนชุดตรวจสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนสำหรับการคัดกรอง ซึ่งหากพบสารเสพติดถือว่าเป็นการตั้งครมรเสี่ยงสูงต้องเข้ารับการฝากครมรที่โรงพยาบาลทุกราย พร้อมส่งต่อกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด เพื่อดำเนินการบำบัดรักษาสารเสพติด ทั้งนี้จากการดำเนินการในวงรอบที่ 1 ได้คัดกรองสารเสพติดหญิงที่มารับบริการฝากครมรร้อยละ 100 แต่พบปัญหาขาดการค้นหาหญิงตั้งครมรที่ใช้สารเสพติดในเชิงรุก ปัญหาด้านการเดินทางมารับบริการ รวมถึงเป้าหมายไม่มารับบริการตามนัด (Drop out) จากปัญหาที่เกิดขึ้น จึงได้มีการพัฒนาต่อเนื่องในวงรอบที่ 2 โดยในระยะที่ 1 ได้วิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับหญิงตั้งครมรที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน จากนั้นการนำประเด็นปัญหาหญิงตั้งครมรที่ใช้สารเสพติดกำหนดเป็นประเด็นขับเคลื่อนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) จากนั้นบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ หน่วยงานด้านสาธารณสุข หน่วยงานปกครอง ตำรวจ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานพัฒนาสังคมและ

ความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเพชรบูรณ์ บ้านพักเด็กและครอบครัวจังหวัดเพชรบูรณ์ในพื้นที่ โดยเริ่มจากการค้นหาข้อมูลสถานการณ์ปัญหาหญิงตั้งครมรที่ใช้สารเสพติดเพื่อร่วมกันกำหนดแนวทางทางในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย พร้อมกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมการค้นหาเชิงรุกจากการขยายผลในกรณีหน่วยงานปกครองหรือตำรวจตรวจพบผู้เสพยาเสพติด ส่งเสริมการเข้าบริการของกลุ่มเป้าหมายโดยบูรณาการร่วมกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น นอกจากนั้นยังมีการพัฒนารูปแบบการบำบัดยาเสพติด โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจในการคงอยู่ในระบบการบำบัดยาเสพติดโดยการเพิ่มกิจกรรมการสร้างแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติด โดยการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interview) และการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) รวมถึงมีการกำหนดมาตรการให้การช่วยเหลือทางสังคมแก่หญิงตั้งครมรในด้านการประกอบอาชีพ ที่พักอาศัย และแนวทางการจัดทำข้อตกลงการดูแลเด็กหลังคลอดกับหญิงตั้งครมรที่ใช้สารเสพติด



ภาพที่ 1 กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสพยาเสพติด

หมายเหตุ ภาพจาก : <https://www.conceptdraw.com/mosaic/pdca-cycle-examples>

2. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสพยาเสพติดในขณะตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลภาครัฐ จังหวัดเพชรบูรณ์

2.1 กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติด จำนวน 40 คน มารดากลุ่มควบคุม มีจำนวน 20 คน โดยร้อยละ 69 มีอายุระหว่าง 21-30 ปี และร้อยละ 65 มีสถานภาพคู่ที่แยกกันอยู่ สำหรับระดับการศึกษา พบว่าร้อยละ 71.0 มีระดับมัธยมศึกษา ในด้านอาชีพ ร้อยละ 45 ว่างาน ขณะที่รายได้เฉลี่ยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 47.0) อยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาทต่อเดือน ด้านประวัติการตั้งครรภ์ มีอายุครรภ์ 37-41 สัปดาห์ ร้อยละ 72.5 เคยตั้งครรภ์ลำดับที่ 3 ร้อยละ 41.0 โดยไม่มีประวัติการแท้งเลย (ร้อยละ 100) ในการคุมกำเนิด ร้อยละ 66.7 เลือกใช้วิธีการฝังคุมกำเนิด ด้านพฤติกรรม

สุขภาพ ร้อยละ 50 เคยสูบบุหรี่ และร้อยละ 85 เคยดื่มสุรา ทั้งนี้ มารดากลุ่มนี้ทั้งหมด (ร้อยละ 100) เคยใช้ยากระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา มารดากลุ่มทดลอง มีจำนวน 20 คน พบว่าร้อยละ 59 มีอายุระหว่าง 21-30 ปี และมีสถานภาพคู่ที่แยกกันอยู่สูงถึง ร้อยละ 48.0 ด้านการศึกษา พบว่าร้อยละ 85.0 จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ในด้านอาชีพประมาณ ร้อยละ 29.0 มีอาชีพรับจ้างหรือว่างงาน ขณะที่รายได้ครอบคลุมครัวร้อยละ 34.0 อยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาทต่อเดือน สำหรับประวัติการตั้งครรภ์ มีอายุครรภ์ 37-41 สัปดาห์ ร้อยละ 50.0 เคยตั้งครรภ์ลำดับที่ 2 ร้อยละ 38 และร้อยละ 90 ไม่มีประวัติการแท้งเลย ส่วนการคุมกำเนิด ร้อยละ 46.4 เลือกใช้วิธีการฝังคุมกำเนิด ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าร้อยละ 80 เคยสูบบุหรี่ และ

ร้อยละ 92 เคยดื่มสุรา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง  
ร้อยละ 100 ของมารดาในกลุ่มนี้เคยใช้  
ยากระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน (ยาบ้า)  
ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

การเปรียบเทียบผลการกลับมา  
รักษาซ้ำภายใน 28 วันและการกลับมาเสพซ้ำ  
ภายใน 6 สัปดาห์หลังคลอด

**ตารางที่ 1** การเปรียบเทียบการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบ  
ที่กำหนด การวิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์

| กลุ่มตัวอย่าง        | การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน |            |         |
|----------------------|-------------------------------|------------|---------|
|                      | มา                            | ไม่มา      | p-value |
| กลุ่มควบคุม (n = 20) | 9 (45.00)                     | 11 (55.00) | 0.020*  |
| กลุ่มทดลอง (n = 20)  | 17 (85.00)                    | 3 (15.00)  |         |

\* กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มควบคุมมีการ  
กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน จำนวน  
9 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.00 ขณะที่กลุ่ม  
ทดลองมีการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน  
จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.00 ซึ่งสรุป  
ได้ว่าการกลับมารักษาซ้ำของกลุ่มทดลอง  
และกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมี  
นัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) นอกจากนี้  
จากการสัมภาษณ์บุคลากรที่มีบทบาท  
เกี่ยวข้องในการดูแลและเยี่ยมบ้านหญิง  
ตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดเกี่ยวกับสาเหตุของ  
การกลับมารักษาซ้ำ อาจสรุปได้ว่า การรักษา  
หญิงตั้งครรภ์ที่ใช้เมทแอมเฟตามีนจนเสร็จ  
สิ้นได้รับอิทธิพลจากปัจจัยหลายประการ  
ทั้งตัวแปรส่วนบุคคล เช่น แรงจูงใจที่เกี่ยวข้อง  
กับสุขภาพของลูก และการสนับสนุนด้าน  
สุขภาพจิต ซึ่งช่วยเพิ่มความมุ่งมั่นในการ

รักษา นอกจากนี้ โปรแกรมการรักษาที่  
ครอบคลุมและปรับให้เหมาะสมกับความ  
ต้องการเฉพาะของหญิงตั้งครรภ์ เช่น การ  
ดูแลทั้งด้านการใช้สารเสพติดและการฝาก  
ครรภ์ ตลอดจนการให้คำปรึกษาและความรู้  
เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตร ยังช่วยเพิ่ม  
ประสิทธิภาพการรักษา การเข้าถึงบริการ  
อย่างสะดวก เช่น สถานที่ตั้ง การเดินทาง  
และตารางการรักษาที่ยืดหยุ่น มีบทบาท  
สำคัญในการลดอุปสรรคต่อการเข้ารับการ  
รักษา นอกจากนี้ การสนับสนุนจากครอบครัว  
คู่ครอง และชุมชนยังมีบทบาทสำคัญในการ  
ส่งเสริมความสำเร็จของการรักษา โดยเฉพาะ  
การช่วยเหลือในด้านการดูแลเด็กและความ  
ต้องการในชีวิตประจำวัน ดังคำกล่าวที่  
ปรากฏดังต่อไปนี้

“...คนไข้ที่มีโอกาสรักษาได้สำเร็จ มักมีแรงจูงใจมุ่งมั่นที่อยากจะไม่ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด อาจเป็นเพราะคนไข้มีการตระหนักถึงคนรอบข้าง และที่สำคัญที่สุดคือลูกที่อยู่ในท้อง ที่เป็นสาเหตุของแรงจูงใจในการอยากเลิกในครั้งนี้...” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3

“...หญิงตั้งครรภ์ที่มีความมุ่งมั่นที่อยากจะไม่ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด เค้าว่จะปฏิบัติตามรูปแบบของการบำบัด และมาเข้ารับการบำบัดสม่ำเสมอ ทั้งนี้อาจจะต้องมีปัจจัยหลาย

อย่างที่ต้องมาสนับสนุน รวมไปถึงแรงพลังเสริมที่มาจากครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์นั่นเอง ...” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12

“...สิ่งที่เราจะพยายามทำได้ เมื่อเราพบหญิงตั้งครรภ์ที่เสพยาเสพติด เราจะพยายามบ่อนข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของเด็กที่อยู่ในครรภ์ ผลเสียต่างๆที่อาจเกิดขึ้นได้ต่อตัวเองและเด็กที่อยู่ในครรภ์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์นั้นเกิดความตระหนักและใส่ใจตนเองให้มากที่สุด...” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบการกลับมาใช้เมทแอมเฟตามีนซ้ำภายใน 6 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ที่เสพยาเมทแอมเฟตามีน การวิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์

| กลุ่มตัวอย่าง        | การกลับมาใช้เมทแอมเฟตามีนซ้ำภายใน 6 สัปดาห์ |            |         |
|----------------------|---------------------------------------------|------------|---------|
|                      | ใช้ซ้ำ                                      | ไม่ใช้ซ้ำ  | p-value |
| กลุ่มควบคุม (n = 20) | 5 (25.00)                                   | 15 (75.00) | 0.692   |
| กลุ่มทดลอง (n = 20)  | 3 (15.00)                                   | 17 (85.00) |         |

\* กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มควบคุมมีการกลับมาใช้เมทแอมเฟตามีนซ้ำภายใน 6 สัปดาห์ จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.00 ขณะที่กลุ่มทดลองมีการกลับมาใช้เมทแอมเฟตามีนซ้ำจำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.00 ซึ่งสรุปได้ว่าการกลับมาใช้เมทแอมเฟตามีนซ้ำภายใน 6 สัปดาห์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์บุคลากรที่มีบทบาทเกี่ยวข้องในการดูแลและเยี่ยมบ้านหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดเกี่ยวกับสาเหตุของ

การไม่กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำของผู้ผ่านการบำบัดรักษาอาจสรุปได้ว่า การกลับมาเสพยาเมทแอมเฟตามีนซ้ำในหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐมีสาเหตุมาจากปัจจัยทางสังคม จิตวิทยา และเศรษฐกิจ รวมถึงปัญหาสุขภาพจิต เช่น ความวิตกกังวลภาวะซึมเศร้า และผลกระทบจากการติดสารเสพติด มักเพิ่มโอกาสการกลับมาเสพยาซ้ำ ทำให้รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติด จึงควรมีความครอบคลุมในทุกมิติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเมินอาการทางสุขภาพจิต นอกจากนั้นควรให้ความสำคัญใน

ด้านการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม รวมถึงการตีตราทางสังคม อาจนำไปสู่ความโดดเดี่ยวและลดแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติด ส่วนปัจจัยทางเศรษฐกิจ เช่น ความไม่มั่นคงด้านการเงินและที่อยู่อาศัย ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับมาเสพใช้สารเสพติดด้วยอีกทาง เนื่องจากสร้างความเครียดสูงและลดโอกาสในการปฏิบัติตามแผนการฟื้นฟู ทั้งนี้ การสนับสนุนหลังการรักษาที่ไม่เพียงพอจากโรงพยาบาล เช่น การติดตามผลการให้คำปรึกษา และการช่วยเหลือในด้านการจ้างงานและที่อยู่อาศัย อาจทำให้ผู้ป่วยประสบปัญหาในการเลิกยาในระยะยาว ดังคำกล่าวที่ปรากฏดังต่อไปนี้

“...คนใช้กลุ่มนี้มีภาวะอะไรหลายๆ อย่างร่วมประกอบกัน พอมีความเครียด หรืออยากมีความสุข เขาก็จะหันไปเสพยา ตามที่เรา รู้กลไกของสมองติดยา ครอบครัวที่อบอุ่น มีส่วนสำคัญที่จะทำให้ไม่กลับไปเสพยาซ้ำของคนกลุ่มนี้...” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3

“...สมองติดยาเป็นกลไกการติดที่เกิดขึ้นโดยสมองจากการรับความสุขอย่างล้นหลาม คนที่เสพยาเมื่อมีสิ่งกระตุ้น หรือมีความเครียด จึงมีความคิดที่จะเสพยาเพื่อช่วยเหลือหรือให้มีความสุขอีกครั้ง เรามักจะรู้กันว่าช่วงหลังคลอด หญิงเหล่านี้จะมีภาวะซึมเศร้าและเครียด ซึ่งทำให้เกิดโอกาสการกลับไปเสพยาซ้ำสูง ครอบครัวและการติดตามหลังคลอดจึงสำคัญ และอยากแนะนำให้ทำการคุมกำเนิดหลังคลอดหรือให้

สุศึกษาในการดูแลตนเอง...” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2

## อภิปรายผล (Discussions)

การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสพยาเมทแอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลภาครัฐ จังหวัดเพชรบูรณ์ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของเคมมิส และแมกทาการ์ด<sup>11</sup> ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 1) การวางแผนพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติด (Plan) ได้ดำเนินการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา แนวทางการปฏิบัติเดิม พร้อมทบทวนปัญหาอุปสรรคเพื่อกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกับผู้รับชอบที่เกี่ยวข้อง 2) การปฏิบัติตามรูปแบบ (Action) เป็นการนำรูปแบบที่ผ่านการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมมาใช้กับกลุ่มเป้าหมายระยะเวลา 6 สัปดาห์ 3) การสังเกตและติดตามผล (Observation) ทำการสังเกตและติดตามผลจากข้อมูลเวชระเบียนการรักษาของกลุ่มเป้าหมายเกี่ยวกับการกำเริบการซ้ำ และการกลับเสพยาเสพติดซ้ำ พร้อมสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่ที่มีบทบาทในการดูแลและเยี่ยมบ้านกลุ่มเป้าหมาย และ 4) การสะท้อนผล (Reflection) ค้นข้อมูลการรักษากำหนดงานผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดเพื่อพัฒนาระบบการบริการต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ นัชชา บานภูมิ<sup>14</sup> การพัฒนารูปแบบการดูแลเฉพาะรายในหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลตรวจแอมเฟตามีน

ในปีสภาวะ โรงพยาบาลผาขาว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย ซึ่งพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดตามแนวคิดของ เคมมิส และแมกทากาด<sup>11</sup> โดยพบว่าควรพัฒนารูปแบบการดูแลให้ครอบคลุมทั้งตัวหญิงตั้งครรภ์ ครอบครัว ชุมชน บุคลากรสุขภาพ รวมถึงเครือข่ายทางสังคม สอดคล้องกับพรทิพย์ หอมเพชร, พิศมัย กองทรัพย์ และน้องนุช แส่นบรรดิษฐ์<sup>15</sup> เรื่องการศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีนต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังคลอดการกลับมารักษาซ้ำ และการกลับมาเสพซ้ำในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง พบว่าควรนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอดไปปรับใช้และศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดทุกชนิดเริ่มตั้งแต่ตั้งครรภ์เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างถูกต้องลดผลกระทบต่อมารดาและทารกแรกเกิด ลดการกลับมาเสพสารเสพติดซ้ำ และได้รับการบำบัดรักษาตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข การประเมินผลรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสพสารเมทแอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลภาครัฐ จังหวัดเพชรบูรณ์ จากการประเมินผลหลังนำรูปแบบที่พัฒนามาใช้พบว่า

1. การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน หลังนำรูปแบบมาใช้กลุ่มทดลองมีผู้กลับมารักษาซ้ำ 17 คน ซึ่งมากกว่ากลุ่ม

ควบคุมที่มีผู้กลับมารักษาซ้ำ 9 คนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.05$ ) และจากการสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนร่วมในการให้การดูแลและเยี่ยมบ้านได้ให้ข้อมูลว่าสาเหตุที่กลุ่มเป้าหมายกลับมารักษาซ้ำคือ การจัดบริการที่ครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต การมารับบริการไม่ทำให้ถูกต้องตรง มีเพิ่มกิจกรรมการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ รวมถึงได้การสนับสนุนทางสังคมทั้งจากครอบครัวและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้สามารถเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขได้ สอดคล้องกับการศึกษาพัฒนารูปแบบการป้องกันการกลับเสพซ้ำของผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดตาก โดยพบว่าการใช้รูปแบบการบำบัดที่มีกิจกรรมสร้างแรงจูงใจให้อยู่ในระบบการบำบัดทำให้อัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>16</sup> ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีนต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังคลอดการกลับมารักษาซ้ำและการกลับมาเสพซ้ำในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง<sup>15</sup> พบว่าการดูแลโดยสหวิชาชีพ การวางแผนจำหน่าย และการเยี่ยมบ้าน ไม่มีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. การกลับมาใช้เมทแอมเฟตามีนซ้ำภายใน 6 สัปดาห์หลังนำรูปแบบมาใช้กลุ่มทดลองมีผู้กลับมาใช้เมทแอมเฟตามีนซ้ำ 3 คน ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (5 คน) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.05$ ) และจากการสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนร่วมในการให้การดูแลและเยี่ยมบ้านได้ให้ข้อมูลว่าสาเหตุที่กลุ่มเป้าหมายกลับมาใช้เมทแอมเฟตามีนซ้ำคือ อาการสมองตื้อยารวมถึงปัญหาความเครียดที่หญิงตั้งครรภ์ต้องเผชิญทำให้ยังคงกลับไปใช้สารเสพติดซึ่งถึงแม้จะมาเข้ารับบริการฝากครรภ์และบำบัดยาเสพติดตามนัดแต่ก็ยังไม่สามารถหยุดเสพสารเสพติดได้โดยสิ้นเชิง โดยสอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ หอมเพชร, พิศมัย กองทรัพย์ และน้องนุช แสนบรรดิษฐ์<sup>15</sup> ซึ่งได้ศึกษาผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน พบว่ากลุ่มตัวอย่างกลับมาใช้เมทแอมเฟตามีนซ้ำภายใน 6 สัปดาห์ได้เช่นกัน

### ข้อเสนอแนะ

1. นำรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสพสารเมทแอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลภาครัฐ จังหวัดเพชรบูรณ์ ไปปรับใช้กับอำเภออื่นๆในพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์ ทั้งในด้านการค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดในเชิงรุก การเพิ่มกิจกรรมสร้างแรงจูงใจในการคงอยู่ในระบบการ

บำบัดรักษา ส่งเสริมการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะด้านการเดินทาง จัดบริการให้ลดการตีตราให้มากที่สุด ควรเป็นรูปแบบการดูแลเฉพาะเป็นรายบุคคล ตามบริบทของหญิงตั้งครรภ์แต่ละบุคคลและมีข้อมูลผู้ป่วยที่ครอบคลุมทุกด้าน รวมทั้งควรมีมาตรการการดูแลเด็กคลอดกรณีแม่หยุดใช้ยาเสพติดไม่ได้

2. ควรมีการศึกษาคูณภาพชีวิตของแม่และเด็กที่ผ่านการบำบัดตามรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสพสารเมทแอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลภาครัฐ จังหวัดเพชรบูรณ์

3. ควรเพิ่มการค้นหาเชิงรุกโดยเพิ่มบทบาทภาคประชาชนมากขึ้น

### กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ผู้วิจัยขอขอบคุณนพ.วิชาญ คิดเห็น นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ สำหรับการผลักดันและสนับสนุนในการทำวิจัย ขอขอบคุณคณะกรรมการพัฒนารูปแบบโรงพยาบาลหล่มสักที่ร่วมกันดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดอย่างใกล้ชิด รวมถึงขอขอบคุณหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดในโครงการทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). Global status report on substance use: Impact on maternal and child health. Geneva: WHO; 2021.

2. สถาบันธัญญารักษ์. รายงานการให้สารเสพติดในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันธัญญารักษ์; 2563.
3. Abar B, LaGasse LL, Lester BM, Shankaran S, Bada HS, Bauer CR, et al. Neurodevelopmental outcomes in children with prenatal methamphetamine exposure: A prospective study. J Pediatr. 2014;164(6):1337-43.
4. พิมพ์มาดา พรหมเทพ, สมชาย นาคเงินทอง, และคณะ. ผลกระทบของการใช้แอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์ต่อทารกแรกเกิด. วารสารการแพทย์แผนไทย. 2562;6(3):200-10.
5. Oei JL, Kingsbury A, Dhawan A, Burns L, Feller JM, Clews S, et al. Amphetamines, the pregnant woman and her children: A review. J Perinatol. 2019;39(1):36-44.
6. Stone R. Pregnant women and substance use: Fear, stigma, and barriers to care. Health Soc Work. 2015;40(1):15-21.
7. วิชัย สังข์ทอง, ปริญญา ทองย้อย, และคณะ. การพัฒนาระบบคัดกรองสารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์. วารสารวิจัยระบบสุขภาพ. 2564;15(2):100-12.
8. สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด. รายงานสถานการณ์การบำบัดรักษายาเสพติดในหญิงตั้งครรภ์. กรุงเทพฯ: สำนักงาน เลขาธิการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด; 2566.
9. ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดเพชรบูรณ์. รายงานการดำเนินงานป้องกันและดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติด. เพชรบูรณ์: ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดเพชรบูรณ์; 2566.
10. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์. รายงานสถานการณ์การคัดกรองสารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์. เพชรบูรณ์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์; 2566.
11. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Geelong: Deakin University Press; 1990.
12. วรรณญา ชลธารกัมปนาท, จันทิมา ขนบดี และปราณี ป้องเรือ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และทารกแรกเกิดของมารดาครรภ์แรก. ว.วิทยาลัยพยาบาล พระปกเกล้า จันทบุรี 2561;29(1):30-41.
13. อับดุลคอลิก อีรอฮีมีย และคณะ. การป้องกันการเสพติดซ้ำด้วยตนเอง: กรณีศึกษา ผู้ผ่านการบำบัดรักษาอาการติดยาเสพติดในพื้นที่จังหวัดปัตตานี. วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต. 2565;10(3):345-57.

14. นัชชา ป้านภูมิ. การพัฒนารูปแบบการดูแลเฉพาะรายในหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลตรวจแอมเฟตามีนในปัสสาวะโรงพยาบาลผาขาว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา [อินเทอร์เน็ต]. 2566[เข้าถึงเมื่อ 20 ธ.ค. 2567];8(3):42-52. เข้าถึงได้จาก: <https://so06.tcithaijo.org/index.php/hej/article/view/267290>
15. พรทิพย์ หอมเพชร, พิศมัย กองทรัพย์, นื่องนุช แสนบรรดิษฐ์. ประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีนต่อความรู้พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังคลอด การกลับมารักษาซ้ำและการกลับมาเสพติดในโรงพยาบาลสตติภูมิแห่งหนึ่ง. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 2566;26(1):12-25
16. สุพร กาวินา, กิตติพัฒน์ เอี่ยมรอด และบุญยานุช เดชบริบูรณ์. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการกลับมาเสพติดซ้ำหลังการบำบัดในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดจังหวัดตาก. วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ ปทอ. 2560;23(2):174-86. เข้าถึงได้จาก: <https://so05.tcithaijo.org/index.php/tgt/article/view/103837>.
17. ConceptDraw. PDCA Cycle Examples [Internet]. [cited 2024 Dec 20]. Available from: <https://www.conceptdraw.com/mosaic/pdca-cycle-examples>

# การพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน จังหวัดมหาสารคาม

ทิพวรรณ โคตรสีเขียว<sup>1</sup>, ดิษฐพล ใจซื่อ<sup>2</sup>, กาญจนา จันทะนุย์<sup>3</sup>, พิลัมย์ ศรีทำนา<sup>4</sup>

## บทคัดย่อ

วิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบและประเมินผล การพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ดำเนินการในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม คัดเลือกผู้ร่วมดำเนินการวิจัยแบบเจาะจง จำนวน 156 คน ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ 100 คน ผู้ดูแล 40 คน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 16 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบคัดกรองความเสี่ยงการ พลัดตกหกล้ม การสนทนากลุ่ม และการสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้สูงอายุมีความ เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ขาดความรู้ความเข้าใจและขาดแนวทางในการป้องกันการหกล้ม มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ มีประวัติเคยหกล้ม และจัดที่พักอาศัยไม่เหมาะสม 2) การพัฒนา รูปแบบเน้นการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน มี 7 กิจกรรม คือ (1) คัดกรองความเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม (2) กำหนดแนวทางปฏิบัติ (3) พัฒนาคู่มือการเรียนรู้ (4) อบรมเชิงปฏิบัติการ (5) เยี่ยมบ้าน (6) พัฒนาวัดกรรมเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา และ (7) ปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่พัก อาศัย 3) ผลลัพธ์ พบว่า (1) ผลทดสอบการเดินไปกลับ 3 เมตร (TUGT) ก่อนและหลังมีแนวโน้ม เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี กลุ่มที่ใช้เวลาเดิน มากกว่า 20 วินาที ลดลงจากร้อยละ 15 เป็นร้อยละ 10 กลุ่มที่ใช้เวลาเดิน 13.50-19.99 วินาที ลดลง จากร้อยละ 85 เป็นร้อยละ 30 และกลุ่มที่ใช้เวลาเดิน น้อยกว่า 13.50 วินาที เพิ่มขึ้นร้อยละ 60 (2) เกิดแนวทางปฏิบัติและนวัตกรรมป้องกันพลัดตกหกล้ม คือ อุปกรณ์กายบริหารเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา (3) เกิดการเรียนรู้ร่วมกันและมี ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ 3C 2E 2P

**คำสำคัญ :** ผู้สูงอายุ, รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ, การมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่ายสุขภาพในชุมชน

<sup>1</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

<sup>2</sup>อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

<sup>3</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลยาสีสุราช อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

<sup>4</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

Corresponding author: นายดิษฐพล ใจซื่อ, Email: Dittaphol@smnc.ac.th Received: November 15, 2024;

Received: November 18, 2024; Revised December 23, 2024; Accepted December 23, 2024

## **The Development of Falls Prevention Model for Elderly by Participation of Community Networks Maha Sarakham Province**

*Tipawan Kostseekiaw<sup>1</sup>, Dittaphol Jaisue<sup>2</sup>, Kanjana Chanthanui<sup>3</sup>, Pisamai Sritumna<sup>4</sup>*

### **ABSTRACTS**

This action research aimed to study the situation, develop a model, and evaluate the effectiveness of fall prevention programs for elderly people in Maha Sarakham Province. The study involved 156 purposively selected participants, including 100 elderly individuals, 40 caregivers, and 16 stakeholders. Data were collected through questionnaires, fall risk screening tools, focus group discussions, and observations. The data were analyzed using frequency, percentage, mean, maximum and minimum values, and content analysis. The findings revealed that 1) Elderly participants were at risk of falling due to lack of knowledge and preventive guidelines, having above-normal BMI, history of falls, and inappropriate living conditions. 2) The developed model emphasized participation throughout seven activities (1) fall risk screening, (2) establishing practical guidelines, (3) developing learning manuals, (4) conducting workshops, (5) home visits, (6) developing innovations for leg muscle strengthening, and (7) improving residential environments. 3) The outcomes showed that (1) The Timed Up and Go Test (TUGT) results improved - the percentage of participants taking more than 20 seconds decreased from 15% to 10%, those taking 13.50-19.99 seconds decreased from 85% to 15%, and those taking less than 13.50 seconds increased by 60%; (2) practical guidelines and innovations for fall prevention were established (3) collaborative learning emerged with success factors identified as 3C 2E 2P.

**Key words :** The elderly, Falls Prevention Model for Elderly, Participation of Community Partnership Networks

---

<sup>1,4</sup> Mahasarakham Provincial Health Office

<sup>2</sup> SriMaha Sarakham Nursing College, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute

<sup>3</sup> Yang Sisurat Hospital

## บทนำ (Introduction)

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว (Aging Society) โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเกินกว่าร้อยละ 10 ตั้งแต่ปี 2564 และคาดว่าในปี 2578 จะมีผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งประเทศโดยปัจจุบันไทยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ประมาณ 13 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.0 ของประชากรทั้งหมด และมีแนวโน้มจะเพิ่มจาก 13 ล้านคน เป็น 19 ล้านคนในอีก 20 ปีข้างหน้า<sup>1</sup> การรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมีการประกาศใช้แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ โดยปัจจุบันมีแผนปฏิบัติการ ด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ.2566-2580)<sup>2</sup> ที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ ซึ่งมุ่งเน้นการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้เพิ่มพูนศักยภาพของตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกมิติ โดยครอบครัวและชุมชนเป็นด้านแรกในการสนับสนุน และดูแลเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตด้วยการพึ่งตนเองได้อย่างมีคุณค่าอยู่ในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ การเข้าสู่วัยสูงอายุเป็นการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมถอยทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสภาพจิตใจ ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตทั้งผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัวตามมา โดยเฉพาะปัญหาการพลัดตกหกล้ม ที่มีสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการเสื่อมถอยทางด้านร่างกาย จากการที่ขนาดของเส้นใยกล้ามเนื้อลดลง ลิ้นฝ่อ ทำให้ขาดความแข็งแรงและกำลังไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดการเสียสมดุลของผู้สูงอายุและเกิดการหกล้ม

ในผู้สูงอายุตามมา จากการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มโดยกองป้องกัน การบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค พบว่า ผู้สูงอายุ มีประวัติโรคประจำตัวมากถึง ร้อยละ 61.70 ไม่ได้ออกกำลังกาย ร้อยละ 21.50 มีการมองเห็นบกพร่อง ร้อยละ 31.20 ไม่สามารถ ยืนต่อเท้าเป็นเส้นตรงนาน 10 วินาที ร้อยละ 17.90 การทดสอบ Time up and go ใช้เวลา เกิน 12 วินาที ร้อยละ 53.88 อาศัยอยู่ในบ้าน ที่ต้องขึ้นลง บันได ร้อยละ 20.00 และมี ผู้สูงอายุ ร้อยละ 58.10 ยังไม่เคยประเมิน ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม<sup>3</sup> จากความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มดังกล่าวจึงอาจ เป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งนำไปสู่การเจ็บป่วย ความ พิกการ การสูญเสียความมั่นใจในการ ดำรงชีวิต การหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมนอก บ้าน และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของ ผู้สูงอายุตามมา<sup>4,5</sup> นอกจากนั้นการหกล้มทำให้เกิดภาวะร้ายกาจพยาบาลและภาวะการ ดูแล ทั้งในระบบบริการสุขภาพและภาวะการ พึ่งพาจากครอบครัวอีกด้วย<sup>6</sup> สถานการณ์ ผู้สูงอายุของเขตสุขภาพที่ 7 ปี 2563-2565 มีแนวโน้มใกล้เคียงกับระดับประเทศ กล่าวคือ มีสัดส่วนของจำนวนผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นทุกปี ร้อยละ 17.30, 17.80 และ 18.50 ของประชากรทั้งหมด จากการคัดกรองภาวะ เสี่ยงหกล้ม ปี 2565 พบว่า ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อ การหกล้ม ร้อยละ 7.10<sup>7</sup> สถานการณ์ผู้สูงอายุ ในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม สอดคล้องกับ

สถานการณ์ระดับประเทศเช่นกัน โดยมีแนวโน้มสูงขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 – 2565 คิดเป็นร้อยละ 15.22, 17.98 และ 18.74<sup>7,8</sup> และจากการคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในปี 2563-2565 คิดเป็นร้อยละ 6.3, 4.9 และ 3.6 (ฐานข้อมูล HDC จังหวัดมหาสารคาม, 2565) แม้ว่าภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มลดลงทุกปี แต่พบว่าอุบัติการณ์การเกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ.2563 - 2565 คิดเป็นร้อยละ 6.33, 5.66 และ 6.85 ยังคงสูงขึ้น โดยเฉพาะอุบัติการณ์เสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้น ในปี 2563 มีจำนวน 15 ราย เป็นอัตรา 8.80 ปี 2564 จำนวน 15 ราย เป็นอัตรา 8.60 ปี 2565 จำนวน 22 ราย เป็นอัตรา 12.20<sup>9</sup> นอกจากนั้นการศึกษาศถานการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในพื้นที่นาร่องจังหวัดมหาสารคาม<sup>9</sup> พบสถานการณ์ 4 ประเด็นหลัก คือ 1) ด้านผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่เกิดจากการมีปัญหาสุขภาพ และขาดการออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอทำให้มีโอกาสพลัดตกหกล้มได้ง่าย 2) ด้านสภาพแวดล้อมในบ้าน เช่น บ้านที่มีพื้นต่างระดับแสงสว่างไม่เพียงพอ หรือพื้นปูด้วยวัสดุที่ลื่นทำให้เกิดความเสี่ยงในการลื่นล้ม 3) ด้านผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับวิธีการป้องกันการพลัดตกหกล้ม 4) ด้านการมีส่วนร่วมในชุมชน พบว่า ขาดการดำเนินงานแบบบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน

การกำหนดนโยบายและแผนงานโครงการยังไม่ชัดเจนต่อเนื่อง ซึ่งนำไปสู่การดำเนินการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในพื้นที่นาร่อง 1 พื้นที่ ผลจากการพัฒนาทำให้เกิดรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนโดยมีข้อเสนอแนะให้มีการขยายผลในพื้นที่อื่นๆ ในจังหวัดมหาสารคาม นอกจากนั้นจากการทบทวนวรรณกรรม<sup>4,5,6,10,11,12</sup> พบประเด็นที่น่าสนใจที่จะนำมาสู่การพัฒนาการวิจัยในพื้นที่ ได้แก่ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการจัดการปัญหาร่วมกัน การส่งเสริมความเข้มแข็งของกลุ่มเนื้อหาเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุและชุมชนในการดูแลตนเองและป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ จากความสำคัญดังกล่าวจึงมีความสนใจในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน จังหวัดมหาสารคาม โดยมุ่งหวังให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีและยั่งยืนต่อไป

### วัตถุประสงค์ (Objective)

1. เพื่อศึกษาศถานการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมี

ส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน จังหวัดมหาสารคาม

3. เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน จังหวัดมหาสารคาม

4. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน จังหวัดมหาสารคาม

#### วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

**รูปแบบการวิจัย** การวิจัยครั้งนี้ มี 4 ระยะ คือระยะที่ 1 เตรียมพื้นที่ ระยะที่ 2 ศึกษาสถานการณ์ ระยะที่ 3 ดำเนินการวิจัย โดยใช้กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ของ Kemmis, & Mc Taggart (1998) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือการวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อน (Reflection) และระยะที่ 4 ประเมินผล เพื่อศึกษาสถานการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุและผลลัพธ์จากการพัฒนาภายหลังการดำเนินการวิจัย

**พื้นที่ในการวิจัย** ดำเนินการศึกษาในเขตพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม โดยเลือกพื้นที่ในการวิจัยแบบเจาะจง จำนวน 4 อำเภอ 20 หมู่บ้าน ได้แก่ อำเภอเมืองมหาสารคาม จำนวน 5 หมู่บ้าน อำเภอแกดำ จำนวน 5

หมู่บ้าน อำเภอกว๊านป่า จำนวน 5 หมู่บ้าน และอำเภอยางสีสุราช จำนวน 5 หมู่บ้าน

#### ระยะเวลาในการดำเนินการ

ระหว่าง เดือน 15 พฤศจิกายน 2565 – 15 ธันวาคม 2566

#### กลุ่มเป้าหมายและผู้ร่วมวิจัย

ผู้ร่วมดำเนินการวิจัย คัดเลือกโดยวิธีเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 156 คน ประกอบด้วย 1) ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60-75 ปี ที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่ศึกษาจาก 4 อำเภอ ละ 5 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 5 คน รวม จำนวน 100 คนตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ (1) สามารถช่วยเหลือดูแลตนเองได้ โดยมีระดับ IADL ระหว่าง 16-20 คะแนน (2) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้นตามที่ต้องการได้ (3) สามารถสื่อสารภาษาไทยด้วยวาจาได้ และ (4) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว จำนวน 40 คน ตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ (1) เป็นคนในครอบครัวที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุ และเป็นผู้ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุที่เข้าร่วมวิจัย (2) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่คณะผู้วิจัยจัดขึ้นตามที่ได้ตกลงนัดหมาย (3) สามารถสื่อสารภาษาไทยด้วยวาจาได้ และ (4) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย 3) ภาคีเครือข่ายในชุมชน จำนวน 16 คน ได้แก่ (1) ตัวแทนนายก อบต. หรือปลัด อบต. หรือเจ้าหน้าที่ อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน พื้นที่ละ 2 คน รวมจำนวน 8 คน (2) ตัวแทนหน่วยบริการสุขภาพ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่

รพ.สต. และ อสม. พื้นที่ละ 2 คน รวมจำนวน 8 คน ตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ (1) ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนพื้นที่นำร่อง (2) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่คณะผู้วิจัย จัดขึ้นตามที่ได้ตกลงนัดหมาย และ (3) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

**ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย**  
แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่

**ระยะที่ 1 เตรียมการวิจัยและเตรียมพื้นที่** 1) ศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสาร ตำราเพื่อวิเคราะห์ สังเคราะห์ ความรู้ แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) สร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ 3) สัมภาษณ์ข้อมูลเบื้องต้นเพื่อเลือกพื้นที่ที่มีผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม 4) ติดต่อประสานงานเพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยในพื้นที่ และ 5) ประสานผู้ร่วมดำเนินการวิจัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ แนวทางการวิจัย และคัดเลือกผู้ร่วมวิจัย ในพื้นที่ทั้ง 4 อำเภอ ได้แก่ พื้นที่อำเภอเมืองมหาสารคาม อำเภอแกดำ อำเภอนาโพธิ์ และอำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

**ระยะที่ 2 ศึกษาสถานการณ์และวางแผนปฏิบัติการ** 1) ดำเนินการรวบรวมข้อมูลศึกษาบริบทพื้นที่และสถานการณ์ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนโดยการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มร่วมกัน จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 2) ประเมินการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง 3) การวิเคราะห์

ข้อมูลสถานการณ์เบื้องต้น 4) ค้นหาข้อมูลเพื่อร่วมกันอภิปรายและสะท้อนคิดในแต่ละพื้นที่ และ 5) วางแผนปฏิบัติการ (Planning) โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อวางแผนการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนโดยการสร้างความรู้แล้วความเข้าใจ ร่วมวิเคราะห์ ระบุปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา และวางแผนทางพัฒนาปรับปรุงแก้ไข ร่วมกันกำหนดแนวทางปฏิบัติ

**ระยะที่ 3 ดำเนินการวิจัย** การปฏิบัติ ตาม แผน ที่ ก า ห น ด ( Action) ดำเนินการอย่างมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการตามแผนที่ได้กำหนดไว้ในระยะที่ 2 และเป็นการปฏิบัติที่มีความต่อเนื่องตลอดการวิจัย จำนวน 2 วงรอบ ได้แก่ วงรอบที่ 1 ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ 7 กิจกรรมหลัก จากนั้นมีการพัฒนาและปรับปรุงรายละเอียดกิจกรรมเพิ่มเติมในวงรอบที่ 2 ในประเด็นการพัฒนา กิจกรรมการออกกำลังกายและการพัฒนานวัตกรรมเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาในผู้สูงอายุ

**ระยะที่ 4 ประเมินผล** โดยการสังเกตการณ์ (Observe) การสะท้อนผล (Reflection) และการสรุปถอดบทเรียน ได้แก่ (1) สังเกตการณ์และติดตามการดำเนินการในระหว่างการพัฒนาและภายหลังการพัฒนา โดยนัดหมายประชุมเพื่อติดตามนำเสนอความก้าวหน้าและสะท้อนปัญหาอุปสรรคร่วมกัน จำนวน 4 ครั้ง แต่ละครั้งมี

การปรับปรุงแผนการดำเนินการเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพบริบทและปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น (2) ประเมินการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องก่อนและหลังการพัฒนา (3) สรุปผลการดำเนินการโดยจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการสะท้อนผล (Reflection) (4) ถอดบทเรียนปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนา โดยใช้กระบวนการถอดบทเรียนและการอภิปรายกลุ่มย่อย และ (5) สรุปรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน จังหวัดมหาสารคาม

### **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล**

1) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบทดสอบ Timed Up and Go Test (TUGT) เพื่อประเมินความสามารถในการเดินและความเสี่ยงในการหกล้ม (Fall risk) ของผู้สูงอายุ ซึ่งใช้รวบรวมข้อมูลทั้งก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนาเพื่อเปรียบเทียบผลการวิจัย ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก และแนวทางการสนทนากลุ่ม โดยกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และภาคีเครือข่าย ใช้ประเด็นคำถาม คือ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล

และครอบครัว รวมทั้งปัญหาอุปสรรคและความต้องการในการดูแลช่วยเหลือ ส่วนกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ใช้ประเด็นคำถาม คือ บทบาทหน้าที่ ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน และความต้องการของชุมชนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน ใช้การรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการบันทึกเสียงด้วยเทปและการจดบันทึก รวมทั้งการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสังเกตร่วมด้วย โดยผู้วิจัยเข้าไปร่วมสังเกตในระหว่างการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเยี่ยมบ้าน และการสำรวจชุมชน

2) การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดผู้วิจัยดำเนินการอย่างต่อเนื่องตลอดการวิจัย ดังนี้

- 1) ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากรข้อมูลทั่วไปและข้อมูลความเสี่ยงเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง (Time up and Go Test: TUGT) 2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา โดยนำข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมทั้งจากการบันทึกเทปและการจดบันทึกมาถอดความแบบคำต่อคำ แล้วประชุมร่วมกันเพื่อสรุปสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ศึกษา จากนั้นนำข้อมูลมาตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องและเก็บ

ข้อมูลเสริมเพื่อให้มีเนื้อหาที่ครบถ้วน หลังจากได้ข้อมูลที่ซ้ำๆ กันจนไม่พบข้อมูล ประเด็นใหม่ถือว่ามีความอึดตัวของข้อมูล จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยแยกประเด็น ตามขอบเขตด้านเนื้อหาที่ศึกษา แล้วร่วมกัน สรุป ตีความหมายของข้อค้นพบและให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบอีกครั้งก่อนนำเสนอ อย่างเป็นระบบ

ความเชื่อถือได้ของงานวิจัยนี้ได้ยึด หลักการพิจารณาความน่าเชื่อถือหรือ คุณภาพซึ่งประกอบด้วย ความน่าเชื่อถือ ความเหมาะสม มีการตรวจสอบและการ ยืนยันข้อมูลของการศึกษา โดยผู้วิจัยนำ ข้อมูลที่ได้มา ตรวจสอบ สาม เส้า (triangulation) ด้วยการนำข้อมูลที่ได้จาก การสอบถามสัมภาษณ์ทั้งหมดมาตรวจสอบ ยืนยันจากผู้ให้ข้อมูล และให้บุคคลอื่นใน พื้นที่ที่ไม่ใช่นักวิจัย ได้แก่ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อ่าน ตรวจสอบข้อค้นพบจากการวิเคราะห์เนื้อหา

**จริยธรรมในการวิจัยและการ พิจารณาสีติของผู้นําข้อมูล** การวิจัยนี้ ดำเนินการภายหลังโครงการวิจัยผ่านการ รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในโรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัด มหาสารคาม EC12/2565 ลงวันที่ 3 พฤศจิกายน 2565 ดำเนินการวิจัยโดยยึด หลักจริยธรรมในมนุษย์ 3 ประเด็นสำคัญ คือ เคารพในตัวบุคคล หลักผลประโยชน์ และ

ความยุติธรรม การพิทักษ์สิทธิของผู้นําข้อมูล ผู้วิจัย

## ผลการวิจัย (Result)

### 1. ข้อมูลผู้สูงอายุ จากการศึกษ

ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 66.00 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 86.00 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 62.00 ประกอบ อาชีพเกษตรกรรมร่วมกับครอบครัว ร้อยละ 48.00 ส่วนใหญ่ลักษณะครอบครัวเป็น ครอบครัวขยาย โดยอาศัยอยู่กับบุตรหลาน ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 57.00 รองลงมา คือ คู่สมรส ร้อยละ 23.00 และน้อยที่สุดคือ อาศัยอยู่ลำพังคนเดียว ร้อยละ 4.00 ผู้สูงอายุ ร้อยละ 70.00 มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และ โรคไขมันในเลือดสูง

### 2. สถานการณ์การพลัดตกหกล้ม

**ลัมของผู้สูงอายุในชุมชน** พบว่า ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มโดยส่วน ใหญ่มีปัญหาหน้าหนักเกินมาตรฐาน ร้อยละ 52.00 ส่งผลให้มีปัญหาเรื่องกระดูกและ ข้อเข่า ร้อยละ 69.00 เมื่อคัดกรองความเสี่ยง ต่อการหกล้ม (TUGT) พบว่า กลุ่มที่ใช้เวลา เดิน มากกว่า 20 วินาที จำนวน 15 คน (ร้อย ละ 15) กลุ่มที่ใช้เวลาเดิน 13.50-19.99 วินาที จำนวน 85 คน (ร้อยละ 85) และไม่มี ผู้สูงอายุที่ใช้เวลาเดิน น้อยกว่า 13.50 วินาที นอกจากนั้นมีประวัติเคยพลัดตกหกล้มซึ่งมี สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการลื่นล้มการสะดุด

และการทรงตัวไม่ดี และยังพบว่า ผู้สูงอายุและผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ทราบถึงวิธีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ด้านการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ขาดการออกกำลังกายที่เป็นแบบแผน มีความเข้าใจว่าการทำกิจวัตรประจำวันและการทำงาน คือการออกกำลังกาย ผู้สูงอายุบางส่วนเคยหกล้มจึงทำให้เกิดความกลัวไม่กล้าทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงหรือการออกกำลังกาย ในด้านการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมภายในบ้าน พบส่วนใหญ่มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ มีพื้นต่างระดับในบ้าน แสงสว่างภายในบ้านไม่เพียงพอ พื้นบ้าน และพื้นห้องน้ำปูด้วยกระเบื้องที่เสี่ยงต่อการลื่นล้ม การจัดบ้านไม่เป็นระเบียบ ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่เน้นการดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรของผู้สูงอายุ แต่การดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มมีเพียงการเฝ้าระวังและคอยช่วยเหลือดูแลเวลาผู้สูงอายุ ลุกเดิน หรือทำกิจกรรมต่าง ๆ เท่านั้น การดูแลที่เป็นแบบแผนตามแนวทางปฏิบัติยังเป็นข้อจำกัดสำหรับผู้สูงอายุและผู้ดูแล ดังตัวอย่างคำกล่าวจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มที่ว่า “ส่วนใหญ่ดูแลเตรียมกับข้าวกับน้ำ แล้วจะไปเห็ดเหี้ยก เสริจ แล้วจะกลับมาบ้านเพื่อเดียวตอนแดง” “ผู้เฒ่าเพิ่นกะว่าเห็ดเหี้ยกเห็ดงานกะล่าออกกำลังกาย” “แนวทางป้องกันบ่มี มีแต่ชอมเบ็ง

กันอยู่นี้ละ” ด้านปัญหาอุปสรรคและความต้องการในการดูแลช่วยเหลือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่พบปัญหาอุปสรรค ได้แก่ ปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย ความเสื่อมตามวัยและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ปัญหาในด้านการดูแลตนเอง ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจที่เพียงพอเกี่ยวกับแนวปฏิบัติหรือวิธีการในการดูแลตนเอง และการได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์หรือทรัพยากรอื่นๆ ส่วนผู้ดูแลและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความต้องการในการร่วมกันหาแนวทางหรือวิธีการในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน ดังตัวอย่างคำกล่าวจากการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่มที่ว่า “อยากรู้วิธีเห็ดให้แขนขาแข็งแรงได้บ่ลั้มยุ” “ชุมชนเฮามีความพร้อมและอยากดูแลผู้เฒ่าบ้านเฮา อยากเห็นเพิ่นมีสุขภาพแข็งแรงแล้วกะบ่มีการหกล้มเกิดขึ้น ชาวบ้านเฮากะคิดว่าสิพอช่วยกัน”

**3. รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชนจังหวัดมหาสารคาม** ผลการดำเนินการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่า รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่เกิดขึ้น มุ่งเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนและยึดผู้สูงอายุและบริบทชุมชนเป็นฐานในการพัฒนา โดยผลการดำเนินการจากการพัฒนาสะท้อนความร่วมมือร่วมใจของผู้ร่วมดำเนินและภาคีเครือข่ายในชุมชน

ส่งผลให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีรูปแบบและแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่เหมาะสมกับสภาพบริบทของชุมชน โดยประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

3.1 รูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุและภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน เป็นกลวิธีสำคัญที่ใช้ในการขับเคลื่อนการพัฒนากระบวนการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ได้แก่ (1) การศึกษาและการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในพื้นที่ร่วมกัน (2) การค้นหาข้อมูลและการรับรู้ข้อมูลที่เป็นจริงเพื่อการอธิบายและการสะท้อนคิดร่วมกัน โดยให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการเจ็บป่วยจากการหกล้มว่าเกิดผลกระทบอย่างไรบ้าง จากนั้นกระตุ้นโดยใช้คำถามเพื่อให้เกิดการสะท้อนคิดจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (3) การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและการวางแผนปฏิบัติการเพื่อแก้ไขปัญหาและการพัฒนาแนวปฏิบัติร่วมกัน (4) การดำเนินกิจกรรมตามแผนและการดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายร่วมกัน (5) การมีส่วนร่วมในการติดตาม ประเมินผล การรายงานความก้าวหน้า การสะท้อนปัญหาอุปสรรคและการถอดบทเรียนร่วมกัน

3.2 รูปแบบกิจกรรมและแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของ

ผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า มีการดำเนินการพัฒนากิจกรรมและแนวทางปฏิบัติใน 2 วงรอบ โดยมี 7 กิจกรรม ประกอบด้วย (1) การคัดกรองเพื่อแบ่งประเภทผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (2) จัดทำคู่มือแนวปฏิบัติการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อเป็นแนวทางเดียวกันในการปฏิบัติ (3) จัดอบรมพัฒนาศักยภาพให้กับผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลผู้สูงอายุและภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน (4) กิจกรรมการเยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้น ส่งเสริมและติดตามกำกับกับการปฏิบัติการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน (5) พัฒนากิจกรรมการออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาที่สอดคล้องกับบริบทของการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน (6) พัฒนานวัตกรรมอุปกรณ์กายบริหารเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาในผู้สูงอายุ และ (7) การปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่พหุศาสตร์ร่วมกับหน่วยงานส่วนท้องถิ่นที่เกี่ยวข้อง โดยในการดำเนินการพัฒนารูปแบบการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ พบปัญหาอุปสรรคและมีการปรับปรุงกิจกรรมเพิ่มเติม ได้แก่ (1) กิจกรรมการพัฒนาคู่มือแนวปฏิบัติ พบข้อเสนอแนะจากการทดลองใช้คู่มือแนวปฏิบัติ คือ ความชัดเจนของขั้นตอนในแนวทางปฏิบัติและความกระชับชัดเจนของเนื้อหาการให้ความรู้และคำแนะนำสำหรับผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งได้ดำเนินการ

ปรับปรุงและพัฒนาตามข้อเสนอแนะให้มีความชัดเจนและเข้าใจง่ายมากยิ่งขึ้น

(2) กิจกรรมการออกกำลังกายและการพัฒนาวัตรกรรมเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาในผู้สูงอายุ มีการปรับลดจำนวนท่ากายบริหารจาก 10 ท่าเป็น 6 ท่าเนื่องจากไม่สอดคล้องกับบริบทการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนและเป็นท่าที่ยากมากเกินไป นอกจากนี้มีการปรับปรุงอุปกรณ์การบริหารร่างกาย ได้แก่ วัตรกรรมการเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา “ปั่นไป ไม่ล้ม” วัตรกรรม “ถึงบ้าน หรรษา ป้องกันพลัดตกหกล้ม” และวัตรกรรมถูทรายถ่วงน้ำหนักเพื่อการบริหารกล้ามเนื้อขา

(3) กิจกรรมการจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน มีการสำรวจที่พักอาศัยเพื่อปรับปรุงสภาพแวดล้อมและโครงสร้างที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ แต่เนื่องด้วยต้องใช้งบประมาณในการดำเนินการ ดังนั้นกลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชนจึงนำประเด็นดังกล่าวเข้าประชุมเพื่อวางแผนดำเนินงานประมาณและเสนอต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการพัฒนาปรับปรุงต่อไป

3.3 รูปแบบและวิธีการในการพัฒนา มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการปัญหา ร่วมกัน ซึ่งมีรูปแบบวิธีการ ได้แก่ (1) การสร้างการรับรู้ข้อมูลและสถานการณ์ปัญหา ร่วมกันในกิจกรรมการรวบรวมข้อมูลและ

การศึกษาดูงานการณ์ในพื้นที่ (2) การสร้างความตระหนักรู้และเห็นความสำคัญ ดำเนินการในกิจกรรมการคืนข้อมูลและการสะท้อนคิดร่วมกันโดยมีการใช้กิจกรรมเรื่องเล่าและเทคนิคการสะท้อนคิด

(3) การเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการปัญหา ดำเนินการในกิจกรรมการพัฒนาแผนปฏิบัติการ การกำหนดบทบาทหน้าที่ การมอบหมายงาน การกำกับติดตาม และการประเมินผล โดยเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยมีอิสระทางด้านความคิดในการแก้ไขปัญหาและดำเนินการร่วมกัน

(4) การอภิปรายกลุ่มและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ดำเนินการในกิจกรรมการคืนข้อมูล การประชุมเพื่อพัฒนาแผนปฏิบัติการ การประชุมรายงานความก้าวหน้า การลงมือปฏิบัติการตามแผน และการประเมินผล

(5) การสาธิตและสาธิตย้อนกลับการออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาในผู้สูงอายุ (6) การกระตุ้นและการเสริมพลังในการติดตามเยี่ยมบ้าน

(7) การสะท้อนคิดและการถอดบทเรียน ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

**4. ผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ**

ภายหลังการดำเนินการวิจัย ได้จัดประชุมเพื่อประเมินและสะท้อนผลการวิจัยจำนวน 2 ครั้ง ใช้กลวิธีและเทคนิคการถอดบทเรียน ซึ่งสรุปผลได้ ดังนี้

4.1 ข้อมูลการทดสอบการเดินไปกลับ 3 เมตรของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมพบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมผลการทดสอบการเดินไปกลับ 3 เมตรระหว่างก่อนและหลังมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี มีกลุ่มตัวอย่างที่เดินช้ามากใช้เวลาเดินไปกลับ 3 เมตร (TUGT) มากกว่า 20 วินาที ลดลงจากร้อยละ 15 (จำนวน 15 คน) เป็นร้อยละ 10 (จำนวน 10 คน) กลุ่มที่เดินช้าใช้เวลาเดินไปกลับ 3 เมตร (TUGT) 13.50-19.99 วินาที ลดลงจากร้อยละ 85 (จำนวน 85 คน) เป็นร้อยละ 30 (จำนวน 30 คน) และกลุ่มที่เดินปกติใช้เวลาเดินไปกลับ 3 เมตร (TUGT) น้อยกว่า 13.50 วินาที เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 0 (จำนวน 0 คน) เป็นร้อยละ 60 (จำนวน 60 คน)

4.2 การเรียนรู้จากการดำเนินการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน พบว่า ผู้สูงอายุได้เรียนรู้ถึงข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับตนเอง โดยเฉพาะประเด็นความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มซึ่งสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพและความต้องการในการดูแลของผู้สูงอายุ นอกจากนั้นผู้สูงอายุเรียนรู้ว่าการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ไม่เป็นภาระการดูแลของลูกหลาน ส่วนภาคีเครือข่ายชุมชน ได้เรียนรู้จากกระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกัน

การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยทุกขั้นตอนช่วยส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่ายในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นด้วย ดังคำกล่าวจากการสนทนากลุ่มที่ว่า “กิจกรรมที่ได้ร่วมกันพัฒนามา ทำให้ทุกคนในชุมชนตื่นตัว และได้เรียนรู้วิธีการทำงานต่างๆให้ดีขึ้น” “ฉันมาร่วมประชุมหลายครั้งก็ได้ความรู้และได้แสดงความคิดเห็นหลายอย่าง ทำให้พัฒนาตนเองได้ด้วย” นอกจากนั้นผู้ร่วมวิจัยเกิดการเรียนรู้ร่วมกันในการแสวงหาวิธีการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ตามบริบทของพื้นที่ เช่น การออกกำลังกายโดยใช้เก้าอี้ การออกกำลังกายโดยจักรยาน “การปั่นไป ไม่มีล้ม” และการออกกำลังกายป้องกันการพลัดตกหกล้ม เสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา โดยใช้ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก

4.3 ผลการศึกษาศักยภาพแห่งความสำเร็จในการพัฒนา ภายหลังจากการดำเนินการพัฒนาได้มีการถอดบทเรียนปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาร่วมกัน ซึ่งพบว่ามีปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ 3C 2E 2P ประกอบด้วย 1) Community Participation คือ การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ครอบคลุมภาคีเครือข่ายชุมชน ในการระดมความคิดเห็นและร่วมกิจกรรมในการพัฒนาที่จัดขึ้นในแต่ละพื้นที่ 2) Connection คือ การทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายความร่วมมือแบบบูรณาการระหว่างหน่วยงาน องค์กร และ

ชุมชน โดยมีการกำหนดบทบาทและความรับผิดชอบที่ชัดเจนของแต่ละภาคส่วน

3) Context คือ การพัฒนากิจกรรมที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ เน้นพัฒนาวิธีการที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้จริงในวิถีชีวิตประจำวัน

4) Enhance คือ การพัฒนาศักยภาพและยกระดับความรู้และทักษะปฏิบัติของผู้ดูแลและผู้สูงอายุในการประเมินความเสี่ยงและการปฏิบัติในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

5) Environment คือ การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ โดยการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุให้ปลอดภัย เช่น ทางเดิน พื้นต่างระดับ รววจับในห้องน้ำ และแสงสว่างภายในบ้าน

6) Policy and Plan คือ นโยบายและแผนการสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรอย่างต่อเนื่องในการดำเนินการแต่ละพื้นที่

### อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

สถานการณ์ปัญหาจากผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษา<sup>4,5,9,12,14</sup> ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากปัญหาน้ำหนักเกินและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เช่น โรคกระดูกพรุนและปัญหาข้อเข่า และการศึกษายังพบว่าการออกกำลังกายสามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้ โดยเฉพาะการออกกำลังกายที่เน้นการเสริมสร้างกล้ามเนื้อและการปรับสมดุล

นอกจากนั้นผู้สูงอายุมักพบปัญหาด้านสุขภาพและความรู้ในการดูแลตนเอง ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ในด้านการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้าน เช่น การเพิ่มแสงสว่างและการจัดการพื้นบ้าน เป็นปัจจัยสำคัญที่พบในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ<sup>5,6,9,17</sup> ที่พบว่าการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านสามารถลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้ นอกจากนี้ การศึกษาค้นคว้าที่พบปัจจัยแห่งความสำเร็จที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ<sup>9,10,11,12,13</sup> ที่กล่าวว่า การมีส่วนร่วมจากครอบครัวและชุมชนมีความสำคัญในการสนับสนุนการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยสามารถเสริมสร้างความตระหนักรู้และการทำกิจกรรมร่วมกัน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการสร้างความรู้ ความตระหนัก และการปรับสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนรวมถึงการออกกำลังกายและการดูแลตนเองสามารถช่วยลดความเสี่ยงและส่งเสริมสุขภาพโดยรวมได้

รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน จังหวัดมหาสารคาม จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ามีความสอดคล้องกับการศึกษาของ<sup>9,10,12,13</sup>

ซึ่งพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินกิจกรรมส่งผลดีต่อการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยกิจกรรมที่มีการสนับสนุนจากชุมชนช่วยเสริมสร้างความมั่นคงและลดความเสี่ยงได้ สอดคล้องกับการติดตามและประเมินผลกิจกรรมเป็นสิ่งสำคัญในการวัดผลลัพธ์ของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยการใช้วิธีการต่างๆ เช่น การสำรวจและการสัมภาษณ์ สามารถช่วยให้ทราบถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น เช่นเดียวกับการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่เน้นการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ทำให้มีประสิทธิภาพในการลดอุบัติเหตุ และสอดคล้องกับการจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อค้นหาข้อมูลและถอดบทเรียนเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุมีความสำคัญ เนื่องจากช่วยเสริมสร้างการเรียนรู้และการปรับปรุงโปรแกรมได้<sup>5</sup> ดังกรณีนโยบายร่วมกับ อบท. และโครงการปรับปรุงที่อยู่อาศัยสามารถสนับสนุนการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุได้โดยการสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยเป็นส่วนสำคัญในการลดความเสี่ยงซึ่งงานวิจัยเหล่านี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมจากชุมชน ภาควิชาการสุขภาพ และการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการติดตามผลเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการพัฒนาโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพ<sup>11,15,16</sup>

ผลการประเมินรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่เน้นความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ สอดคล้องกับงานวิจัยของ<sup>6,9,15,16</sup> พบว่าการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัวในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการใช้เก้าอี้ในการออกกำลังกายมีประสิทธิภาพในการลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม พบผลเช่นเดียวกับโปรแกรมการออกกำลังกายที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการปรับสมดุลช่วยปรับปรุงการทรงตัวและลดโอกาสในการหกล้มในผู้สูงอายุ และการออกกำลังกายโดยใช้จักรยานสามารถช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความสามารถในการทรงตัวได้ โดยมีประโยชน์ต่อการลดความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้ม นอกจากนั้นการออกกำลังกายโดยใช้ถุงทรายถ่วงน้ำหนักได้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการเสริมสร้างกล้ามเนื้อและการทรงตัวในผู้สูงอายุ ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงต่อการหกล้มได้ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่มีการเรียนรู้ร่วมกันสามารถช่วยสร้างความตระหนักรู้และวิธีการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ เช่น การออกกำลังกายที่เหมาะสมตามบริบทของชุมชน การศึกษาดังกล่าวสนับสนุนผลการประเมินรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยเน้นความสำคัญของการออกกำลังกายที่เสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและ

การทรงตัว รวมถึงการเรียนรู้ร่วมกันในชุมชนที่สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีขึ้นและลดความเสี่ยงจากการหกล้มได้

#### ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาหน่วยงานด้านสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ควรนำผลการศึกษาไปใช้ในการกำหนดนโยบายและจัดกิจกรรมส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเอง และควรสนับสนุนงบประมาณ โดยกำหนดในแผนงานโครงการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุอย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง รวมทั้งการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่เกิดจากความร่วมมือของครอบครัว ชุมชน หน่วยงานบริการสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุขต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทที่คล้ายคลึงกัน รวมทั้งสามารถขยายผลไปสู่การจัดการปัญหาสุขภาพอื่นๆ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกันได้

#### กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุในชุมชนรวมทั้งภาคีเครือข่ายเจ้าหน้าที่และหน่วยงานท้องถิ่นในพื้นที่การศึกษาที่ให้ข้อมูล ให้ความร่วมมือ

ที่ดีตลอดจนการอำนวยความสะดวกและการประสานงานในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

#### เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565**. กรุงเทพฯ : บริษัทอมรินทร์คอร์ดโปเรชั่นส์จำกัด (มหาชน) , 2566.
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. **แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๘๐)**. [อินเทอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 12 พฤษภาคม 2567 ]. เข้าถึงได้จาก : [https://www.dop.go.th/download/laws/th1653553501-843\\_0.pdf](https://www.dop.go.th/download/laws/th1653553501-843_0.pdf)
3. กรมควบคุมโรค กองป้องกันการบาดเจ็บ. **รายงานสรุปผลการประเมินความรอบรู้การป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ 2566**. [อินเทอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 12 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก : <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/3714020230919075839.pdf>
4. ศิราณี ศรีหาภาค, วชิร อมรโรจน์วรฤทธิ, ณรงค์ คาอ่อน, พัฒน์ ศรีโษษฐ์, พลอยลดา ศรีหาน, ทิพวรรณ ทับซ้าย. **สถานการณ์ปัญหา และความต้องการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาว จังหวัด**

- ขอนแก่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2564; 15(36): 44-62.
5. นงนุช เขาวนศิลป์, พิมสุภาว จันทนะโสดี, จุฑารัตน์ ผู้พิทักษ์กุล. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานตามแนวคิดของเศรษฐกิจพอเพียง. รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์; 2563.
  6. เยาวลักษณ์คุมขวัญ, อภิรดี คาเงิน, อุษณีย์วรรณลัย, นิพร ชัดตา. แนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่บ้านในผู้สูงอายุ: บริบทของประเทศไทย. วารสารการพยาบาลสาธารณสุข. 2561; 28(3): 10-22.
  7. สำนักงานสาธารณสุขมหาสารคาม กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์ การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในระบบฐานข้อมูล MIS.HDC service. [อินเทอร์เน็ต]. 2557. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://mkm.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>.
  8. กรมควบคุมโรค. จำนวนและอัตราการเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2560 – 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2557. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/dip/news.php?news>
  9. ทิพวรรณ โคตรสีเขียวและดิษฐพล ใจเชื้อ. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2565; 4(2): 255-269.
  10. นงพิมล นิมิตรอนันท์, วิชุดา กลิ่นหอม, เจือจันทร์ วัฒนกิจเจริญ, ชลทิพย์ ทิพย์แก้ว. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารพยาบาลทหารบก. 2563; 21(2): 389-399.
  11. ภัณฑิลา ผ่องอำไพ, สุธีรา สุนทระกุล, ศศิธร รุจนเวช. ผลของโปรแกรมการเสริมพลังครอบครัวต่อความสามารถในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ. วารสารแพทยนาวิ. 2561; 45(2): 311-327.
  12. พรรณวรดา สุวัน, ณภัทรธร กานต์ธนาภัทร, จุฑารัตน์ เสาวพันธ์, สุปรียา อินทรสงเคราะห์, อัญชลี อ้วนแก้ว, สุภาพักตร์ หาญกล้า. การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัย ตามหลัก 10 ป. ของผู้สูงอายุใน ชุมชน. วารสารแพทยนาวิ. 2563; 47(2): 414-431.
  13. McClure R, Nixon J, Spinks A, Turner C. Community-based programmes to prevent falls in children: a systematic review. J Paediatr Child Health. 2005;

- 41(9-10): 465-70. doi: 10.1111/j.1440-1754.2005.00685.x. PMID: 16150059.
14. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute. **Situation of the Thai Elderly 2019**. Printery Co., Ltd., Puttamonton, Nakorn Pathom. Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2019.
15. Albasha, N., McCullagh, R., Cornally, N. et al. **Staff knowledge, attitudes and confidence levels for fall preventions in older person long-term care facilities: a cross-sectional study.** BMC Geriatr. 2023; 23( 595) . <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04323-0>
16. Sherrington C, Michaleff ZA, Fairhall N, Paul SS, Tiedemann A, Whitney J, Cumming RG, Herbert RD, Close JCT, Lord SR. **Exercise to prevent falls in older adults: an updated systematic review and meta-analysis.** Br J Sports Med. 2017; 51(24):1750-1758. doi: 10.1136/bjsports-2016-096547. Epub 2016 Oct 4. PMID: 27707740.
17. Montero-Odasso MM, Kamkar N, Pieruccini-Faria F, et al. **Evaluation of Clinical Practice Guidelines on Fall Prevention and Management for Older Adults: A Systematic Review.** JAMA Netw Open. 2021; 4(12): e2138911. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.38911



# ปัจจัยที่มีผลต่อการรู้ดิจิทัลของบุคลากรโรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น

สุภาวดี เกวานันธน<sup>1</sup>, จุฑาทิพย์ นารพะยอม<sup>2</sup>

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรู้ดิจิทัลของบุคลากรโรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 122 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างเดือนกันยายน - ธันวาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.25 มีอายุเฉลี่ย 37.85 ปี (S.D.=9.7) การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 74.59 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 33.61 และเป็นบุคลากรสายสนับสนุน ร้อยละ 33.61 เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับเทคโนโลยีสารสนเทศ ร้อยละ 58.20 การรู้ดิจิทัลของบุคลากรโรงพยาบาลพระยีน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$ =2.22, S.D.=0.65) จำแนกรายด้านพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ประกอบด้วย พุทธิพิสัย ( $\bar{X}$ =2.59, S.D.=0.69) การวิเคราะห์ ( $\bar{X}$ =2.51, S.D.=0.75) การประเมิน ( $\bar{X}$ =2.16, S.D.=0.99) การทำงานเป็นทีม ( $\bar{X}$ =2.35, S.D.=0.88) การมีจริยธรรม ( $\bar{X}$ =2.43, S.D.=0.87) การรู้กฎหมาย ( $\bar{X}$ =2.61, S.D.=0.80) การป้องกันตนเอง ( $\bar{X}$ =2.62, S.D.=0.75) มีเพียงด้านการนำเสนอ อยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X}$ =1.61, S.D.=1.11) ผลการวิเคราะห์ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายการรู้ดิจิทัลของบุคลากรโรงพยาบาลพระยีน พบว่า ความสามารถบุคลากร รูปแบบการบริหาร และระบบการปฏิบัติงาน สามารถร่วมกันทำนายได้ ร้อยละ 69 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value <0.001, 0.001, 0.001, 0.003)

**คำสำคัญ :** การรู้ดิจิทัล, ปัจจัยการบริหารองค์กร, องค์กรดิจิทัล

<sup>1</sup>นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ โรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น

<sup>2</sup>นักวิชาการคอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น

\*Corresponding Author; supawadee kaowanant, Email: supa116@gmail.com

Received: December 1, 2024; Revised December 19, 2024; Accepted December 20, 2024

## **Factors affecting the digital literacy of Phra Yuen Hospital personnel, Khon Kaen Province**

*Supawade Kaowan<sup>1</sup>, Jutathip Hanphayom<sup>2</sup>*

### **ABSTRACT**

This Cross-Sectional descriptive research aimed to study factors affecting the digital literacy of Phra Yuen Hospital personnel, Khon Kaen Province. A sample group of 122 people. Data was collected using a questionnaire between September to December 2024. The data were analyzed using statistical software packages. Statistical analysis included descriptive statistics and performing stepwise multiple regression analysis. The results showed that samples were female 85.25 percent, average age 37.85 years, standard deviation 9.79, bachelor's degree education 74.59 percent. professional nurse 33.61 percent, and support personnel 33.61 percent. The samples have received training in the use of information technology 58.20% Overview of digital literacy of Phra Yuen Hospital personnel Overall, it is at a moderate level ( $\bar{X}=2.22$ ,  $SD=0.65$ ). Classified by aspect, it was found that most at high level included Cognition ( $\bar{X}=2.59$ ,  $S.D.=0.69$ ), Analysis ( $\bar{X}=2.51$ ,  $S.D.=0.75$ ), Evaluation ( $\bar{X}=2.16$ ,  $S.D.=0.99$ ), Teamwork ( $\bar{X}=2.35$ ,  $S.D.=0.88$ ), Ethics ( $\bar{X}=2.43$ ,  $S.D.=0.87$ ), Law literacy ( $\bar{X}=2.61$ ,  $S.D.=0.80$ ), and Safeguarding self ( $\bar{X}=2.62$ ,  $S.D.=0.75$ ). Only Presentation aspect was at a low level ( $\bar{X}=1.61$ ,  $S.D.=1.11$ ). Results from analysis of variables that can be jointly predicted digital literacy of Phra Yuen Hospital personnel showed that Skill, Staff, Style and System can predict digital literacy of Phra Yuen Hospital personnel about 69 percent with a statistically significance at the 0.05 level ( $p\text{-value} < 0.001, 0.001, 0.001, 0.003$ , respectively).

**Key word :** digital literacy, Management Organization factors, Digital Organization

---

<sup>1</sup>General Administration Officer Phra Yuen Hospital Khon Kaen Province

<sup>2</sup>Computer Technical Officer Phra Yuen Hospital Khon Kaen Province

## บทนำ (Introduction)

องค์การอนามัยโลกกำหนดวิสัยทัศน์และกลยุทธ์ในการดูแลสุขภาพประชากรทั่วโลก ด้วยการพัฒนาการเข้าถึงระบบสุขภาพอย่างเหมาะสมและยั่งยืน ในปี พ.ศ. 2563-2568 โดยกำหนดกรอบการพัฒนาาระบบดิจิทัลสุขภาพให้แต่ละภูมิภาคมีการสร้างระบบให้เชื่อมโยงในระดับสากล เพื่อส่งเสริมความร่วมมือและสนับสนุนประเทศต่างๆ ให้มีการบริหารจัดการและจัดบริการดูแลสุขภาพประชาชนให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น<sup>1</sup> กระทรวงสาธารณสุขมีจุดมุ่งหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระบบสุขภาพเพิ่มขีดความสามารถเสริมสร้างบทบาทของนวัตกรรมด้านสุขภาพโดยมีกลยุทธ์เพิ่มประสิทธิภาพการพัฒนาทรัพยากรบุคคลด้าน eHealth (HRD)<sup>2</sup> ปัจจุบันระบบบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน ในประเทศไทยได้นำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้เป็นเครื่องมือในการจัดบริการให้มีประสิทธิภาพ มีการพัฒนานวัตกรรมเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพที่หลากหลาย ส่งผลให้สามารถเข้าถึงองค์ความรู้ เทคโนโลยีที่ทันสมัย ผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์หรือโทรศัพท์มือถือ สามารถใช้ข้อมูลที่มีความถูกต้อง สะดวกรวดเร็ว<sup>3</sup> อีกทั้งหน่วยงานด้านการบริหารระบบสุขภาพก็นำเทคโนโลยีสารสนเทศหรือนวัตกรรมมาใช้ในการดำเนินงาน ส่งผลให้เกิดระบบการทำงานที่รวดเร็ว ช่วยลดภาระขั้นตอนการ

ทำงานของบุคลากร สามารถผลิตผลงานคุณภาพหรือสร้างสรรค์สิ่งใหม่ เกิดการพัฒนาทันสมัยกับเหตุการณ์ในสังคมมากขึ้น<sup>4,5</sup> การบริหารจัดการองค์การให้ประสบความสำเร็จหรือการบริหารองค์การที่มุ่งผลสัมฤทธิ์จะขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ที่มีความเกี่ยวเนื่อง 7 ประการ คือ กลยุทธ์ (Strategy) โครงสร้าง (Structure) ระบบ (System) รูปแบบการบริหาร (Style) พนักงาน (Staff) ทักษะ (Skills) และค่านิยมร่วม (Shared Values)<sup>6</sup> ดังนั้น ปัจจัยการบริหารองค์การทั้ง 7 ประการนี้จึงมีส่วนสำคัญในการพัฒนาองค์กรสู่การเป็นองค์กรดิจิทัล ตลอดจนทักษะการใช้งานและความเข้าใจในการใช้เทคโนโลยีหรือ Digital Literacy เป็นทักษะพื้นฐานด้านดิจิทัลที่จำเป็นต่อการนำไปพัฒนาต่อยอด องค์ประกอบของการรู้ดิจิทัล ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ<sup>7</sup> กล่าวคือ ทักษะปฏิบัติ (Operation skills) ทักษะการคิด (Thinking skills) ทักษะการร่วมมือ (Collaboration skills) และทักษะการตระหนักรู้ (Awareness skills) โรงพยาบาลพระยีน จัหวัดขอนแก่น ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน ทั้งในด้านการจัดบริการและด้านบริหารจัดการ ในปี 2565 เริ่มนำโปรแกรม HosXp Version 4 มาปรับใช้และพัฒนาสู่การเป็น Smart hospital ให้บริการที่มีคุณภาพ ทันสมัย สะดวก รวดเร็ว มีความถูกต้องแม่นยำ ลดระยะเวลารอคอย

มีความประหยัดจากการลดการบันทึกเอกสาร สามารถสืบค้นประวัติการรักษาผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น นอกจากนั้นได้มีการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในสายสนับสนุน (Black Office) โดยสามารถเชื่อมกับระบบงานพัสดุงานการเงินและบัญชี เช่น ระบบ GFMS ระบบเงินเดือน ระบบข้อมูลบุคลากร สื่อสารประชาสัมพันธ์โดยใช้โซเชียลมีเดีย (Application Line, Facebook) จากการติดตามปัญหาการใช้งานเทคโนโลยีสารสนเทศของบุคลากรในโรงพยาบาลพระยีน พบว่า บุคลากรยังขาดทักษะการ download การ export ข้อมูลเป็นไฟล์ Excel จากเว็บไซต์ต่างๆ รวมถึงขาดทักษะการวิเคราะห์โดยใช้ Pivot table ร้อยละ 59.50 ขาดทักษะการใช้งาน application line, Facebook, Google Sheet ที่ถูกต้อง ร้อยละ 50.75 และขาดทักษะด้านกฎหมาย ระเบียบความปลอดภัยเทคโนโลยีสารสนเทศ ร้อยละ 48.65<sup>8</sup> ดังนั้น นักวิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา

ปัจจัยที่มีผลต่อการรู้ดิจิทัลของบุคลากรโรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น

### วัตถุประสงค์ (Objective)

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรู้ดิจิทัลของบุคลากร โรงพยาบาลพระยีน

### ขอบเขตการศึกษา

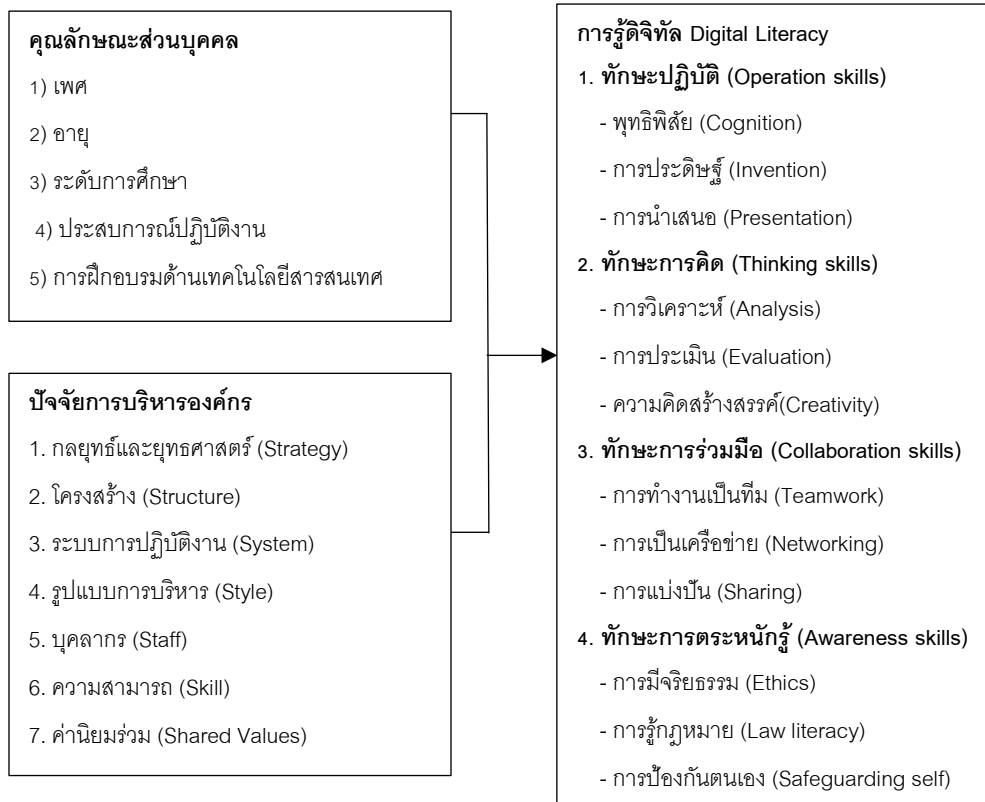
#### 1) ขอบเขตด้านเนื้อหา

1.1) ศึกษาการรู้ดิจิทัล 4 องค์ประกอบที่ 1) ทักษะการปฏิบัติ 2) ทักษะการคิด 3) ทักษะการร่วมมือ 4) ทักษะการตระหนักรู้

1.2) ศึกษาปัจจัยบริหารองค์ประกอบด้วยการบริหารจัดการ 7 ด้าน กลยุทธ์และยุทธศาสตร์ (Strategy) โครงสร้าง (Structure) ระบบการปฏิบัติงาน (System) รูปแบบการบริหาร (Style) บุคลากร (Staff) ความสามารถ (Skill) ค่านิยมร่วม (Shared Values)

2) ระยะเวลาทำการศึกษา ระหว่างเดือนกันยายน - ธันวาคม 2567

### กรอบแนวคิด (Conceptual framework)



### รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

#### วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

**ประชากร** ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพระยีน จำนวน 138 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้

#### เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพระยีน ในช่วงเวลา 1 ปี ก่อนการวิจัย คือปฏิบัติงานในช่วง 1 ตุลาคม 2566–31 สิงหาคม 2567

2) มีประสบการณ์ปฏิบัติงานที่ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในขั้นตอนปฏิบัติงาน อย่างน้อย 1 ขั้นตอน 3) ยินยอมเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัย

**เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)** ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนด

วิธีการเก็บข้อมูล นักวิจัยสอบถามและเชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครโดยสมัครใจ และเก็บรวบรวมแบบสอบถามโดยนักวิจัย มีกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษ จำนวน 122 คน

**การพัฒนาศักยภาพกลุ่มตัวอย่าง**  
การศึกษาครั้งนี้ เสนอโครงการต่อ  
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น และ  
ได้รับความเห็นชอบใบอนุญาตเลขที่ REC  
053/2567 วันที่รับรอง 23 กันยายน 2567  
นักวิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์และสอบถาม  
ความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอ  
ผลการวิจัยเป็นภาพรวม รวมถึงให้อิสระ  
สามารถถอนตัวจากการร่วมกิจกรรมได้

**วิธีการศึกษา** รูปแบบการวิจัยคือ  
การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง  
( Cross-Sectional Descriptive research)

#### **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล**

1) การสร้างแบบสอบถาม นักวิจัย  
ศึกษาข้อมูลจากแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่  
เกี่ยวข้อง กำหนดขอบเขตและโครงสร้าง  
เนื้อหาของแบบสอบถาม โดยแบบสอบถาม  
ปัจจัยการบริหารองค์กร ประยุกต์จากแนวคิด  
ของ McKinsey's 7S<sup>6</sup> และแบบสอบถามการ  
รู้ดิจิทัล ประยุกต์ใช้แบบสอบถามของ แนวตา  
เตชาทวิวรรณ และอัศรา ประเสริฐสิน<sup>7</sup>  
ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความตรง  
ตามโครงสร้าง และความเป็นปรนัยของข้อ  
คำถามในเบื้องต้น และนำเสนอผู้เชี่ยวชาญ  
ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

2) ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ  
ด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)  
โดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรง  
(Validity) และให้ความเห็นชอบในด้าน

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และ  
ความเหมาะสมของภาษา (Wording) โดย  
ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีของ  
ความสอดคล้อง (Item Objective Congruence :  
IOC) = 0.66-1.00

3) การตรวจสอบความเที่ยง  
(Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลอง  
ใช้ (Try out) กับบุคลากรโรงพยาบาลบ้านฝาง  
ซึ่งมีสภาพแวดล้อมการทำงาน การบริหาร  
จัดการคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน จากนั้น  
วิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability)  
ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช  
(Cronbach's alpha coefficient) จากการ

คำนวณได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม  
1) ปัจจัยการบริหารองค์กร ได้ค่าความเชื่อมั่น  
Alpha = 0.872) การรู้ดิจิทัลของบุคลากร ได้  
ค่าความเชื่อมั่น Alpha = 0.903) โดยรวม  
แบบสอบถามทั้งฉบับ ได้ค่าความเชื่อมั่น  
Alpha = 0.91

4) รายละเอียดแบบสอบถาม **ส่วน**  
**ที่ 1** คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย  
เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา  
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ตำแหน่ง การ  
ฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้งานเทคโนโลยี  
สารสนเทศ ระยะเวลาการฝึกอบรม **ส่วนที่ 2**  
ปัจจัยการบริหารองค์กร ประกอบด้วย  
1) กลยุทธ์และยุทธศาสตร์ 2) โครงสร้าง  
3) ระบบการปฏิบัติงาน 4) รูปแบบการบริหาร  
5) บุคลากร 6) ความสามารถ 7) ค่านิยมร่วม  
โดยคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating

Scale) มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ การแปลผลโดยใช้เกณฑ์ของเบสท์<sup>9</sup> คือ ปัจจัยการบริหารองค์กร ระดับสูง ค่าเฉลี่ยคะแนน 3.67-5.00 ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนน 2.34-3.66 ระดับต่ำ ค่าเฉลี่ยคะแนน 1.00-2.33 **ส่วนที่ 3** ข้อมูลการรู้ดิจิทัลของบุคลากร 4 องค์ประกอบ 12 ด้าน ประกอบด้วย 1) พุทธิพิสัย (Cognition) 2) การประดิษฐ์ (Invention) 3) การนำเสนอ (Presentation) 4) การวิเคราะห์ (Analysis) 5) การประเมิน (Evaluation) 6) ความคิดสร้างสรรค์ (Creativity) 7) การทำงานเป็นทีม (Teamwork) 8) การเป็นเครือข่าย (Networking) 9) การแบ่งปัน (Sharing) 10) การมีจริยธรรม (Ethics) 11) การรู้กฎหมาย (Law literacy) 12) การป้องกันตนเอง (Safeguarding self) การแปลผลโดยใช้เกณฑ์ของเบสท์<sup>9</sup> คือ การรู้ดิจิทัลของบุคลากร ระดับสูง ค่าเฉลี่ยคะแนน 2.33-3.00 ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนน 1.67-2.32 ระดับต่ำ ค่าเฉลี่ยคะแนน 1.00-1.66

**วิธีการเก็บข้อมูล** เมื่อผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น นักวิจัยทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระยีน เพื่อขอเก็บข้อมูลการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง นักวิจัยเชิญประชุมหัวหน้าแผนกเพื่อชี้แจงโครงร่างวิจัยและแบบสอบถาม พร้อมทั้งขออนุญาตเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง โดยนัดหมายวันและเวลาที่จะไปดำเนินการเก็บข้อมูลในแต่ละแผนก

เมื่อถึงวันและเวลาที่นัดหมาย นักวิจัยเชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครโดยสมัครใจ พร้อมทั้งชี้แจงแบบสอบถาม และขอความอนุเคราะห์ให้ตอบแบบสอบถามภายใน 1 สัปดาห์ รวบรวมแบบสอบถามกลับคืนได้จำนวน 122 ชุด

**การวิเคราะห์ข้อมูล** สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ใช้สถิติ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์หลายตัวแปร (Multivariate Relationship) ใช้การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ซึ่งเป็นวิธีการทางสถิติอธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ ตั้งแต่ 2 ตัวขึ้นไป ที่มีผลต่อตัวแปรตามตัวแปรเดียว ซึ่งผลการวิเคราะห์ทำให้ทราบว่าตัวแปรอิสระตัวใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรตาม เพื่อพยากรณ์การรู้ดิจิทัลของบุคลากรโรงพยาบาลพระยีน ด้วยปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยการบริหารองค์กร

### ผลการวิจัย (Result)

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 85.25 อายุเฉลี่ย 37.85 (S.D.= 9.79) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 74.59 ตำแหน่งคือพยาบาล ร้อยละ 33.61 และเป็น

บุคลากรสายสนับสนุน ร้อยละ 33.61 เคยผ่าน  
การฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้งานเทคโนโลยี  
สารสนเทศ ร้อยละ 58.20 โดยเคยผ่านการ

ฝึกอบรมมานานมากกว่า 1 ปีแล้ว เป็น  
ส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.24 รายละเอียดตาม  
ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=122)

| คุณลักษณะส่วนบุคคล                                                 | จำนวน | ร้อยละ |
|--------------------------------------------------------------------|-------|--------|
| <b>เพศ</b>                                                         |       |        |
| ชาย                                                                | 18    | 14.75  |
| หญิง                                                               | 104   | 85.25  |
| <b>อายุ</b>                                                        |       |        |
| 20-29 ปี                                                           | 30    | 24.59  |
| 30-39 ปี                                                           | 42    | 34.43  |
| 40-49 ปี                                                           | 28    | 22.95  |
| 51 ปีขึ้นไป                                                        | 22    | 18.03  |
| $(\bar{X} = 37.85, S.D. = 9.79, \text{Min} = 21, \text{Max} = 59)$ |       |        |
| <b>ระดับการศึกษา</b>                                               |       |        |
| ต่ำกว่าปริญญาตรี                                                   | 14    | 11.48  |
| ปริญญาตรี                                                          | 91    | 74.59  |
| สูงกว่าปริญญาตรี                                                   | 17    | 13.93  |
| <b>ตำแหน่ง</b>                                                     |       |        |
| แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร                                            | 15    | 12.30  |
| พยาบาลวิชาชีพ                                                      | 41    | 33.61  |
| นักวิชาการสาธารณสุข                                                | 5     | 4.10   |
| สหวิชาชีพ                                                          | 15    | 12.30  |
| เจ้าหน้าที่คอมพิวเตอร์                                             | 3     | 2.46   |
| บุคลากรสายสนับสนุน                                                 | 41    | 33.61  |
| <b>เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้งานเทคโนโลยีสารสนเทศ</b>      |       |        |
| เคยผ่านการอบรม                                                     | 71    | 58.20  |
| ภายใน 1 ปีที่ผ่านมา                                                | 19    | 26.76  |
| มากกว่า 1 ปี                                                       | 52    | 73.24  |
| ไม่เคยผ่านการอบรม                                                  | 51    | 41.80  |

2. การรู้ดิจิทัลของบุคลากรโรงพยาบาลพระ  
ยี่น โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=2.22$ ,  
S.D.=0.65) จำแนกรายองค์ประกอบ พบว่า

ค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเรียงตามลำดับคือ  
ทักษะการตระหนักรู้ ทักษะการคิด ทักษะการ  
ร่วมมือ และทักษะการปฏิบัติ รายละเอียด  
ตามตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรู้ดิจิทัลของบุคลากรโรงพยาบาลพระยี่น  
โดยรวม และจำแนกรายองค์ประกอบ

| การรู้ดิจิทัล 4 องค์ประกอบ | Mean | SD   | ระดับ   |
|----------------------------|------|------|---------|
| 1. ทักษะการปฏิบัติ         | 1.54 | 0.28 | ต่ำ     |
| 2. ทักษะการคิด             | 2.28 | 0.73 | ปานกลาง |
| 3. ทักษะการร่วมมือ         | 2.12 | 0.80 | ปานกลาง |
| 4. ทักษะการตระหนักรู้      | 2.56 | 0.69 | สูง     |
| โดยรวม                     | 2.22 | 0.65 | ปานกลาง |

3. การรู้ดิจิทัลของบุคลากรโรงพยาบาล  
พระยี่น จำแนกรายด้าน โดยรวมอยู่ในระดับ  
ปานกลาง ( $\bar{X}=2.22$ , S.D.=0.65) จำแนก  
รายด้าน พบว่า อยู่ในระดับสูง 7 ด้าน คือ  
พุทธิพิสัย การวิเคราะห์ การประเมิน

การทำงานเป็นทีม การมีจริยธรรม การรู้  
กฎหมาย และการป้องกันตนเอง ระดับ  
ปานกลาง 4 ด้าน คือ การประดิษฐ์ ความคิด  
สร้างสรรค์ การเป็นเครือข่าย และการแบ่งปัน  
ส่วนด้านการนำเสนอ อยู่ในระดับต่ำ  
รายละเอียดตามตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรู้ดิจิทัลของบุคลากรโรงพยาบาลพระยี่น  
จำแนกรายด้าน

| การรู้ดิจิทัล 12 ด้าน | Mean | S.D. | ระดับ   |
|-----------------------|------|------|---------|
| 1. พุทธิพิสัย         | 2.59 | 0.69 | สูง     |
| 2. การประดิษฐ์        | 1.58 | 1.15 | ปานกลาง |
| 3. การนำเสนอ          | 1.61 | 1.10 | ต่ำ     |
| 4. การวิเคราะห์       | 2.51 | 0.75 | สูง     |
| 5. การประเมิน         | 2.16 | 0.99 | สูง     |
| 6. ความคิดสร้างสรรค์  | 2.18 | 0.92 | ปานกลาง |
| 7. การทำงานเป็นทีม    | 2.35 | 0.88 | สูง     |

| การรู้ดิจิทัล 12 ด้าน | Mean | S.D. | ระดับ   |
|-----------------------|------|------|---------|
| 8. การเป็นเครือข่าย   | 2.03 | 0.96 | ปานกลาง |
| 9. การแบ่งปัน         | 1.96 | 1.07 | ปานกลาง |
| 10. การมีจริยธรรม     | 2.43 | 0.87 | สูง     |
| 11. การรู้กฎหมาย      | 2.61 | 0.80 | สูง     |
| 12. การป้องกันตนเอง   | 2.62 | 0.75 | สูง     |
| โดยรวม                | 2.22 | 0.65 | ปานกลาง |

4. ปัจจัยการบริหารองค์กร พบว่า โดยรวม คะแนนปัจจัยการบริหารองค์กร อยู่ในระดับ ปานกลาง ( $\bar{X}=3.58$ , S.D.=0.51) จำแนกราย ด้านพบว่า มีด้านที่มีคะแนนอยู่ในระดับสูง คือ ระบบการปฏิบัติงาน ( $\bar{X}=3.63$ ,

S.D.=0.79) และรูปแบบการบริหาร ( $\bar{X}=3.69$  S.D. =0.76) อยู่ในระดับปานกลาง 5 ด้าน คือ กลยุทธ์และยุทธศาสตร์ โครงสร้าง บุคลากร ความสามารถ และค่านิยมร่วม รายละเอียดตามตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานปัจจัยการบริหารองค์กร

| ปัจจัยการบริหารองค์กร   | Mean | S.D. | ระดับ   |
|-------------------------|------|------|---------|
| 1. กลยุทธ์และยุทธศาสตร์ | 3.54 | 0.68 | ปานกลาง |
| 2. โครงสร้าง            | 3.46 | 0.64 | ปานกลาง |
| 3. ระบบการปฏิบัติงาน    | 3.63 | 0.79 | สูง     |
| 4. รูปแบบการบริหาร      | 3.69 | 0.76 | สูง     |
| 5. บุคลากร              | 3.43 | 0.81 | ปานกลาง |
| 6. ความสามารถ           | 3.52 | 0.76 | ปานกลาง |
| 7. ค่านิยมร่วม          | 3.77 | 1.01 | ปานกลาง |
| โดยรวม                  | 3.58 | 0.51 | ปานกลาง |

5. ปัจจัยที่สามารถพยากรณ์การรู้ดิจิทัลของบุคลากรโรงพยาบาลพระยีน

การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบ ขั้นตอน (Stepwise) นำตัวแปรอิสระเข้า สมการถดถอยครั้งละ 1 ตัวแปร ถ้าตัวแปร

อิสระที่นำเข้ามามีความสัมพันธ์กับตัวแปรอิสระ ที่มีอยู่แล้ว จะตัดตัวแปรอิสระที่สัมพันธ์กับตัวแปรหนึ่งออกจากสมการถดถอยเอง<sup>10</sup> ตัวแปรอิสระ การศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ 1) ด้าน คุณลักษณะบุคลากร เพศ อายุ ระดับ

การศึกษา ประสิทธิภาพ การฝึกอบรม 2) กลยุทธ์และยุทธศาสตร์ 3) โครงสร้าง 4) ระบบการปฏิบัติงาน 5) รูปแบบการบริหาร 6) บุคลากร 7) ความสามารถ 8) ค่านิยมร่วม ตัวแปรตาม ได้แก่ การรับรู้ดิจิทัลของบุคลากร

การวิเคราะห์ปัจจัยในการพยากรณ์ การรับรู้ดิจิทัลของบุคลากร มีการคัดเลือกตัวแปรอิสระเข้าสู่สมการพยากรณ์ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ได้แก่ ความสามารถ บุคลากร

รูปแบบการบริหาร ระบบการปฏิบัติงาน ได้สมการในการพยากรณ์การรับรู้ดิจิทัลของบุคลากรโรงพยาบาลพระยีน สามารถพยากรณ์ได้ร้อยละ 69 มีสมการดังนี้  $Y = 3.96 + 1.84 (\text{ความสามารถ}) + 0.77 (\text{บุคลากร}) + 0.65 (\text{รูปแบบการบริหาร}) + 0.69 (\text{ระบบการปฏิบัติงาน})$  รายละเอียดดังตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** ค่าสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน การรับรู้ดิจิทัลของบุคลากรโรงพยาบาลพระยีน

| ตัวแปร                     | b    | Beta    | t          | sig    | R    | R <sup>2</sup> |
|----------------------------|------|---------|------------|--------|------|----------------|
| ความสามารถ (Skill)         | 1.84 | 0.53    | 6.79       | <0.001 | 0.78 | 0.62           |
| บุคลากร (Staff)            | 0.77 | 0.24    | 3.57       | 0.001  | 0.80 | 0.65           |
| รูปแบบการบริหาร (Style)    | 0.65 | 0.19    | 3.56       | 0.001  | 0.82 | 0.67           |
| ระบบการปฏิบัติงาน (System) | 0.69 | 0.21    | 3.00       | 0.003  | 0.83 | 0.69           |
| ค่าคงที่                   | 3.96 | F=65.01 | sig <0.001 |        |      |                |

## อภิปรายผล

จากผลการศึกษามีผลอธิบายตัวแปรในสมการพยากรณ์การรับรู้ดิจิทัลของบุคลากร ดังนี้

ความสามารถ (Skill) เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการรับรู้ดิจิทัลของบุคลากร กล่าวคือ การพัฒนาทรัพยากรบุคคลด้าน eHealth (HRD) ให้มีทักษะและความสามารถในการนำดิจิทัลมาใช้ในการเสริมสร้างระบบสุขภาพ เสริมสร้างนวัตกรรมด้านสุขภาพ สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ดิจิทัล กระทรวง

สาธารณสุข พ.ศ. 2564-2568<sup>2</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิภาพการทำงานที่เกิดจากความรู้ ความเข้าใจในการเป็นองค์กรดิจิทัล ตามนโยบายรัฐบาลดิจิทัล กรณีศึกษาสำนักงาน ก.พ. โดยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการทำงานขององค์กรดิจิทัล คือปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจในการเป็นองค์กรดิจิทัลของบุคลากร<sup>11</sup> สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมสารสนเทศในการปฏิบัติงานของบุคลากรสายสนับสนุน ซึ่งพบว่า ปัจจัยเอื้อต่อ

พฤติกรรมสารสนเทศในการปฏิบัติงานของบุคลากร คือ ปัจจัยเอื้อต่อการพัฒนาบุคลากร ซึ่งเป็นปัจจัยด้านที่ยังขาดและต้องมีการพัฒนา การฝึกอบรมเพื่อเพิ่มทักษะ<sup>12</sup> สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการรู้ดิจิทัลในการปฏิบัติงานพบว่าปัจจัยที่ส่งผลในระดับมากที่สุด คือ ปัจจัยด้านบุคลากร สมรรถนะส่วนบุคคล และความสามารถที่จะเรียนรู้และอยู่ร่วมกับเทคโนโลยีใหม่ ๆ<sup>13</sup>

บุคลากร (Staff) เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการรู้ดิจิทัลของบุคลากร กล่าวคือ การจัดวางบุคลากรได้อย่างเหมาะสมกับงานขององค์กร การกำหนดคุณลักษณะ การคัดเลือก จะทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพ ตรงตามเป้าหมายขององค์กร สอดคล้องกับการศึกษาแนวทางการพัฒนาทักษะเทคโนโลยีดิจิทัลของบุคลากรภาครัฐไทย พบว่า แนวทางที่สำคัญในการพัฒนาทักษะดิจิทัลคือ การปรับมาตรการและโครงสร้างหน่วยงาน<sup>14</sup> ดังนั้น องค์กรควรกำหนดโครงสร้างงานดิจิทัลและวางแผนกำลังคนให้สอดคล้องกับภารกิจ รวมถึงการพัฒนาสมรรถนะมาตรฐาน (Standard Competencies) แก่บุคลากรทั่วไป และเสริมสร้างองค์ความรู้ความเชี่ยวชาญด้านดิจิทัลแก่บุคลากรสุขภาพดิจิทัล สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ความสามารถดิจิทัลของนักศึกษาพบว่า องค์ความรู้เชิงเทคนิค (Technical

Skills) ในการเข้าถึงและจัดการสื่อดิจิทัลต่างๆ เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสามารถในการรู้ดิจิทัล<sup>15</sup>

รูปแบบการบริหาร (Style) เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการรู้ดิจิทัลของบุคลากร กล่าวคือ ความเป็นผู้นำขององค์กร มีบทบาทสำคัญต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวขององค์กร สไตล์ในการทำงานของผู้บริหารมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะผู้บริหารระดับสูงจะมีอิทธิพลต่อความรู้สึกนึกคิดของบุคลากรภายในองค์กร ผู้บริหารควรแสดงออกให้บุคลากรได้เห็นถึงความมุ่งมั่นที่จะก้าวสู่การเป็นองค์กรดิจิทัล สอดคล้องกับการศึกษาสมรรถนะการรู้ดิจิทัลที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติงานของบุคลากร คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ซึ่งพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาสมรรถนะการรู้ดิจิทัลในระดับมากที่สุดคือ ปัจจัยด้านนโยบายของมหาวิทยาลัย โดยมหาวิทยาลัยต้องมีการให้ความสำคัญกับสมรรถนะด้านการรู้ดิจิทัล และกำหนดให้เป็นคุณสมบัติหนึ่งในอัตลักษณ์ของบุคลากรในคณะ<sup>16</sup>

ระบบการปฏิบัติงาน (System) เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการรู้ดิจิทัลของบุคลากร กล่าวคือ การจัดระบบการทำงาน (Working System) เป็น การวิเคราะห์ระบบงานขององค์กรในทุกๆ เรื่อง ทั้งระบบการบริหารจัดการ ระบบการปฏิบัติงาน ระบบสารสนเทศ ระบบงบประมาณ ระบบการควบคุม ระบบการจัดซื้อ ระบบการสรรหา

และคัดเลือกบุคลากร ระบบในการฝึกอบรมองค์กรที่มีการจัดวางระบบงานที่ดี จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถทำงานได้อย่างชัดเจน และถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการรู้ดิจิทัลในการปฏิบัติงาน พบว่าปัจจัยด้านกระบวนการบริหารและพัฒนา รวมถึงการเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ฮาร์ดแวร์ และพื้นที่ส่งเสริมการเรียนรู้และการทำงานร่วมกัน ส่งผลต่อการรู้ดิจิทัลของบุคลากร<sup>13</sup>

### ข้อเสนอแนะ

#### 1. ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1.1 มุ่งเน้นการพัฒนาปัจจัยการบริหารองค์กรที่มีผลต่อการรู้ดิจิทัลของบุคลากร โรงพยาบาลพระยีน ด้านความสามารถ บุคลากร รูปแบบการบริหาร และระบบการปฏิบัติงาน ให้มีความเหมาะสม เพื่อการพัฒนาการรู้ดิจิทัลของบุคลากรได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล

1.2 ควรมีแผนการพัฒนารู้ดิจิทัลของบุคลากร ที่สอดคล้องกับสมรรถนะที่จำเป็นในแต่ละแผนก ให้มีความสำคัญกับด้านที่มีความรู้ในระดับต่ำ คือด้านการนำเสนอ และระดับปานกลาง คือ การประดิษฐ์ ความคิดสร้างสรรค์ การเป็นเครือข่าย และการแบ่งปัน

#### 2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

2.1 จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าตัวแปรในสมการร่วมกันพยากรณ์การรู้ดิจิทัลของบุคลากรโรงพยาบาลพระยีน ร้อยละ 69

ดังนั้น ยังคงมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรู้ดิจิทัลของบุคลากร จึงควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นเพิ่มเติม เช่น ทักษะคนดี วัฒนธรรมองค์กร บรรยากาศองค์กร ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

2.2 ควรศึกษารูปแบบการพัฒนาการรู้ดิจิทัลของบุคลากรด้านสุขภาพ เพื่อนำไปใช้เป็นรูปแบบในการพัฒนาบุคลากรสุขภาพดิจิทัล ให้มีความพร้อมรองรับการเป็นองค์กรดิจิทัลต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบคุณ บุคลากรโรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น ที่เข้าร่วมโครงการ และให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ในการตอบแบบสอบถาม และขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระยีน ที่อนุญาตและสนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง (References)

1. World Health Organization. *Global strategy on digital health 2020-2025*. [internet]. 2021 [cited 2024 Sep 10]. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/documents/g4dhdad2a9f352b0445bafbc79ca799dce4d.pdf>
2. กระทรวงสาธารณสุข. *ยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัลกระทรวงสาธารณสุข(2564-2568)*. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 24 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก :

- [https://ict.moph.go.th/upload\\_file/files/97c2287c8f04e181fec13e431e7a5e.pdf](https://ict.moph.go.th/upload_file/files/97c2287c8f04e181fec13e431e7a5e.pdf)
3. Davis B, Nies M, Shehab M, Shenk D. Developing a pilot e-mobile app for Dementia caregiver support. *Journal of Nursing Informatics*. 2012; 18(1): 1-10.
  4. Hisrich R-D, Kearney C. *Managing Innovation and Entrepreneurship*. Los Angeles: SAGE; 2014.
  5. Bessant J, Tidd J. *Managing Innovation and Entrepreneurship*. Italy: Trento Srl; 2015.
  6. Hayes J. *The Theory and Practice of Change Management*. London: Palgrave Macmillan; 2014.
  7. แวตตา เตชาทวิวรรณ, อัจศรา ประเสริฐสิน. การประเมินการรู้ดิจิทัลของนักศึกษาในระดับปริญญาตรีในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. *วารสารสารสนเทศศาสตร์*. 2559;34(4): 1-28.
  8. โรงพยาบาลพระยี่น. ผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่สำคัญ. ขอนแก่น: คลังนันทกรรม; 2566.
  9. Best J. *Research is Education*. 3<sup>rd</sup> ed. Englewood cliffs: N.J. Prentice-Hall; 1977.
  10. กัลยา วานิชย์บัญชา. *หลักสถิติ* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
  11. กันฐิกา ทองสุข. ประสิทธิภาพการทำงานที่เกิดจากความรู้ความเข้าใจในการเป็นองค์การดิจิทัล. *วารสารรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา*. 2562; 2(2): 39-49.
  12. คมสัน พันธุ์ชัยเพชร, มาลี กาบมาลา. พฤติกรรมสารสนเทศในการปฏิบัติงานของบุคลากรสายสนับสนุน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. *วารสารสารสนเทศศาสตร์*. 2557; 32(2): 24.
  13. โสมวลี ชยามฤต. การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เพื่อรองรับยุคดิจิทัลขององค์การภาครัฐ และเอกชน. *วารสารสหวิทยาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*. 2564; 4(1): 38-50.
  14. ดวงสมร สุทธิวงศ์กุล. การพัฒนาทักษะดิจิทัลของบุคลากรภาครัฐไทยสู่การเป็นรัฐบาลดิจิทัล. *วารสารการเมืองการบริหาร และกฎหมาย*. 2562; 13(1): 197-216.
  15. Dewi R-S, Hasanah U, Zuhri M. Analysis Study of Factors Affecting Students' Digital Literacy Competency. *Ilkogretim Online -Elementary Education Online*. [serial online]. 2021; 20(3): 424-431.
  16. อมรรัตน์ สิทธิศักดิ์. สมรรถนะการรู้ดิจิทัลที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติงานของบุคลากรคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. *วารสารสารสนเทศศาสตร์*. 2563; 38(4): 61-81.

# การพัฒนาศูนย์ดูแลและฟื้นฟูสภาพทางสังคมผู้ป่วยติดสารเสพติด ที่ผ่านการบำบัดจากสถานพยาบาลก่อนกลับชุมชน อำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น

กิตติยา ทองสุข<sup>1</sup>, ประวีร์ คำศรีสุข<sup>2</sup>, มัตตัญญูตา โสภา<sup>3</sup>

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาและประเมินศูนย์ดูแลและฟื้นฟูสภาพทางสังคมผู้ป่วยติดสารเสพติดที่ผ่านการบำบัดจากสถานพยาบาลก่อนกลับชุมชน แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ วางแผน ปฏิบัติการ สังเกตการณ์ และสะท้อนผลการปฏิบัติ ระยะเวลาดำเนินการเดือนมิถุนายน - ธันวาคม 2566 ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ปกครอง ครอบครัว ผู้ป่วยติดสารเสพติด จำนวน 77 คน เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ แบบสนทนากลุ่ม การสังเกต เวชระเบียน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า 1) วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา พบว่าการบริการไม่ได้เกณฑ์คุณภาพทางการแพทย์ บุคลากรและงบประมาณไม่เพียงพอ ผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย 2) การพัฒนาศูนย์ดูแลและฟื้นฟูสภาพทางสังคมผู้ป่วยติดสารเสพติดที่ผ่านการบำบัดจากสถานพยาบาลก่อนกลับชุมชน ประกอบด้วย (1) มีคณะกรรมการ (2) แนวทางการประเมินผู้ป่วย (3) เตรียมความพร้อมก่อนเข้าทำการบำบัด (4) การจัดหาสถานที่และปัจจัยพื้นฐานต่างๆ (5) ค้นหากลุ่มเป้าหมาย (6) ดำเนินกิจกรรมและการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลา 14 วัน (7) จัดระบบการส่งต่อ (8) จัดระบบการเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากศูนย์ฯ 3) ผลการประเมินรูปแบบ พบว่า ผู้ป่วยหยุดการใช้สารเสพติด 2 ราย ให้ความร่วมมือในการรักษาต่อเนื่อง 10 ราย มีอาการทางจิตเวชและมีการใช้ยาเสพติด 5 ราย และอำเภอโนนศิลาได้รูปแบบการดำเนินการพัฒนาศูนย์ฯ ส่งผลให้อำเภอโนนศิลา มีระบบการค้นหาผู้ใช้สารเสพติด มีระบบส่งต่อข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ การประสานงานที่ชัดเจนอย่างดีและมีการทำงานแบบบูรณาการ

**คำสำคัญ :** การพัฒนา, ฟื้นฟูสภาพทางสังคม, ผู้ป่วยติดสารเสพติด

<sup>1</sup>นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น

<sup>2</sup>นายแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

<sup>3</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น

\*Corresponding Author; Kittiya Tongasuk, Email.Kittiya9823@gmail.com

Received: September 16, 2024; Revised December 25, 2024; Accepted December 25, 2024

## **Development of Social Care and Rehabilitation Centers for Drug Addicted Patients Who have Undergone Treatment from the Hospital before Returning to the Community, Non Sila District, Khon Kaen Province**

*Kittiya Tongsuk<sup>1</sup>, Prawee Khamsrisuk<sup>2</sup>, Mattunyuta Sopa<sup>3</sup>*

### **Abstract**

This action research aimed to study the development and evaluation of social care and rehabilitation centers for drug addicts who had undergone treatment at healthcare facilities before reintegration into the community. The study was conducted in four stages: planning, implementation, observation, and reflection, over the period from June to December 2023. Participants included doctors, professional nurses, public health officers, administrative officers, family members, and drug addicts, totaling 77 individuals. The research instruments comprised interview forms, group discussion forms, observation, and medical records. Quantitative data were analyzed using statistics such as frequency, percentage, and mean, while qualitative data were analyzed using content analysis. The study revealed the following results: 1) Problem Situation Analysis: It was found that the services did not meet medical quality standards. There were insufficient personnel and budgetary resources, and caregivers lacked the knowledge and skills needed to care for patients. 2) Development of the Social Care and Rehabilitation Center Model: The model included the following components: (1) Establishing a management committee (2) Developing guidelines for patient assessment (3) Preparing patients before undergoing treatment. (4) Providing facilities and necessary resources (5) Identifying target groups. (6) Conducting activities and providing care for 14 days (7) Establishing a referral system. (8) Setting up a discharge preparation system. Evaluation of the Model: The evaluation found that two patients successfully stopped using drugs, ten patients cooperated with ongoing treatment, and five patients continued to exhibit psychiatric symptoms and drug use. As a result, Non Sila District developed an effective model for operating social care and rehabilitation centers. The model included a system for identifying drug users, an efficient information referral system, clear and effective coordination, and integrated collaborative work.

**Keywords :** development, social rehabilitation, drug addiction

---

<sup>1</sup>Medical Physician, Senior Professional, Nonsila Hospital Khon Kaen Province <sup>2</sup> Medical Physician, Expert Level, Khon Kaen Province Health Office <sup>3</sup> Registered Nurse, Professional Level, Nonsila Hospital Khon Kaen Province

## บทนำ (Introduction)

ปัญหายาเสพติดนับเป็นภัยร้ายแรงต่อสังคมและประเทศชาติจากรายงานของสหประชาชาติว่าด้วยยาเสพติดพบว่า ในปี ค.ศ. 2017 ทั่วโลกมีผู้ใช้สารเสพติดประมาณ 271 ล้านคน<sup>1</sup> สำหรับประเทศไทยยังคงมีแนวโน้มการแพร่ระบาดของยาเสพติดเพิ่มมากขึ้นจากสถานการณ์บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด (บสต.) ในปี 2564-2566 มีผู้ผ่านการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพจำนวน 205, 121, 212, 583 และ 189,421 คน ตามลำดับ

อย่างไรก็ตามสถานการณ์ปัญหา ยาเสพติดยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การเสพยาเสพติดจำนวนมากต่อเนื่องหรือใช้ระยะเวลานานจะส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางอารมณ์ทำลายระบบประสาทหรือมีอาการทางจิต<sup>2</sup> ส่งผลต่อความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงทำร้ายคนอื่น มีภาวะซึมเศร้า ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษามีอาการกำเริบซ้ำ<sup>3</sup> ขาดการดูแลรักษาต่อเนื่องจนกลายเป็นบุคคลที่เสื่อมสมรรถภาพ ส่งผลให้ประเทศชาติต้องขาดบุคลากรที่มีคุณภาพในการพัฒนาประเทศและมีผลกระทบต่อความมั่นคงของชาติเป็นอย่างมาก จำเป็นต้องได้รับการดูแลและฟื้นฟูสภาพทางสังคม เพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ ลดความรุนแรงและการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด<sup>4</sup>

การบำบัดรักษาอาการทางจิต การเลิกเสพยาเสพติดและการฟื้นฟูสภาพจึงเป็นกระบวนการที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการได้รับการดูแลก่อนกลับชุมชน และมีการติดตามในชุมชนจนสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ การพัฒนาศูนย์ดูแลและฟื้นฟูสภาพทางสังคมมีแนวคิดที่ว่าผู้เสพติดทุกคนไม่จำเป็นต้องเข้ารับการบำบัดรักษา และฟื้นฟูในสถานพยาบาลเท่านั้น แต่ครอบครัวและบุคคลในชุมชนสามารถดูแลบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ จึงเกิดแนวคิดการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) ร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ เพื่อให้การบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดมีประสิทธิภาพมากขึ้น<sup>5</sup> การค้นหาคัดกรอง และร่วมดูแลช่วยเหลือผู้เสพยาเสพติดในพื้นที่โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงที่ได้รับการรักษาระยะแรกในหน่วยบริการตติยภูมิ การเตรียมความพร้อมก่อนกลับสู่ชุมชน และการติดตามผลการรักษา รวมทั้งการบำบัดด้วยยาอย่างต่อเนื่อง<sup>6</sup> ให้ผู้ป่วยยาเสพติดสามารถเข้าถึงการบำบัดฟื้นฟูที่มีคุณภาพ

จากสถานการณ์ของอำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น พบปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดอย่างมาก โดยสารเสพติดที่พบมากที่สุด คือ ยาบ้าหรือสารแอมเฟตามีนและส่วนใหญ่ผู้ป่วยใช้

สารเสพติดร่วมกันมากกว่า 1 ชนิด มีการกระทำความรุนแรงที่บ่งบ่งที่สุด คือ การทำร้ายร่างกายสมาชิกในครอบครัว รองลงมา คือ การข่มขู่ให้เกิดความกลัวในชุมชน ในปี 2563-2565 จากการดำเนินการด้านยาเสพติดที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 48 คน, 84 คน และ 117 คน ตามลำดับ<sup>7</sup> ปัจจุบันพบปัญหาในการดูแลฟื้นฟูและติดตามต่อเนื่อง ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างสถานพยาบาลและชุมชน ดังนั้นผู้วิจัยมีความสนใจที่จะพัฒนาศูนย์ดูแลและฟื้นฟูสภาพทางสังคมผู้ป่วยติดสารเสพติดที่ผ่านการบำบัดจากสถานพยาบาลก่อนกลับชุมชนอำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น เพื่อให้เกิดการคัดกรอง ประเมิน รักษาฟื้นฟู ผู้ป่วยติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน การประสานเชื่อมโยงข้อมูลทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกับการดำเนินงานตามแนวทางการพัฒนาศูนย์ดูแลและฟื้นฟูสภาพทางสังคมผู้ป่วยติดสารเสพติดเพื่อให้กระบวนการดำเนินงานของศูนย์ฯ ดำเนินตามวัตถุประสงค์ เกิดการดูแลผู้ป่วยแบบต่อเนื่อง ไม่กลับมามีอาการหรือก่อเหตุรุนแรงซ้ำ รวมทั้งสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ติดสารเสพติดในชุมชนให้ใช้ชีวิตร่วมกับในสังคมได้อย่างปกติสุข

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ศูนย์ดูแลและฟื้นฟูสภาพทางสังคมผู้ป่วยติดสารเสพติด
2. เพื่อศึกษาการพัฒนาศูนย์ดูแลและฟื้นฟูสภาพทางสังคม ผู้ป่วยติดสารเสพติดที่ผ่านการบำบัดจากสถานพยาบาลก่อนกลับชุมชน
3. เพื่อประเมินผลพัฒนาศูนย์ดูแลและฟื้นฟูสภาพทางสังคม ผู้ป่วยติดสารเสพติดที่ผ่านการบำบัดจากสถานพยาบาลก่อนกลับชุมชน

### วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ตามแนวทางของ Kemmis and Mc Taggart 9 ดังนี้

1. ขอบเขตของกลุ่มเป้าหมายในการศึกษา แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม เลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง (purposive sampling) มีรายละเอียด ดังนี้ 1.1 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วย นายอำเภอ ปลัดอำเภอ แพทย์ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานยาเสพติด และสาธารณสุขอำเภอ 1.2 กลุ่มเป้าหมายวางแผนพัฒนาศูนย์ฯ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่รพ.สต เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง และองค์การบริหารท้องถิ่น ตำรวจ เจ้าหน้าที่หน่วยงานสังคมสงเคราะห์ ผู้นำชุมชน อสม. ตัวแทนประชาชนในชุมชน 36 คน 1.3 กลุ่มผู้รับบริการคือผู้ป่วยติด

สารเสพติด จำนวน 17 คน โดยกำหนดเกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 18 ปีบริบูรณ์ 2) ได้รับการวินิจฉัยโดยใช้แบบประเมินการใช้สารเสพติด มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 27 คะแนน 3) มีประวัติการกระทำความรุนแรงในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมาและผ่านการบำบัดรักษาในสถานพยาบาล 4) ผู้ป่วยหรือผู้แทนโดยชอบธรรมให้คำยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 1.4 กลุ่มครอบครัวหรือผู้ดูแลหลัก ผู้ป่วยติดสารเสพติด 17 คน โดยเป็นผู้ดูแลหลัก

2. ขอบเขตพื้นที่ ดำเนินการในพื้นที่อำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น

3. ขอบเขตระยะเวลา ดำเนินการศึกษา เดือน มิถุนายน - ธันวาคม 2566

#### ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมและเตรียมพื้นที่ประกอบด้วยหลัก 4 ขั้นตอน

**ระยะที่ 1** วิเคราะห์สถานการณ์ศูนย์ฯ โดยเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ 1.1 เก็บรวบรวมข้อมูลจากรายงานเวชระเบียน 1.2 การสนทนากลุ่มเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในศูนย์ฯ 1.3 การสนทนากลุ่มครอบครัวหรือผู้ดูแลหลัก 1.4 การสัมภาษณ์เชิงลึกประกอบด้วย นายอำเภอ ปลัดอำเภอ แพทย์หัวหน้างานยาเสพติด และสาธารณสุขอำเภอเพื่อขอทราบปัญหาของการบริหารจัดการศูนย์ฯ 1.5 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวางแผนพัฒนาศูนย์ฯ

วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาและอุปสรรคแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ค้นหาแนวทางเพื่อแก้ไขปัญหา และระบุกิจกรรมที่ชัดเจนสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

**ระยะที่ 2** ดำเนินการพัฒนารูปแบบศูนย์ฯ อำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น มีรูปแบบดังนี้

2.1 การเตรียมความพร้อมและการวางแผน (Plan) การดำเนินงาน เพื่อนำมาเชื่อมโยงในการกำหนดการวางแผนแก้ไขปัญหา

2.2 การลงมือปฏิบัติ (Action) ปฏิบัติตามแผน โดยดำเนินการจัดตั้งและให้บริการศูนย์ฯ ร่วมกันระหว่างหน่วยงานฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และภาคประชาชน

2.3 ขั้นสังเกตผล (Observation) ประกอบด้วย 1) นิเทศติดตามการดำเนินงาน 2) ประเมินด้านการดำเนินงานของศูนย์ฯ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษา ปัญหาสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติดหลังการดำเนินกิจกรรม

2.4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และร่วมกันกำหนดแผนเพิ่มเติมปรับปรุงรูปแบบ ตามข้อเสนอแนะของผู้เข้าร่วมประชุม

**ระยะที่ 3** ประเมินประสิทธิผลของต้นแบบ การพัฒนาศูนย์ฯ ติดตามผู้ป่วยโดย



แอลฟาของครอนบาช (cronbach's alpha coefficient) มาวิเคราะห์ความเชื่อมั่น 0.82

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยหาค่าจำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหาจากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในพื้นที่ และการสังเกต การสนทนากลุ่ม การจัดประชุม โดยมีวิธีการจัดการข้อมูลในแต่ละวัน ตรวจสอบความถูกต้องของ ข้อมูล บันทึกในสิ่งที่สังเกตได้ และสรุปประเด็นสำคัญ

### การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับใบรับรองการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่ REC041/2566 วันที่ 28 กันยายน 2566

### ผลการวิจัย (Result)

**ระยะที่ 1** ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ศูนย์ฯ มีดังนี้ จากการทบทวนเวชระเบียน พบว่า ปี พ.ศ.2564-2565 มีผู้ติดสารเสพติดในพื้นที่อำเภอโนนศิลา

**ตารางที่ 1** แสดงปัญหาและอุปสรรคในการจัดตั้งศูนย์ดูแล และฟื้นฟูสภาพผู้ติดสารเสพติด

| ระบบสุขภาพองค์การอนามัยโลก                                                                                | หน่วยงานที่รับผิดชอบ                 | ปัญหาและอุปสรรค                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| การจัดระบบบริการ ได้แก่การตรวจประเมินให้การรักษาปัญหาด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตและการส่งต่อผู้ป่วยกับชุมชน | หน่วยบริการสาธารณสุข โรงพยาบาล (รพช) | 1. การบริการ ไม่ได้เกณฑ์คุณภาพทางการแพทย์<br>2. ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ ทติชภูมิ ที่ถูกต้อง รวดเร็วและทันเวลา<br>3. การประสานงานส่งต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วไป มีกระบวนการที่ยุ่งยาก ซับซ้อน |

จำนวน 72 ราย, 110 ราย และ 186 รายตามลำดับ และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่ติดสารเสพติดประเภทแอมเฟตามีน ร้อยละ 62 กัญชา ร้อยละ 8 และติดสารเสพติด มากกว่า 2 ชนิด ร้อยละ 30 โดยที่มีผู้เข้าทำการบำบัดรักษาในปี พ.ศ.2564-2565 จำนวน 48 ราย, 87 ราย และ 147 รายตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการเข้าทำการรักษาไม่ครอบคลุม

การสัมภาษณ์เชิงลึกของผู้บริหารพบว่าปัญหาของการบริหารจัดการศูนย์ฯ คือ 1) มีการกำหนดนโยบาย แต่การปฏิบัติขาดความครอบคลุมโดยเฉพาะงบประมาณในการบริหารจัดการ 2) ด้านบุคลากรมีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานบ่อยครั้งและไม่เพียงพอ การดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง 3) ปัญหาระบบดูแลต่อเนื่อง ขาดการติดตามต่อเนื่องที่บ้าน เนื่องจากการส่งต่อข้อมูลและไม่มีแผนงานและแนวปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม

จากการสนทนากลุ่มเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในศูนย์ฯ พบปัญหาและอุปสรรคดังรายละเอียดในตารางที่ 1

| ระบบสุขภาพองค์การอนามัยโลก                                       | หน่วยงานที่รับผิดชอบ             | ปัญหาและอุปสรรค                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                  | รพ.สต                            | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานมีความวิตกกังวล หวาดกลัว</li> <li>2. ขาดองค์ความรู้ทางการแพทย์ในการประเมิน ให้คำปรึกษาเฉพาะด้าน การช่วยเหลือเบื้องต้น</li> <li>3. การประสานงานระหว่างหลายหน่วยงาน กรณีส่งต่อผู้ป่วยมีความยุ่งยากซับซ้อน หลายหน่วยงาน ยุ่งยาก และเกิดความล่าช้า</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                             |
| การสนับสนุนด้านโครงสร้างพื้นฐานและการรักษาความปลอดภัย            | อปท./ตำรวจ/เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ข้อจำกัดและการบังคับใช้กฎหมาย พรบ. สุขภาพจิต</li> <li>2. มีความวิตกกังวลเรื่องความไม่ปลอดภัยแก่เจ้าหน้าที่</li> <li>3. ขาดอาคารสถานที่ ที่จำกัดพื้นที่เข้าออกได้ เป็นสัดส่วน</li> <li>4. ชุมชนรอบข้างมีความกังวลและหวาดกลัวผู้ป่วย</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                              |
| การคัดกรอง ค้นหา ติดตาม และช่วยเหลือด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน | อปท./ผู้นำชุมชน/อสม.รพ.สต        | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เฝ้าระวังในผู้ป่วยใช้สารเสพติดที่มีอาการทางจิตอยู่ในชุมชน แต่ไม่กล้า กังวลและกลัวครอบครัวผู้ป่วยต่อว่า</li> <li>2. ต้องรอนกว่าคนไข้จะมีอาการทางจิตรุนแรง ทำร้ายคนอื่นหรือคนในครอบครัวมาบอกจึงจะกล้าเข้าไปช่วยเหลือ เช่น “ครอบครัวเค้าก็จะดูแลกันเอง ถ้ามีอาการอาละวาด ก็จะมาแจ้ง ผมก็โทรหาโรงพักและส่งรพ.”</li> <li>3. ระบบการส่งต่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนหลังการรักษาไม่มีความชัดเจน ขาดการแจ้งล่วงหน้า หรือส่งข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่ทันเวลา ที่ผู้ป่วยกลับถึงชุมชนก่อน เกิดการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง</li> </ol> |
| กำลังคนหรือผู้ปฏิบัติงาน                                         | ทุกหน่วยงาน                      | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ขาดบุคลากรในแต่ละภาคส่วนที่จะมาร่วมการดำเนินงานจัดตั้งศูนย์เนื่องจากมีงานประจำที่ต้องปฏิบัติ มีความเหนื่อยล้า</li> <li>2. การบูรณาการร่วมกันในแต่ละภาคส่วนต้องมีการเพิ่มศักยภาพที่จำเป็น บทบาทหน้าที่ที่เหมาะสม</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| งบประมาณ/ค่าใช้จ่าย                                              | ทุกหน่วยงาน                      | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ขาดงบประมาณจากภาครัฐที่แยกหน่วยงาน</li> <li>2. ขาดการจัดสรรงบประมาณให้สามารถนำมาใช้ตามระเบียบการเงิน</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

| ระบบสุขภาพองค์การอนามัยโลก | หน่วยงานที่รับผิดชอบ | ปัญหาและอุปสรรค                                                                                                                                     |
|----------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| การเข้าถึงระบบบริการ       | ทุกหน่วยงาน          | 1. ไม่มีนโยบายที่ชัดเจนในการติดตาม สอดส่อง บังคับและลดการเข้าถึงยาเสพติดในผู้ป่วยที่กลับจากสถานบำบัด<br>2. ไม่มีการจัดทีมบูรณาการร่วมกันของหน่วยงาน |
| ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล     | ทุกหน่วยงาน          | 1. ผู้บริหารขาดการชี้แจง และสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาร่วมกัน<br>2. ขาดกลยุทธการนำนโยบายสู่การปฏิบัติจริง                                 |

จากการสนทนากลุ่มครอบครัวหรือผู้ดูแลหลัก พบปัญหาอุปสรรคและความต้องการของผู้ดูแลในประเด็น ขาดความรู้ และทักษะในการประเมินความเจ็บป่วยทางจิต การปฏิบัติตัวที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถลด ละ หรือเลิก การใช้สารเสพติด เมื่อกลับสู่ครอบครัวไม่มีความรู้เรื่องระบบการช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรง และการรักษาต่อเนื่องเป็นอย่างไร ในส่วนของครอบครัวขาดความสามารถในการควบคุม กำกับผู้ป่วยและการสร้างสภาวะแวดล้อมที่เหมาะสมในการฟื้นฟูและหยุดการใช้สารเสพติด ซึ่งกลุ่มครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดสารเสพติด ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ต้องการความช่วยเหลือจากภาครัฐในการควบคุมจำกัดการเข้าถึงยาเสพติดการติดตามการรับประทานยาต้านอาการทางจิตอย่างต่อเนื่องในชุมชนรวมทั้งจัดสถานที่ดูแลจนกว่าอาการทางจิตจะดีขึ้น หรือมีสถานที่ดูแลไปตลอดชีวิต

จากการวิเคราะห์สภาพการณ์การที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพอย่าง

ต่อเนื่องในชุมชน ของผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีปัญหาสุขภาพจิต อำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น นำมาซึ่งการพัฒนาในระยะที่2

**ระยะที่ 2** ดำเนินการพัฒนารูปแบบมีดังนี้

#### การพัฒนางรอบที่ 1

1. การเตรียมความพร้อมและการวางแผน (Plan) การดำเนินงาน เพื่อนำมาเชื่อมโยงในการกำหนดการวางแผนแก้ไข ปัญหา ประกอบด้วย 1.1 สรุปรายชื่อและนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ปัญหา อุปสรรค จุดแข็ง จุดอ่อนรวมทั้งข้อเสนอแนะที่จะนำไปใช้ในการพัฒนาการพัฒนาศูนย์ฯ แก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 1.2 การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำแนวทางการจัดตั้งพัฒนาศูนย์ฯ โดยมีนายอำเภอโนนศิลาเป็นประธานร่วมกับหน่วยงานราชการระดับตำบล อำเภอ ผู้นำท้องถิ่น โดยได้นำเสนอสถานการณ์ บริบทปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากผู้ติดยาเสพติด และร่วมกันออกแบบกิจกรรมในการแก้ไขปัญหาดังนี้ (1) การจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานภายในศูนย์ฯ

(2) วางแผนทำแนวทางการประเมินความรุนแรงหรือภาวะแทรกซ้อนด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิตและปัญหาแบบองค์รวมของผู้ติดยาเสพติด โดยแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ (3) วางแผนทำแนวทางการให้คำปรึกษา การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยให้แก่ครอบครัว และผู้ดูแลได้ทราบ ก่อนนำเข้าศูนย์ฯ (4) วางแผนการสนับสนุนด้านสถานที่และความจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต การกำกับดูแลด้านความปลอดภัย (5) การวางแผนการดูแลและระบบการส่งต่อการแพทย์ (6) การจัดสรรงบประมาณในการดำเนินงาน (7) การสื่อสารและการประชาสัมพันธ์ในชุมชน

ในส่วนการวางแผนออกแบบกิจกรรมในศูนย์ฯ มีกระบวนการสำคัญประกอบด้วย (1) ประเมินความรุนแรงหรือภาวะแทรกซ้อนด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิตและปัญหาด้านสุขภาพแบบองค์รวม โดยแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ (2) การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย การให้คำปรึกษาแก่ครอบครัว ก่อนนำเข้าศูนย์ฯ (3) การพัฒนาทักษะด้านการสื่อสาร ของผู้ป่วยติดยาเสพติด (4) การพัฒนาทักษะด้านการฝึกประกอบอาชีพพื้นฐาน

2. การลงมือปฏิบัติ (Action) ปฏิบัติตามแผน โดยดำเนินการจัดตั้งและให้บริการศูนย์ฯ ร่วมกัน ระหว่างหน่วยงานฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และภาคประชาชน ดำเนินการการพัฒนาศูนย์ฯ ดังนี้ (1) จัดตั้ง

คณะกรรมการดำเนินงานภายในศูนย์ฯ โดยให้มีบทบาทหน้าที่ในการบริหารจัดการภายในศูนย์ฯ (2) ดำเนินการทำแนวทางการประเมินความรุนแรงหรือภาวะแทรกซ้อนด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิตและปัญหาแบบองค์รวมของผู้ป่วยติดยาเสพติด โดยทีมเจ้าหน้าที่ด้านการแพทย์ (3) ดำเนินการให้คำปรึกษา การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย, ครอบครัวและผู้ดูแลได้ทราบ ก่อนนำเข้าศูนย์ฯ (4) ดำเนินการจัดหาสถานที่ โดยใช้สถานที่อาคารประชุมประจำอำเภอโนนศิลา และจัดหาสิ่งของตามความจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต และมีการวางระบบความปลอดภัยของสถานที่ (5) ดำเนินการค้นหาผู้ป่วยติดยาเสพติด ในชุมชนหรือผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดจากสถานพยาบาล จำนวน 17 ราย (6) ดำเนินกิจกรรมและการดูแลผู้ป่วยติดยาเสพติดในศูนย์ฯ เป็นระยะเวลา 14 วัน ซึ่งกิจกรรมในศูนย์ฯ ประกอบด้วย 6.1 การประเมินสุขภาพด้านร่างกายและปัญหาสุขภาพจิต 6.2 การประเมินความพร้อมและความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมในศูนย์ฯ 6.3 กิจกรรมการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสาร สร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างในครอบครัวและชุมชน การสร้างคุณค่าความภูมิใจในตนเองเพื่อป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติด 6.4 กิจกรรมพัฒนาทักษะด้านการฝึกประกอบอาชีพพื้นฐาน โดยเน้นการสร้างเสริมอาชีพที่สามารถนำไปใช้ได้จริงตามบริบทในพื้นที่ (7) จัดระบบการส่งต่อการเฝ้าจับผู้ป่วย

ฉุกเฉินระหว่างศูนย์ฟื้นฟูและโรงพยาบาล รวมทั้งการจัดระบบรักษาความปลอดภัยในกรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (8) การเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากศูนย์ ประกอบด้วย การประเมินด้านการใช้สารเสพติด อาการทางจิต ความเจ็บป่วยต่างๆทางการแพทย์ การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ความพร้อมในการดูแลต่อเนื่องของครอบครัวและชุมชน โดยมีการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง กำกับติดตามพฤติกรรมการใช้สารเสพติดและอาการทางจิตเวชโดยเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองร่วมกับเจ้าหน้าที่

หลังจากดำเนินการให้ผู้ป่วยติดยาเสพติด อยู่ในศูนย์ฯ และทำกิจกรรมครบ 14 วันตามที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อทบทวนประเมินผลการดำเนินงานจริงที่ 1 พบปัญหา คือ

- วิธีการประเมินเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยให้แก่ครอบครัวและผู้ดูแล ยังไม่ครอบคลุม ไม่เหมาะสม

- เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองที่รับผิดชอบด้านการดูแลความปลอดภัยในศูนย์ฯ ขาดความมั่นใจ ขาดทักษะและการควบคุมดูแลผู้ป่วยติดยาเสพติดที่เหมาะสม

- เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ยังขาดความรู้และทักษะเกี่ยวกับกิจกรรมการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสาร โดยเน้นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างในครอบครัว และ

ชุมชน การสร้างคุณค่าความภูมิใจในตนเอง เพื่อป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติด

## การพัฒนาในวงรอบที่ 2

ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยประชุมระดมสมอง เพื่อวิเคราะห์ทบทวน และวางแผนการในการพัฒนาศูนย์ฯ ดูแลและฟื้นฟูสภาพทางสังคม ผู้ป่วยติดสารเสพติดที่ผ่านการบำบัดจากสถานพยาบาลก่อนกลับชุมชน ในวงรอบนี้ที่ 2 ดังนี้ 1. ดำเนินการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพ ให้แก่ เจ้าหน้าที่รพ.สต และอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์ฯ เกี่ยวกับด้านการประเมิน การให้การรักษ การให้คำปรึกษาเบื้องต้นในผู้ป่วยติดยาเสพติด 2. ดำเนินอบรมฝึกทักษะด้านการจัดระบบการป้องกันความปลอดภัยในศูนย์ฯ แก่เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองที่รับผิดชอบด้านการดูแลความปลอดภัยในศูนย์ฯ รวมทั้งการมอบหมายหน้าที่ที่ชัดเจนและมีความเหมาะสม 3. ประชุมเชิงปฏิบัติการระหว่างหน่วยงานภาครัฐและผู้นำชุมชนในการวางแผนเตรียมความพร้อมผู้ป่วยหลังจากจำหน่ายจากศูนย์ฯ โดยกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้การดำเนินชีวิต การประกอบอาชีพ เช่น การเพาะเห็ด การปลูกผัก เลี้ยงหมูหลุม เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทและการประกอบอาชีพในชุมชน อีกทั้งมีการดำเนินกิจกรรมจิตอาสาทำความดีในสถานที่สาธารณะ การร่วมกิจกรรมส่วนรวมในชุมชน 4. พัฒนาระบบการกำกับ ติดตามและช่วยเหลือหลังจากผู้ป่วยกลับไปสู่สังคม โดยจัด

กิจกรรมการเตรียมความพร้อม ทักษะการดูแล ให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวผู้ป่วย การเตรียมชุมชนและสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดทักษะการดูแลตนเอง การประกอบอาชีพและการมีคุณค่าต่อชุมชน อีกทั้งการติดตามเพื่อป้องกันและปราบปรามการเข้าถึงยาเสพติดโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

**ระยะที่ 3 การประเมินผล (observation)** หลังดำเนินการพัฒนาศูนย์ดูแลและฟื้นฟูสภาพทางสังคม ผู้ป่วยติดสารเสพติดที่ผ่านการบำบัดจากสถานพยาบาลก่อนกลับชุมชน ได้ดำเนินการประเมินผลและคืนข้อมูลของโครงการ มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยติดสารเสพติดที่ผ่านการบำบัดจากสถานพยาบาลก่อนกลับชุมชน เข้าร่วมศูนย์ดูแลและฟื้นฟูสภาพทางสังคม จำนวน 17 ราย ทั้งหมดเป็นเพศชาย ส่วนมากมีอายุระหว่าง 30-39 ปี สถานะภาพสมรส การศึกษาต่ำกว่าประถม 6 ไม่ได้ประกอบอาชีพและไม่มีรายได้ประจำ มีการใช้สารเสพติดร่วมกันมากกว่า 1 ชนิด ใช้มานาน ร้อยละ 70 มีคะแนนประเมินระดับการใช้สารเสพติดเป็นผู้เสพ ส่วนมากมีความเสี่ยงสูงต่อการทำร้ายผู้อื่น การประเมินความสามารถโดยรวม ร้อยละ 47 ในช่วงคะแนน 71-80 ซึ่งหมายถึงสามารถดูแลตนเองได้ในระดับที่สามารถประกอบอาชีพ ควบคุมอาการทางจิตเวชไม่ให้งำเริบได้

2. ข้อมูลด้านการดำเนินงานการจัดตั้งศูนย์ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมครบตามกระบวนการ 15 ราย (ร้อยละ 88) ส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 1 ราย เนื่องจากมีอาการทางจิตรุนแรงขึ้น และส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลโนนศิลา 1 ราย เนื่องจากอาการข้างเคียงจากยาต้านอาการทางจิต
3. ผลการติดตามการดูแลและฟื้นฟูสภาพทางสังคมที่ระยะ 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการทางจิตเวชและสามารถหยุดการให้ยาเสพติด สามารถประกอบอาชีพในระยะยาว จำนวน 2 ราย คิดเป็น ร้อยละ 12 ผู้ป่วยไม่มีอาการทางจิตเวชให้ความร่วมมือในการรักษาต่อเนื่องและมีศักยภาพในการฝึกทักษะการประกอบอาชีพ 10 ราย คิดเป็น ร้อยละ 60 ผู้ป่วยยังมีอาการทางจิตเวชและพบการใช้ยาเสพติด จำนวน 5 ราย คิดเป็น ร้อยละ 28
4. ผลการสนทนากลุ่ม เพื่อประเมินผลการดำเนินโครงการ กับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในศูนย์ฯ หลังจากดำเนินการพัฒนาศูนย์ฯ ผู้สนทนากลุ่มส่วนใหญ่ให้ความคิดเห็นว่าการพัฒนาศูนย์ฯ ในครั้งนี้ทำให้มีระบบการค้นหาผู้เสพยาที่มีการส่งต่อข้อมูลเข้ารับการดูแลผู้ป่วยติดยาเสพติดที่มีประสิทธิภาพ มีการประสานงานที่ชัดเจน และมีการพัฒนา กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยติดยาเสพติดอย่างชัดเจน อีกทั้งมีแผนบริหารจัดการในศูนย์ฯ

ที่มีความชัดเจน และมีการจัดสรรทรัพยากร  
ร่วมกันในการทำงานเป็นอย่างดี

5. ขั้นสะท้อนผล (reflection) จัดประชุม  
เชิงปฏิบัติการในกลุ่มเป้าหมาย สรุปได้ว่า  
การพัฒนาศูนย์ฯ ผู้ป่วยติดสารเสพติดที่ผ่าน  
การบำบัดจากสถานพยาบาลก่อนกลับชุมชน  
อำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น มีดังนี้ 5.1  
การจัดสรรบุคลากรทุกภาคส่วนรวมทั้ง  
กำหนด บทบาทความรับผิดชอบ หน้าที่และ  
การประสานงานเป็นทีมในระดับอำเภอโดยมี  
ผู้บังคับบัญชาสูงสุด คือ นายอำเภอ 5.2 การ  
จัดสรรงบประมาณโดยได้รับการสนับสนุน  
จากส่วนกลางและการสนับสนุนจากองค์กร  
ท้องถิ่นเพื่อเป็นค่าตอบแทน ค่าใช้จ่ายในการ  
ดำเนินการที่เหมาะสมและเพียงพอ 5.3 มีการ  
พัฒนาศักยภาพด้านองค์ความรู้ทาง  
การแพทย์ การสร้างทักษะการใช้ชีวิต ทักษะ  
ด้านการสร้างอาชีพ และทักษะด้านการอยู่  
ร่วมกับชุมชนแก่เจ้าหน้าที่ที่เข้ามาปฏิบัติงาน  
ในศูนย์ฯตามความเหมาะสม 5.4 มีการ  
เตรียมความพร้อมผู้ป่วย ญาติ และชุมชน  
ก่อนที่จะกลับเข้าสู่ชุมชน 5.5 การจัดระบบ  
ติดตามต่อเนื่องในชุมชนโดยการบูรณาการ  
ร่วมกันระหว่างฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่  
สาธารณสุข และผู้นำชุมชนโดยมุ่งเน้นเรื่อง  
การลดการก่อความรุนแรง ลดการเข้าถึง  
ยาเสพติด การให้ความร่วมมือในการรักษา  
และส่งเสริม สนับสนุนการประกอบอาชีพใน  
ระยะยาว ดังในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการศูนย์ดูแลและฟื้นฟู  
สภาพทางสังคม ผู้ป่วยติดสารเสพติดที่ผ่านการ  
บำบัดจากสถานพยาบาลก่อนกลับชุมชน อำเภอ  
โนนศิลา

### อภิปรายผล

1. สถานการณ์ศูนย์ฯ อำเภอ  
โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น ที่ผ่านมามีพบว่า  
จำนวนผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดและมีปัญหา  
ด้านอาการทางจิตเพิ่มขึ้นในพื้นที่จังหวัด  
ขอนแก่น ส่งผลให้สถานพยาบาลมีความ  
แออัด ไม่เพียงพอต่อความต้องการ ผู้ป่วย  
ถูกส่งตัวกลับสู่ชุมชนโดยไม่ได้เตรียมความ  
พร้อม การบริการยังไม่ได้เกณฑ์คุณภาพทาง  
การแพทย์ ขาดแคลนงบประมาณ บุคลากร  
ทางสาธารณสุขที่สามารถบำบัดผู้ป่วย  
ติดสารเสพติดไม่เพียงพอ มีการเปลี่ยน  
ผู้รับผิดชอบงานบ่อย ยังไม่เข้าใจในระบบงาน  
ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดูแล ผู้ดูแล  
ขาดความรู้และทักษะในการประเมินความ  
เจ็บป่วยทางจิต ไม่มีทักษะในการจะช่วยให้  
ผู้ป่วยสามารถลด ละ หรือการเลิกใช้สาร  
เสพติดเมื่อกลับเข้าสู่ครอบครัวและคนใน  
ชุมชนยังมีความกังวลและหวาดกลัวผู้ป่วย

ไม่ให้ความสำคัญในการเฝ้าระวังและสอดส่องดูแล นอกจากนี้ยังพบว่าระบบการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยยังมีกระบวนการที่ยุ่งยาก ขาดการทำงานบูรณาการร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่ายและขาดการเชื่อมโยงข้อมูลส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมของชุมชนในการดูแลต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของวรชก เสโส<sup>10</sup> และประพัทธ์ ธรรมวงศ์<sup>11</sup> ที่พบปัญหาและอุปสรรคที่ผ่านมา คือ มีผู้เสพยาเสพติดจำนวนมาก บุคลากรทางสาธารณสุขที่สามารถบำบัดรักษาได้มีน้อย และภาระงานประจำค่อนข้างมาก ร่วมกับการดำเนินการโดยภาครัฐโดยฝ่ายเดียว ขาดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

2. การศึกษาการพัฒนาศูนย์ฯ ผู้ป่วยติดสารเสพติดที่ผ่านการบำบัดจากสถานพยาบาลก่อนกลับชุมชน อำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าวจึงมีผู้ป่วยยาเสพติดที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพก่อนกลับคืนสู่ชุมชน จึงได้ดำเนินการวางแผนการปฏิบัติงานร่วมกัน จนได้รูปแบบการพัฒนาศูนย์ฯ ผู้ป่วยติดสารเสพติดที่ผ่านการบำบัดจากสถานพยาบาลก่อนกลับชุมชน อำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย

- 1) มีคณะกรรมการดำเนินงานภายในศูนย์ฯ
- 2) จัดทำแนวทางการประเมินความรุนแรงของผู้ป่วย
- 3) การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย

ก่อนเข้าทำการบำบัด 4) ดำเนินการจัดหาสถานที่ในการดูแลผู้ป่วยติดยาเสพติด 5) การค้นหาผู้ป่วยติดยาเสพติดในชุมชน 6) ดำเนินกิจกรรมและการดูแลผู้ป่วยติดยาเสพติดระยะเวลา 14 วัน 7) จัดระบบการส่งต่อ และ 8) จัดระบบการเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากศูนย์ฯ โดยนำผู้ป่วยที่ผ่านการคัดกรองและบำบัดรักษาในสถานพยาบาลเข้ารับการอบรมเป็นระยะเวลา 14 วัน เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางด้านร่างกาย จิตใจ เสริมสร้างทักษะด้านการสื่อสารและการประกอบอาชีพขั้นพื้นฐาน เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างครอบครัวและชุมชนผู้ป่วยมีอาชีพเพื่อหารายได้เสริม โดยมีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้การดำเนินชีวิตในชุมชนจำลอง เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนออกจากศูนย์ฯ นอกจากนี้ยังมีระบบการส่งต่อกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน และจัดระบบรักษาความปลอดภัยในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ มีการกำกับติดตามจากเจ้าหน้าที่โดยการประเมินด้านการใช้ยาเสพติด อาการทางจิต ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ความพร้อมในการดูแลต่อเนื่องของครอบครัวและชุมชน ซึ่งเป็นไปตามรูปแบบที่ยึดหลักการผู้ป่วยและชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community Based Treatment: CBTx) สอดคล้องกับการศึกษาของโรมชนะเดช<sup>12</sup> ที่พบว่าประสิทธิผลการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยยาเสพติด โดยการอบรมผู้ป่วยยาเสพติด เป็นระยะเวลา 15 วัน จะเสริมสร้าง

ทักษะชีวิต ทักษะทางสังคม ทักษะการประกอบอาชีพ หลังจากผ่านการอบรมจากการฟื้นฟูทางสังคม และจากการศึกษาของประพัทธ์ ธรรมวงศา<sup>11</sup> พบว่า มีกระบวนการค้นหา การคัดกรอง การบำบัดรักษาฟื้นฟูและการติดตาม ผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษาโดยมีการเตรียมครอบครัว การสำรวจผลกระทบความคาดหวังของครอบครัวเกี่ยวกับปัญหายาเสพติดในชุมชนและแนวทางการแก้ไขการให้ความรู้เรื่องโรคสมองติดยา วงจรการใช้ยาปัญหาในช่วงเล็กระยะแรก การประกอบอาชีพ/การศึกษา การป้องกัน การกลับไปเสพซ้ำ และการคืนคนดีสู่สังคม คำนึงสัญญาและครอบครัวสัมพันธ์ อีกทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ ราศี อาษาจิตร และสุจิตตา ฤทธิมนตร์<sup>13</sup> ได้พัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน :กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในอำเภอป่าต้ว จังหวัดยโสธร โดยการแต่งตั้งคณะทำงาน การพัฒนาศักยภาพเครือข่าย การอบรมให้ความรู้ ผู้บำบัดรักษา ผู้เกี่ยวข้อง คัดกรอง บำบัดรักษา ฟื้นฟู และการเยี่ยมติดตามผู้ติดสารเสพติด

3. ผลการพัฒนาศูนย์ฯ ผู้ป่วยติดสารเสพติด ที่ผ่านการบำบัดจากสถานพยาบาลก่อนกลับชุมชน พบว่า ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมครบกระบวนการตลอดระยะเวลา 6 เดือน ร้อยละ 88 ผู้ป่วยไม่มีอาการทางจิตเวชให้ความร่วมมือในการ

รักษาต่อเนื่องและมีศักยภาพในการฝึกทักษะประกอบอาชีพ ร้อยละ 60 ผู้ป่วยที่หยุดการใช้สารเสพติดและประกอบอาชีพในระยะยาว ร้อยละ 12 และในช่วงที่มีการจัดตั้งศูนย์ฯ แลยังพบว่าผู้ป่วยใช้สารเสพติดที่มีอาการทางจิตก่อความรุนแรงในชุมชนลดลง ร้อยละ 30 เมื่อเทียบกับช่วงก่อนที่จะมีการจัดตั้งศูนย์ฯ ซึ่งจากการศึกษาของ ราศี อาษาจิตร และสุจิตตา ฤทธิมนตร์<sup>13</sup> หลังจากผู้ติดสารเสพติดได้รับการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนแล้วติดตามผลการหยุดสารเสพติด พบว่าสามารถหยุดเสพยาได้ ร้อยละ 100, 97.22, 94.44, 88.88 และร้อยละ 83.33 เมื่อติดตามเยี่ยมในเดือนที่ 1, 3, 6, 9 และ 12 เดือน และจากการศึกษาของนิตยา ฤทธิศรีและคณะ<sup>14</sup> พบว่า ผลของการใช้รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง :กรณีศึกษาในหมู่บ้านแห่งหนึ่งอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ผู้ใช้สารเสพติดเข้ารับการบำบัดร้อยละ 90.47 สามารถหยุดใช้ยาเสพติดได้ร้อยละ 100 เมื่อติดตามระยะ 3 เดือน จะเห็นได้ว่าการพัฒนาศูนย์ฯ ส่งผลให้มีระบบการค้นหาผู้เสพยาที่ครอบคลุม มีการประสานงานที่ชัดเจน การส่งต่อข้อมูลการดูแลในชุมชนต่อเนื่อง เพิ่มประสิทธิภาพในการส่งเสริมทักษะการดูแลตนเอง ครอบครัวมีความเข้าใจซึ่งกันและกัน สามารถปรับปรุงพฤติกรรมและเลิกใช้ยาเสพติดได้ อีกทั้งมีกระบวนการ

ติดตามอย่างเข้มข้นจากฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำชุมชน ซึ่งการดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมของทุกหน่วยงานราชการซึ่งมีการกำหนดเป็นนโยบายระดับจังหวัดและถูกขับเคลื่อนด้วยหน่วยงานระดับอำเภอ การให้ชุมชนมีส่วนร่วมดำเนินการอย่างไร้รอยต่อ สอดประสาน จะเกิดประโยชน์และได้ผลดีมากที่สุด ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืนต่อไป

สรุปได้ว่าการดำเนินงานของศูนย์ฯ มุ่งเน้นการดำเนินงานตามนโยบายด้านยาเสพติดที่ต่อเนื่องจากการป้องกันและปราบปรามนำไปสู่กระบวนการบำบัดและลดการก่อความรุนแรง ยุกระดับการมีส่วนร่วมของครอบครัวชุมชนและหน่วยงานภาครัฐ ผู้ใช้ยาเสพติดเกิดทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการเข้าสังคมและทักษะในการประกอบอาชีพ ดังนั้นจึงควรมีการขยายผลและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานศูนย์ดูแลและฟื้นฟูสภาพทางสังคมตามสภาพปัญหาและบริบทของแต่ละพื้นที่เพื่อให้การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ใช้ยาเสพติดในระดับพื้นที่เกิดความยั่งยืนต่อไป

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ หน่วยงานระดับอำเภอ โรงพยาบาล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นควรกำหนดให้เป็น

แผนงานที่เป็นแผนปฏิบัติการในการพัฒนาศูนย์ฯ ผู้ป่วยติดสารเสพติดที่ผ่านการบำบัดจากสถานพยาบาลก่อนกลับชุมชน

1.2 ควรจัดระบบการสนับสนุนในการดำเนินการ เช่น งบประมาณ บุคลากร และอุปกรณ์ให้เพียงพอ

### 2. ข้อเสนอแนะทางการปฏิบัติ

2.1 ผลจากการศึกษา พบว่า การพัฒนาศูนย์ฯ ผู้ป่วยติดสารเสพติดที่ผ่านการบำบัดจากสถานพยาบาลก่อนกลับชุมชน มีความสอดคล้องกับปัญหาที่เกิดขึ้น สามารถแก้ไขปัญหาได้เป็นอย่างดี ซึ่งต้องเน้นในการจัดกิจกรรมในศูนย์ฯ และควรได้รับการปรับปรุงแก้ไขอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อให้กิจกรรมที่ทำให้มีประสิทธิภาพ

2.2 หน่วยงานราชการ ควรมีการบูรณาการเชื่อมโยงการปฏิบัติงานด้านการดูแลรักษาฟื้นฟูและกำกับติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชน โดยการประสานงานอย่างไร้รอยต่อ มอบหมายภารกิจที่ชัดเจนรวมถึงการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

### 3. ข้อเสนอแนะทางวิชาการ

ควรมีการศึกษาแนวทางการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตในชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยมีการบูรณาการของหน่วยงานทุกภาคส่วนในระดับอำเภอ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่เห็นรูปธรรมอย่างชัดเจน

### เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. ราศี อาษาจิตร และสุจิตรา ฤทธิมนตรี. การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน: กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในอำเภอป่าต้ว จังหวัดยโสธร. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2566;16(2): 244-57
2. บุญผา บุญญามณี และอรรณพ หนูแก้ว. การพัฒนาและผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรม การทำกับตนเองเพื่อการเลิกยาเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีน ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ. วารสารเครือข่ายพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2567: 11(2); e267558.
3. ประรณดา คำมีสินนท์, ไพรวลัย รมซ่าย, นุจรินทร์ บัวละคร. การพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารแอมเฟตามีน. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น; 6(3); e270785 ; 2567.
4. กรมสุขภาพจิต. คู่มือแนวทางการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและโรคร่วมทางจิตเวช. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
5. กองบริหารการสาธารณสุข. คู่มือการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาเสพติด. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข ; 2561.
6. สุรพงษ์ ฝานาค, มุสลิมะห์ กือจะ. สถานการณ์การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด. วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด: 1(3); 13-16; 2567.
7. โรงพยาบาลโนนศิลา. รายงานฐานข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้านสุขภาพจิต ของโรงพยาบาลโนนศิลา.ขอนแก่น; 2566.
8. วรชนก เสโต. ผลการใช้การโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาบ้าในชุมชนบ้านแดงใหญ่ ตำบลพุทไธสง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน: 9(5); 862-869; 2567.
9. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University; 1988.
10. วรชนก เสโต. ผลการใช้การโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาบ้าในชุมชน บ้านแดงใหญ่ ตำบลพุทไธสง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน: 9(5);862-869 ; 2567.
11. ประพัทธ์ ธรรมวงศา. พัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอชุม

- ภวาปี จังหวัดอุดรธานี. วารสาร  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น.  
2567: 6(1); e268174;
12. โรม ชนะเดช. ประสิทธิภาพการฟื้นฟู  
สภาพผู้ป่วยยาเสพติดในศูนย์ฟื้นฟู  
สภาพทางสังคมกับการมีส่วนร่วม  
ของครอบครัวในศูนย์ฟื้นฟูสภาพทาง  
สังคมอำเภอเวียงหนองล่อง จังหวัด  
ลำพูน. วารสารมนุษยศาสตร์และ  
สังคมศาสตร์ มมร วิทยาเขตอีสาน.  
2566: 4(3); 1-11
13. ราศี อาษาจิตร์, สุจิตตา ฤทธิมนตรี. การ  
พัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติด  
สารเสพติดโดยการมี ส่วนร่วมของ  
ชุมชน: กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งใน  
อำเภอป่าติ้ว จังหวัดยโสธร. วารสาร  
วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2566:  
16(2); 244-257
14. นิตยา ฤทธิ์ศรี, สุกัญญา วัฒนประะ ไพจิตร  
, ศุภลักษณ์ จันทาญ. รูปแบบการ  
บำบัดรักษาและ ฟื้นฟูผู้เข้าเสพติด  
โดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง: กรณีศึกษา  
ในหมู่บ้านแห่งหนึ่งอำเภอเมือง  
มหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม.  
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม.  
2565: 19(2); 50-63

# ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับผลลัพธ์ของการรักษาด้วยการ ผ่าตัดผ่านกล้องในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันที่มีภาวะแทรกซ้อน : การทบทวนข้อมูลเชิงประจักษ์ย้อนหลัง

สุมัตตนา สาระตุ้ย<sup>1</sup>

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับผลลัพธ์ของการรักษาด้วยการผ่าตัดผ่านกล้องในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันที่มีภาวะแทรกซ้อน ด้วยวิธีการศึกษาทบทวนข้อมูลเชิงประจักษ์ ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือ เวชระเบียนของผู้ป่วยตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก จำนวน 88 คน ระหว่างเดือนมกราคม – ธันวาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ปัจจัยคัดสรรและข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย และส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ของการผ่าตัดแบบส่องกล้อง เครื่องมือผ่านการพิจารณาความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาค่าความเที่ยงด้วยการทดลองใช้บันทึกและการทดสอบซ้ำ ได้ค่าเท่ากับ .87 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ สรุปลงผลดังนี้ ผลลัพธ์ของการผ่าตัดแบบส่องกล้อง ใช้วิธีผ่าตัดส่องกล้องแบบ 1-port ร้อยละ 68.18 ไม่มีการเปลี่ยนวิธีการผ่าตัดเป็นแบบเปิดหน้าท้องร้อยละ 82.95 และไม่ใส่ท่อระบายร้อยละ 55.68 ติดเชื้อที่แผลผ่าตัดร้อยละ 1.14 ภาวะลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดที่ day 0 หลังผ่าตัดร้อยละ 42.04 ไม่พบการติดเชื้อที่ปอดหลังผ่าตัด ระยะเวลาผ่าตัดเฉลี่ย 41.70 นาที สูญเสียเลือดขณะผ่าตัดเฉลี่ย 13.09 มิลลิลิตร จำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 4.36 วัน และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ย 28,682.22 บาท รวมทั้งการเปลี่ยนวิธีการผ่าตัดฯ กับจำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาล มีค่าความสัมพันธ์ในระดับสูง รองลงไปคือ ความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนวิธีการผ่าตัดฯ กับภาวะลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด มีค่าความสัมพันธ์ในระดับสูง

**คำสำคัญ** การผ่าตัดแบบส่องกล้อง, โรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันที่มีภาวะแทรกซ้อน

<sup>1</sup>นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

\*Corresponding Author; Sumattana saratuy, E-mail: Sa\_coo44@hotmail.com

Received: December 16, 2024; Revised December 25, 2024; Accepted December 25, 2024

## **The relationship between selected factors and outcomes of laparoscopic treatment in complicated acute appendicitis: a retrospective review of empirical data**

*Sumattana saratuy<sup>1</sup>*

### **Abstract**

The purpose of this research was to determine the relationship between selected factors and outcomes of laparoscopic treatment in patients with complicated acute appendicitis, Kalasin hospital: a study and review of empirical data. The population and sample are medical records of 88 patients who met the inclusion and exclusion criteria between January and December 2023. The research instrument was a detailed data recording form from patient medical records. It consists of 2 parts: Part 1: Basic patient information and selected factors, Part 2: Results of laparoscopic surgery. Passed the validity review, and the reliability using tryout and test-retest method was .87. Data were analyzed with computer programs using percentage, mean, and standard deviation, and correlation analysis. The research results as follows. The results of the endoscopic surgery; 1-port laparoscopic surgery was used 68.18%. The surgical method was changed to open appendectomy 82.95%. No drainage was inserted 55.68%. Surgical wound infection was low level at 1.14%. Bowel ileus during day 0 post operative was 42.04%. Not reveal any postoperative pneumonia. The average surgery time was 41.70 minutes, the average blood loss during surgery was 13.09 ml., the average hospital stay was 4.36 days, and the average cost during treatment was 28,682.22 baht., Finally, there was a high correlation between changing the surgical method and the number of days hospitalized. Next, there was a high correlation between changing the surgical method and the occurrence of bowel ileus.

**Keywords:** laparoscopic treatment, complicated acute appendicitis

---

<sup>1</sup>Surgical Department, Kalasin Hospital

## บทนำ

ไส้ติ่งอักเสบ (Appendicitis) เป็นสาเหตุของอาการปวดท้องรุนแรงเฉียบพลันที่พบได้บ่อยในโรคทางศัลยกรรม และเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ซึ่งในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในปี พ.ศ. 2564, 2565 และ 2566 พบผู้ป่วยเข้ารับรักษาด้วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน ทั้งหมดจำนวน 1,117, 1,263 และ 1,306 รายตามลำดับ เป็นผู้ป่วยที่มาด้วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันที่มีภาวะแทรกซ้อน (Complicated acute appendicitis) จำนวน 194, 218 และ 114 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 17.36, 17.26 และ 8.76 ตามลำดับ ผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบทุกรายได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเอาไส้ติ่งออก ในปัจจุบันการผ่าตัดเอาไส้ติ่งออกไม่ว่าจะด้วยวิธีการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องหรือผ่าตัดแบบส่องกล้องยังคงเป็นวิธีหลักในการรักษาไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันแบบธรรมดา ข้อดีของการผ่าตัดไส้ติ่งแบบส่องกล้อง คือ ลดโอกาสเกิดแผลผ่าตัดติดเชื้อ ลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัดฟื้นตัวกลับมาเป็นปกติเร็วขึ้น และลดจำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาล<sup>1,2</sup> แต่ข้อเสียคือพบอุบัติการณ์การติดเชื้อในช่องท้อง และระยะเวลาผ่าตัดที่มากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับ การผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง ความท้าทายทางเทคนิคของการผ่าตัด ขึ้นอยู่กับความสามารถและความเชี่ยวชาญของศัลยแพทย์ ดังนั้น การผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบแบบส่องกล้องจึงยังไม่เป็นมาตรฐานในการ

รักษาไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันที่มีภาวะแทรกซ้อน ในฐานะศัลยแพทย์ทั่วไปจึงมีความสนใจที่จะศึกษาบททวนย้อนหลังในข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ของการรักษาด้วยการผ่าตัดผ่านส่องกล้องในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันที่มีภาวะแทรกซ้อน เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับผลลัพธ์ของการรักษาด้วยการผ่าตัดผ่านกล้องในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันที่มีภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ด้วยวิธีการศึกษาบททวนข้อมูลเชิงประจักษ์ ผลที่ได้จะนำไปสู่การพัฒนา และเป็นแนวทางในการรักษาผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบที่มีภาวะแทรกซ้อน หากมีปัจจัยคัดสรรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ของการรักษาเป็นสิ่งที่ต้องพึงระมัดระวังโดยเฉพาะผลลัพธ์ด้านระยะเวลาผ่าตัด การสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด การเปลี่ยนวิธีการผ่าตัดเป็นแบบเปิดหน้าท้อง การใส่ท่อระบาย วิธีการผ่าตัดแบบส่องกล้อง ภาวะลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด จำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาล การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด การติดเชื้อที่ปอดหลังผ่าตัด และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

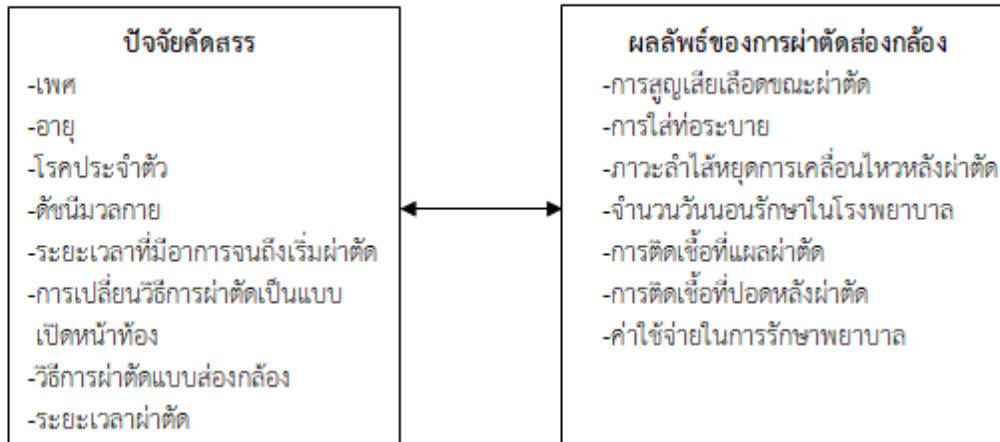
เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับผลลัพธ์ของการรักษาด้วยการผ่าตัดผ่านกล้องในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันที่มีภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

### สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยคัดสรร ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่มีอาการจนถึงเริ่มผ่าตัดมีความสัมพันธ์

ทางบวกกับผลลัพธ์ของการรักษาด้วยการผ่าตัดผ่านกล้องในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันที่มีภาวะแทรกซ้อน

### กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

**วิธีการดำเนินการวิจัย** การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์ด้วยวิธีการทบทวนข้อมูลเชิงประจักษ์ (Correlational Descriptive Research: a retrospective review of empirical data) โดยศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนระหว่างเดือนมกราคม - ธันวาคม 2566

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** คือผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดผ่านกล้อง กำหนดคุณสมบัติตาม **เกณฑ์การคัดเข้า** คือ (1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคไส้ติ่ง

อักเสบเฉียบพลันที่มีภาวะแทรกซ้อน (2) ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวทางอายุรกรรมไม่เกิน 3 โรค เช่น โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ โรคหัวใจ (3) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันด้วยการส่องกล้อง

**เกณฑ์คัดออก** คือ (1) เวชระเบียนของผู้ป่วยไม่สมบูรณ์ (2) ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดแบบส่องกล้องเพื่อรักษาภาวะไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน แต่ไม่พบว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบขณะผ่าตัด (3) ผู้ป่วยที่มีประวัติผ่าตัดช่องท้องมาก่อน

### การสุ่มตัวอย่าง

ด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จากเวชระเบียนผู้ป่วยตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 88 คน

### ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

**ตัวแปรกลุ่มที่ 1** ตัวแปรคัดสรร ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่มีอาการจนถึงเริ่มผ่าตัด การเปลี่ยนวิธีการผ่าตัดเป็นแบบเปิดหน้าท้อง วิธีการผ่าตัดแบบส่องกล้อง และระยะเวลาผ่าตัด

**ตัวแปรกลุ่มที่ 2** ผลลัพธ์ของการผ่าตัดแบบส่องกล้อง ประกอบด้วย การสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด การใส่ท่อระบายภาวะลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด จำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาล การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด การติดเชื้อที่ปอดหลังผ่าตัด และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** คือ แบบบันทึกข้อมูลรายละเอียดจากเวชระเบียนผู้ป่วย ประกอบด้วย 2 ส่วนหลัก คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่มีอาการจนถึงเริ่มผ่าตัด ระยะเวลาผ่าตัด การเปลี่ยนวิธีการผ่าตัดเป็นแบบเปิดหน้าท้อง วิธีการผ่าตัดแบบส่องกล้อง ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ของการผ่าตัดแบบส่องกล้อง ประกอบด้วย (2.1) การสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด (2.2) การใส่ท่อระบาย (2.3) ภาวะ

ลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด (2.4) จำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาล (2.5) การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด (2.6) การติดเชื้อที่ปอดหลังผ่าตัด (2.7) ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เครื่องมือทั้งหมดผ่านการหาคุณภาพด้านความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และความเที่ยง ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .87

**วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล** เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันที่มีภาวะแทรกซ้อน สืบค้นจากรหัสโรค: ICD-10-CM K 35.2 โดยสืบค้นจากเวชระเบียนของผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2566 ตามเกณฑ์การคัดเข้าคัดออกที่กำหนดไว้ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ฝ่ายเวชระเบียนช่วยตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนก่อนดำเนินการลงบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกของการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์แล้วนำไปคำนวณด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ค่าสัมพัทธ์ด้วยสูตร Spearman's สำหรับตัวแปร Categorical เช่น เพศ โรคประจำตัว วิธีการผ่าตัด เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variables) และ Pearson Product Moment สำหรับตัวแปรระดับ Interval ขึ้นไป

**การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรม**  
**การวิจัยในมนุษย์** โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ตามหนังสืออนุมัติ COA No.052-2024 ออกให้เมื่อ 17 ตุลาคม 2567

**ผลการวิจัย**

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศชาย คิดเป็น ร้อยละ 67.05 อายุระหว่าง 51 – 60 ปี มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.41

ระยะเวลาที่มีอาการจนถึงเริ่มผ่าตัดส่วนใหญ่ มากกว่า 48 ชั่วโมง ร้อยละ 40.91 และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 80.68 และดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 50.00 ไม่มีการเปลี่ยนวิธีการผ่าตัดเป็นแบบเปิดหน้าท้องมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 82.95 และใช้วิธีการผ่าตัดส่องกล้องแบบ 1-port มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 68.18 ดังตารางแสดงที่ 1

**ตารางที่ 1** ข้อมูลพื้นฐานของปัจจัยคัดสรร (n=88)

| ข้อมูลพื้นฐาน                               | จำนวน | ร้อยละ |
|---------------------------------------------|-------|--------|
| 1. เพศ (Sex)                                |       |        |
| ชาย                                         | 59    | 67.05  |
| หญิง                                        | 29    | 32.95  |
| 2. กลุ่มอายุ (AgG)                          |       |        |
| ต่ำกว่า 20 ปี                               | 3     | 3.41   |
| 21 – 30 ปี                                  | 6     | 6.82   |
| 31 - 40 ปี                                  | 12    | 13.64  |
| 41 – 50 ปี                                  | 19    | 21.58  |
| 51 – 60 ปี                                  | 25    | 28.41  |
| 61 ปีขึ้นไป                                 | 23    | 26.14  |
| 3. ระยะเวลาที่มีอาการจนถึงเริ่มผ่าตัด (ToS) |       |        |
| ภายใน 24 ชั่วโมง                            |       |        |
| 24 – 48 ชั่วโมง                             | 20    | 22.73  |
| มากกว่า 48 ชั่วโมง                          | 32    | 36.36  |
|                                             | 36    | 40.91  |
| 4. โรคประจำตัว (Hol)                        |       |        |
| ไม่มีโรคประจำตัว                            | 71    | 80.68  |
| มีโรคประจำตัว 1 โรค                         | 10    | 11.36  |
| มีโรคประจำตัว 2 โรค                         | 5     | 5.68   |
| มีโรคประจำตัวมากกว่า 2 โรค                  | 2     | 2.28   |

| ข้อมูลพื้นฐาน                                        | จำนวน | ร้อยละ |
|------------------------------------------------------|-------|--------|
| 5. ดัชนีมวลกาย (BMI)                                 |       |        |
| ต่ำกว่า 18.5                                         | 3     | 3.41   |
| 18.5 – 22.9                                          | 44    | 50.00  |
| 23 – 24.9                                            | 16    | 18.18  |
| 25 – 29.9                                            | 21    | 23.86  |
| 30 ขึ้นไป                                            | 4     | 4.55   |
| 6. การเปลี่ยนวิธีการผ่าตัดเป็นแบบเปิดหน้าท้อง (CSgT) |       |        |
| -เปลี่ยน                                             | 15    | 17.05  |
| -ไม่เปลี่ยน                                          | 73    | 82.95  |
| 7. วิธีการผ่าตัดแบบส่องกล้อง (ToP)                   |       |        |
| -1 port                                              | 60    | 68.18  |
| -3-port                                              | 28    | 31.82  |

ผลลัพธ์ของการผ่าตัดแบบส่องกล้อง 1.14 ไม่ใส่ท่อระบายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ  
 พบภาวะลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด 55.68 ไม่พบการติดเชื้อที่ปอดหลังผ่าตัด  
 ส่วนใหญ่เกิดในช่วง Day 0 คิดเป็น ร้อยละ ดังตารางแสดงที่ 2  
 42.04 พบการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ร้อยละ

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผลลัพธ์ของการผ่าตัดแบบส่องกล้อง (n=88)

| ผลลัพธ์ของการผ่าตัดแบบส่องกล้อง               | จำนวน | ร้อยละ |
|-----------------------------------------------|-------|--------|
| 1. ภาวะลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด (BWI) |       |        |
| -Day 0 หลังผ่าตัด                             | 37    | 42.04  |
| -Day 1 หลังผ่าตัด                             | 33    | 37.50  |
| -Day 2 หลังผ่าตัด                             | 9     | 10.23  |
| -Day 3 หลังผ่าตัด                             | 9     | 10.23  |
| 2. การใส่ท่อระบาย (Dm)                        |       |        |
| -ใส่                                          | 39    | 44.32  |
| -ไม่ใส่                                       | 49    | 55.68  |
| 3. การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด (WInf)             |       |        |
| -มี                                           | 1     | 1.14   |
| -ไม่มี                                        | 87    | 98.86  |
| 4. การติดเชื้อที่ปอดหลังผ่าตัด (Linf)         |       |        |
| --มี                                          | 0     | 0      |
| -ไม่มี                                        | 88    | 100    |

ระยะเวลาผ่าตัดมีค่าเฉลี่ยที่ 41.70 นาที การสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด เฉลี่ย 13.09 มิลลิลิตร จำนวนวันนอนรักษาใน

โรงพยาบาลเฉลี่ย 4.36 วัน และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล 28,682.22 บาท ดังตารางแสดงที่ 3

**ตารางที่ 3** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยคัดสรรและผลลัพธ์ของการผ่าตัดแบบส่องกล้อง (n=88)

| ผลลัพธ์ของการผ่าตัดแบบส่องกล้อง              | $\bar{X}$ | S.D.    |
|----------------------------------------------|-----------|---------|
| 1.ระยะเวลาผ่าตัด(นาที) (ToOp)                | 41.70     | 14.76   |
| 2.การสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด (มิลลิลิตร) (EBL) | 13.09     | 30.15   |
| 3.จำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาล (วัน) (LSH)    | 4.36      | 1.87    |
| 4.ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (บาท) (Epn)     | 28,682.22 | 8007.54 |

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ของการผ่าตัดแบบส่องกล้องที่มีค่าความสัมพันธ์กันสูง ได้แก่ การเปลี่ยนวิธีการผ่าตัดเป็นแบบเปิดหน้าท้องกับจำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาล ( $r=0.596, p<0.01$ ) รองลงไปคือ ความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนวิธีการผ่าตัดกับภาวะลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดมีค่าความสัมพันธ์ในระดับสูง ( $r=0.590, p<0.01$ ) และมีความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนวิธีการผ่าตัดกับการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และการใส่หรือไม่ใส่ท่อระบาย โดยมีค่าความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ( $r=0.483, p<0.01, r=0.457, p<0.01, r=0.447, p<0.01$ ) ตามลำดับ นอกจากนี้ พบว่ามีความสัมพันธ์กันระหว่างปัจจัยคัดสรร คือ การเปลี่ยนวิธีการผ่าตัดเป็นแบบเปิดหน้าท้อง กับระยะเวลาผ่าตัดมีค่าความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง

( $r=0.452, p<0.01$ ) รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างผลลัพธ์ของการผ่าตัดแบบส่องกล้องคือ ภาวะลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดกับจำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาล ( $r=0.669, p<0.01$ ) โดยมีค่าความสัมพันธ์ในระดับสูง รองลงไปคือ จำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาลกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง ( $r=0.524, p<0.01$ ) ภาวะลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง ( $r=0.476, p<0.01$ ) และการใส่หรือไม่ใส่ท่อระบายกับจำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง ( $r=0.442, p<0.01$ ) สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรอื่นๆ กับผลลัพธ์ด้านต่างๆ มีความสัมพันธ์กันในระดับน้อย ไม่มีความสัมพันธ์ หรือมีความสัมพันธ์ในทางตรงกันข้าม ดังตารางแสดงที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับผลลัพธ์ของการผ่าตัดแบบส่องกล้อง (n=88)

|     | Sex | Age | ToS  | Hol  | BMI | CSg  | ToP | ToO  | EBL  | Dm   | BWI  | WIn | LSH  | Epn    |
|-----|-----|-----|------|------|-----|------|-----|------|------|------|------|-----|------|--------|
|     |     |     |      |      |     |      |     |      |      |      |      |     |      |        |
| Sex | -   | -   | .116 | -    | .08 | .004 | .30 | .100 | .193 | .153 | -    | -   | .019 | -0.87  |
|     |     | .00 |      | .092 | 5   |      | **  |      |      |      | .068 | .07 |      |        |
|     |     | 9   |      |      |     |      |     |      |      |      |      | 5   |      |        |
| Age |     | -   | .301 | .342 | -   | .211 | -   | .148 | .161 | .187 | .290 | .12 | .374 | .229*  |
| G   |     |     | **   | **   | .12 | *    | .25 |      |      |      | **   | 3   | **   |        |
|     |     |     |      |      | 4   |      | 2*  |      |      |      |      |     |      |        |
| ToS |     |     | -    | .373 | -   | .283 | -   | .212 | .248 | .233 | .302 | -   | .357 | .178   |
|     |     |     |      | **   | .05 | **   | .03 | *    | *    | *    | **   | .02 | **   |        |
|     |     |     |      |      | 9   |      | 4   |      |      |      |      | 5   |      |        |
| Hol |     |     |      | -    | -   | .115 | .06 | .075 | .074 | -    | .244 | -   | .222 | .249*  |
|     |     |     |      |      | .04 |      | 2   |      |      | .018 | *    | .04 | *    |        |
|     |     |     |      |      | 8   |      |     |      |      |      |      | 7   |      |        |
| BMI |     |     |      |      | -   | -    | .26 | -    | -    | -    | -    | -   | -    | -      |
|     |     |     |      |      |     | .224 | 2*  | .069 | .169 | .006 | .158 | .12 | .266 | .257*  |
|     |     |     |      |      |     | *    |     |      |      |      |      | 2   | *    |        |
| CSg |     |     |      |      |     | -    | -   | .452 | .483 | .447 | .590 | .23 | .596 | .457** |
| T   |     |     |      |      |     |      | .18 | **   | **   | **   | **   | 7*  | **   |        |
|     |     |     |      |      |     |      | 0   |      |      |      |      |     |      |        |
| ToP |     |     |      |      |     |      | -   | .187 | -    | .029 | .297 | -   | -    | -.162  |
|     |     |     |      |      |     |      |     |      | .088 |      | **   | .07 | .173 |        |
|     |     |     |      |      |     |      |     |      |      |      |      | 3   |      |        |
| ToO |     |     |      |      |     |      |     | -    | .146 | .442 | -    | .18 | .353 | .251*  |
| P   |     |     |      |      |     |      |     |      | -    | **   | .148 | 7   | **   | .228*  |
| EBL |     |     |      |      |     |      |     |      |      | .273 | .391 | -   | .363 | .263*  |
| Dm  |     |     |      |      |     |      |     |      |      | *    | **   | .01 | **   | .476** |
| BWI |     |     |      |      |     |      |     |      |      | -    | .297 | 1   | .442 |        |
|     |     |     |      |      |     |      |     |      |      |      | **   | .12 | **   |        |
|     |     |     |      |      |     |      |     |      |      |      | -    | 0   | .669 |        |
|     |     |     |      |      |     |      |     |      |      |      |      | .01 | **   |        |
|     |     |     |      |      |     |      |     |      |      |      |      | 3   |      |        |
| WIn |     |     |      |      |     |      |     |      |      |      |      | -   | .095 | .046   |
| f   |     |     |      |      |     |      |     |      |      |      |      |     |      |        |
| LSH |     |     |      |      |     |      |     |      |      |      |      |     | -    | .524** |
| Epn |     |     |      |      |     |      |     |      |      |      |      |     |      | -      |

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

## อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 67.05 อายุระหว่าง 51 – 60 ปี มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.41 ระยะเวลาที่มีอาการจนถึงเริ่มผ่าตัดส่วนใหญ่มากกว่า 48 ชั่วโมง ร้อยละ 40.91 และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 80.68 ส่วนดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 50.00 ไม่มีการเปลี่ยนวิธีการผ่าตัดเป็นเปิดหน้าท้องมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 82.95 และใช้วิธีการผ่าตัดส่องกล้องแบบ 1-port มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 68.18

2. ผลลัพธ์ของการผ่าตัดแบบส่องกล้อง พบภาวะลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด ในช่วง Day 0 คิดเป็นร้อยละ 42.04 พบการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 1.14 ไม่ใส่ท่อระบายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.68 และไม่พบการติดเชื้อที่ปอดหลังผ่าตัด

3. ระยะเวลาผ่าตัดมีค่าเฉลี่ย 41.70 นาที การสูญเสียเลือดขณะผ่าตัดเฉลี่ย 13.09 มิลลิลิตร จำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 4.36 วัน และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ย 28,682.22 บาท

4. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ของการผ่าตัดแบบส่องกล้องที่มีค่าความสัมพันธ์กันสูง ได้แก่ การเปลี่ยนวิธีการผ่าตัดเป็นแบบเปิดหน้าท้องกับจำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาล ( $r = 0.596$ ,  $p < 0.01$ ) รองลงไปที่ ความสัมพันธ์ระหว่าง

การเปลี่ยนวิธีการผ่าตัดฯ กับภาวะลำไส้หยุด การเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด มีความสัมพันธ์ในระดับสูง ( $r = 0.590$ ,  $p < 0.01$ ) และมีความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนวิธีการผ่าตัดฯ กับการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และการใส่หรือไม่ใส่ท่อระบาย โดยมีค่าความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ยังพบว่ามีความสัมพันธ์กันระหว่างปัจจัยคัดสรร คือ การเปลี่ยนวิธีการผ่าตัดเป็นแบบเปิดหน้าท้องกับระยะเวลาผ่าตัด มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างผลลัพธ์ของการผ่าตัดแบบส่องกล้อง คือ ภาวะลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด กับจำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาลโดยมีค่าความสัมพันธ์ในระดับสูง รองลงไปที่จำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาลกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง ภาวะลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด กับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง และการใส่หรือไม่ใส่ท่อระบายกับจำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรอื่นๆ กับผลลัพธ์ด้านต่างๆ มีความสัมพันธ์กันในระดับน้อยหรือไม่มีความสัมพันธ์หรือมีความสัมพันธ์ในทางตรงกันข้าม

## อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลลัพธ์ของการผ่าตัดแบบส่องกล้อง พบว่าระยะเวลาผ่าตัดมีค่าเฉลี่ย 41.70 นาที การสูญเสียเลือดขณะผ่าตัดเฉลี่ย 13.09 มิลลิลิตร ไม่ใส่ท่อระบายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.68 เกิดภาวะลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดในช่วง Day 0 หลังผ่าตัดคิดเป็นร้อยละ 42.04 ติดเชื้อที่แผลผ่าตัดร้อยละ 1.14 ไม่พบการติดเชื้อที่ปอดหลังผ่าตัด จำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 4.36 วัน และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ย 28,682.22 บาท ทั้งนี้อาจเนื่องจากการผ่าตัดแบบส่องกล้องทำให้เกิดแผลผ่าตัดเล็กกว่าวิธีการผ่าตัดแบบเปิดแผลกว้างอย่างเห็นได้ชัด<sup>1</sup> ซึ่งทำให้เนื้อเยื่อได้รับความบาดเจ็บน้อยกว่า แผลผ่าตัดเล็ก เกิดพังผืดน้อย และลดโอกาสการเกิดแผลติดเชื้อได้มาก<sup>2</sup> ร่างกายสามารถฟื้นตัวได้เร็ว หลังผ่าตัดผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บผิวน้อยกว่าการผ่าตัดแบบเปิดแผลกว้าง ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลไม่สูงมาก<sup>3</sup> เนื่องจากใช้เวลาพักฟื้นระยะสั้น ซึ่ง Vidal และคณะ<sup>4</sup> ได้ทำการศึกษาวิจัยเชิงคาดการณ์ล่วงหน้าเป็นเวลา 4 เดือน โดยเปรียบเทียบข้อมูลของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดไส้ติ่งด้วยวิธี SILS กับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบส่องกล้องมาตรฐาน แต่ละกลุ่มมีผู้ป่วย 15 ราย และการผ่าตัดไส้ติ่งด้วยวิธีการผ่าตัดผ่านกล้องแบบแผลเดียว (SILS) สำเร็จในทุกราย ไม่มีผู้ป่วยรายใดที่ต้องเปลี่ยนวิธีการ

ผ่าตัดเป็นแบบส่องกล้องมาตรฐานหรือแบบเปิด ระยะเวลาผ่าตัดเฉลี่ย 51 นาที ในกลุ่ม SILS ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญจาก 46 นาที ซึ่งมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาผ่าตัดสูงกว่าการวิจัยในครั้งนี้ ในกลุ่มการผ่าตัดไส้ติ่งแบบส่องกล้องมาตรฐาน ทั้งสองกลุ่มมีจำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาลที่ใกล้เคียงกัน<sup>4</sup> ในทางตรงกันข้าม จากรายงานการผ่าตัดไส้ติ่งด้วยวิธี SILS จำนวน 55 ครั้งโดย Chouillard, et al.<sup>5</sup> พบว่า 25% ของกรณีต้องเปลี่ยนเป็นการผ่าตัดแบบส่องกล้องหรือแบบเปิดตามมาตรฐาน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพราะความยากลำบากในการเปิดไส้ติ่ง<sup>4</sup> ซึ่งพบว่ากลุ่มที่ได้รับการผ่าตัด SILS มีคะแนนความเจ็บปวดต่ำกว่า สภาพของแผลผ่าตัดดีกว่า และเป็นทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับการผ่าตัดไส้ติ่งด้วยวิธีส่องกล้องแบบมาตรฐานในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน แม้จะต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้นก็ตาม มีการทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมล่วงหน้าครั้งที่สองกลุ่มตัวอย่างในเกาหลีใต้จำนวน 40 คน พบว่า กลุ่มที่ได้รับ SILS มีอาการปวดหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้นแต่ได้ข้อสรุปอีกครั้งว่า SILS เป็นทางเลือกที่เหมาะสมแทนการผ่าตัดไส้ติ่งแบบส่องกล้อง 3 ช่องมาตรฐาน เนื่องจากมาตรการผลลัพธ์อื่นๆ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างทั้งสองกลุ่ม<sup>5,6</sup>

2. ปัจจัยคัดสรรด้านการเปลี่ยนวิธีการผ่าตัดเป็นแบบเปิดหน้าท้องกับจำนวน

วันนอนรักษาในโรงพยาบาล มีค่าความสัมพันธ์ในระดับสูง ( $r = 0.596$ ,  $p < 0.01$ ) อธิบายได้ว่า การเปลี่ยนวิธีการผ่าตัดเป็นแบบเปิดหน้าท้อง มักพบในการผ่าตัดกลุ่มที่มีการอักเสบในช่องท้องมาก ลำไส้บวมมาก หรือดำเนินการผ่าตัดต่อไปไม่ได้เนื่องจากมีพังผืดในช่องท้องมาก รวมทั้งขึ้นอยู่กับประสบการณ์หรือความชำนาญของศัลยแพทย์เอง ซึ่งมีผลต่อทั้งระยะเวลาผ่าตัด การสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด และภาวะลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด ที่เกิดจากลำไส้ถูกรบกวนขณะผ่าตัด ส่งผลต่อภาวะลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดได้ง่ายและนานขึ้น ทำให้จำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้นตามมา ในการวิจัยครั้งนี้พบว่า จำนวนวันโดยเฉลี่ยเท่ากับ 4.36 (S.D. = 1.87) ซึ่งน้อยกว่ามาตรฐานจำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องที่มีค่าเท่ากับ 9.8 สอดคล้องกับข้อดีของการผ่าตัดแบบส่องกล้องที่ทำให้จำนวนของวันนอนลดลง<sup>7</sup> สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Busch M, et al.<sup>10</sup> พบว่า ความล่าช้าในการรักษาภาวะลำไส้ติ่งอักเสบที่ใช้เวลามากกว่า 12 ชั่วโมงมีความสัมพันธ์กับความถี่ของลำไส้ติ่งอักเสบแต่ที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหากใช้เวลาไม่เกิน 6 หรือ 9 ชั่วโมงไม่สัมพันธ์กัน รวมทั้งเทคนิคการผ่าตัด (ส่องกล้องกับเปิด) เป็นปัจจัยอิสระที่มีอิทธิพลต่ออายุที่สูงขึ้น การเจ็บป่วยร่วม อัตราการแตกของ

ไส้ติ่งที่สูงขึ้น รวมทั้งมีผลต่อระยะเวลาที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้น ปัจจัยทั้งหมดมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กันตั้งแต่รูปแบบหรือวิธีการผ่าตัดจนถึงระยะเวลาการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนวิธีการผ่าตัดฯ กับภาวะลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด มีค่าความสัมพันธ์ในระดับสูง ( $r = 0.590$ ,  $p < 0.01$ ) อาจเนื่องจากผลของยาสลบหรือเทคนิคของการผ่าตัดที่ต้องอาศัยความชำนาญเชี่ยวชาญของศัลยแพทย์ ที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานและเคลื่อนไหวของลำไส้โดยตรง<sup>8,9</sup> สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนวิธีการผ่าตัดฯ กับการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และการใส่หรือไม่ใส่ท่อระบายโดยมีค่าความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลการศึกษาในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบในเด็กจำนวน 260 รายที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล Binzhou People's Hospital มณฑลซานตง ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน ที่พบว่า การผ่าตัดไส้ติ่งผ่านกล้องและไส้ติ่งแบบเปิดในการรักษาไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน เกิดผลที่แตกต่างทางคลินิกในด้านการสูญเสียเลือดระหว่างการผ่าตัด ระยะเวลาการผ่าตัด ระยะเวลาของการใส่สายระบาย ระยะเวลาในการฟื้นตัวของการทำงานของระบบทางเดินอาหาร และระยะเวลาในการพักฟื้นในโรงพยาบาล<sup>11</sup> นอกจากนี้ ยังพบว่า

มีความสัมพันธ์กันระหว่างปัจจัยคัดสรร คือ การเปลี่ยนวิธีการผ่าตัดเป็นแบบเปิดหน้าท้องกับระยะเวลาผ่าตัดมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างผลลัพธ์ของการผ่าตัดแบบสองกล้อง คือ ภาวะลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดกับจำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาลโดยมีความสัมพันธ์ในระดับสูง เนื่องจากการรบกวนการทำงานของลำไส้เป็นผลให้การฟื้นตัวของลำไส้ช้า รวมถึงระยะเวลาการพักรักษาในโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้น ค่ารักษาพยาบาล และความรู้สึกไม่สบายของผู้ป่วย<sup>12</sup> สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ภายหลังการผ่าตัดลำไส้ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น การอุดตันของลำไส้ และทำให้การฟื้นตัวของลำไส้ช้า ภายใต้อิทธิพลของการเคลื่อนไหวของลำไส้ หลังผ่าตัดที่ช้าลงจากพยาธิสรีรวิทยาหลังผ่าตัดได้คือ (1) ระบบประสาทอัตโนมัติ มีบทบาทสำคัญในการเคลื่อนไหวของระบบทางเดินอาหารซึ่งระบบซิมพาเทติกช่วยกระตุ้นการเคลื่อนไหว ในขณะที่ระบบซิมพาเทติกยับยั้งการเคลื่อนไหวซึ่งอาจจะเพิ่มขึ้นมากกว่า ทำให้ยับยั้งการเคลื่อนไหวของระบบทางเดินอาหารหลังการผ่าตัด<sup>13,14</sup> (2) การอักเสบ เนื่องจากสารในกลุ่มฮิสทามีน และสารสื่อประสาท เช่น ไนตริกออกไซด์ เปปไทด์ที่เกี่ยวข้องกับยีนแคลซิโทนิน และปัจจัยการปลดปล่อยคอร์ติโคโทรปิน อาจกระตุ้นให้เกิดอาการลำไส้แปรปรวน

หลังผ่าตัด และ (3) เกสซ์วิทยา ลำไส้หลังผ่าตัดมีแนวโน้มที่จะปรับการทำงานให้ดีขึ้น เพื่อให้เข้าสู่สภาวะปกติ ภายหลังดมยาสลบ และการผ่าตัดที่ยืดเยื้อที่มีการจัดการหรือการหยุดชะงักของระบบทางเดินอาหารมากเกินไป ยาแก้ปวดหลังผ่าตัด โดยเฉพาะฝิ่น ที่ทำให้ลำไส้เล็กส่วนต้นทำงานลดลง เนื่องจากมีฤทธิ์ยับยั้งการเคลื่อนไหวของลำไส้

อย่างไรก็ตามผลจากการวิจัยนี้พบว่า อัตราการติดเชื้อของแผลผ่าตัดไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาของการรักษาในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่าย ทั้งนี้เนื่องจาก การได้รับการรักษาที่รวดเร็วถึงแม้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการก่อนมาถึงโรงพยาบาลมากกว่า 48 ชั่วโมงก็ตาม (ร้อยละ 40.91) มีผลการศึกษาของ Park S, Park MS และ Lee KY.<sup>15</sup> พบว่า ในการเกิดภาวะไส้ติ่งอักเสบแต่กร้อยละ 13.2% (n=130) จากผู้ป่วยจำนวน 986 คน ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการมากกว่า 12 ชั่วโมงระหว่างมาโรงพยาบาลและการผ่าตัด มีอัตราการเกิดภาวะไส้ติ่งแตกมากกว่าผู้ที่เข้ารับการผ่าตัดภายใน 12 ชั่วโมงนับจากมาโรงพยาบาล อัตราการติดเชื้อในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดไส้ติ่งภายใน 12 ชั่วโมงต่ำกว่าผู้ที่เข้ารับการผ่าตัดนานกว่า 12 ชั่วโมง แต่เวลาเข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลไม่ใช่ปัจจัยพยากรณ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติของการติดเชื้อ (SSI) ผลการศึกษานี้บ่งบอกถึงระยะเวลาของการ

มีอาการจนกระทั่งได้รับการรักษาหากมีความล่าช้ามากกว่า 12 ชั่วโมงระหว่างการไปโรงพยาบาลและการผ่าตัดมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของภาวะไส้ติ่งแตก แต่ทั้งนี้พบว่า การแตกของไส้ติ่งอักเสบไม่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของการติดเชื้อ เพราะฉะนั้นผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทันทีเพื่อลดความเสี่ยงของภาวะไส้ติ่งอักเสบแล้วแตก

#### ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

**ครั้งนี้** การวิจัยครั้งนี้บ่งชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของผลที่เกิดจากการเปลี่ยนวิธีการผ่าตัดเป็นแบบเปิดหน้าท้องในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบแบบเฉียบพลันที่มีภาวะแทรกซ้อนที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาผ่าตัด การสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด และภาวะลำไส้ใหญ่เกิดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดซึ่งส่งผลกระทบต่อจำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลตามมา ดังนั้น ศัลยแพทย์จึงควรกำหนดเกณฑ์การเลือกผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบแบบเฉียบพลันที่มีภาวะแทรกซ้อนสำหรับผ่าตัดแบบส่องกล้องให้เหมาะสมตระหนักถึงผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นตามมาตลอดจนใช้ดุลยพินิจหรือวางแผนเลือกวิธีการผ่าตัดที่เหมาะสม

#### ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

**ครั้งต่อไป** ควรศึกษาเชิงลึกทั้งในรูปแบบ RCT หรือเชิงคุณภาพในประเด็นของการเปลี่ยนวิธีการผ่าตัด ให้เป็นทางออกที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย และวิธีป้องกันภาวะลำไส้ใหญ่เกิดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด เพื่อพัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพของการผ่าตัดแบบส่องกล้องในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันที่มีภาวะแทรกซ้อนต่อไป

#### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ พญ.จารุพรรณ มโนสิทธิศักดิ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ นพ.สุนทร ธีรพัฒน์พงศ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ที่เป็นต้นแบบและถ่ายทอดเทคนิคผ่าตัดแบบส่องกล้อง ขอขอบคุณบุคลากรกลุ่มงานศัลยกรรมกลุ่มงานวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผู้ทรงคุณวุฒิ และกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

#### เอกสารอ้างอิง

1. Romanelli JR, Earle DB. Single port laparoscopic surgery: an overview. Surg Endosc 2009; 23: 1,419–1,427.
2. Chamberlain RS, Sakpal SV. A comprehensive review of single-incision laparoscopic surgery (SILS) and natural orifice transluminal endoscopic surgery (NOTES)

- techniques for cholecystectomy. *J Gastrointest Surg* 2009; 13: 1,733–1,740.
3. Whelan RL, Fleshman JW, Dennis L. **The SAGES manual of perioperative care in minimally invasive surgery (Whelan, the Sages Manual);** 2004.
  4. Vidal O, Valentini M, Ginestà C, Martí J, Espert JJ, Benarroch G, García-Valdecasas JC. **Laparoscopic single-site surgery appendectomy.** *Surg Endosc.* 2010; 24: 686–691.
  5. Chouillard E, Dache A, Torcivia A, Helmy N, Ruseykin I, Gumbs A. **Single-incision laparoscopic appendectomy for acute appendicitis: a preliminary experience.** *Surg Endosc.* 2010; 24: 1,861–1,865.
  6. Park JH, Hyun KH, Park CH, Choi SY, Choi WH, Kim DJ, Lee S, Kim JS. **Laparoscopic vs transumbilical single-port laparoscopic appendectomy; results of prosp.** *J Korean Surg Soc.* 2010;78:213–218.
  7. Esposito C. **One-trocar appendectomy in pediatric surgery.** *Surg Endosc.* 1998; 12: 177–178. doi: 10.1007/s004649900624.
  8. Jones SB, Monk TG. **Anesthesia and patient monitoring.** In *Laparoscopic Surgery: Principles and Procedures.* St. Louis: Quality Medical; 1997:28-36.
  9. Remzi FH, Kirat HT, Kaouk JH, Geisler DP. **Single-port laparoscopy in colorectal surgery.** *Colorectal Dis* 2008; 10: 823–826.
  10. Busch M, Gutzwiller FS, Aellig S, Kuettel R, Metzger U, Zingg U. **In-hospital delay increases the risk of perforation in adults with appendicitis.** *World J Surg.* 2011 Jul;35(7):1626-33. doi: 10.1007/s00268-011-1101-z.
  11. Yu G, Han A, Wang W. **Comparison of Laparoscopic Appendectomy with open appendectomy in Treating Children with Appendicitis.** *Pak J Med Sci* 2016 Mar-Apr;32(2):299–304. doi: 10.12669/pjms.322.9082.
  12. Venara A, Neunlist M, Slim K, Barbieux J, Colas PA, Hamy A, Meurette G.. **Postoperative ileus: Pathophysiology, incidence, and prevention.** *J Visc Surg.* 2016 Dec;153(6):439-446.
  13. Senagore AJ. **Pathogenesis and clinical and economic consequences of postoperative ileus.** *Am J Health Syst Pharm.* 2007 Oct 15;64(20 Suppl 13):S3-7.

14. Moghadamyeghaneh Z, Hwang GS, Hanna MH, Phelan M, Carmichael JC, Mills S, Pigazzi A, Stamos MJ. **Risk factors for prolonged ileus following colon surgery.** Surg Endosc. 2016 Feb;30(2):603-609
15. Park S, Park MS, Lee KY. **Relationship between the Hospital Visit-to-Operation Time Interval and the Risk of Appendiceal Perforation and Clinical Outcomes.** Journal of Minimally Invasive Surgery. 2018; 21(1): 31-37.

## การวิเคราะห์ประสิทธิภาพการบริหารการเงินโรงพยาบาลเขาสวนกวาง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2564-2566

ไพโรจน์ ชี้อตรงธนาวัฑ์<sup>1</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยย้อนหลัง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานะทางการเงิน ประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงิน (Total Performance Score: TPS) ประเมินระดับความเสี่ยงทางการเงิน (Risk Score) และเสนอแนวทางการพัฒนาการบริหารการเงินของโรงพยาบาลเขาสวนกวาง ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2566 โดยใช้ข้อมูลทางการเงินย้อนหลัง 3 ปี จากงบทดลอง และดัชนีชี้วัดทางการเงิน 7 ระดับ ตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข ผลการวิจัยพบว่าเงินบำรุงคงเหลือมีแนวโน้มลดลงจาก 20.55 ล้านบาท ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2564 คงเหลือ 11.88 ล้านบาท และในไตรมาสที่ 4 ของปีงบประมาณ 2566 อัตราส่วนเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด (Cash Ratio) ตามเกณฑ์มาตรฐาน ( $<0.8$ ) ในหลายไตรมาส โดยเฉพาะในปี 2566 ที่มีค่าเฉลี่ย 0.52 การประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงิน (Total Performance Score: TPS) พบว่ามีการดำเนินงานที่ดีขึ้นในปีงบประมาณ 2565 โดยได้คะแนนสูงสุด 11 จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน ในไตรมาสที่ 2 แต่ลดลงอีกครั้งในปี 2566 เนื่องจากการจัดการต้นทุนและรายได้ยังมีความไม่สม่ำเสมอ การบริหารรายได้ พบว่ามีการเพิ่มขึ้นต่อเนื่องสูงสุดที่ 129.4 ล้านบาท ในไตรมาสถัดท้ายของปีงบประมาณ 2565 อย่างไรก็ตาม ค่าใช้จ่ายรวมในบางไตรมาสสูงกว่ารายได้ ส่งผลให้เกิดปัญหาสภาพคล่อง ข้อเสนอแนะจากการวิจัย ควรมีการปรับปรุงระบบการจัดเก็บรายได้ การเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมค่าใช้จ่าย การพัฒนาเครื่องมือและระบบสารสนเทศเพื่อการติดตาม Risk Score อย่างต่อเนื่อง และการประยุกต์ใช้ข้อมูลจาก TPS เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการการเงินในระยะยาว

**คำสำคัญ :** การวิเคราะห์, ประสิทธิภาพ, การบริหารการเงิน, โรงพยาบาล

<sup>1</sup>นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ โรงพยาบาลเขาสวนกวาง

\*Corresponding Author; Pairoat Suetrongtanawat, Email pairoat897@gmail.com

Received: December 19, 2024; Revised December 26, 2024; Accepted December 26, 2024

## **Financial Management Performance Analysis of Khao Suan Kwang Hospital, Khon Kaen Provincial Public Health Office, Fiscal Years 2021–2023.**

*Pairat Suetrongtanawat<sup>1</sup>*

### **ABSTRACT**

This retrospective study aimed to analyze the financial status, evaluate financial management performance (Total Performance Score: TPS), assess financial risk levels (Risk Score), and propose strategies to improve the financial management of Khao Suan Kwang Hospital during the fiscal years 2021–2023. The study utilized three years of historical financial data from trial balance reports and financial indicators categorized into seven levels based on the Ministry of Public Health's standards. The findings revealed a decreasing trend in reserve funds, which declined from 20.55 million THB in Q1 of fiscal year 2021 to 11.88 million THB in Q4 of fiscal year 2023. The Cash Ratio was below the standard threshold ( $<0.8$ ) in several quarters, especially in 2023, with an average of 0.52. Financial management performance (TPS) improved in 2022, achieving a peak score of 11 out of 15 in Q2, but declined again in 2023 due to inconsistent management of costs and revenues. Revenue steadily increased, peaking at 129.4 million THB in Q4 of fiscal year 2022. However, expenses exceeded revenue in some quarters, causing liquidity challenges. The study recommended improving the revenue collection system, enhancing expense control efficiency, developing tools and information systems for continuous monitoring of Risk Scores, and applying insights from TPS to optimize long-term financial management.

**Keywords :** Analysis, Performance, Financial Management, Hospital

---

<sup>1</sup> General Administration Officer, Professional Level. Khao Suan Kwang Hospital

## บทนำ (Introduction)

การบริหารการเงินเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จและความอยู่รอดขององค์กร โดยเฉพาะในระบบบริการสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง การจัดการการเงินที่มีประสิทธิภาพไม่เพียงแต่ช่วยในการควบคุมค่าใช้จ่ายและการจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม<sup>1</sup> แต่ยังช่วยให้องค์กรสามารถตอบสนองต่อความต้องการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคมที่แตกต่างกันได้ การวางแผนงบประมาณที่ดีจะช่วยให้ผู้บริหารสามารถคาดการณ์รายรับและรายจ่ายในอนาคต รวมถึงการวางแผนสำหรับโครงการใหม่หรือการขยายบริการ นอกจากนี้ยังช่วยในการติดตามการใช้จ่ายจริงเพื่อลดปัญหาการขาดดุล ในระบบบริการสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การลงทุนในเทคโนโลยีและนวัตกรรมใหม่ๆ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการ เช่น การนำระบบสารสนเทศมาช่วยในการจัดการข้อมูลผู้ป่วย การวางแผนงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้บริหารสามารถคาดการณ์รายรับและรายจ่ายในอนาคตซึ่งช่วยให้สามารถตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงทางนโยบายและความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที องค์กรที่มีการบริหารการเงินที่ดีสามารถปรับตัวได้ดีใน

สภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เช่น การระบาดของโรคหรือวิกฤตเศรษฐกิจ ซึ่งสามารถรักษาความสามารถในการให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง<sup>2,3</sup> การบริหารการเงินที่มีประสิทธิภาพส่งผลต่อการพัฒนาศักยภาพขององค์กร โดยการใช้ข้อมูลทางการเงินในการประเมินผลการดำเนินงานและการตัดสินใจเชิงกลยุทธ์ ทำให้สามารถพัฒนาและปรับปรุงบริการที่มีคุณภาพสูงกว่าเดิม ดังนั้น การบริหารการเงินที่ดีในระบบบริการสุขภาพไม่เพียงแต่ส่งผลต่อความอยู่รอดขององค์กร แต่ยังเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จในการให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย องค์กรจึงควรให้ความสำคัญกับการวางแผน การควบคุมค่าใช้จ่าย การลงทุนในเทคโนโลยี และการพัฒนาศักยภาพทางการเงินอย่างต่อเนื่อง<sup>4,5</sup>

กระทรวงสาธารณสุขในฐานะที่เป็นผู้ให้บริการหลักด้านสุขภาพในประเทศไทยได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ยุทธศาสตร์ที่ 4 บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (governance excellence) แผนงานที่ 13 การบริหารจัดการ ด้านการเงิน การคลังด้านสุขภาพเดิมงบประมาณจัดสรรโดยตรงจากรัฐบาลสู่โรงพยาบาลของรัฐผ่านสำนักงานประมาณ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2546

เป็นต้นมา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ดำเนินการบริหารจัดการเงินงบประมาณให้โรงพยาบาลในรูปแบบที่แตกต่างจากเดิม เช่น การจ่ายเงินแก่หน่วยบริการแบบเหมาจ่าย รายหัว โดยใช้วิธีการคำนวณความต้องการงบประมาณแบบปลายปิด (global budget) ด้วยอัตราเหมาจ่ายราย หัวคูณด้วยจำนวนผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งการเปลี่ยนวิธีจัดสรรงบประมาณ เป็นผลให้โรงพยาบาลหลายแห่งที่มีประชากรน้อย และมีบุคลากรสาธารณสุขจำนวนมากได้รับผลกระทบจากการจัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัว นอกจากนี้ยังมีการประกันความเสี่ยงไว้ที่ส่วนกลางสำหรับโรคค่าใช้จ่ายสูง หรือการส่งผู้ป่วยนอกเขตบริการข้ามโรงพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง งบประมาณจัดสรรค่าเสื่อม เป็นต้น (6) การบริหารรายได้ (revenue management) ของ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมาจาก 3 ระบบหลัก ได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ (civil servant medical benefit scheme: CSMBS) ระบบประกันสังคม (social security scheme: SSS) และระบบหลักประกันถ้วนหน้า (universal coverage: UC) (2) นอกจากนี้ยังมีรายรับจากรายรับพึงรับจากเงินสด กระแส

รายวัน และรายได้อื่นอันเกิดจากกิจกรรมและกิจกรรมพิเศษของโรงพยาบาล<sup>6</sup>

โรงพยาบาลเขาสวนกวาง เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 ขนาด 45 เตียง ให้บริการประชากรในพื้นที่ประมาณ 38,000 คน โดยมีประชากรในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 28,792 คน และมีบุคลากรทั้งสิ้น 156 คน สถิติการให้บริการในช่วงปีงบประมาณ 2564-2566 พบว่า มีผู้ป่วยนอก 87,751 ครั้ง, 114,198 ครั้ง และ 75,986 ครั้ง ตามลำดับ ส่วนจำนวนวันนอนผู้ป่วยในเท่ากับ 9,167 วัน, 14,846 วัน และ 7,693 วัน ตามลำดับ ด้านโครงสร้างรายได้ พบว่ารายได้หลักมาจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 44.99) รองลงมาคือสิทธิจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง (ร้อยละ 3.53) และประกันสังคม (ร้อยละ 2.19) ในขณะที่โครงสร้างค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร (ร้อยละ 66.99) ค่าเวชภัณฑ์ยา (ร้อยละ 7.66) และค่าใช้สอย (ร้อยละ 2.95) โรงพยาบาลประสบปัญหาวิกฤติทางการเงินระดับ 6 อย่างต่อเนื่องในช่วงปีงบประมาณ 2561-2563 โดยมีสาเหตุหลักจากการมีประชากรในความรับผิดชอบจำนวนน้อย ส่งผลให้ได้รับเงินเหมาจ่ายรายหัวน้อย ประกอบกับปัญหาในระบบการจัดเก็บรายได้ การเบิกจ่าย และการควบคุมค่าใช้จ่าย

อย่างไรก็ตาม ภายหลังจากดำเนินมาตรการแก้ไขปัญหามาในปีงบประมาณ 2564-2565 เช่น การนำโปรแกรม RCM มาใช้ในการจัดการลูกหนี้ การปรับปรุงระบบการส่งเบิก และการควบคุมค่าใช้จ่าย ส่งผลให้สถานะวิกฤติทางการเงินมีแนวโน้มดีขึ้น โดยลดลงเหลือระดับ 2 และระดับ 0 ตามลำดับ

จากปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้นักวิจัยซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาจึงได้ทำการศึกษาวิเคราะห์ประสิทธิภาพการบริหารการเงินของโรงพยาบาลเขาสวนกวาง ในช่วงปีงบประมาณ 2564-2566 เพื่อประเมินผลการดำเนินงานด้านการเงินการคลัง และนำไปสู่การพัฒนากระบวนการบริหารการเงินที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย (Objective)

1. เพื่อวิเคราะห์สถานะทางการเงินของโรงพยาบาลเขาสวนกวาง ในปีงบประมาณ 2564-2566
2. เพื่อประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินของโรงพยาบาลเขาสวนกวาง ตามดัชนีชี้วัดทางการเงิน 7 ระดับ
3. เพื่อเสนอแนวทางการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารการเงินของโรงพยาบาลเขาสวนกวาง

### วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

#### รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้

เป็นการวิจัยย้อนหลัง (Retrospective study) เก็บรวบรวมข้อมูล จากข้อมูลทุติยภูมิ ในรายงานการเงิน ของโรงพยาบาลเขาสวนกวาง (Financial Statement) ย้อนหลัง 3 ปีงบประมาณ ( 1 ตุลาคม 2564 - 30 กันยายน 2566)

#### ขอบเขตการศึกษา ข้อมูลรายงาน

การเงินโรงพยาบาลเขาสวนกวาง ย้อนหลัง 3 ปีงบประมาณ (1 ตุลาคม 2564 - 30 กันยายน 2566) ประกอบด้วย ข้อมูลตารางข้อมูลการประเมินวิกฤติทางการเงิน(Risk Scoring) ผลการประเมินประสิทธิภาพการเงินการคลัง (Total Performance Score TPS)

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้การ

เก็บรวบรวมข้อมูลทางการเงิน แบบบันทึกตารางข้อมูลการประเมินวิกฤติทางการเงิน (Risk Scoring) แบบบันทึกผลการประเมินประสิทธิภาพการเงินการคลัง ( Total Performance Score TPS) กับ ผลการดำเนินงาน และแบบบันทึกข้อมูลงบประมาณ โดยรวบรวมจากงานการเงินการบัญชี กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป โรงพยาบาลเขาสวนกวาง

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

**การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ** ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยนำแบบรวบรวมข้อมูลตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการเงินการคลัง จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาสวนกวาง 2) หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น และ 3) หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เพื่อพิจารณาและตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องกับนิยามศัพท์ และตัวแปรที่เก็บรวบรวมข้อมูล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด สูงสุด การวิเคราะห์อัตราส่วนทางการเงินของโรงพยาบาล ระหว่างปีงบประมาณ 2564-2566 เปรียบเทียบอัตราส่วนทางการเงินของตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด อัตราส่วนเท่ากันหรือสูงกว่ามาตรฐาน หมายถึง โรงพยาบาลมีสถานะทางการเงินสูง แต่ถ้าอัตราส่วนทางการเงิน

ของโรงพยาบาลต่ำกว่ามาตรฐาน หมายถึง โรงพยาบาลมีสถานะการเงินต่ำ

### แนวทางการวิเคราะห์ ประกอบด้วย

1. กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์ (1.1) อัตราส่วนทุนหมุนเวียน (Current Ratio: CR) = สินทรัพย์หมุนเวียนคงทุน/หนี้สินหมุนเวียน (1.2) อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio: QR) = (สินทรัพย์หมุนเวียน - งบลงทุน- วัสดุคงคลัง)/หนี้สินหมุนเวียน (1.3) อัตราส่วนเงินสดและรายการเทียบเงินสด (Cash Ratio: Cash) = (เงินสด + รายการเทียบเท่าเงินสด)/หนี้สินหมุนเวียน

2. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงินและ ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (Total Performance Score: TPS) (2.1) ทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital: NWC) = (สินทรัพย์หมุนเวียน - หนี้สินทรัพย์หมุนเวียน) (2.2) กำไรสุทธิ (Net Income: NI) = รายได้ - ค่าใช้จ่าย

3. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงิน (3.1) NWC/ANI ระยะทุนหมุนเวียนหมด<3 เดือน (3.2) NWC/ANI ระยะทุนหมุนเวียนหมด<6 เดือน

| ประเภทดัชนีชี้วัด                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | น้ำหนักความรุนแรงของความเสี่ยง<br>(Risk Score)                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. กลุ่มแสดงความเสี่ยงตามสภาพสินทรัพย์                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 1) CR<1.5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 2) QR<1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 3) Cash<0.8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 2. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 1) แสดงฐานะทางการเงิน (ทุนหมุนเวียน) NWC<0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 2) แสดงฐานะจากผลประกอบการ(กำไรสุทธิรวมค่าเสื่อม) NI<0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 3. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 1) NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด<3 เดือน หรือ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 2) NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด<6 เดือน                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| ระดับวิกฤตทางการเงินเป็น 7 ระดับ โดย<br>สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและ<br>กองตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข <sup>7</sup> ดังนี้<br>ระดับ 0-1 ปกติ ระดับ 2 คาดว่าจะดีขึ้น<br>ภายใน 3 เดือน ระดับ 3 คาดว่าจะดีขึ้น<br>ภายใน 3 เดือน ระดับ 4 คาดว่าจะประสบ<br>ปัญหาภายใน 6 เดือน ระดับ 5 คาดว่าจะ<br>ประสบปัญหาภายใน 6 เดือน ระดับ 6 คาด<br>ว่าจะประสบปัญหาภายใน 3 เดือน ระดับ 7 มี<br>ภาวะวิกฤตทางการเงินขั้นรุนแรง | รายงาน ผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และ<br>จัดทำแบบฟอร์มขอความยินยอมจาก<br>ผู้ปกครอง และให้ผู้ปกครองลงลายมือชื่อ<br>ยินยอม โดยผ่านการรับรองคณะกรรมการ<br>จริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์สำนักงาน<br>สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่ COE<br>054/2567 รับรอง ณ วันที่ 11 พฤศจิกายน<br>2567 |
| <b>การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง</b><br>การศึกษาครั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากกลุ่ม<br>ตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับนำมาใช้ใน                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>ผลการวิจัย (Results)</b><br><b>ข้อมูลทั่วไป</b> โรงพยาบาล<br>เขาสวนกวาง เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด<br>เล็ก ระดับ F2 ขนาด 45 เตียง จำนวน<br>ประชากร 38,124 คน แยกเป็นประชากรชาย                                                                                                         |

จำนวน 19,007 คน และประชากรหญิง จำนวน 19,117 คน ประชากรในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประมาณ 28,792 คนบุคลากรโรงพยาบาล จำนวน 156 คน สถิติจำนวนผู้ป่วยนอกปีงบประมาณ 2564-2566 เท่ากับ 87,751 ครั้ง , 114,198 ครั้ง และ 75,986 ครั้ง ตามลำดับ จำนวนวันนอนผู้ป่วย ในปีงบประมาณ 2564-2566 เท่ากับ 9,167 วันนอน , 14,846 วันนอน และ 7,693 วันนอน ตามลำดับ

**1. วิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินของโรงพยาบาลเขาสวนกวางในปีงบประมาณ 2564–2566** โดยแบ่งเป็น 4 ไตรมาส เพื่อแสดงข้อมูลทางการเงินที่สำคัญ ดังนี้

**ปีงบประมาณ 2564** พบว่า เงินบำรุงคงเหลือมีแนวโน้มลดลงต่อเนื่องจาก 20.55 ล้านบาท ในไตรมาส 1 เหลือ 10.59 ล้านบาท ในไตรมาส 4 สินทรัพย์หมุนเวียน (บาท) มีสินทรัพย์หมุนเวียนลดลงจาก 35.80 ล้านบาท ในไตรมาส 1 เป็น 27.75 ล้านบาท ในไตรมาส 4 หนี้สินหมุนเวียนลดลงในไตรมาส 3 (18.61 ล้านบาท) ก่อนเพิ่มขึ้นในไตรมาส 4 รายได้รวมเพิ่มขึ้นทุกไตรมาส โดยสูงสุดในไตรมาส 4 (119.74 ล้านบาท) ค่าใช้จ่ายรวมเพิ่มขึ้นต่อเนื่องจาก 22.13 ล้านบาท ในไตรมาส 1 เป็น 106.69 ล้านบาท ในไตรมาส 4 อัตราส่วนทุนหมุนเวียน (Current Ratio: CR)

ค่าอยู่ในช่วง 1.15 ถึง 1.63 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานในไตรมาส 1, 2 และ 4 (1.50, 1.43, 1.15) แต่เกินเกณฑ์มาตรฐานในไตรมาส 3 (1.63) อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio: QR) พบว่า เริ่มต้นที่ 1.34 และคงที่อยู่ในช่วง 1.00-1.41 อัตราส่วนเงินสดและรายการเทียบเงินสด (Cash Ratio: Cash) พบว่า ไตรมาสที่ 1-4: ค่า Cash Ratio มีความผันผวน เริ่มต้นที่ 0.88 ในไตรมาสแรก (สูงกว่าค่ามาตรฐาน) และลดลงจนถึง 0.46 ในไตรมาสที่ 4 ระดับความเสี่ยงทางการเงินของโรงพยาบาลเขาสวนกวาง (Risk Scoring) ในปีงบประมาณ 2564 พบว่า ในไตรมาสแรกถึงไตรมาสที่ 4 มีค่าเฉลี่ยระดับ 1.25 ซึ่งสะท้อนถึงสถานการณ์ทางการเงินที่อยู่ในเกณฑ์ปกติถึงดีในบางช่วง และมีความผันผวนสูง โดยไตรมาสที่ 2 และ 4 มีระดับความเสี่ยงอยู่ที่ 2 สะท้อนถึงภาวะการเงินที่คาดว่าจะดีขึ้นใน 3 เดือน

**ปีงบประมาณ 2565** พบว่า เงินบำรุงเพิ่มขึ้นในไตรมาส 1 และ 2 โดยเพิ่มขึ้นจาก 19.48 ล้าน เป็น 25.66 ล้านบาท ก่อนลดลงในไตรมาส 3 และ 4 สินทรัพย์หมุนเวียนมีการเพิ่มขึ้นสูงสุดในไตรมาส 2 จำนวน 56.65 ล้านบาท และลดลงในไตรมาสถัดมา หนี้สินหมุนเวียน(บาท) ลดลงจาก 22.71 ล้านบาท ในไตรมาส 1 เป็น 21.39 ล้านบาท ในไตรมาส 4 รายได้รวม (บาท) เพิ่มขึ้นอย่าง

ต่อเนื่อง และสูงสุดที่ 129.40 ล้านบาท ในไตรมาส 4 ค่าใช้จ่ายรวม(บาท) เพิ่มสูงสุดในไตรมาส 4 (114.19 ล้านบาท) อัตราส่วนทุนหมุนเวียน (Current Ratio: CR) ค่าเกินเกณฑ์มาตรฐาน (<1.5) ทุกไตรมาส โดยสูงสุดที่ 2.29 ในไตรมาส 2 อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio: QR) ค่า QR เพิ่มขึ้นสูงอย่างต่อเนื่องทุกไตรมาส โดยเฉพาะไตรมาสที่ 2 (2.13) และไตรมาสที่ 3 (2.01) และสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (1) อัตราส่วนเงินสดและรายการเทียบเงินสด (Cash Ratio: Cash) ไตรมาสที่ 1-2 ค่า Cash Ratio เพิ่มขึ้นต่อเนื่องจาก 0.86 ในไตรมาสแรก เป็น 1.05 ในไตรมาสที่ 2 ซึ่งสูงกว่าค่าเกณฑ์มาตรฐาน (<0.8) ไตรมาสที่ 3-4: ค่า Cash Ratio ลดลงเหลือ 0.67 และ 0.49 ระดับความเสี่ยงทางการเงินของโรงพยาบาลเขาสวนกวาง(Risk Scoring) ในปีงบประมาณ 2565 พบว่าความเสี่ยงลดลงในหลายไตรมาส โดยไตรมาสส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 0-1

**ปีงบประมาณ 2566** เงินบำรุงคงเหลือเริ่มต้นที่ 23.20 ล้านบาท และลดลงเหลือ 11.88 ล้านบาท ในไตรมาส 4 สินทรัพย์หมุนเวียนมีแนวโน้มลดลงต่อเนื่องในทุกไตรมาส โดยสิ้นสุดที่ 29.58 ล้านบาท ในไตรมาส 4 หนี้สินหมุนเวียน(บาท) มีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ โดยเฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ 23 ล้าน

บาท รายได้รวม (บาท) พบว่า รายได้รวมมีความผันผวน โดยเริ่มต้นต่ำในไตรมาส 1 (33.44 ล้านบาท) และเพิ่มขึ้นเป็น 107.96 ล้านบาท ในไตรมาส 4 ค่าใช้จ่ายรวม(บาท) มีการเพิ่มขึ้นอย่างมากในไตรมาส 4 (115.84 ล้านบาท) อัตราส่วนทุนหมุนเวียน (Current Ratio: CR) พบว่า ค่าเกินเกณฑ์มาตรฐาน (<1.5) ทุกไตรมาส โดยสูงสุดที่ 1.90 ในไตรมาส 1 อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio: QR) ค่า QR เริ่มลดลงในทุกไตรมาส โดยมีแนวโน้มเข้าสู่ค่าที่เหมาะสมมากขึ้นแต่ยังคงสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (1) อัตราส่วนเงินสดและรายการเทียบเงินสด (Cash Ratio: Cash) ไตรมาสที่ 1-4: ค่า Cash Ratio มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง เริ่มต้นที่ 1.01 ในไตรมาสแรก (สูงกว่าค่ามาตรฐาน) และลดลงจนถึง 0.52 ในไตรมาสที่ 4 ระดับความเสี่ยงทางการเงินของโรงพยาบาลเขาสวนกวาง (Risk Scoring) ในปีงบประมาณ 2566 มีแนวโน้มความเสี่ยงเพิ่มขึ้นในไตรมาสที่ 4 ซึ่งอยู่ในระดับ 3 คาดว่าจะดีขึ้นหลัง 3 เดือน สะท้อนถึงความจำเป็นในการปรับปรุงการบริหารการเงิน

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้และค่าใช้จ่าย รายได้รวม และค่าใช้จ่ายรวม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นพร้อมกันในทุกไตรมาส 4 ของทุกปี อย่างไรก็ตามค่าใช้จ่ายในบาง

ไตรมาสสูงกว่ารายได้ ทำให้เงินบำรุงคงเหลือ ลดลงภาพรวมสินทรัพย์และหนี้สิน สินทรัพย์หมุนเวียนมีความผันผวน ขณะที่หนี้สินหมุนเวียนมีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ แนวโน้ม

การบริหารเงินบำรุง การลดลงของเงินบำรุง ในปีงบประมาณ 2566 สะท้อนถึงค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นเมื่อเทียบกับรายได้ รายละเอียดดังตารางแสดงที่ 1

**ตารางที่ 1** อัตราส่วนทางการเงินกลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์ เปรียบเทียบกับเกณฑ์  
มาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข รายไตรมาสปีงบประมาณ 2564- 2566

| ข้อมูลด้านการเงินการคลัง โรงพยาบาล เขาสวนกวาง ปีงบประมาณ 2564-2566 |                 |               |               |                |                 |               |                |                |                 |               |               |                |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------|---------------|----------------|-----------------|---------------|----------------|----------------|-----------------|---------------|---------------|----------------|
| รายการ                                                             | ปีงบประมาณ 2564 |               |               |                | ปีงบประมาณ 2565 |               |                |                | ปีงบประมาณ 2566 |               |               |                |
|                                                                    | ไตรมาส 1        | ไตรมาส 2      | ไตรมาส 3      | ไตรมาส 4       | ไตรมาส 1        | ไตรมาส 2      | ไตรมาส 3       | ไตรมาส 4       | ไตรมาส 1        | ไตรมาส 2      | ไตรมาส 3      | ไตรมาส 4       |
| เงินบำรุงคงเหลือ(บาท)                                              | 20,547,921.94   | 19,918,441.44 | 12,385,732.63 | 10,593,772.32  | 19,482,473.11   | 25,657,890.01 | 13,174,686.52  | 13,433,406.90  | 23,200,717.43   | 26,018,726.73 | 15,826,409.04 | 11,881,494.38  |
| สินทรัพย์หมุนเวียน(บาท)                                            | 35,796,104.00   | 36,011,730.54 | 30,381,169.50 | 27,748,374.04  | 46,599,448.18   | 56,646,212.65 | 45,101,733.49  | 35,963,879.43  | 44,035,011.64   | 43,482,292.93 | 35,739,867.40 | 29,584,604.36  |
| หนี้สินหมุนเวียน(บาท)                                              | 23,912,639.33   | 25,262,352.56 | 18,614,434.07 | 24,138,568.66  | 22,711,020.94   | 24,732,773.25 | 20,660,748.13  | 21,386,551.36  | 23,128,571.88   | 23,903,605.65 | 22,922,695.73 | 23,176,858.35  |
| รายได้รวม(บาท)                                                     | 35,788,546.61   | 68,208,554.22 | 95,369,390.21 | 119,738,801.60 | 49,666,784.96   | 86,479,774.27 | 106,971,984.60 | 129,398,091.76 | 33,437,974.43   | 63,776,498.63 | 87,143,297.28 | 107,958,389.74 |
| ค่าใช้จ่ายรวม(บาท)                                                 | 22,126,687.65   | 45,504,842.56 | 75,929,321.04 | 106,687,526.19 | 26,808,272.43   | 54,200,679.50 | 85,404,068.78  | 114,188,609.69 | 25,815,884.42   | 56,067,439.52 | 85,001,236.61 | 115,843,641.25 |
| Current Ratio                                                      | 1.50            | 1.43          | 1.63          | 1.15           | 2.05            | 2.29          | 2.18           | 1.68           | 1.90            | 1.82          | 1.56          | 1.28           |
| Quick Ratio                                                        | 1.34            | 1.27          | 1.41          | 1.00           | 1.87            | 2.13          | 2.01           | 1.51           | 1.70            | 1.68          | 1.41          | 1.16           |
| Cash Ratio                                                         | 0.88            | 0.79          | 0.70          | 0.46           | 0.86            | 1.05          | 0.67           | 0.49           | 1.01            | 1.11          | 0.71          | 0.52           |
| Net Working Capital (NWC)                                          | 11,883,464.67   | 10,749,377.98 | 11,766,735.43 | 3,609,805.38   | 23,888,427.24   | 31,913,439.40 | 24,440,985.36  | 14,577,328.07  | 20,906,439.76   | 19,578,687.28 | 12,817,171.67 | 6,407,746.01   |
| NI(รายได้(+)/ค่าใช้จ่าย(-))                                        | 13,661,858.96   | 22,703,711.66 | 19,440,069.17 | 13,051,275.41  | 22,858,512.53   | 32,279,094.77 | 21,567,915.82  | 15,209,482.07  | 7,622,090.01    | 7,709,059.11  | 2,142,060.67  | -7,885,251.51  |
| Risk Score                                                         | 0               | 2             | 1             | 2              | 0               | 0             | 1              | 1              | 0               | 0             | 1             | 3              |

**1) ประสิทธิภาพการบริหารการเงิน (Total Performance Score: TPS)**  
**โรงพยาบาล เขาสวนกวาง ปีงบประมาณ 2564-2566 (1.1) การบริหารแผนการเงิน**  
เปรียบเทียบผลต่างบวกหรือลบไม่เกิน 5% ในช่วงปีงบประมาณ 2564-2566 พบว่า การประเมินในภาพรวมมีความขึ้นลงจากเกรด D ถึง B โดยมีปีงบประมาณ 2564 ได้เกรด D และ F ส่วนปีงบประมาณ 2565 มีการพัฒนาขึ้นถึงเกรด B และ C อย่างไรก็ตาม ปี 2566 ผลการประเมินกลับมามีค่าลดลงอีกครั้ง โดยมีทั้งเกรด C, D และ F คะแนนรวมเต็ม 15 คะแนน คะแนนที่ได้ในแต่ละไตรมาสต่าง ๆ อยู่

ระหว่าง 5-11 คะแนน โดยปีงบประมาณ 2565 ได้คะแนนสูงสุดถึง 11 คะแนน (Q2) (1.1.1) มิติรายได้ ปีงบประมาณ 2564 ไตรมาส 1 และ 2 ทำได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้ 1 คะแนน ปี 2565 ไตรมาส 3 และ 4 สามารถทำได้ตามเป้าหมาย ได้ 1 คะแนน ปีงบประมาณ 2566 ไตรมาส 1 ทำได้ตามเป้าหมาย 1 คะแนน ไตรมาส 2-3 ไม่ได้คะแนน (1.1.2) มิติค่าใช้จ่าย ปีงบประมาณ 2564 ไตรมาส 2 ทำได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้ 1 คะแนน ปีงบประมาณ 2565 ไตรมาส 1 และ 2 ทำได้ตามเป้าหมาย ได้ 1 คะแนน ไตรมาส 3 และ 4 ไม่สามารถเก็บคะแนนได้

ปีงบประมาณ 2566 ไตรมาส 1 และ 4 สามารถทำได้ตามเกณฑ์ได้ 1 คะแนน (1.2) การบริหารสินทรัพย์หมุนเวียนและหนี้สินหมุนเวียน (คะแนนเต็ม 3 คะแนน) ในมิติต่างๆ ระยะเวลาชำระเจ้าหนี้การค้าและเวชภัณฑ์มีอายุ  $\leq 90$  หรือ  $\leq 180$  วัน ผลการดำเนินงานทุกไตรมาสไม่สามารถทำได้ตามเป้าหมาย ระยะเวลาเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิ UC  $\leq 60$  วัน ผลการดำเนินงานทุกไตรมาสไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย (ไม่มีคะแนนทุกไตรมาส) ระยะเวลาเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิข้าราชการ  $\leq 60$  วัน ผลการดำเนินงาน ไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายในทุกไตรมาส (0 คะแนน) (1.3) การบริหารจัดการ (คะแนนเต็ม 5 คะแนน) พบว่า การบริหารต้นทุนและค่าใช้จ่าย (2 คะแนน) คะแนนตรวจสอบงบประมาณเบื้องต้น (1 คะแนน) ผลผลิต (Productivity) เป็นที่ยอมรับ (2 คะแนน) ภาพรวม อยู่ระหว่าง 3 - 5 คะแนน ตลอดช่วงเวลา ค่าแรงบุคลากร (LC) และ MC ค่ายา/เวชภัณฑ์ยังขาดความสม่ำเสมอ ส่งผลให้ไม่สามารถทำคะแนนได้เต็มในบางไตรมาส

## 2. ตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงาน

(2.1) ความสามารถในการทำกำไร

(3 คะแนน) ผลการดำเนินงาน พบว่า คะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 3 คะแนนประสิทธิภาพในการดำเนินงาน (Operating Margin) (1 คะแนน) พบว่า คะแนนที่ทำได้: 0 - 1 อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์ (Return on Asset) (1 คะแนน) คะแนนที่ทำได้ คงที่อยู่ที่ 1 คะแนน ในแทบทุกไตรมาส ยกเว้น ไตรมาส 4/2566 ผลกำไรก่อนหักค่าเสื่อม (EBITDA  $\geq 0$ ) (1 คะแนน) คะแนนที่ทำได้ 1 คะแนน เต็มในทุกไตรมาส ยกเว้น ไตรมาส 4/2566 (2.2) การวัดสภาพคล่องทางการเงิน (2 คะแนน) ผลการดำเนินงาน พบว่า คะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 2 คะแนนสามารถรักษาสภาพคล่องได้ในบางไตรมาส ได้แก่ ไตรมาส 2/2565 และ Q1/2566 ทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital  $\geq 0$ ) (1 คะแนน) คะแนนที่ทำได้ 1 คะแนนเต็มในทุกไตรมาส Cash Ratio  $\geq 0.8$  (1 คะแนน) คะแนน ทำได้ 1 คะแนนในบางไตรมาส ได้แก่ ไตรมาส 2/2565 และ ไตรมาส 4/2565 (2.3) การบริหารจัดการภายในด้านการเงิน 7 ด้าน (เฉพาะปีงบประมาณปี 2564 ไตรมาส 1-2) คะแนนที่ทำได้ไม่ผ่านเกณฑ์ (1 คะแนน) ดังตารางแสดงที่ 2

**ตารางที่ 2 แสดงประสิทธิภาพการบริหารการเงิน (Total Performance Score: TPS) โรงพยาบาล  
เขาสวนกวาง ปีงบประมาณ 2564-2566**

| ข้อมูลการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงิน (Total Performance Score: TPS) โรงพยาบาล เขาสวนกวาง ปีงบประมาณ 2564-2566 |           |      |    |    |    |      |     |     |     |      |     |     |     |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------|----|----|----|------|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|--|--|
| รายการ                                                                                                               | คะแนนเต็ม | 2564 |    |    |    | 2565 |     |     |     | 2566 |     |     |     |  |  |
|                                                                                                                      |           | Q1   | Q2 | Q3 | Q4 | Q1   | Q2  | Q3  | Q4  | Q1   | Q2  | Q3  | Q4  |  |  |
| คะแนน                                                                                                                | 10/15     | 5    | 6  | 8  | 7  | 10   | 11  | 8   | 9   | 10   | 9   | 8   | 7   |  |  |
| ผลการประเมิน (Grade)                                                                                                 |           | D    | C  | D  | F  | C    | B   | D   | C   | C    | C   | D   | F   |  |  |
| 1. ตัวชี้วัดกระบวนการ (Process Indicators)                                                                           |           |      |    |    |    |      |     |     |     |      |     |     |     |  |  |
| 1.1 การบริหารการเงินเป็นระบบเทียบผลการดำเนินงานตาม มาตรฐาน บัญชีสอบไม่ขึ้น 5%                                        | 2         | 1    | 2  | -  | -  | 1    | 1   | 1   | 2   | 1    | -   | -   | 1   |  |  |
| 1.1.1 มีรายได้                                                                                                       | 1         | 1    | 1  |    |    |      |     | 1   | 1   | 1    |     |     |     |  |  |
| 1.1.2 มีค่าใช้จ่าย                                                                                                   | 1         |      | 1  |    |    | 1    | 1   |     | 1   |      |     |     | 1   |  |  |
| 1.2 การบริหารหนี้สินที่หมุนเวียนและหนี้สินหมุนเวียน (3 คะแนน)                                                        | 3         | -    | -  | -  | -  | -    | -   | -   | -   | -    | -   | -   | -   |  |  |
| 1.2.1 ระยะเวลาชำระหนี้การค้าเฉลี่ยไม่เกิน 90 หรือ < 180 วัน                                                          | 1         |      |    | 0  | 0  | 0    | 0   | 0   | 0   | 0    | 0   | 0   | 0   |  |  |
| 1.2.2 ระยะเวลาเฉลี่ยในการเก็บหนี้สินเฉลี่ย < 60 วัน                                                                  | 0.5       |      |    | 0  | 0  | 0    | 0   | 0   | 0   | 0    | 0   | 0   | 0   |  |  |
| 1.2.3 ระยะเวลาเฉลี่ยในการเก็บหนี้สินเฉลี่ย < 60 วัน                                                                  | 0.5       |      |    | 0  | 0  | 0    | 0   | 0   | 0   | 0    | 0   | 0   | 0   |  |  |
| 1.2.4 การบริหารหนี้สินเฉลี่ย (Inventory Management) 60 วัน ยกเว้น หนี้สินเกิน 90 วัน                                 | 1         |      |    | 0  | 0  |      |     |     |     |      |     |     |     |  |  |
| 1.3 การบริหารจัดการ                                                                                                  | 5         | 4    | 3  | 4  | 4  | 4    | 5   | 4   | 4   | 4    | 4   | 4   | 4   |  |  |
| 1.3.1 การบริหารต้นทุนเฉลี่ย (2 คะแนน)                                                                                | 2         | 2    | 2  | 2  | 2  | 2    | 2   | 2   | 2   | 2    | 2   | 2   | 2   |  |  |
| 1.3.1.1 Unit cost for GP                                                                                             | 1         | 1    | 1  | 1  | 1  | 1    | 1   | 1   | 1   | 1    | 1   | 1   | 1   |  |  |
| 1.3.1.2 Unit cost for IP                                                                                             | 1         | 1    | 1  | 1  | 1  | 1    | 1   | 1   | 1   | 1    | 1   | 1   | 1   |  |  |
| 1.3.1.3 LC ค่าวัสดุทางการแพทย์                                                                                       | 0.5       | 0    | 0  | 0  | 0  | 0    | 0   | 0   | 0   | 0    | 0   | 0   | 0   |  |  |
| 1.3.1.4 MC ค่ายา                                                                                                     | 0.5       | 0    | 0  | 0  | 0  | 0.5  | 0   | 0   | 0   | 0.5  | 0   | 0   | 0   |  |  |
| 1.3.1.5 MC ค่าวัสดุทางการแพทย์และเภสัชภัณฑ์                                                                          | 0.5       | 0    | 0  | 0  | 0  | 0.5  | 0.5 | 0.5 | 0.5 | 0.5  | 0.5 | 0.5 | 0.5 |  |  |
| 1.3.1.6 MC ค่าวัสดุที่ใช้ทางการแพทย์                                                                                 | 0.5       | 0    | 0  | 0  | 0  | 0.5  | 0.5 | 0.5 | 0.5 | 0    | 0   | 0   | 0   |  |  |
| 1.3.2 คะแนนการจ่ายผลตอบแทนอื่น                                                                                       | 1         | 1    | 1  | 1  | 1  | 1    | 1   | 1   | 1   | 1    | 1   | 1   | 1   |  |  |
| 1.3.3 ผลผลิต (Productivity) เป็นร้อยละ (2 คะแนน)                                                                     | 2         | 1    | 0  | 1  | 1  | 1    | 2   | 1   | 1   | 1    | 1   | 1   | 1   |  |  |
| 1.3.3.1 อัตราผลตอบแทนต่อสินทรัพย์                                                                                    | 1         | 0    |    | 0  | 0  | 0    | 1   | 0   | 0   | 0    | 0   | 0   | 0   |  |  |
| 1.3.3.2 Sum of ARWV เป็นค่าเฉลี่ย ร้อยละ เป็น 5%                                                                     | 1         | 1    | 1  | 1  | 1  | 1    | 1   | 1   | 1   | 1    | 1   | 1   | 1   |  |  |
| 2. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน                                                                                           | 5         | 0    | 0  | 4  | 3  | 5    | 5   | 3   | 3   | 5    | 5   | 4   | 2   |  |  |
| 2.1 ความสามารถในการทำกำไร                                                                                            | 3         | 0    | 0  | 3  | 2  | 3    | 3   | 2   | 2   | 3    | 3   | 3   | 1   |  |  |
| 2.1.1 ประสิทธิภาพในการดำเนินงาน (Operating Margin)                                                                   | 1         |      |    | 1  | 0  | 1    | 1   | 0   | 0   | 1    | 1   | 1   | 1   |  |  |
| 2.1.2 อัตราผลตอบแทนสินทรัพย์ (Return of Asset)                                                                       | 1         |      |    | 1  | 1  | 1    | 1   | 1   | 1   | 1    | 1   | 1   | 0   |  |  |
| 2.1.3 ผลกำไรสุทธิต่อหน่วยบริการ (EBITDA) 0 (1 คะแนน)                                                                 | 1         |      |    | 1  | 1  | 1    | 1   | 1   | 1   | 1    | 1   | 1   | 0   |  |  |
| 2.2 การวัดสภาพคล่องทางการเงิน                                                                                        | 2         | 0    | 0  | 1  | 1  | 2    | 2   | 1   | 1   | 2    | 2   | 1   | 1   |  |  |
| 2.2.1 ทุนการดำเนินงาน (Net Working Capital) ≥ 0 (1 คะแนน)                                                            | 1         |      |    | 1  | 1  | 1    | 1   | 1   | 1   | 1    | 1   | 1   | 1   |  |  |
| 2.2.2 Cash Ratio ≥ 0.8 (1 คะแนน)                                                                                     | 1         |      |    | 0  | 0  | 1    | 1   | 0   | 0   | 1    | 1   | 0   | 0   |  |  |
| การบริหารจัดการภายในด้านการเงิน 7 ด้าน (ให้คะแนนไว้ 7) เฉพาะปีงบประมาณ 64 Q3-Q4                                      | 1         | 0    | 1  |    |    |      |     |     |     |      |     |     |     |  |  |

## อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานะทางการเงิน ประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงิน และเสนอแนวทางการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารการเงินของโรงพยาบาลเขาสวนกวาง ปีงบประมาณ 2564-2566 ผลการวิจัยสรุปผลได้ ดังนี้

สถานการณ์เงินบำรุงคงเหลือของโรงพยาบาลเขาสวนกวางมีแนวโน้มลดลง โดยเฉพาะในปีงบประมาณ 2566 สะท้อนถึงปัญหาค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับรายได้ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาโรงพยาบาลชุมชน และพบว่าโรงพยาบาลประสบปัญหา

การขาดดุลทางการเงินเนื่องจากรายจ่ายที่เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามงานวิจัยที่ศึกษาโรงพยาบาลศูนย์อาจพบผลลัพธ์ที่แตกต่าง คือ โรงพยาบาลมีเงินบำรุงคงเหลือที่มั่นคง เนื่องจากมีแหล่งรายได้ที่หลากหลายกว่า และได้รับการสนับสนุนงบประมาณที่มากกว่า ความแตกต่างนี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของบริบทของโรงพยาบาลในการวิเคราะห์สถานะทางการเงิน โรงพยาบาลขนาดเล็กอาจมีความเสี่ยงด้านการเงินมากกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่<sup>3 8</sup>

อัตราส่วนทางการเงิน (Financial Ratios) อัตราส่วนเงินสดและรายการเทียบเงินสด (Cash Ratio) พบว่า มีแนวโน้มลดลง

และต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานในหลายไตรมาส บ่งชี้ถึงความเสี่ยงด้านสภาพคล่องที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ นริศรา นีรคุปต์<sup>10</sup> ที่พบว่าโรงพยาบาลที่มีอัตราส่วนเงินสดต่อหนี้สินหมุนเวียนต่ำ มีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาทางการเงิน นอกจากนี้ งานวิจัยที่พบว่าการบริหารหนี้สินหมุนเวียนอย่างมีประสิทธิภาพมีความสำคัญอย่างยิ่งในการรักษา สภาพคล่องทางการเงินของโรงพยาบาล การจัดการลูกหนี้ที่ดี เช่น การมีระบบเรียกเก็บเงินที่มีประสิทธิภาพและนโยบายการให้เครดิตที่เหมาะสม สามารถส่งผลให้อัตราส่วนเงินสดต่อหนี้สินหมุนเวียน (Cash Ratio) สูงขึ้น จากการศึกษาที่เกี่ยวข้อง พบว่าโรงพยาบาลที่มีการบริหารการเงินที่ดีมักมีสภาพคล่องทางการเงินที่ดี นอกจากนี้ การจัดการการเงินเพื่อการบริหารที่มีประสิทธิภาพของโรงพยาบาลอาจส่งผลต่อความสามารถในการชำระหนี้และการดำเนินงานขององค์กร แสดงให้เห็นว่าการวิเคราะห์ข้อมูลทางการเงินในเชิงลึกสามารถช่วยให้โรงพยาบาลมีสภาพคล่องที่ดีขึ้นและควบคุมปัญหาทางการเงินได้ การบริหารหนี้สินหมุนเวียนและการจัดการลูกหนี้อย่างมีประสิทธิภาพจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อสภาพคล่องทางการเงินของโรงพยาบาล<sup>10 11</sup>

สินทรัพย์หมุนเวียน โรงพยาบาลเขาสวนกวาง ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงความผันผวนของสินทรัพย์หมุนเวียน ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการบริหารจัดการที่ไม่แน่นอน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการชำระหนี้ และการดำเนินงานขององค์กร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการบริหารเงินทุนหมุนเวียนในการรักษา สภาพคล่องและความมั่นคงทางการเงิน การบริหารเงินทุนหมุนเวียนที่ดีช่วยให้องค์กรสามารถจัดการสินทรัพย์หมุนเวียนและหนี้สินหมุนเวียนได้อย่างสมดุล ส่งผลให้มีสภาพคล่องที่เพียงพอและลดความเสี่ยงทางการเงิน การมีนโยบายและกลยุทธ์ที่เหมาะสมในการจัดการสินทรัพย์หมุนเวียน จะช่วยให้องค์กรสามารถดำเนินงานได้อย่างราบรื่น<sup>12</sup> ประสิทธิภาพการบริหารการเงิน (Financial Management Efficiency) Total Performance Score (TPS) ผลการประเมิน TPS ของโรงพยาบาลเขาสวนกวาง พบว่าหมวดที่มีความก้าวหน้าอย่างชัดเจน หมวดคะแนนหลักมีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วงไตรมาส 4 ของปีงบประมาณ 2565 และ 2566 หมวดการแก้ไขปัญหา ในปีงบประมาณ 2565 พบว่ามีคะแนนที่ค่อนข้างคงที่อยู่ในระดับ 1-2 แต่ปรับขึ้นในไตรมาส 3-4 ปีงบประมาณ 2566

หมวดที่ยังต้องปรับปรุง หมวดที่ 3 ในปีงบประมาณ 2564 คะแนน TPS ในหมวดนี้ยังไม่มีคะแนนเคลื่อนไหว แต่ในปีงบประมาณ 2566 มีคะแนนแม้จะยังอยู่ในระดับต่ำ หมวดที่ 5 และ 6 คะแนนมีความไม่สม่ำเสมอในบางไตรมาส โดยเฉพาะในปีงบประมาณ 2564 ไตรมาส 2-3 ที่มีคะแนน 0 แต่พัฒนาขึ้นในช่วง ปีงบประมาณ 2565 มีผลการประเมินดีขึ้น แต่กลับมาลดลงในปีงบประมาณ 2566 แสดงถึงความไม่สม่ำเสมอในการบริหารจัดการด้านการเงิน สอดคล้องกับงานวิจัยของชญาภา อุดิษฐ์ และอัญชลีพร วุฒิเป็ก<sup>4</sup> พบว่าการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังมีความสำคัญในการเพิ่ม TPS งานวิจัยของ Kaplan and Norton<sup>13</sup> ที่เสนอ Balanced Scorecard ซึ่งเป็นเครื่องมือที่คล้ายคลึงกับ TPS ในการประเมินผลการดำเนินงานอย่างครอบคลุมองค์กรที่มีการใช้ Balanced Scorecard อย่างมีประสิทธิภาพ จะมีผลการดำเนินงานที่ดีขึ้นและมีความสม่ำเสมอมากกว่า 3. ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้และค่าใช้จ่าย (Relationship between Revenue and Expenses) การบริหารงบประมาณ โรงพยาบาลเขาสวนกวาง มีการบริหารงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพช่วยให้ควบคุมค่าใช้จ่ายและรักษาสมดุลทาง

การเงินได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Wild et al.<sup>14</sup> ที่อธิบายถึงกระบวนการบริหารงบประมาณ เน้นความสำคัญของการวางแผนและการควบคุมงบประมาณ การบริหารงบประมาณ โรงพยาบาลเขาสวนกวางพบว่า รายได้และค่าใช้จ่ายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นพร้อมกันในไตรมาส 4 ของทุกปี แต่ค่าใช้จ่ายในบางไตรมาสสูงกว่ารายได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อเงินบำรุงคงเหลือ แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการบริหารงบประมาณที่มีประสิทธิภาพ การจัดการทางการเงินของโรงพยาบาลเขาสวนกวาง ควรมุ่งเน้นที่การเพิ่มรายได้และควบคุมค่าใช้จ่ายเพื่อรักษาสภาพคล่องในระยะยาว เช่น การเพิ่มประสิทธิภาพการเก็บหนี้สินหรือการจัดการต้นทุนอย่างมีประสิทธิภาพ การลดลงของเงินบำรุงที่พบในบางไตรมาสของโรงพยาบาลเขาสวนกวางเป็นสิ่งที่ตรงกันข้ามกับแนวทางแนะนำในการรักษาความสมดุลระหว่างรายได้และค่าใช้จ่าย<sup>15</sup> 4. ระดับความเสี่ยงทางการเงิน (Financial Risk Level) ผลการวิจัยพบว่าอัตราส่วนเงินสดและรายการเทียบเงินสด (Cash Ratio) ของโรงพยาบาลเขาสวนกวางลดลงต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานในบางไตรมาส ซึ่งบ่งชี้ถึงความเสี่ยงด้านสภาพคล่องที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของนิศรา นีรคุปต์<sup>9</sup> ที่พบว่า

โรงพยาบาลที่มีอัตราส่วนเงินสดต่อนี้สิน หมุนเวียนต่ำ มีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาทางการเงิน การเปรียบเทียบ อัตราส่วนทางการเงิน กับ หลักเกณฑ์การประเมินวิกฤติทางการเงินระดับ 7 จากปีงบประมาณ 2564-2566 พบว่า ปีงบประมาณ 2564 ค่า Quick Ratio และ Cash Ratio ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน แสดงถึงความเสี่ยงที่โรงพยาบาลจะประสบปัญหาทางการเงิน โดยเฉพาะในด้านความสามารถในการชำระหนี้ระยะสั้น ปีงบประมาณ 2565 มีการปรับปรุงในด้าน Current Ratio แต่ค่า Quick Ratio และ Cash Ratio ยังคงต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งอาจเสี่ยงต่อสภาพคล่องปีงบประมาณ 2566 มีการปรับปรุงใน Quick Ratio และ Current Ratio ซึ่งแสดงถึงการปรับตัวที่ดีขึ้นในการจัดการหนี้สินและสภาพคล่อง แต่ยังคงต้องปรับปรุงใน Cash Ratio ให้สูงขึ้นเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาด้านเงินสด

### ข้อเสนอแนะ

1. โรงพยาบาลควรวางแผนการใช้จ่ายที่มีประสิทธิภาพและเพิ่มการติดตามค่าใช้จ่ายอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการขาดทุนในระยะยาว เพิ่มความสามารถในการจัดการหนี้สิน โดยการวางแผนและกำหนดนโยบายการชำระหนี้ที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ

2. การพัฒนาระบบสารสนเทศในการติดตามและเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกระแสเงินสด ซึ่งจะช่วยให้โรงพยาบาลเขาสวนกวางสามารถรับเงินจากบริการทางการแพทย์ได้อย่างรวดเร็วและลดความล่าช้าในการรับเงิน ซึ่งจะส่งผลดีต่อ สภาพคล่องทางการเงินโดยตรง

3. การเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลอื่นในพื้นที่หรือขนาดหน่วยบริการที่ใกล้เคียงกันจะช่วยให้เห็นภาพรวมของการบริหารการเงินและสามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลจากการวิจัยเพื่อพัฒนาการบริหารจัดการการเงินของโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

### เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. World Health Organization. The World Health Report 2010 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2010 [cited 2024 Oct 23]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564021>
2. กรรณิการ์ เงินทอง. การศึกษาประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม ปีงบประมาณ 2564 – 2566. วารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาล และชุมชน. 2567;2(1):1–13.

3. รัตนา กฤษฎาธาร. การศึกษาประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ 2557 – 2559. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา. 2560;7(1):1–12.
4. ชญาภา อุดินษฐ์, อัญชลีพร วุฒิเบิก. การพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ตามเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพ ด้านการเงินการคลัง ( Total Performance Score : TPS) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน. 2566;1(2):71–82
5. วิมลมาศ รวิสุวรรณ. การวิเคราะห์ประสิทธิภาพในการดำเนินงานของโรงพยาบาลรัฐบาล ในจังหวัดเชียงราย. วารสารบัญญัติปริทัศน์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย. 2564;6(1).
6. พิทักษ์พล บุญยมาลิก, ธิดาจิต มณีวัต. แนวโน้มการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข: การศึกษาเชิงคุณภาพ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2564;15(4):477–89.
7. สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน. คู่มือการควบคุมภายในหน่วยงานภาครัฐ. สำนักพิมพ์รัฐสภา: กรุงเทพฯ; 2554.
8. สามารถ สุเมธีวรศักดิ์. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะวิกฤตการเงินของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11. 2556;7(4):737–48.
9. นริศรา นีรคุปต์. ประสิทธิภาพการจัดการระดับความเสี่ยงทางการเงินในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์. 2563;5(3):57–70.
- 10.พนิตตา หงษาคำ. ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารโรงพยาบาลนครพนม . 2564;8(3): e253861–e253861.
- 11.ศิริธร ยอดสะอี. การประเมินผลการจัดการภาวะวิกฤตการเงินการคลังโรงพยาบาลน้ำพอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2567;17(1):45–58.
- 12.ชฎาภรณ์ ชื่นตา, ลำลี เวชกามา, เพ็ญแข สอาดยิ่ง. การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาล จังหวัดยโสธร [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 13 พ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก :

- [https://www.pkyasothon.org/research/data/money\\_research.pdf](https://www.pkyasothon.org/research/data/money_research.pdf)
13. Kaplan RS, Norton DP. The Balanced Scorecard Harvard Business School Press. Boston, MA. 1996;
14. Wild JJ, Shaw KW. Fundamental accounting principles. 24th edition. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2019.
15. Gao MZ, Chou YH, Chang YZ, Pai JY, Li YH, Lai YW, et al. Analyzing Financial Efficiency of Public-Private Partnerships Hospitals in Taiwan. Asia Pac J Public Health. 2023;35(8):471–8.



## การยกระดับคุณภาพการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม ปี 2564-2566

สิริมาพร นาคพัฒน์<sup>1</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อยกระดับการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการ 4 ขั้นตอน แล้วสรุปรูปแบบการพัฒนา ประชากรคือผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มงาน และบุคลากร จำนวน 155 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบประเมินการมีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่าการพัฒนาหมวด 1 การนำองค์การได้ยกระดับการพัฒนามุ่งสู่องค์การยกระดับเพิ่มผล แสวงหาความร่วมมือทั้งภายในและภายนอก ถ่ายทอดขยายผลไปสู่องค์กรอื่น หมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ มีการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์องค์กรในบริบทการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้บรรลุเป้าหมายของจังหวัด หมวด 3 ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีการพัฒนาเพื่อยกระดับความพึงพอใจและความสัมพันธ์ของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด 4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ มีการพัฒนาระบบการจัดการข้อมูล/ความต้องการ และข้อเสนอแนะ ผ่านสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการและสร้างนวัตกรรม ยกระดับการประเมินผลการดำเนินงาน ประสิทธิภาพของการวิจัยและพัฒนา หมวด 5 บุคลากร มีการพัฒนาระบบการวางแผน และการจัดอัตรากำลังคน ให้สอดคล้องกับโครงสร้างอัตรากำลัง หมวด 6 การปฏิบัติการมีการพัฒนาประสิทธิภาพกระบวนการในบริบทการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. เพื่อมุ่งสู่นวัตกรรม ซึ่งก่อนการพัฒนาคุณภาพบริหารจัดการ การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.08 (S.D.=0.53) ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.68 (S.D.=0.47) และเกิดต้นแบบการดำเนินงานคือ เกิดการบูรณาการ PMQA ในแต่ละหมวดไปสู่ฐานคุณภาพต่าง ๆ ในองค์กร ภายใต้ชื่อ “PMQA & Happy MOPH” ปัจจัยแห่งความสำเร็จคือ 1) ผู้บริหารให้ความสำคัญ มินิโยบายชัดเจน 2) การมีส่วนร่วม และ 3) มีการติดตามประเมินผล และสรุปผลการดำเนินงาน

**คำสำคัญ:** การยกระดับคุณภาพ, การบริหารจัดการ, การพัฒนาคุณภาพองค์กร

<sup>1</sup>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

\*Corresponding Author; Sirimaporn Nassapat; Email: siri.mkho@gmail.com

Received: November 18, 2024; Revised December 27, 2024; Accepted December 27, 2024

## **The Enhancement of Management Quality at Mahasarakham Provincial Public Health Office (2021–2023)**

*Sirimaporn Nassapat*<sup>1</sup>

### **Abstract**

This research and development aimed to study an enhancement of Management Quality at Mahasarakham Provincial Public Health Office from 2021 to 2023. The objectives are threefold: 1) to improve management practices 2) to evaluate stakeholder participation and 3) to identify success factors. The population group was stakeholders and those who involved in the study involved 155 participants, including senior executives, department heads, and staff, who provided data through questionnaires, participation assessments, and qualitative interviews. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, while qualitative data were assessed through content analysis Findings revealed significant advancements in various domains. In leadership, organizational development was elevated to a "Leverage Organization" model aimed at improving health services and fostering collaboration internally and externally. Strategic planning efforts resulted in a comprehensive strategy to adapt to the transfer of responsibilities within public health services, aligning with provincial goals for 2023. Stakeholder engagement saw increased satisfaction and improved relationships. Furthermore, a data management system was developed to streamline information and feedback from service users, Results suggested that before Enhancement of Management Quality at Mahasarakham Provincial Public Health Office, the mean participation score was rated at a medium level of 2.08 (SD=0.53), while the mean participation score after the intervention was 2.68, represented a high level (SD=0.47). The project led to the establishment of best practices integrating PMQA frameworks into various organizational quality activities under the initiative "PMQA & Happy MOPH." Key success factors included: 1) strong emphasis on the PMQA operation of the executives, 2) having participation and integrate of work, and 3) having monitor, evaluation and summary of the PMQA operations.

**Keywords:** Quality enhancement, Management, Organizational Quality Development

---

<sup>1</sup>Public Health Technical Officer, Professional Level. Mahasarakham Provincial Public Health Office

\*Corresponding Author; Sirimaporn Nassapat; Email: siri.mkho@gmail.com

## บทนำ (Introduction)

ระบบคุณภาพการบริหารจัดการมีมากกว่า 10 ประเทศของโลกที่นำมาใช้ทั้งในภาครัฐ และเอกชน เพื่อให้มีการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องและเป็นการเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ ซึ่งประเทศไทยได้นำเอาเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ โดยการนำเอาหลักเกณฑ์และแนวคิดตามรางวัลคุณภาพแห่งชาติของประเทศสหรัฐอเมริกา Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA) และรางวัลคุณภาพแห่งชาติของประเทศไทย Thailand Quality Award (TQA) มาปรับให้สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาระบบราชการไทย ตามแผนยุทธศาสตร์ การพัฒนาระบบราชการไทย การดำเนินการตามพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 รวมทั้งการประเมินผลตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ เพื่อให้มีความเหมาะสมตามบริบทของภาคราชการไทย<sup>1</sup>

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) ได้ออกแบบเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ เพื่อให้ส่วนราชการนำมาใช้เป็นแนวทางการพัฒนาระบบบริหารจัดการองค์กร โดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้นำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มาใช้เป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนการพัฒนาองค์กร โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ได้

กำหนดตัวชี้วัดในแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ระยะ 20 ปี ยุทธศาสตร์ที่ 4 บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) แผนงานที่ 11 การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ โครงการที่ 2 โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ ตัวชี้วัดที่ 45 ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด<sup>1</sup>

จังหวัดมหาสารคาม ได้เริ่มดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ตามตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติราชการของ ก.พ.ร. แต่ด้วยสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงในองค์กร อาทิเช่น การปรับโครงสร้างองค์กร การปรับเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน ทำให้การดำเนินงานที่ผ่านมาเน้นกระบวนการดำเนินงานตามภารกิจของแต่ละกลุ่มงาน ตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ขาดการบูรณาการงานอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น เพื่อให้สามารถประเมินจุดแข็งและโอกาสในการปรับปรุงของกระบวนการทำงานและผลการปฏิบัติงานขององค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพ และพัฒนากระบวนการดำเนินงานให้สามารถเทียบเคียงกับการบริหารจัดการในระดับสากล และเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับตัวชี้วัดในคำรับรองการปฏิบัติราชการ (Performance Agreement : PA) ของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โดยได้มอบนโยบายให้

การดำเนินงาน PMQA เป็นนโยบายที่สำคัญ และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกหน่วยต้อง ดำเนินการให้สำเร็จตามเป้าหมาย ภายใต้ แผนงานตาม ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์ บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) แผนงานที่ 11 การพัฒนาระบบ ธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ โครงการที่ 38 โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ<sup>2</sup> ซึ่งการ ประเมินคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม พบว่า ยังไม่ผ่านเกณฑ์การดำเนินงานตาม แผนปฏิบัติการยังไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินงานตาม แผนปฏิบัติการ ร้อยละ 73.40 (เป้าหมาย ร้อย ละ 95) ขาดการบูรณาการทำงานทั้งภายในและ ภายนอกกลุ่มงาน และระบบบริหารจัดการความ เสี่ยงเพื่อลดผลกระทบต่อการปฏิบัติงานยังไม่ ครบคลุมทุกภารกิจของแต่ละกลุ่มงาน<sup>3</sup>

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการ ยกระดับคุณภาพการบริหารจัดการของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ปี 2564-2566 เพื่อให้สามารถประเมินจุดแข็ง และโอกาสในการปรับปรุงของกระบวนการ ทำงานและผลการปฏิบัติงานขององค์กรได้ อย่างมีประสิทธิภาพ และพัฒนากระบวนการ ดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มหาสารคาม ให้สามารถเทียบเคียงกับการ บริหารจัดการในระดับสากล และเป็นไปอย่าง มีประสิทธิภาพที่ตรงกับความต้องการความ เหมาะสมกับบริบทขององค์กร มีประสิทธิภาพ

มีความต่อเนื่องและยั่งยืน ส่งผลให้การ ปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

### วัตถุประสงค์การวิจัย (Objective)

1. เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการ ของ สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัด มหาสารคาม

2. เพื่อประเมินการมีส่วนร่วมการยกระดับ การบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม

3. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของ การยกระดับคุณภาพการบริหารจัดการของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

### วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) 4 ขั้นตอน (นงลักษณ์ วิรัชชัยและสุวิมล ว่องวาณิช, 2544)<sup>10</sup> มี ระยะเวลาการศึกษารอบ 3 ปี ดำเนินการ ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2564 ถึง มิถุนายน 2566 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอน ดังนี้ **ระยะที่ 1 (ปีที่ 1 พ.ศ. 2564)** ขั้นตอน ที่ 1 การวิจัยตอน 1 (R1) ศึกษาสถานการณ์ เพื่อหาแนวทางและจัดทำแผนการพัฒนา 1 โดยการประชุมระดมสมอง การประชุมกลุ่ม และการสัมภาษณ์ ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนา ตอน 1 (D1) เพื่อพัฒนาตามแผนการพัฒนา 1 ขั้นตอนที่ 3 การวิจัยตอน 2 (R2) เพื่อ ตรวจสอบและประเมินผลการพัฒนา 1 **ระยะ ที่ 2 (ปีที่ 2 พ.ศ. 2565)** ขั้นตอนที่ 4 การ พัฒนาตอน 2 (D2) เพื่อปรับปรุงและพัฒนา แนวทางการพัฒนา 2 ขั้นตอนที่ 3 (ซ้ำรอบ 1)

การวิจัยตอน 3 (R3) เพื่อตรวจสอบและประเมินผลการพัฒนา 2 (ซ้ำรอบ 1) **ระยะที่ 3 (ปีที่ 3 พ.ศ. 2566)** ขั้นตอนที่ 4 (ซ้ำรอบ 1) การพัฒนาตอน 3 (D3) เพื่อปรับปรุงและพัฒนาแนวทางการพัฒนา 3 (ซ้ำรอบ 1) แล้วสรุปรูปแบบการพัฒนา

**ประชากร** คือ ผู้เกี่ยวข้องในการศึกษาการยกระดับคุณภาพการบริหารจัดการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) รวมทั้งสิ้น 155 คน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) ผู้บริหาร จำนวน 6 คน 2) หัวหน้า/ รองหัวหน้ากลุ่มงาน 30 คน และ 3) ผู้ปฏิบัติงานจากทุกกลุ่มงาน จำนวน 119 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับการยกระดับคุณภาพการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการยกระดับคุณภาพการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องต่อการยกระดับคุณภาพการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 20 ข้อ ลักษณะ

แบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ตามแบบมาตรวัดของลิเคอร์ท (Likert's Type Scale) มี 3 ระดับ ได้แก่ มาก ปานกลาง น้อย กำหนดคะแนน 3, 2, 1 คะแนน ตามลำดับ โดยการแปลผล พิจารณาคะแนนที่ได้จากแบบสอบถาม โดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (สุ่มทนา กลางคาร และ วรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553 อ้างอิงจาก Best, 1997)<sup>17</sup> คิดค่าคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด)/ จำนวนขั้น ผลสรุปเป็น 3 ระดับ คือ การมีส่วนร่วมระดับมาก (2.33-3.00) ระดับปานกลาง (1.67-2.33) และระดับน้อย (1.00-1.66) 2. แบบเก็บข้อมูลข้อมูลเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับการยกระดับคุณภาพการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ได้แก่ แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม บันทึกการประชุม

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการตรวจสอบความตรง (Validity) ของแบบสัมภาษณ์ด้านความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ 3 คน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงของเนื้อหา การครอบคลุมเนื้อหา และความชัดเจนของการใช้ภาษา เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency: IOC) และนำข้อเสนอจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อความสมบูรณ์มีความเหมาะสมสำหรับการนำไปใช้ โดยการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถาม

ที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขปรับปรุงไปทดลองใช้ ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องต่อยกระดับคุณภาพการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เท่ากับ 0.949

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน สถิติอนุมาน Paired t-test เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมก่อนและหลังการวิจัย และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัย

การศึกษานี้ให้ความสำคัญและตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้ที่เข้าร่วมการวิจัย งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม และได้ไปรับรองอนุมัติเลขที่ 16/2564 ลงวันที่ 15 กันยายน 2564

#### ผลการวิจัย (Results)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเป้าหมาย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.5 มีอายุเฉลี่ย 42.3 ปี (S.D.=9.5) ซึ่งมีอายุระหว่าง 47-56 ปี ร้อยละ 42.5 การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 69.7 อาชีพรับราชการ ร้อยละ 70.9 เป็นเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงาน PMQA ประจำกลุ่มงาน ร้อยละ 22.6 เคยปฏิบัติงานหรืออบรมเรื่อง PMQA ร้อยละ 100

บริบทการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ จากการวิเคราะห์ปัญหาพบว่า การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการยังไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ ขาดการบูรณาการทำงานทั้งภายในและภายนอกกลุ่มงาน และระบบบริหารจัดการความเสี่ยงเพื่อลดผลกระทบต่อการปฏิบัติงาน ยังไม่ครอบคลุมทุกภารกิจของแต่ละกลุ่มงาน มีการคืนข้อมูลทุกไตรมาส แต่ยังไม่มีการประเมินประสิทธิผลในการบรรลุในทุกไตรมาส การวิเคราะห์และประเมินจุดแข็งจุดอ่อนของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โดยได้ประชุมหาแนวทางวิธีการ การดำเนินงาน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการโดยให้ทุกกลุ่มงานมีส่วนร่วม มีการประชุมติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และมีการสรุปผลการดำเนินงาน ถอดบทเรียนการดำเนินงาน และคืนข้อมูล มีความต้องการหรือความคาดหวังในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ระยะเร่งด่วนคือ บุคลากรมีความเข้าใจ ให้ความร่วมมือในการพัฒนาองค์กร ระยะยาวคือ ต้องการให้การพัฒนามีระบบการประเมิน กำกับ ติดตามงาน คืนข้อมูลแก่ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนางานอย่างเป็นระบบ

ผลการศึกษาขั้นตอนที่ 1 การทำแนวทางและแผนการพัฒนาของปี 2564 ดังนี้

(1) จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร (2) ดำเนินการพัฒนาคูณภาพการบริหารจัดการองค์กรตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 ประกอบด้วย 1) ลักษณะสำคัญขององค์กร 2) เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ 7 หมวด คือ หมวด 1 การนำองค์กร หมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด 3 ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด 4 การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ หมวด 5 บุคลากร หมวด 6 การปฏิบัติการ และหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ (3) นำโอกาสในการปรับปรุงที่ได้จากการประเมินองค์กรด้วยตนเอง เทียบกับเกณฑ์ในหมวดที่ดำเนินการมาจัดทำแผนพัฒนาองค์กร หมวดละ 1 แผน (4) จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการตามเกณฑ์หมวด 7 (5) ดำเนินการตามแผนพัฒนาองค์กร (6) รายงานผลการดำเนินงาน รอบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน ไปยังกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และ (7) การติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

ผลการศึกษาขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาตามแผนการพัฒนาของปี 2564 ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ (1) มีโครงสร้างการดำเนินการพัฒนาคูณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการ PMQA เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานระดับจังหวัด (2) ระดับอำเภอมีการแต่งตั้งคณะกรรมการ PMQA โดยมีสาธารณสุขอำเภอเป็นประธาน ผู้ช่วย

สาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ และเจ้าหน้าที่ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นคณะทำงาน โดยมีการขับเคลื่อนงานผ่านคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) กรรมการบริหารภายในหน่วยงาน (กบน.) และคณะกรรมการชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ทั้ง 13 อำเภอ (3) มีการประชุมมอบนโยบายระดับจังหวัดและอำเภอ โดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เป็นประธาน และนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) เป็นผู้กำกับดูแล และ (4) มีการประชุมคณะทำงานเพื่อวิเคราะห์องค์กร ประเมินจุดแข็งจุดอ่อน แต่ละหมวด

ผลการศึกษาขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบและประเมินผลการพัฒนาของปี 2564 พบว่า การประเมินการพัฒนาคูณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ยังไม่ผ่านเกณฑ์ เมื่อวิเคราะห์รายหมวดพบว่า หมวด 1 การนำองค์กร ได้คะแนน 3.53 หมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ ได้คะแนน 3.30 หมวด 3 ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้คะแนน 2.30 หมวด 4 การวัดวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ ได้คะแนน 3.38 หมวด 5 การมุ่งเน้นบุคลากร ได้คะแนน 2.94 และหมวด 6 การปฏิบัติการ ได้คะแนน 1.50 (เกณฑ์คะแนนเต็ม 5 คะแนน) และจากการวิเคราะห์ปัญหาพบว่า การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการยังไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์

ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ ร้อยละ 73.40 (เป้าหมาย ร้อยละ 95) ขาดการบูรณาการทำงานทั้งภายในและภายนอกกลุ่มงาน และระบบบริหารจัดการความเสี่ยงเพื่อลดผลกระทบต่อการปฏิบัติงานยังไม่ครอบคลุมทุกภารกิจของแต่ละกลุ่มงาน โดยมีข้อเสนอเพื่อปรับปรุงรูปแบบและกระบวนการ คือ (1) ทบทวนลักษณะสำคัญขององค์การ จำนวน 13 ข้อคำถาม ทุกปี (2) พัฒนาศักยภาพ Project manager (PM) ด้านการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ โดยดำเนินการตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 ซึ่งปัญหาที่พบได้นำไปปรับปรุงและพัฒนาแนวทางในการวิจัยขั้นตอนถัดไปในปี 2565

ผลการศึกษาขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุงและพัฒนาแนวทางการพัฒนาในปี 2565 ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ (1) มีโครงสร้างการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงาน Dream Team PMQA เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานระดับจังหวัด (2) ระดับอำเภอมีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) โดยมีสาธารณสุขอำเภอเป็นประธาน ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ และเจ้าหน้าที่ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นคณะทำงาน โดยมีการขับเคลื่อนงานผ่านคณะกรรมการประสานงาน

สาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) กรรมการบริหารภายในหน่วยงาน (กบน.) และคณะกรรมการชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั้ง 13 อำเภอ (3) มีการประชุมมอบนโยบายระดับจังหวัดและอำเภอ โดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เป็นประธาน และนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) เป็นผู้กำกับดูแล (4) มีการประชุมคณะทำงาน Dream Team PMQA ทุกวันอังคาร เพื่อวิเคราะห์องค์กร ประเมินจุดแข็งจุดอ่อน จัดทำแบบ ADLI แต่ละหมวด/ทุกหน่วย/ทุกปี (5) การประสานการดำเนินงานของผู้ปฏิบัติงานใน Group Line “PMQA\_มค” เพื่อให้การปฏิบัติงานระดับจังหวัดและระดับอำเภอมีประสิทธิภาพสูงสุด ตลอดเวลาการพัฒนา และ (6) การให้คำแนะนำ เรียนรู้ และพัฒนา ร่วมกันของ Dream Team PMQA กับ Dream Team PMQA ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ตลอดเวลาการพัฒนา

ผลการศึกษาขั้นตอนที่ 3 (สำรวจ 1) การตรวจสอบและประเมินผลการพัฒนาของปี 2565 (สำรวจ 1) พบว่า การประเมินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม มีผลคะแนนการประเมินเพิ่มขึ้น เมื่อวิเคราะห์รายละเอียดพบว่า หมวด 1 การนำองค์กร ได้คะแนน 4.48 หมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ ได้คะแนน 4.79 หมวด 3 ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้คะแนน

4.17 หมวด 4 การวัดวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ ได้คะแนน 4.08 หมวด 5 บุคลากร ได้คะแนน 4.10 และหมวด 6 การปฏิบัติการ ได้คะแนน 4.19 และร้อยละความสำเร็จของการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการเพิ่มมากขึ้นร้อยละ 92.16 เกิดการบูรณาการการทำงานทั้งภายในและภายนอกกลุ่มงาน และมีระบบบริหารจัดการความเสี่ยงเพื่อลดผลกระทบต่อการปฏิบัติงานครอบคลุมทุกภารกิจของแต่ละกลุ่มงาน โดยมีข้อเสนอเพื่อปรับปรุงรูปแบบและกระบวนการ คือ (1) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้/ การจัดทำองค์ความรู้/ การขยายผล/ การพัฒนา Data Center ของกลุ่มงาน (2) ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรที่โดดเด่นรายการหมวด

ผลการศึกษารายงานตอนที่ 4 (ซ้ำรอบ

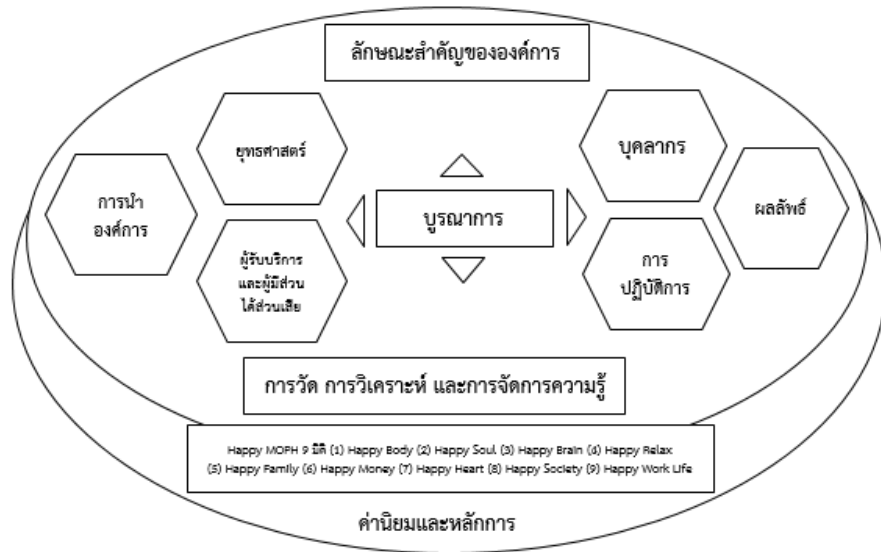
1) การปรับปรุงและพัฒนาแนวทางการพัฒนาในปี 2566 เป็นการยกระดับคุณภาพการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย 8 กิจกรรม คือ (1) การขับเคลื่อนการดำเนินงาน PMQA ภายในองค์กร โดยการมอบนโยบาย PMQA และองค์กรแห่งความสุข เป็นคำรับรองการปฏิบัติราชการระดับบุคคลทุกคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (Individual Performance Agreement : IPA) ( 2 ) มีโครงสร้างการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงาน Dream Team PMQA เพื่อขับเคลื่อนการ

ดำเนินงานระดับจังหวัด (3) ระดับอำเภอมีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) โดยมีสาธารณสุขอำเภอเป็นประธาน ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ และเจ้าหน้าที่ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นคณะทำงาน โดยมีการขับเคลื่อนงานผ่านคณะกรรมการ คปสอ. กบน. และคณะกรรมการชมรม อสม. ทั้ง 13 อำเภอ (4) เร่งการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กร โดยใช้เกณฑ์คุณภาพ PMQA ทั้ง 7 หมวด โดยเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามทุกคนร่วมกันดำเนินการ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้/ การจัดทำองค์ความรู้/ การขยายผล/ การพัฒนา Data Center ของกลุ่มงาน (5) การบูรณาการร่วมกับการดำเนินงาน Happy MOPH ในการสร้างองค์กรสร้างสุขภายใต้ชื่อกิจกรรม “PMQA & Happy MOPH” ดังภาพที่ 1 (6) การติดตามผล มีการคืนข้อมูล การยกระดับการบริหารจัดการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (7) การมีเวทีเชิดชูเกียรติการดำเนินงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของหน่วยงานและระดับอำเภอ และ (8) การสรุปรูปแบบการยกระดับคุณภาพการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โดยยกระดับการพัฒนาในหมวดที่โดดเด่น เพื่อส่งเข้ารับโล่รางวัลจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดังภาพที่ 2 โดยในปี พ.ศ. 2566 สำนักงาน

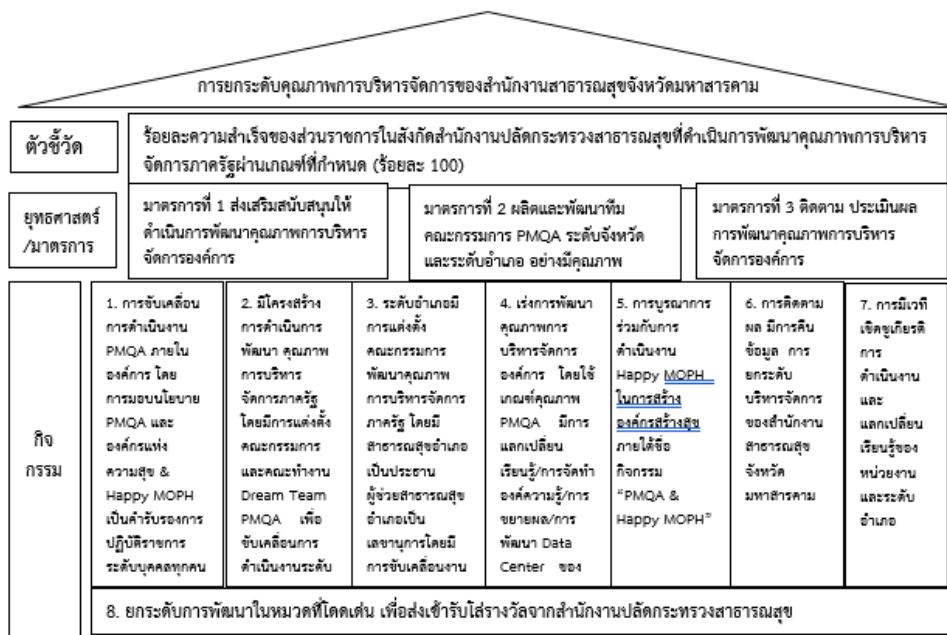
สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ได้รับการตรวจประเมินคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2566 ณ พื้นที่ปฏิบัติงาน Site-Visit จังหวัดมหาสารคาม และผ่านการประเมินการพัฒนาในหมวดที่โดดเด่น ในหมวด 1 การนำองค์การ และหมวด 2 การวางแผนยุทธศาสตร์ ได้รับโล่รางวัลจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สรุปผลลัพธ์การยกระดับคุณภาพการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม หมวด 1 การนำองค์การ ได้ยกระดับการพัฒนามุ่งสู่องค์กรยกระดับเพิ่มผล (Leverage Organization) ในงานบริการสุขภาพ แสวงหาความร่วมมือในการดำเนินงานทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน ถ่ายทอดขยายผลไปสู่องค์กรอื่น หมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ มีการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์องค์กรในบริบทการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงให้บรรลุเป้าหมายของจังหวัด ปี 2566 หมวด 3 ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีการพัฒนาเพื่อยกระดับความพึงพอใจและ

ความสัมพันธ์ของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ปี 2566 หมวด 4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ มีการพัฒนาระบบการจัดการข้อมูล/ความต้องการ และข้อเสนอแนะของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผ่านสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการและสร้างนวัตกรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ยกระดับการประเมินผลการดำเนินงาน ประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของการวิจัยและพัฒนา หมวด 5 บุคลากร มีการพัฒนาระบบการวางแผนและการจัดอัตรากำลังคน ให้สอดคล้องกับโครงสร้างอัตรากำลัง หมวด 6 การปฏิบัติการ มีการพัฒนาประสิทธิภาพกระบวนการในบริบทการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. เพื่อมุ่งสู่นวัตกรรม ซึ่งก่อนการพัฒนาคุณภาพบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.08 (S.D.=0.53) ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.68 (S.D.=0.47) ดังตารางที่ 1



ภาพที่ 1 การบูรณาการ PMQA กับ Happy MOPH สสจ.มหาสารคาม



ภาพที่ 2 รูปแบบการยกระดับคุณภาพการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

**ตารางที่ 1** แสดงการเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องต่อการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐภาพรวมก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม (N=155)

| ระดับการมีส่วนร่วม   | N   | $\bar{x}$ | S.D. | Std. Error Mean | t     | 95%CI  | p-value |
|----------------------|-----|-----------|------|-----------------|-------|--------|---------|
| ก่อนการเข้าร่วมวิจัย | 155 | 2.08      | 0.53 | 0.046           | 2.875 | 0.226- | 0.007*  |
| หลังการเข้าร่วมวิจัย | 155 | 2.68      | 0.47 |                 |       | 0.046  |         |

\* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

การยกระดับคุณภาพการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ปี 2564-2566 ทำให้สามารถประเมินจุดแข็งและโอกาสในการปรับปรุงของกระบวนการทำงานและผลการปฏิบัติงานขององค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพ และพัฒนากระบวนการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ให้สามารถเทียบเคียงกับการบริหารจัดการในระดับสากล และเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพที่ตรงกับความต้องการความเหมาะสมกับบริบทขององค์กร มีประสิทธิภาพ มีความต่อเนื่องและยั่งยืน ส่งผลให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น ซึ่งดำเนินการโดยมีแผนการพัฒนาระบบการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ให้สามารถเทียบเคียงกับการบริหารจัดการในระดับสากล และดำเนินการโดยมีแผนการพัฒนาระบบการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ให้สามารถเทียบเคียงกับการบริหารจัดการในระดับสากล

พัฒนาเพื่อยกระดับความพึงพอใจและความสัมพันธ์ของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด 4 มีแผนการพัฒนาระบบการจัดการข้อมูล/ความต้องการ และข้อเสนอแนะของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผ่านสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการและสร้างนวัตกรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม หมวด 5 มีแผนการพัฒนาระบบการวางแผนและการจัดอัตรากำลังคน ให้สอดคล้องกับโครงสร้างอัตรากำลัง และหมวด 6 มีแผนการพัฒนาระบบการดำเนินงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการและสร้างนวัตกรรม

การวิเคราะห์และประเมินจุดแข็งจุดอ่อนของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โดยได้ประชุมหาแนวทางวิธีการ การดำเนินงาน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการโดยให้ทุกกลุ่มงานมีส่วนร่วม มีการประชุม

ติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และ มีการสรุปผลการดำเนินงาน ถอดบทเรียน การดำเนินงาน และคืนข้อมูล มีความต้องการ หรือความคาดหวังในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ระยะเร่งด่วนคือ บุคลากรมีความเข้าใจ ให้ความร่วมมือในการพัฒนาองค์กร ระยะยาวคือ ต้องการให้การพัฒนามีระบบการประเมิน กำกับ ติดตามงาน คืนข้อมูลแก่ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนางานอย่างเป็นระบบ คล้ายกับการศึกษาของพรชัย ดีไพศาลสกุล<sup>6</sup> พบว่า ความคาดหวัง และการรับรู้ของผู้รับบริการ ต่อคุณภาพบริการ ปัจจัยสำคัญของคุณภาพบริการ คือ แพทย์ ที่มีความรู้ความสามารถ มีจรรยาบรรณ ดูแลเอาใจใส่ ให้ความรู้ความเข้าใจในแผนการรักษา กำหนดแนวทางปฏิบัติให้แก่ผู้ป่วยได้ครบถ้วนควบคู่กับการดูแลเอาใจใส่ ช่วยเหลือด้วยความจริงใจจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ความต้องการเฉพาะของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการ คือ ต้องการความเลิศจิต และสิ่งอำนวยความสะดวก อย่าง สมบูรณ์ ชื่อเสียงของโรงพยาบาล และมาตรฐานการรับรองเป็นสิ่งสำคัญ ที่ผู้รับบริการต้องการได้รับตามความเหมาะสมกับระดับชั้นทางสังคมและฐานะทางการเงิน

การยกระดับคุณภาพการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เกิดการบูรณาการกับงานตามบทบาทขององค์กร โดยหมวด 1 การนำ

องค์การบูรณาการร่วมกับการดำเนินการตามนโยบาย การกำกับดูแลองค์กรที่ดี (OG) ร่วมกับการดำเนินงานคุณธรรมและความโปร่งใสภาครัฐ (ITA) และการดำเนินงานองค์กรคุณธรรมและองค์กรสร้างสุข (Happy MOPH) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม หมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ บูรณาการร่วมกับการขับเคลื่อนนโยบายระดับจังหวัดแบบบูรณาการ คณะกรรมการระดับจังหวัด เช่น คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด / คณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสรจ.) / คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ EMS/ การบูรณาการงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค (PP & P) โดยใช้งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กปท.) ให้มีประสิทธิภาพสูงสุด และการดำเนินการตามประเด็นของการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยบูรณาการงบประมาณ กปท. และตามโครงการพระราชดำริด้านสาธารณสุขของอปท. คล้ายกับการศึกษาของลำพูน จวีร์กษ<sup>14</sup> พบว่า ระดับการบริหารจัดการคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง การมีส่วนร่วมหลังปรับปรุงคุณภาพดีขึ้น ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จคือทีมงาน ภาวะผู้นำ การสร้างองค์ความรู้การกระจายอำนาจในการตัดสินใจ ทำให้การปรับปรุงงานสามารถทำได้ตรงจุด มีการตอบสนองที่ส่งผลต่อความพึงพอใจทั้งนี้การวิจัยครั้งต่อไปควร

ศึกษาเปรียบเทียบกับองค์กรอื่นเพื่อยกระดับคุณภาพ หมวด 3 ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย บูรณาการร่วมกับการสื่อสารประชาสัมพันธ์กับสำนักงานประชาสัมพันธ์จังหวัด/สื่อสารมวลชนทุกช่อง และ Social, Web site หมวด 4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ การบูรณาการร่วมกับการบริหารยุทธศาสตร์และพัฒนาระบบสารสนเทศ (CIO) การดำเนินงานวิชาการ สาธารณสุข การพัฒนางานวิจัยในงานประจำ/งานวิชาการ เพื่อมุ่งสร้างการปฏิบัติที่ดีและนวัตกรรมของกระบวนการหลัก หมวด 5 บุคลากรบูรณาการร่วมกับการดำเนินงาน Happy MOPH ในการสร้างองค์กรสร้างสุข สอดคล้องกับการศึกษาของทิพย์วรรณ จุมแพ และคณะ<sup>8</sup> พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ คำนึงมร่วมองค์กร กลยุทธ์ องค์กร ระบบงาน ทักษะบุคลากร และโครงสร้างองค์กร จึงควรให้ความสำคัญกับทั้ง 5 ปัจจัยเหล่านี้เพื่อช่วยผลักดันให้การพัฒนาคุณภาพประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้น และหมวด 6 การปฏิบัติการ บูรณาการร่วมกับการบริหารการเงินการคลัง (CFO) เพื่อมุ่งสร้างการปฏิบัติที่ดีและนวัตกรรมของกระบวนการสนับสนุน เกิดต้นแบบในการดำเนินงานคือ การบูรณาการ PMQA ในแต่ละหมวดไปสู่งานคุณภาพต่างๆ ในองค์กร ภายใต้ชื่อกิจกรรม “PMQA & Happy MOPH” โดยมีทีมพี่เลี้ยง Dream team PMQA ให้

คำแนะนำ เรียนรู้ และพัฒนาร่วมกันกับทีมปัจจัยแห่งความสำเร็จในการยกระดับคุณภาพการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม มีดังนี้

1. นโยบาย ผู้บริหารให้ความสำคัญขับเคลื่อนการดำเนินงาน PMQA ภายในองค์กร โดยการมอบนโยบาย PMQA และองค์กรแห่งความสุข เป็นคำรับรองการปฏิบัติราชการระดับบุคคลทุกคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (Individual Performance Agreement : IPA) มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ และคณะทำงาน Dream Team PMQA ซึ่งมีตัวแทนจากทุกกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เพื่อเป็นทีมนำในการขับเคลื่อนการยกระดับคุณภาพ การบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
2. การมีส่วนร่วม เร่งการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กร โดยเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามทุกคนร่วมกันดำเนินการ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้/ การจัดทำองค์ความรู้/ การขยายผล/ การพัฒนา Data Center ของกลุ่มงาน และมีการบูรณาการการทำงานร่วมกับงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีแนวทางการยกระดับคุณภาพการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามให้มีประสิทธิภาพสูงสุด และ 3. การติดตามประเมินผล มีการติดตาม ประเมินผล สรุปผล และการคืนข้อมูลการยกระดับการบริหาร

จัดการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ในการประชุมคณะกรรมการบริหารภายใน (กบน.) คณะกรรมการวางแผนและประเมินผล (กวล.) การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ 1) มีแนวปฏิบัติในการยกระดับคุณภาพการบริหารจัดการ ให้สามารถเทียบเคียงกับการบริหารจัดการในระดับสากล และเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพเหมาะสมกับบริบทขององค์กร มีความต่อเนื่องและยั่งยืน 2) เป็นกรอบแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อให้สามารถประเมินจุดแข็งและโอกาสในการปรับปรุงของกระบวนการทำงาน และพัฒนาระบบงานการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3) เป็นกรอบแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับจังหวัด ระดับเขตสุขภาพ และระดับประเทศ 4) พัฒนาการขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มุ่งเน้นให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยได้รับบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสม โดยการบูรณาการความร่วมมือและงบประมาณจากทุกภาคส่วนเข้ามามีบทบาทในการร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงาน

### ข้อเสนอแนะ

การยกระดับคุณภาพการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งจะนำไปสู่การดำเนินงานที่

ยั่งยืนดังต่อไปนี้ 1) การดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ผู้บริหารต้องมอบเป็นนโยบายสำคัญ และมีการมอบหมายผู้รับผิดชอบและผู้ปฏิบัติงานอย่างชัดเจน 2) การสนับสนุนการนำเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพในการบริหารจัดการภาครัฐ มาใช้ในการบริหารองค์กรอย่างต่อเนื่อง และทบทวนลักษณะสำคัญขององค์กรทุกปี 3) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ 4) มีการประชุมคณะทำงานเดือนละ 1 ครั้ง และประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐทุกไตรมาส 5) มีการสรุปผลและรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานเดือนละ 1 ครั้ง และมีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนจากการดำเนินงานไตรมาสละ 1 ครั้ง

### กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามและรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ผู้บริหารสาธารณสุขระดับอำเภอของจังหวัดมหาสารคาม ผู้บริหารสาธารณสุขระดับกลุ่มงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม และเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเสียสละเวลามีส่วนร่วมในการดำเนินการทุกขั้นตอนเป็นอย่างดี

### เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. **เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ**. วิชั่น พันท์ แอนด์ มีเดีย จำกัด. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร; 2562.
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สิบสอง พ.ศ. 2560-2564**. สำนักนายกรัฐมนตรี; 2560.
3. กองยุทธศาสตร์และแผน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. **แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561**. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
4. งานนิเทศงานและประเมินผล กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข. **คู่มือการนิเทศงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2562**. มหาสารคาม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม; 2563.
5. งานยุทธศาสตร์สุขภาพ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข. **เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ กระทรวงสาธารณสุขรอบที่ 1/2563**. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม; 2563.
6. งานนิเทศงานและประเมินผล กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข. **คู่มือการประเมินผลการปฏิบัติราชการ (KPIs) ประจำปีงบประมาณ 2562**. มหาสารคาม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม; 2563.
7. นงลักษณ์ นิรัชชัย, สุวิมล ว่องวาณิช. **การวิจัยและการพัฒนาเพื่อการปฏิรูปทั้งโรงเรียน**. กรุงเทพมหานคร: คณะครูศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2544.
8. สมัทนา กลางคาร และวราภรณ์ พรหมสัตยพรต. **หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ**. มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์-สารคามเปเปอร์; 2553.
9. นิโรธ เดชกำแหง. **การพัฒนากลยุทธ์การจัดการคุณภาพขององค์การธุรกิจการจัดงานแสดงสินค้าในประเทศไทย**. 2558.
10. พรชัย ดีไพศาลสกุล. **ความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการโรงพยาบาล เพื่อศึกษาการรับรู้และความคาดหวังของผู้รับบริการในคุณภาพบริการโรงพยาบาล**. วารสารวิชาการ. 2557; 6(1): 573-92.
11. ประชาภรณ์ ทัพโพธิ์. **ปัจจัยที่ผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐม**. วารสารวิชาการ. 2557; 7(2): 475-91
12. ลำพูน ฉวีรักษ์. **การประยุกต์ใช้เกณฑ์**

รางวัลคุณภาพการบริหารจัดการ  
ภาครัฐเพื่อการปรับปรุง คุณภาพการ  
บริการของสำนักงานสาธารณสุข  
อำเภอกรณีศึกษา สำนักงาน  
สาธารณสุขอำเภอตระการพืชผล  
จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการ  
ศรีปทุม ชลบุรี. 2555; 10(4): 95-102.

13. ทิพย์วรรณ จุ่มแพง, กุหลาบ รัตนสังวรรม  
, วัลลภ ใจดี. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ  
ความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพการ  
บริหารจัดการภาครัฐ ของหน่วยงาน  
ระดับเขต กระทรวงสาธารณสุข.  
บริหารจัดการภาครัฐขององค์กร  
ปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษา  
เทศบาลนครสมุทรสาคร.2553.

วารสาร สาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา;  
2555. 7(2), 38-52.

14. ฉัตรชัย บัวกันต์. สภาพการดำเนิน  
พัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการ  
ภาครัฐของสำนักงานคณะกรรมการ  
อุดมศึกษา. กรุงเทพมหานคร: สำนัก  
คณะกรรมการการอุดมศึกษา; 2553.
15. ฤๅษณู รอดรักษา. ศึกษาคุณภาพการ  
บริหารจัดการภาครัฐขององค์กร  
ปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษา  
เทศบาลนครสมุทรสาคร.2553



## การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งกล่องเสียงที่ได้รับการผ่าตัด ใส่ท่อหลอดลมคอ : กรณีศึกษา

สุทิดา แก้วสนธิยา<sup>1</sup> ทรงสุตา หมั่นไธสง<sup>2</sup> พัทธราภา กาญจนอุดม<sup>3</sup> และสมปรารถนา สุดใจนาค<sup>4</sup>

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษาผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงที่ได้รับการผ่าตัดใส่ท่อหลอดลมคอ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลแบบองค์รวมและการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย การสังเกต และการทบทวนเวชระเบียน ระหว่างวันที่ 7-13 เมษายน 2567 รวมระยะเวลา 7 วัน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยชายไทยอายุ 52 ปี มาด้วยภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจเฉียบพลันจากก้อนมะเร็งที่คอ ได้รับการผ่าตัด Tracheostomy with DL with biopsy under GA ปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การสื่อสารบกพร่อง และการปรับตัวต่อสภาพลักษณะที่เปลี่ยนแปลง การพยาบาลมุ่งเน้นการดูแลตามระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และการวางแผนจำหน่ายโดยใช้หลัก D-METHOD ร่วมกับนวัตกรรมการสอน ผลลัพธ์พบว่าผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ผลหายดี ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลท่อหลอดลมคอได้ถูกต้อง มีความพึงพอใจต่อการดูแลร้อยละ 95 การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการพยาบาลแบบองค์รวมและการวางแผนจำหน่ายอย่างเป็นระบบ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้าน ลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษานี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงที่ได้รับการผ่าตัดใส่ท่อหลอดลมคอในสถานพยาบาลอื่น และเป็นแนวทางในการพัฒนางานวิจัยที่มีขนาดกลุ่มตัวอย่างใหญ่ขึ้นในอนาคต เพื่อยืนยันประสิทธิผลของการดูแลและพัฒนาคุณภาพการพยาบาลต่อไป

**คำสำคัญ :** มะเร็งกล่องเสียง, การพยาบาลแบบองค์รวม, การวางแผนจำหน่าย, การผ่าตัดเจาะคอ

<sup>1</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชลบุรี

<sup>2</sup>อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

<sup>3-4</sup>อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

\*Corresponding Author; Sompratthana Sudjainark , Email: sompratthana@bnc.ac.th

Received: October 30, 2024; Revised December 20, 2024; Accepted December 21, 2024

## **Nursing Care of Laryngeal Carcinoma Patients Post-Laryngectomy with Tracheostomy : A Case Study**

*Suthisa Kaewsontaya<sup>1</sup>, Songsuda Muenthaisong<sup>2</sup>, Patcharapa Kanchanaudom<sup>3</sup>,  
Sompratthana Sudjainark<sup>4</sup>*

### **ABSTRACT**

This case study examines a patient with laryngeal cancer who underwent tracheostomy surgery. The study aimed to explore holistic nursing care and discharge planning for this patient. Data were collected through interviews, physical assessments, observations, and medical record reviews from April 7 to 13, 2024, for a total duration of six days. The results revealed that the patient, a 52-year-old Thai male, presented with acute airway obstruction caused by a neck tumor. He underwent a tracheostomy with direct laryngoscopy (DL) and biopsy under general anesthesia. Key nursing issues included airway obstruction, preoperative anxiety, postoperative complications, impaired communication, and adaptation to altered body image. Nursing care focused on preoperative, postoperative, and discharge planning phases, incorporating the D-METHOD approach along with patient education strategies and instructional innovations. Outcomes indicated that the patient was free from complications, and the surgical wound healed well. Additionally, both the patient and relatives were able to properly manage the tracheostomy tube. Satisfaction with care was rated at 95%. This study demonstrated that holistic nursing and systematic discharge planning effectively prepared patients and their families for self-care at home, reduced the risk of complications, and improved quality of life. The findings from this study can be applied to develop nursing care protocols for laryngeal cancer patients with tracheostomy in other healthcare settings. Further research with larger sample sizes is recommended to confirm the effectiveness of this care approach and to enhance the quality of nursing care.

**Key words :** Laryngeal cancer, holistic nursing, discharge planning, tracheostomy

---

<sup>1</sup>Registered Nurse, Professional Level, Chon buri Hospital <sup>2</sup> A lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute <sup>3-4</sup> A lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Chon buri, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

## บทนำ (Introduction)

มะเร็งกล่องเสียงเป็นโรคที่พบได้บ่อยในกลุ่มมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอ โดยพบเป็นอันดับ 3 รองจากมะเร็งหลังโพรงจมูกและมะเร็งโพรงจมูก<sup>1</sup> จากข้อมูลทะเบียนมะเร็งระดับประเทศ ปี พ.ศ. 2562-2564 พบผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงในอัตรา 3.7, 2.3 และ 2.4 คนต่อแสนประชากรตามลำดับ<sup>2</sup> โดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงถึง 10 เท่า และมักพบในผู้ที่มีอายุระหว่าง 50-70 ปี<sup>3</sup> จากสถิติผู้ป่วยของหู คอ จมูก ที่มีปัญหาการอุดกั้นทางเดินหายใจ ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเจาะคอและใส่ท่อหลอดลมคอ ทั้งจากพยาธิสภาพของโรคและจากภาวะแทรกซ้อนในหอผู้ป่วยสามัญ หู คอ จมูก โรงพยาบาลชลบุรี ในปีงบประมาณ 2564 - 2566 มีจำนวน 7,164 และ 69 ราย ตามลำดับ<sup>4</sup> มะเร็งกล่องเสียงเป็นเนื้องอกร้ายที่เกิดขึ้นบริเวณเนื้อเยื่อของกล่องเสียง<sup>5</sup> สาเหตุสำคัญมาจากการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ ร่วมกับปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น การสัมผัสสารก่อมะเร็ง การติดเชื้อไวรัส HPV และภาวะกรดไหลย้อน<sup>6</sup> ผู้ป่วยมักมาพบแพทย์ด้วยอาการเสียงแหบเรื้อรัง กลืนลำบาก หายใจลำบาก หรือมีก้อนที่คอ<sup>7</sup> โดยเฉพาะในระยะลุกลามที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจ จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเจาะคอใส่ท่อหลอดลมคอ<sup>8-9</sup> โดยผู้ป่วยมักเผชิญความท้าทายในการดูแลตนเองหลังจำหน่าย ทั้งการจัดการท่อหลอดลมคอ การกำจัด

เสมหะ และการสื่อสาร<sup>10-11</sup> การขาดความรู้ และทักษะในการดูแลตนเองเป็นสาเหตุสำคัญของการกลับเข้ารับรักษา โดยพบอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วันสูงถึงร้อยละ 15-20<sup>12</sup> การวางแผนจำหน่ายเป็นกระบวนการสำคัญยิ่งในการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน เช่น ผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงที่ต้องดูแลท่อหลอดลมคอ การศึกษาของ Mansour และคณะ พบว่าการเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลังกลับบ้านและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้<sup>12</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของ Ionescu และคณะ ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายอย่างเหมาะสมมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าและมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่า<sup>13</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของ Wang และคณะ ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงที่ได้รับการฝึกทักษะในการดูแลหลังผ่าตัด เช่น การทำความสะอาดท่อหลอดลมคอและการสังเกตภาวะแทรกซ้อน มีผลต่อการลดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มความมั่นใจในการดูแลตนเอง<sup>10</sup> การใช้หลัก D-METHOD ในการวางแผนจำหน่ายเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Ritklar ที่แสดงให้เห็นว่าการใช้หลัก D-METHOD ช่วยลดอัตราการกลับเข้ารับซ้ำในโรงพยาบาลและเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล<sup>14</sup> เช่นเดียวกับ

การศึกษาของ Kaewjam and Jinawin ที่ยืนยันว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนจำหน่าย โดยใช้ D-METHOD มีทักษะในการดูแลตนเองดีขึ้นและมีความพึงพอใจต่อบริการสูงขึ้น<sup>15</sup> ด้วยเหตุนี้ ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงที่ได้รับการผ่าตัดใส่ท่อหลอดลมคอ เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมถึงการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ โดยมุ่งหวังผลลัพธ์เชิงปฏิบัติที่สำคัญ ได้แก่ การลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่าย โดยเฉพาะการติดเชื้อและการอุดตันของท่อหลอดลมคอ การเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว และการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในด้านการสื่อสาร การทำกิจวัตรประจำวัน และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและผลลัพธ์ที่ดีของผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษา เพื่อศึกษาปรากฏการณ์อย่างลึกซึ้งในบริบทจริงที่สามารถอธิบายกระบวนการพยาบาลได้อย่างละเอียด การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) โดยการเก็บข้อมูลจากหลายแหล่ง ได้แก่ การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกตโดยตรง และการทบทวนเวชระเบียน รวมทั้งการตรวจสอบข้อมูลโดย

ผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง โดยมีขั้นตอนดังนี้:

1. คัดเลือกผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงที่ได้รับการผ่าตัดใส่ท่อหลอดลมคอที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก จักษุ โรงพยาบาลชลบุรี
2. รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ และการสังเกตอาการทางคลินิก
3. วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินสภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล
4. สรุปผลการศึกษาและจัดทำข้อเสนอแนะสำหรับการพยาบาลผู้ป่วย

### รายงานผู้ป่วย (Case Presentation)

**ข้อมูลทั่วไป :** ผู้ป่วยชายไทย อายุ 52 ปี สถานภาพสมรส นับถือศาสนาพุทธ อาชีพรับจ้าง จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลวันที่ 7 เมษายน 2567 จำหน่ายวันที่ 13 เมษายน 2567 รวมระยะเวลาในการดูแล 7 วัน

**อาการสำคัญ :** 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบ กระสับกระส่าย หายใจลำบากมากขึ้น

**ประวัติการเจ็บป่วย :** 1 ปีก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยสังเกตพบก้อนในคอ

ด้านขวา ไม่มีอาการกดเจ็บ ไม่มีกลิ่นลำปาก หายใจดี ไม่มีหอบเหนื่อย มารับการรักษาที่โรงพยาบาล แพทย์สงสัยมะเร็งกล่องเสียง วางแผนทำผ่าตัด Direct laryngoscope with esophagoscope with biopsy และแนะนำ ให้เจาะท่อใส่หลอดลมคอ แต่ผู้ป่วยปฏิเสธ การรักษา 7 เดือนก่อนมารับการรักษา ก่อนที่ คอขวาโตมากขึ้น กลืนลำบาก น้ำหนักลด 8 กิโลกรัมในเวลา 5 เดือน มีหายใจหอบเหนื่อย เป็นระยะๆ ซ้ำยาสมุนไพรรับประทานเอง และให้ oxygen cannula ที่บ้าน 1 วันก่อน มาโรงพยาบาล เหนื่อยหอบมากขึ้น กระสับกระส่าย จึงเรียกรถ EMS นำส่ง โรงพยาบาลบ่อทอง แพทย์ให้ Oxygen Mask with Reservoir Bag 100% แต่อาการไม่ดีขึ้น จึงใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal tube) เบอร์ 6.5 ลึก 22 เซนติเมตร ต่อกับเครื่องช่วยหายใจ พบชีพจร 190 BPM ทำ EKG พบ Atrial fibrillation rate 190 BPM ได้รับยา Cordarone 300 mg IV drip ใน 30 นาที ตามด้วย 900 mg ใน 5% D/W 500 ml IV drip 24 ชั่วโมง ชีพจรลดลงเหลือ 106 BPM จึงส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลชลบุรี

#### ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต:

ปฏิเสธโรคประจำตัว ต้มสุรานาน 30 ปี หยุดมา 1 ปี สูบบุหรี่วันละ 5 มวน มานาน 30 ปี ปัจจุบันยังสูบบุหรี่

**การวินิจฉัยและการรักษา:** แพทย์วินิจฉัยเป็นมะเร็งกล่องเสียงและมีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน (CA Larynx

with upper airway obstruction) ให้การรักษา ดังนี้ 1) ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ 2) ให้ยาปฏิชีวนะ Tazocin 4.5 กรัม ทุก 6 ชั่วโมง 3) ให้เลือด PRC 1 unit และ 4) ทำผ่าตัด Tracheostomy with DL with biopsy under GA วันที่ 9 เมษายน 2567

#### การประเมินสภาพร่างกายการ

**ประเมินสภาพร่างกาย :** แกร็บที่หอผู้ป่วย สามัญโรค ศอ นาสิก จักษุ วันที่ 7 เมษายน 2567 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีภาวะหายใจลำบาก จากทางเดินหายใจอุดกั้น มีก้อนที่คอ ด้านขวา แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจเบอร์ 6.5 ลึก 22 ซม. ต่อเครื่องช่วยหายใจ สัญญาณชีพแกร็บ อุณหภูมิ 37.1°C ชีพจร 100 BPM ไม่สม่ำเสมอ หายใจ 20 BPM ความดันโลหิต 116/79 mmHg. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 100% ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบภาวะซีด (Hct 21.7%) แพทย์ให้เลือด PRC 1 unit และมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบ Atrial fibrillation ได้รับการรักษาด้วยยา Cordarone วันที่ 8 เมษายน 2567 (Day 2) ผู้ป่วยยังคงใช้เครื่องช่วยหายใจ พบมีเสมหะมาก ผลตรวจพบการติดเชื้อในทางเดินหายใจ (WBC 31,180 cell/mm<sup>3</sup>, Neutrophils 92.4%) แพทย์ให้ยาปฏิชีวนะ Tazocin 4.5 กรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง สัญญาณชีพดีขึ้น ชีพจรสม่ำเสมอ 90 BPM ความดันโลหิต 120/70 mmHg. หายใจ 18 BPM ค่าความ

เข้มข้นของเลือดหลังให้เลือดเพิ่มขึ้นเป็น 31.1% ค่าโพแทสเซียม 4.6 mEq/L วันที่ 9-10 เมษายน 2567 (Day 3-4) หลังผ่าตัดเจาะคอ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจได้เอง ได้รับออกซิเจนผ่าน mask with bag 8 ลิตร/นาที่ สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 37.0°C ชีพจร 88 BPM ความดันโลหิต 118/72 mmHg. หายใจ 16 BPM บริเวณแผลผ่าตัดมีเลือดซึมเล็กน้อย ผู้ป่วยมีอาการปวดแผล Pain score 2/10 ได้รับยา Morphine Sulfate 10 มิลลิกรัม ทางสายยางทุก 12 ชั่วโมง วันที่ 11-13 เมษายน 2567 (Day 5-7) ก่อนจำหน่าย สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.8°C ชีพจร 82 BPM ความดันโลหิต 120/78 mmHg. หายใจสม่ำเสมอ 18 BPM ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน 98% ขณะหายใจเองผ่านท่อเจาะคอ แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีการติดเชื้อหรือเลือดซึม ผู้ป่วยสามารถไอขับเสมหะได้ดี ไม่มีเสียงหวีดในท่อ Pain score 0-1/10 รับประทานอาหารทางสายยางได้ดี น้ำหนักคงที่

**การประเมินแบบแผนสุขภาพตามกรอบของกอร์ดอน :** 1) **การรับรู้สุขภาพ :** ทราบว่ามีโอกาสเป็นมะเร็งจากก้อนที่คอโตขึ้น กลืนลำบาก รับประทานอาหารได้น้อย 2) **โภชนาการ :** รับประทาน

อาหารได้น้อยลง น้ำหนักลด 8 กก. ใน 5 เดือน 3) **การขับถ่าย :** ปกติ 4) **กิจวัตรประจำวัน :** ทำงานบ้าน ทำสวน 5) **การพักผ่อน :** นอนหลับ 6-7 ชั่วโมง แต่ 1 สัปดาห์ก่อนมา นอนราบไม่ได้ 6) **สติปัญญาและการรับรู้ :** ปกติ 7) **การรับรู้ตนเอง :** กังวลเรื่องการเจ็บป่วย 8) **บทบาทและสัมพันธภาพ :** มีภรรยาและบุตรสาว 2 คน สัมพันธภาพดี 9) **การปรับตัวกับความเครียด :** วิตกกังวลเรื่องการเจ็บป่วยและการขาดรายได้ การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง กล้องเสียงที่ได้รับการผ่าตัดใส่ท่อหลอดลมคอเป็นกระบวนการที่ต้องการการวางแผนพยาบาลที่ครอบคลุมและละเอียดถี่ถ้วน

เนื่องจากผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และการดำเนินชีวิตประจำวัน การวางแผนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพได้อย่างเหมาะสมและกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพจากการศึกษากรณีผู้ป่วยรายนี้ตลอดระยะเวลา 7 วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สามารถจำแนกปัญหาและการพยาบาลตามระยะการดูแล โดยมีรายละเอียดดังตารางที่ 1<sup>16-17</sup>

**ตารางที่ 1** ตารางแสดงปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญในแต่ละระยะ

| ระยะการดูแล                                        | ปัญหาทางการพยาบาล                                             | ข้อมูลสนับสนุน:                                                                                                                                                             | การพยาบาล                                                                                                                                                                                                                                                                    | ผลการประเมิน                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>พยาบาล</b>                                      |                                                               |                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                 |
| 1. ระยะแรกเริ่ม (7-8 เมษายน 2567)                  | 1.1 มีภาวะอุดกันทางเดินหายใจส่วนบน เนื่องจากมีก้อนที่คอ       | S: - ผู้ป่วยบอกหายใจลำบาก เหนื่อยหอบมาก<br>O: - RR 32 BPM<br>- SpO2 90% with O2 cannula<br>- กระสับกระส่าย<br>- มีก้อนที่คอด้านขวา ขนาด 5x6 ซม.<br>- ใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ | - ประเมินการหายใจทุก 15 นาทีใน 1 ชั่วโมงแรก และทุก 2 ชั่วโมงหลังอาการคงที่<br>- จัดทำนอนศีรษะสูง 30-45 องศา<br>- เตรียมผู้ป่วยและอุปกรณ์สำหรับใส่ท่อช่วยหายใจ<br>- ดูแลให้ได้รับออกซิเจนเพียงพอ<br>- ดูแลเสมหะเมื่อจำเป็น<br>- ใส่ระวางภาวะหายใจล้มเหลว<br>- บันทึกสัญญาณชีพ | - อัตราการหายใจลดลง เป็น 18-20 BPM<br>- SpO2 เพิ่มขึ้นเป็น 100% หลังใส่ท่อช่วยหายใจ<br>- ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจ |
|                                                    | 1.2 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ | S: - ผู้ป่วยรู้สึกใจสั่น<br>O: - AF with RR 190/min-<br>- BP 150/95 mmHg<br>- EKG: Atrial fibrillation<br>- ได้รับ Cordarone IV                                             | - ติดตาม V/S ทุก 15 นาที<br>- ประเมิน EKG อย่างต่อเนื่อง<br>- บริหารยา Cordarone ตามแผนการรักษา<br>- ใส่ระวางภาวะแทรกซ้อนจากยา<br>- เตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้พร้อม<br>- ดูแลให้ได้รับออกซิเจนเพียงพอ                                                                         | - อัตราการเต้นของหัวใจลดลงเป็น 106 BPM<br>- ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากยา<br>- BP 120/80 mmHg<br>- คลื่นไฟฟ้าหัวใจกลับสู่ภาวะปกติ      |
|                                                    | 1.3 มีภาวะซีด                                                 | S: - ผู้ป่วยบ่นอ่อนเพลีย<br>O: - Hct 21.7%<br>- ผิวซีด เล็บซีด<br>- อ่อนเพลีย                                                                                               | - ดูแลให้ได้รับเลือด PRC 1 unit<br>- ติดตามสัญญาณชีพทุก 15 นาทีขณะให้เลือด<br>- สังเกตอาการแทรกซ้อนจากการให้เลือด<br>- ประเมินระดับความรู้สึกตัว                                                                                                                             | - Hct เพิ่มขึ้นเป็น 31.1%<br>- ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือด<br>- ผู้ป่วยมีแรงมากขึ้น                                         |
|                                                    | 1.4 วิตกกังวล                                                 | S: - ผู้ป่วยบอกกังวลเรื่องการรักษา<br>- สิ้นหน่วิตกกังวล<br>O: - BP และ HR สูงขึ้น<br>- นอนไม่หลับ                                                                          | - ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษา<br>- เปิดโอกาสให้ซักถาม<br>- รับฟังด้วยท่าที่เห็นอกเห็นใจ<br>- ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล<br>- สร้างสัมพันธภาพที่ดี                                                                                                                      | - ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล<br>- สิ้นหน่วิตกกังวล<br>- นอนหลับได้<br>- ให้ความร่วมมือในการรักษา                                  |
| 2. ระยะเตรียมและหลังผ่าตัดทันที (9-10 เมษายน 2567) | 2.1 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด                         | S: - ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด<br>Tracheostomy<br>O: - แผลผ่าตัดที่คอ<br>- มีท่อเจาะคอ<br>- V/S: T 37.2°C, BP 130/80 mmHg                                                      | - ใส่ระวางภาวะเลือดออก<br>- ดูแลแผลผ่าตัด<br>- ประเมินการหายใจ<br>- ติดตามสัญญาณชีพ<br>- ดูแลความสะอาด<br>- ใส่ระวางการติดเชื้อ                                                                                                                                              | - ไม่มีภาวะเลือดออก<br>- แผลผ่าตัดแห้งดี<br>- สัญญาณชีพปกติ<br>- ไม่มีไข้                                                       |

| ระยะการดูแล                           | ปัญหาทางการพยาบาล                                    | ข้อมูลสนับสนุน:                                                                                           | การพยาบาล                                                                                                                                                          | ผลการประเมิน                                                                                                      |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                       | 2.2 มีความไม่สุขสบาย เนื่องจากความเจ็บปวดหลังผ่าตัด  | S: - บอกปวดแผลผ่าตัด<br>- Pain score 7/10<br>O: - สีหน้าบึ้งตึง<br>- กระสับกระส่าย<br>- BP และ HR สูงขึ้น | - ประเมินความปวดทุก 2-4 ชั่วโมง<br>- ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา<br>- จัดท่านอนที่สุขสบาย<br>- ใช้เทคนิคการผ่อนคลาย<br>- บันทึกอาการปวดและการตอบสนองต่อยา            | - Pain score ลดลง<br>- < 4/10<br>- สีหน้าสดชื่นขึ้น<br>- สัญญาณชีพปกติ<br>- พักผ่อนได้                            |
|                                       | 2.3 มีการสื่อสารบกพร่อง                              | S: - ไม่สามารถพูดได้<br>O: - มีท้องอืด<br>- พยายามสื่อสารด้วยท่าทาง<br>- สีหน้าหงุดหงิด                   | - สอนวิธีการสื่อสารทางเลือก<br>- จัดหากระดานสื่อสาร ปากกา<br>- ให้ครอบครัวมีส่วนร่วม<br>- ใช้คำถามที่ตอบได้ด้วยการพยักหน้า<br>- ให้กำลังใจ                         | - ผู้ป่วยสามารถสื่อสารความต้องการได้<br>- ครอบครัวเข้าใจวิธีการสื่อสาร<br>- ผู้ป่วยคลายความกังวล                  |
| 3. ระยะฟื้นฟู (11-12 เมษายน 2567)     | 3.1 เสี่ยงต่อการอุดหลอดลมคอ                          | S: - ไอมีเสมหะ<br>O: - เสมหะเหนียวข้น<br>- มีเสียงหวีดในท่อ<br>- SpO2 95%                                 | - สอนการไอขับเสมหะอย่างมีประสิทธิภาพ<br>- ดูแลความชื้นของทางเดินหายใจ<br>- ฟันละอองน้ำตามแผนการรักษา<br>- ดูดเสมหะตามความเหมาะสม<br>- ประเมินลักษณะเสมหะ           | - ทางเดินหายใจโล่ง<br>- ไม่มีเสียงหวีดจากท่อ<br>- หลอดลมคอ<br>- SpO2 98-100%<br>- เสมหะลดลง                       |
|                                       | 3.2 มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง                      | S: - กังวลเรื่องการดูแลท่อ<br>O: - ขาดความมั่นใจในการทำ ความสะอาด<br>- ต้องการความช่วยเหลือ               | - สอนการทำความสะอาดท่อหลอดลมคอ<br>- สาธิตและให้ฝึกปฏิบัติ<br>- ให้ญาติมีส่วนร่วมในการเรียนรู้<br>- ประเมินทักษะการดูแลตนเอง<br>- ให้กำลังใจและเสริมพลัง            | - ผู้ป่วยสามารถทำความสะอาดท่อ<br>- หลอดลมคอได้<br>- แสดงความมั่นใจในการดูแลตนเอง<br>- ญาติร่วมดูแลได้อย่างถูกต้อง |
|                                       | 3.3 การปรับตัวบกพร่อง                                | S: - กังวลเรื่องภาพลักษณ์<br>O: - แยกตัว<br>- สีหน้าเศร้า<br>- ไม่อยากพบญาติ/เพื่อน                       | - ให้คำปรึกษาด้านจิตใจ<br>- ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว<br>- แนะนำการดูแลภาพลักษณ์<br>- ชี้ให้เห็นความก้าวหน้าในการฟื้นฟู<br>- ให้พบผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จ | - ผู้ป่วยมีทัศนคติเชิงบวก<br>- ยอมรับการเปลี่ยนแปลง<br>- พร้อมกลับสู่สังคม                                        |
| 4. ระยะเตรียมจำหน่าย (13 เมษายน 2567) | 4.1 มีความต้องการความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้าน | S: - ต้องการความรู้เพิ่มเติม<br>O: - ซักถามเกี่ยวกับ การดูแลต่อเนื่อง<br>- ต้องการคำแนะนำเพิ่มเติม        | - ให้ความรู้เรื่องการดูแลท่อหลอดลมคอที่บ้าน<br>- สาธิตและให้ฝึกปฏิบัติ<br>- สอนการสังเกตสัญญาณอันตราย<br>- มอบคู่มือการดูแลตนเอง<br>- ใช้สื่อวีดิทัศน์ประกอบการสอน | - ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลท่อหลอดลมคอได้ถูกต้อง<br>- สามารถบอกสัญญาณอันตราย<br>- แสดงความมั่นใจในการดูแล          |

| ระยะการดูแล | ปัญหาทางการพยาบาล                              | ข้อมูลสนับสนุน:                                                                  | การพยาบาล                                                                                                                                                | ผลการประเมิน                                                                                      |
|-------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4.2         | เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่าย               | S: - กังวลเรื่องภาวะแทรกซ้อน<br>O: - ชักถามเกี่ยวกับอาการผิดปกติ                 | - ให้ความรู้เรื่องสัญญาณอันตราย<br>- แนะนำการมาตรวจตามนัด<br>- ให้เบอร์โทรติดต่อฉุกเฉิน<br>- สอนการแก้ไขปัญหาเบื้องต้น<br>- ประสานงานกับทีมเยี่ยมบ้าน    | - ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกสัญญาณอันตรายได้<br>- ทราบวิธีติดต่อทีมสุขภาพ<br>- มีความมั่นใจในการดูแล |
| 4.3         | ต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้านช่วยเหลือที่บ้าน | S: - ต้องการความช่วยเหลือที่บ้าน<br>O: - บ้านอยู่ห่างไกล<br>- ครอบครัวทำงานประจำ | - ประสานงานกับทีมเยี่ยมบ้าน<br>- จัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็น<br>- วางแผนการติดตามดูแล<br>- ประสานงานกับ รพ.สต. ใกล้บ้าน<br>- ให้ข้อมูลแหล่งประโยชน์ในชุมชน | - มีแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน<br>- ได้รับการประสานงานกับทีมสุขภาพในชุมชน<br>- ครอบครัวพร้อมดูแล  |

**การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Planning)** การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอเป็นกระบวนการที่ต้องเตรียมความพร้อมทั้งผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างมั่นใจ ประกอบด้วย:

- การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว (Readiness Assessment): พยาบาลประเมินความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลท่อเจาะคอ การจัดการกับภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นและความพร้อมด้านจิตใจ

- การจัดเตรียมอุปกรณ์และทรัพยากรที่จำเป็น (Equipment and Resource Provision): พยาบาลจัดหาและเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลท่อเจาะคอที่บ้าน เช่น เครื่องดูดเสมหะ น้ำเกลือ และอุปกรณ์ทำความสะอาดท่อ

- การติดตามผลหลังจำหน่าย (Post-Discharge Follow-Up): วางแผนการติดตามผลหลังจากผู้ป่วยกลับบ้าน โดยการนัดตรวจที่โรงพยาบาลและการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลชุมชน

- การสร้างเครือข่ายสนับสนุนในชุมชน (Community Support Network): เชื่อมโยงผู้ป่วยและครอบครัวกับกลุ่มสนับสนุนในชุมชน เพื่อเพิ่มการสนับสนุนทางสังคม

**แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอ** การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงที่ได้รับการผ่าตัดใส่ท่อหลอดลมคอมีความซับซ้อนเนื่องจากผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลายประการ และต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน พยาบาลจึงได้วางแผนการจำหน่าย ให้ความรู้โดยใช้หลัก D-METHOD<sup>14</sup> โดยมีรายละเอียดดังตารางที่ 2

## ตารางที่ 2 : การให้ความรู้ตามหลัก D-METHOD

| หัวข้อ                                             | เนื้อหาการสอน                                                                                                                                                                          | การประเมินผล                                      |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 1. Disease (ความรู้เกี่ยวกับโรค)                   | - ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งกล่องเสียง การดำเนินของโรค และแผนการรักษา<br>- สอนการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์                                                                  | ผู้ป่วย/ญาติสามารถบอกอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ |
| 2. Medication (การใช้ยา)                           | - ให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่ได้รับ โดยเฉพาะยา Metoprolol สำหรับควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจ<br>- สอนวิธีการให้ยาทางสายยางให้อาหาร<br>- อธิบายอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นและการจัดการ      | ผู้ป่วย/ญาติให้ยาได้ถูกต้อง                       |
| 3. Environment & Economic (สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ) | - แนะนำการจัดสภาพแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม เช่น การจัดเตียงนอน การระบายอากาศ<br>- ประเมินความพร้อมด้านอุปกรณ์และค่าใช้จ่าย<br>- ประสานงานกับหน่วยสังคมสงเคราะห์กรณีต้องการความช่วยเหลือ | สภาพแวดล้อมเหมาะสม<br>ปลอดภัย                     |
| 4. Treatment (การรักษา)                            | - สอนการทำความสะอาดท่อหลอดลมคอและแผ่นผ้าตัด<br>-ฝึกทักษะการดูดเสมหะและการไอขับเสมหะอย่างมีประสิทธิภาพ<br>- สอนการให้อาหารทางสายยางอย่างปลอดภัย                                         | ปฏิบัติการดูแลได้ถูกต้อง                          |
| 5. Health (สุขภาพ)                                 | - ส่งเสริมการปรับตัวกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลง<br>- แนะนำการดูแลสุขภาพทั่วไป การออกกำลังกาย และโภชนาการ<br>- เสริมพลังให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจในการดูแลตนเอง                      | มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม                        |
| 6. Outpatient referral (การส่งต่อ)                 | - ประสานงานกับทีมเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามดูแลต่อเนื่อง<br>- แนะนำช่องทางติดต่อขอความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา<br>- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการนัดติดตามการรักษา                                     | มาตรวจตามนัด ทราบช่องทางติดต่อ                    |
| 7. Diet (อาหารเฉพาะโรค)                            | - การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ควรเป็นอาหารเหลวที่ให้ง่าย<br>- สายยาง                                                                                                                   | ให้อาหารทางสายยางได้ถูกต้อง                       |

นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้รับนวัตกรรมการสอน: เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้พัฒนานวัตกรรมการสอนประกอบด้วย: 1) วิดีโอสาธิตการดูแลท่อหลอดลมคอ แสดงขั้นตอนการทำความสะอาด ท่อ การดูดเสมหะ และการสังเกตภาวะฉุกเฉิน 2) แผ่นพับให้ความรู้ที่มีรูปภาพ

ประกอบคำอธิบายแบบ step by step

3) Line Official ของหอผู้ป่วย สำหรับให้คำปรึกษาและคำแนะนำตลอด 24 ชั่วโมง

4) QR Code สำหรับเข้าถึงคลังความรู้การดูแลตนเอง โดยมีกระบวนการสอน 4 ขั้นตอน ได้แก่: 1) ขั้นเตรียมความพร้อม: ประเมินและสร้างสัมพันธภาพ 2) ขั้นสาธิต: ใช้วิดีโอและ

หุ่นจำลองประกอบการสอน 3) ขั้นฝึกปฏิบัติ: ฝึกกับหุ่นและผู้ป่วยภายใต้การดูแล 4) ขั้นประเมินผล: ประเมินความรู้และทักษะก่อนจำหน่าย ผลลัพธ์ด้านการใช้นวัตกรรมการสอนแบบบูรณาการ ส่งผลให้: ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลท้อหลอดลมคอเพิ่มขึ้น สามารถปฏิบัติกรดูแลได้ถูกต้องตามขั้นตอน มีความมั่นใจในการ

ดูแลตนเองที่บ้านมากขึ้น มีช่องทางปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพได้ตลอด 24 ชั่วโมง ความพึงพอใจต่อการสอนอยู่ในระดับสูง (95%) การติดตามและประเมินผลได้ดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะก่อนจำหน่ายจนถึงการติดตามระยะยาว โดยมีรายละเอียดดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3: การติดตามและประเมินผล**

| ระยะเวลา/ทีม                                   | กิจกรรม                                                                           | เครื่องมือประเมิน                     | ผลลัพธ์ที่คาดหวัง/ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น                                                                                           |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ก่อนจำหน่าย/<br>พยาบาลประจำ<br>หอผู้ป่วย       | - ประเมินความพร้อมด้านความรู้<br>ของผู้ป่วยและญาติ                                | - แบบประเมินความรู้<br>(pre-posttest) | ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลท้อหลอดลมคอ การทำแผล และการสังเกตอาการผิดปกติได้ถูกต้อง เพิ่มขึ้นจาก 60% เป็น 90%  |
|                                                | - ทดสอบทักษะการดูแล<br>เช่น การทำความสะอาดท้อ<br>หลอดลมคอ                         | - แบบประเมินทักษะ<br>(Checklist)      | ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องตาม<br>ขั้นตอน 90%                                                                        |
|                                                | - ตรวจสอบความพร้อมของ<br>อุปกรณ์ เช่น เครื่องดูดเสมหะ<br>น้ำเกลือ และอุปกรณ์ทำแผล | - Checklist อุปกรณ์                   | อุปกรณ์ครบถ้วนและอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน                                                                                         |
|                                                | - ประเมินความมั่นใจของผู้ป่วย<br>และญาติ                                          | - แบบประเมินความ<br>มั่นใจ            | ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจในการดูแลตนเองที่<br>บ้าน ได้คะแนน (8/10)                                                            |
|                                                | - ประเมินความพึงพอใจของ<br>ผู้ป่วยและญาติต่อการดูแล                               | - แบบสอบถามความ<br>พึงพอใจต่อการดูแล  | ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อการบริการ 95%                                                                                    |
| 1 สัปดาห์แรกหลัง<br>จำหน่าย/ ทีมเยี่ยม<br>บ้าน | - เยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการดูแล                                                    | - แบบบันทึกการเยี่ยม<br>บ้าน          | ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองหรือได้รับการดูแลจาก<br>ญาติอย่างถูกต้อง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น การ<br>ติดเชื้อหรือท้อหลอดลมคอเลื่อนหลุด |
|                                                | - ประเมินการปฏิบัติจริงของญาติ<br>ในการดูแล เช่น การให้อาหารทางปฏิบัติ<br>สายยาง  | - แบบประเมินการ<br>ปฏิบัติ            | ญาติสามารถให้อาหารทางสายยางได้ถูกต้อง<br>$\geq 90\%$                                                                           |
|                                                | - ติดตามภาวะแทรกซ้อน เช่น<br>การติดเชื้อที่แผลหรือทางเดิน<br>หายใจ                | - แบบบันทึก<br>ภาวะแทรกซ้อน           | ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น แผลบวมแดง<br>มีหนอง หรือเสมหะข้นผิดปกติ                                                           |

| ระยะเวลา/ทีม                            | กิจกรรม                                                 | เครื่องมือประเมิน                                                | ผลลัพธ์ที่คาดหวัง/ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น                                                  |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| ตามนัด<br>(1 เดือน)/ แพทย์และ<br>พยาบาล | - ประเมินการปรับตัวของผู้ป่วย<br>ต่ออาการที่เปลี่ยนแปลง | - แบบประเมิน<br>คุณภาพชีวิต (Quality<br>of Life Assessment) 80%) | ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่ออาการใหม่ได้ดี<br>และไม่มีภาวะซึมเศร้า (คะแนนแบบประเมิน $\geq$ |
|                                         | - ตรวจติดตามอาการทางคลินิก                              | - แบบบันทึกการ<br>ติดตาม                                         | ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มเติม เช่น การติดเชื้อในทางเดินหายใจหรือแผลเจาะคอ         |
|                                         | - ประเมินภาวะแทรกซ้อนเพิ่มเติม                          | - แบบบันทึก<br>ภาวะแทรกซ้อน                                      | ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใหม่เกิดขึ้น                                                         |
| ระยะพัฒนาระบบ/<br>ทีมพัฒนาคุณภาพ        | - ปรับแผนการดูแลตามความ<br>เหมาะสม                      | - บันทึกแผนการรักษา                                              | แผนการรักษาได้รับการปรับปรุงให้เหมาะสมกับ<br>ความต้องการของผู้ป่วย                    |
|                                         | - ประเมินความพึงพอใจของ<br>ผู้ป่วยและญาติ               | - แบบสอบถามความ<br>พึงพอใจ                                       | ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อการบริการ $\geq$<br>85%                                 |
|                                         | - รวบรวมสถิติการกลับเข้ารับ<br>รักษาซ้ำ                 | - รายงานสถิติ                                                    | อัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำ < 5%                                                      |
|                                         | - วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อปรับปรุง<br>แนวทางการดูแล         | - ตัวชี้วัดคุณภาพ<br>(Quality Indicators)                        | แนวทางการดูแลได้รับการปรับปรุงเพื่อลด<br>ภาวะแทรกซ้อนเพิ่มเติม                        |

หมายเหตุ: 1) ตัวชี้วัดความสำเร็จ: อัตราการกลับมารักษาซ้ำ < 5%, ความพึงพอใจ > 85%

2) มีการประชุมทีมทุก 3 เดือนเพื่อทบทวนและพัฒนาระบบ

## ผลการศึกษา (Result)

การศึกษาค้างนี้เป็นกรณีศึกษา  
ผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงที่ได้รับการผ่าตัดใส่  
ท่อหลอดลมคอ มีระยะเวลาในการดูแล 7 วัน  
โดยมีผลการศึกษามาระยะการดูแล ดังนี้

### 1. ผลการพยาบาลตามระยะการดูแล

#### 1.1 ระยะแรกรับ (วันที่ 1-2):

ผู้ป่วยมีภาวะวิกฤตทางระบบหายใจ  
จำเป็นต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและ  
เครื่องช่วยหายใจ ส่งผลให้ค่าความอิ่มตัวของ  
ออกซิเจนในเลือดเพิ่มขึ้นจนอยู่ในระดับปกติ  
ที่ 100% นอกจากนี้ยังพบภาวะซีด (Hct  
21.7%) จึงให้เลือด PRC 1 unit ทำให้ค่า Hct

เพิ่มขึ้นเป็น 31.1% ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจเต้นผิด  
จังหวะแบบ Atrial fibrillation ได้รับการรักษา  
ด้วย Cordarone ส่งผลให้อัตราการเต้นของ  
หัวใจลดลงจาก 190 เป็น 106 BPM และ  
เนื่องจากพบการติดเชื้อจึงได้รับการรักษา  
ด้วยยา Tazocin 4.5 กรัม ทุก 6 ชั่วโมง

#### 1.2 ระยะเตรียมและหลังผ่าตัด

วันที่ (วันที่ 3-4): ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด  
Tracheostomy with Direct Laryngoscopy  
with biopsy under GA ภายหลังการผ่าตัดมี  
อาการปวดแผล ได้รับการจัดการความปวด  
ด้วย Morphine Sulfate Tablet และ  
Paracetamol คะแนนความปวดลดลงอยู่ใน

ระดับ 2/10 ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง มีเพียงเลือดซึมบริเวณแผลผ่าตัดเล็กน้อย สามารถรับประทานอาหารทางสายยางได้ตามแผนการรักษา

**1.3 ระยะฟื้นฟู (วันที่ 5-7):** ผู้ป่วยสามารถหายใจเองผ่านท่อหลอดลมคอได้ดี ไม่พบการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการสอนและฝึกปฏิบัติจนสามารถทำความสะอาดท่อหลอดลมคอและให้อาหารทางสายยางได้ด้วยตนเอง ทั้งผู้ป่วยและญาติแสดงความมั่นใจในการดูแลท่อหลอดลมคอ

## 2. ผลของการวางแผนจำหน่าย

การวางแผนจำหน่ายโดยใช้หลัก D-METHOD ร่วมกับนวัตกรรมการสอนประสบความสำเร็จ โดยพบว่าผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 60 เป็นร้อยละ 90 สามารถปฏิบัติการดูแลท่อเจาะคอได้ถูกต้องร้อยละ 95 ดูแลแผลได้ ร้อยละ 90 และให้อาหารทางสายยางได้ถูกต้องร้อยละ 100 มีความพร้อมในการดูแลที่บ้าน โดยมีอุปกรณ์ครบถ้วน ทราบการสังเกตอาการผิดปกติ และได้รับการประสานส่งต่อทีมเยี่ยมบ้าน

## 3. ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการพยาบาล

ด้านร่างกาย ไม่พบภาวะแทรกซ้อน รุนแรงระหว่างการรักษา แผลผ่าตัดหายดีไม่มีการติดเชื้อ และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเป็นไปตามแผน ด้านจิตใจและการปรับตัว ผู้ป่วยสามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ คลายความ

วิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ด้านความพึงพอใจ พบว่าผู้ป่วยและญาติพึงพอใจต่อการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายในระดับสูง (95%) สรุปได้ว่าการพยาบาลแบบองค์รวมและการวางแผนจำหน่ายอย่างเป็นระบบ โดยใช้หลัก D-METHOD ร่วมกับการใช้นวัตกรรมทางการพยาบาล สามารถช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้าน ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## อภิปรายและสรุปผลการศึกษา

### (Discussion and Conclusion)

การศึกษาก่อนนี้ผู้ป่วยโรคมะเร็งกล่องเสียงที่ได้รับการผ่าตัดใส่ท่อหลอดลมคอนี้ แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการพยาบาลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยมีประเด็นสำคัญที่น่าสนใจในแต่ละระยะของการดูแลดังนี้

**ระยะก่อนเข้าโรงพยาบาล (pre-hospital):** ประเด็นสำคัญที่พบคือ การปฏิเสธการรักษาในครั้งแรกและเข้ารับการรักษาล่าช้า ซึ่งส่งผลให้โรคลุกลามจนเกิดภาวะอุดตันทางเดินหายใจเฉียบพลันที่คุกคามชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Lorenzo และคณะ<sup>7</sup> ที่พบว่าความล่าช้าในการวินิจฉัยและรักษามะเร็งกล่องเสียงมีความสัมพันธ์กับการ

พยากรณ์โรคที่แม่นยำและอัตราการรอดชีวิตที่ลดลง การศึกษาของ Wang และคณะ<sup>10</sup> ซึ่งให้การให้ข้อมูลและการสนับสนุนทางจิตใจตั้งแต่ระยะแรกสามารถเพิ่มอัตราการยอมรับการรักษาได้ ดังนั้น การพัฒนาแนวทางการให้คำปรึกษาและติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงอย่างใกล้ชิด รวมถึงการสร้างความตระหนักในชุมชนเกี่ยวกับอาการเริ่มต้นและความสำคัญของการรักษาแต่เนิ่นๆ จึงเป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่อไป

**ระยะก่อนผ่าตัด:** ผู้ป่วยมาด้วยภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจเฉียบพลันจากก่อนมะเร็งที่คอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lorenzo และคณะ<sup>7</sup> ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงระยะลุกลามมักมีอาการหายใจลำบากเป็นอาการนำ และมักต้องได้รับการผ่าตัดเจาะคอฉุกเฉิน การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจก่อนการผ่าตัดมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยการศึกษาของ Suprayetno และคณะ<sup>18</sup> พบว่าการให้ข้อมูลและการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดช่วยลดระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยได้ทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Arun และคณะ<sup>19</sup> และงานของ Padsala และคณะ<sup>20</sup> ที่พบว่าการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดไม่เพียงช่วยลดความวิตกกังวล แต่ยังสามารถลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจและการติดเชื้อแผลผ่าตัด

**ระยะหลังผ่าตัด:** การพยาบาลมุ่งเน้นการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะการอุดกั้นทางเดินหายใจและการติดเชื้อ พบปัญหาสำคัญคือการสื่อสารบกพร่องและความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Wang และคณะ<sup>10</sup> ที่พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดเจาะคอมักมีปัญหาด้านจิตสังคมและการสื่อสาร การดูแลทอหลอดลมคออย่างถูกวิธีมีความสำคัญมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Foster และคณะ<sup>21</sup> และของ Seiler และคณะ<sup>22</sup> ที่พบว่าการให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติช่วยลดอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ร้อยละ 30

**การวางแผนจำหน่าย:** การเตรียมจำหน่ายกลับบ้านโดยใช้หลัก D-METHOD เป็นแนวทางที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Mansour และคณะ<sup>12</sup> ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายอย่างเหมาะสมมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าและมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่า การประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพและการติดตามเยี่ยมบ้านช่วยส่งเสริมความต่อเนื่องของการดูแล

**สรุปผลการศึกษา:** การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงที่ได้รับการผ่าตัดใส่ท่อหลอดลมคอต้องการการดูแลที่ครอบคลุมต่อเนื่อง และเป็นองค์รวม โดยเน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การส่งเสริมการดูแลตนเอง

และการสนับสนุนด้านจิตใจและสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพมีความสำคัญต่อผลลัพธ์การดูแล อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดเนื่องจากการศึกษาในผู้ป่วยเพียงรายเดียว จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อยืนยันผลการศึกษาและพัฒนาแนวทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

#### กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

บทความฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีด้วยความช่วยเหลือและสนับสนุนเป็นอย่างดีจากผู้บังคับบัญชา และเพื่อนร่วมงานทุกคนที่คอยให้คำแนะนำปรึกษา ทำให้บทความฉบับนี้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และสุดท้ายนี้ขอขอบคุณครอบครัวที่คอยให้กำลังใจ และขอขอบคุณทุกท่านที่คอยช่วยเหลือในด้านต่างๆ ที่มิได้กล่าวนามไว้ ณ โอกาสนี้

#### เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. Lauwerends LJ, Galema HA, Hardillo JA, Sewnaik A, Monserez DA, van Driel PBAA, et al. Current intraoperative imaging techniques to improve surgical resection of laryngeal cancer: A systematic review. *Cancers*. 2021;13(8):1895.

2. National Cancer Institute, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Hospital-based cancer registry [Internet]. 2022 [cited 2024 Mar 12]. Available from: [https://www.nci.go.th/th/cancer\\_record/cancer\\_record.html](https://www.nci.go.th/th/cancer_record/cancer_record.html)
3. Suri A, Arora N, Kachru N, Gupta N. A novel method of pre-extubation epinephrine nebulization via suspension microlaryngoscope to prevent post-extubation stridor. *Indian J Anaesth*. 2022;66(11):845-7.
4. Department of Otolaryngology, Chonburi Hospital. Patient statistics report 2021-2023. Chonburi: Chonburi Hospital; 2023.
5. Kraipiboon P. Laryngeal cancer [Internet]. 2017 [cited 2024 Jan 22]. Available from: <https://haamor.com>
6. Asanasane P. Laryngeal cancer: Diagnosis and treatment. In: Jindavijak S, editor. *Textbook of otolaryngology*. Bangkok: Holistic Publishing; 2018.
7. Lorenzo J, Arquillo IML, Rey J, de Sá JME. Tracheo-innominate fistula: Diagnosis and treatment. *Angiología*. 2021;73(5):235-41.
8. Duan R, Ding Y, Tian Y, Yang H, Ding Y. Clinical validation of the nursing outcome "Swallowing status: pharyngeal phase" in

- patients with laryngeal cancer. *Int J Nurs Knowl*. 2024;35(1):24-32.
9. Karaca T. Nursing care of the patients with tracheostomy. *J New Results Sci*. 2015;4(12):88-93.
  10. Wang S, Chen Y, Zeng X, Lin Y. Effect of individualized nutrition intervention care combined with swallowing training on postoperative nutritional status in patients with laryngeal cancer. *Open J Nurs*. 2023;13(1):23-35.
  11. Gautheret N, Bommier C, Mabrouki A, Souppart V, Bretaude AS, Ghrenassia E, et al. Feasibility and safety of active physiotherapy in the intensive care unit for intubated patients with malignancy. *J Rehabil Med*. 2022;54:jrm00736.
  12. Mansour MMH, Abdel-Aziz MF, Saafan ME, Al-Afandi HRM, Darweesh MES. Voice, swallowing, and quality of life after management of laryngeal cancer with different treatment modalities. *Egypt J Otolaryngol*. 2016;32(2):119-35.
  13. Ionescu R, Bertesteanu S, Popescu RC, Balalau C, Scaunasu RV, Popescu B. Standard or individualized quality of life for larynx cancer patients. *J Clin Med*. 2018;3(2):62-5.
  14. Ritklar L. Results of discharge planning by using D-METHOD on re-admission and satisfaction in patients with coronary artery disease. *TUJH* [Internet]. 2018 Dec 27 [cited 2024 Oct 30];3(3):19-27. Available from: <https://he02.tcithaijo.org/index.php/TUJH/article/view/240293>
  15. Kaewjam T, Jinawin S. Effects of discharge planning using D-METHOD model on self-care skills and satisfaction with nursing services in patients with hematuria. *Phrae Med J Clin Sci*. 2024;32(1):1-11.
  16. Chermipipat S. Nursing care for patients with laryngeal cancer undergoing surgery. *J Nurs Sci*. 2023;41(3):78-89.
  17. Jintanadilok N. Quality of life in laryngeal cancer patients after total laryngectomy. *J Nurs Sci*. 2017;35(4):68-79.
  18. Suprayetno EDH, Nuridayanti A, Priyanto A. The effectiveness of education and information on the anxiety level of pre-elective surgery patients at HVA Hospital, Pare, Kediri. *Int J Nurs Midwifery Sci*. 2023;7(2):256-67.
  19. Arun N, Nadarajan V, Pradeep V. Effect of preoperative education about spinal anaesthesia on anxiety and postoperative outcomes in parturients undergoing elective caesarean section: An interventional study. *J Clin Diagn Res*. 2024;18(6):UC01-UC05.

20. Padsala K, Patel H, Nakum R, Sojitra NP. Role of detailed information about anaesthesia during PAC to reduce patient's anxiety during the perioperative period. *Curr Med Res Pract.* 2023;13(5):207-11.
21. Foster C, Grimmett C, May CM, Ewings S, Myall M, Hulme C, et al. A web-based intervention (RESTORE) to support self-management of cancer-related fatigue following primary cancer treatment: a multi-centre proof of concept randomised controlled trial. *Support Care Cancer.* 2016;24(6):2445-53.
22. Seiler A, Klaas V, Tröster G, Fagundes CP. eHealth and mHealth interventions in the treatment of fatigued cancer survivors: A systematic review and meta-analysis. *Psychooncology.* 2017;26(9):1239-1253.

