

วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

Journal of Khon Kaen Provincial Health Office

Khon Kaen, Thailand

ปีที่ 7 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2568

ชื่อหนังสือ	วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
เจ้าของ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
ISSN	3057-1723 (Print) 3057-1731 (Online)
พิมพ์ที่	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
ปีที่พิมพ์	พ.ศ. 2568

ที่ปรึกษา

นายอภิชัย ลิมานนท์	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น	สสจ.ขอนแก่น
นางสาวกิตติยา ทองสุข	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโนนศิลา นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)	สสจ.ขอนแก่น
นายอดุลย์ บำรุง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านไผ่ นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)	สสจ.ขอนแก่น
นายวิโรจน์ เลิศพงศ์พิพัฒน์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช กระนวน นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)	สสจ.ขอนแก่น
นางสาลินี ไวยนนท์	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)	สสจ.ขอนแก่น
นางรุ่งทอง วัชรนุกุลเกียรติ	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ)	สสจ.ขอนแก่น
นางวีรวรรณ รุจิณากุล	เภสัชกรเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข)	สสจ.ขอนแก่น
นายกมล ศรีล้อม	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริหารสาธารณสุข)	สสจ.ขอนแก่น
นางสาวศรียุทิพย์ ชาลีเครือ	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านทันตสาธารณสุข)	สสจ.ขอนแก่น

กองบรรณาธิการ

นางสาวกิตติยา ทองสุข	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโนนศิลา นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)	บรรณาธิการ
ดร.มิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	รองบรรณาธิการ ด้านวิชาการ
ดร.จักรสันต์ เลยหยุด	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ พิเศษ	รองบรรณาธิการ ด้านบริหาร
ดร.วรินทร์ทิพย์ ศรีกงพลี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	
ดร.เจษฎา สุวรรณรัตน์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	
นางนรินทร์รัตน์ แก้วลา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	
นางศศิธร เอื้ออนันต์	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ	

ผู้ทรงคุณวุฒิ

ศ. ดร.วงศา เล่าหิรัญวงศ์	คณบดี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.ทิพาพร กาญจนราช	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.เยาวเรศ ชูลิขิต	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.นพ.ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์	หัวหน้าหน่วยเวชศาสตร์ครอบครัว ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.ประจักษ์ บัวผัน	ผู้ทรงคุณวุฒิ
รศ.ดร.จุฬารักษ์ ไสตะ	คณบดี คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยบัณฑิต เอเชีย
นพ.วิทยา ขาติบัญชาชัย	ศูนย์ความร่วมมือขององค์การอนามัยโลกด้านการป้องกัน อุบัติเหตุ
นพ.วิชาญ บุญกิตติกร	ผู้อำนวยการกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค
ศาสตราจารย์ ดร.จงกลณี จันทศิริ	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
ผศ.ดร.ประเสริฐ ประสมรักษ์	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ โครงการ จัดตั้งวิทยาเขต อานาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.จุฬาร กระเทศ	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยนักบริหาร สาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ดร.นพ.ชุมพล นุชผ่อง	รองผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ
ดร.พรรณิภา ไชยรัตน์	อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
ดร.บุญทนกร พรหมภักดี	ผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัด ขอนแก่น
ดร.กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานป้องกัน ควบคุมโรค
ดร.ธิไลภิน ท่องไทย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
ผศ.ดร.ราณี วงษ์คงเดช	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย มหาสารคาม
ผศ.ดร.แจ่มจันทร์ เทศสิงห์	วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม
ดร.ภัสภิชญ์ พลศรีประดิษฐ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร วิทยาเขตอุดรธานี
ดร.สงกรานต์ นัคนุญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร วิทยาเขตอุดรธานี

ผศ.ดร.ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง	ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
ผศ.ดร.แสงดาว จันทรดา	รองผู้อำนวยการด้านบริหารและยุทธศาสตร์ วิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนีขอนแก่น
ผศ.ดร.ศุภวดี แถวเพี้ย	รองผู้อำนวยการด้านวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนีขอนแก่น
ดร.ธรนิศ สายวัฒน์	รองผู้อำนวยการด้านวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
ผศ.ดร.รัตน์ดาวรรณ คลังกลาง	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีขอนแก่น
ดร.ทรงสุตา หมั่นไธสง	อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีขอนแก่น
ผศ.ดร.ธีรศักดิ์ พาจันทร์	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัด ขอนแก่น
ผศ.ดร.เพ็ญนภา ศรีหัง	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ฝ่ายวิจัยและวิเทศสัมพันธ์ วิทยาลัยการ สาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ผศ.ดร.สุพัฒน์ อาสนะ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัด ขอนแก่น
ดร.เตือนใจ ภูสระแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิ รินธร จังหวัดขอนแก่น
ผศ.ดร.ธีรยุทธ นาคอ้าย	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัด ชลบุรี
ดร.บุญมี โพธิ์คำ	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัด ปราจีนบุรี
นายธนชัย พนาพุดี	นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลขอนแก่น
นายธนิต พุเจริญ	นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลขอนแก่น
นางจิรฐา ธนชัยบุตร	นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลขอนแก่น
นายสุรพันธ์ เจริญธัญรักษ์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลขอนแก่น
นพ.ธวัชชัย อิมพูล	นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลขอนแก่น
นายธีระชาติ บุตรคำโชติ	ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านส่งเสริมและพัฒนาวิจัย โรงพยาบาลสิ รินธร จังหวัดขอนแก่น
นายสุวิทย์ ศุภวิโรจน์เลิศ	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัด ขอนแก่น

นางสาวอรรวรรณ ดาวมังกร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น
นางสาวกรัณย์พิชญ์ โคตรประทุม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น
นางอุบล จ้วงพานิช	นักวิชาการอิสระ
ดร.สุทิน ชนะบุญ	นักวิชาการอิสระ
ดร.จริยา อินทวัศมี	นักวิชาการอิสระ
นางมณญา มิตรชัย	นักวิชาการอิสระ

ฝ่ายจัดการ

ดร.มิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง	สสจ.ขอนแก่น	ผู้จัดการ
นางมลิวรรณ มะลิตัน	สสจ.ขอนแก่น	การเงินการบัญชี
นางสาวบุษราคัม บุญหนองเหล่า	สสจ.ขอนแก่น	จัดรูปเล่ม พิสูจน์อักษร

บทบรรณาธิการ

วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ปีที่ 7 ฉบับที่ 4 (ตุลาคม – ธันวาคม 2568) บทความที่คัดเลือกมานำเสนอในวารสารฉบับนี้ประกอบด้วย นิพนธ์ต้นฉบับ จำนวน 14 เรื่อง ซึ่งเป็นผลงานวิชาการ ผลงานวิจัย และองค์ความรู้ด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นที่ยอมรับและนำไปใช้ประโยชน์อย่างคุ้มค่า ได้แก่ 1) ผลของแอลกอฮอล์ในการเพิ่มประสิทธิภาพของ qSOFA เปรียบเทียบกับแบบคัดกรองเฝ้าระวังที่นิยมใช้โดยทั่วไป ในการทำนายการเสียชีวิตในโรงพยาบาล และการได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤต ในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 7 3) การพัฒนาแนวปฏิบัติกรหย่าเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม 4) การพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา 5) แนวทางการจัดบริการสุขภาพภายใต้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 6) ผลกระทบของข่าวผู้ป่วยยาเสพติดอาละวาดหรือใช้ความรุนแรงต่อการใช้ชีวิตของประชาชน 7) การพัฒนาระบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดตามรูปแบบจิตสังคมบำบัดประยุกต์ในเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอเบิ่งสามพัน จังหวัดเพชรบูรณ์ 8) ความสัมพันธ์ฝุ่นละออง PM2.5 กับการเกิดโรคระบบทางเดินหายใจและโรคหัวใจหลอดเลือด ของประชาชนในเขตพื้นที่อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น 9) สถานการณ์และผลกระทบของการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในเด็กนักเรียน กรณีศึกษา: โรงเรียนบ้านหนองคูขาด จังหวัดมหาสารคาม 10) ประสิทธิภาพโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น 11) การศึกษาเปรียบเทียบผลจากการฉีดสเตรปโตค็อกคัสหลังการผ่าตัดแผลเป็นคิลอยด์ที่ใบหูในห้องผ่าตัดทันทีกับการฉีดสเตรปโตค็อกคัสหลังการผ่าตัดแผลเป็นคิลอยด์ที่ใบหู 1 สัปดาห์ 12) ประสิทธิภาพของโปรแกรมนวัตกรรมสื่อสร้างสรรค์ปัญญาสู่สังคมด้วยการผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล 13) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test ของสตรีอายุ 30-60 ปี จังหวัดขอนแก่น 14) ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมโรงพยาบาลเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น

ในวาระดิถีขึ้นปีใหม่ พุทธศักราช 2569 ขออาราธนาคุณพระศรีรัตนตรัย และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายโปรดดลบันดาลให้ท่านและครอบครัว ประสบแต่ความสุข ความเจริญรุ่งเรืองด้วยจตุรพิพรชัย และให้สมหวังในสิ่งอันพึงปรารถนา มีสุขภาพพลานามัยสมบูรณ์แข็งแรง และมีความสำเร็จในหน้าที่การงานตลอดปีใหม่และตลอดไป

กองบรรณาธิการ

วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

สารบัญ

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของแลคเตทแรกจับในการเพิ่มประสิทธิภาพของ qSOFA เปรียบเทียบกับแบบคัดกรองเฝ้าระวังที่นิยมใช้โดยทั่วไป ในการทำนายการเสียชีวิตในโรงพยาบาล และการได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤต ในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

Performance of qSOFA score with initial lactate levels (LqSOFA) compared to common early warning scores for predicting in-hospital mortality and need for critical illness care in septic patients

สุรพันธ์ เจริญธัญรักษ์¹, ศุภเกียรติ ศรีจรรย์²

Suraphan Charoentanyarak¹, Supakiat Srijarana²

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ
ห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 7

Factors Influencing in Risk Management of Perioperative Nurse
in Tertiary Care Hospitals of Health Care Region 7

สถาพร พรพิพัฒน์จิระ¹, สมปรารถนา ดาผา²

Sataporn Pornpipattanajira¹, Sompratthana Dapha²

การพัฒนาแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก
โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

Development of Ventilator Weaning Protocol in the Intensive care unit,
Kosumphisai Hospital, Maha Sarakham Province

อรุณลักษณ์ นาทองบ่อ¹, นราภรณ์ ท่อนโพธิ์², รุ่งตะวัน ฮีท³,

เบญจมาภรณ์ หาญชาญเลิศ⁴, สุนิสา สีชาบาล⁵

Arunlak natongbor¹, Naraporn Tonpho², Rungtawan Heath³,

Benjamaporn Hanchanler⁴, Sunisa seechaban⁵

การพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในหน่วยบริการ
ปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

Development of a model for organizing the health service system for chronic non-communicable diseases in a primary care unit and health network. Bang Nam Priao District, Chachoengsao Province

พัฒน์ ศีตะจิตต์¹, อชิรญาณ์ มาตเจือ²

Pattanee Sitajitt¹, Achiraya Martjuea²

สารบัญ (ต่อ)

นิพนธ์ต้นฉบับ

- แนวทางการจัดบริการสุขภาพภายใต้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ
ทางการแพทย์โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 1-14

A Model for Providing Healthcare Services Through the Medical Rehabilitation Fund
with Community Engagement

ศรีสุดา ลุนพุดี¹, ศิราณี ศรีหามาต^{2*}, ชลکار ทรงศรี³, สถาพร แก้วจันทัก⁴

แสงดาว จันทรดา⁵, วิสุทธิ โนนจิต⁶, กำธร ดานา⁷

Srisuda Lundputh¹, Siranee Sihapark^{2*}, Chonlakarn Songsri³,

SathaponThaeochanthuek⁴, Saengdao janda⁵, Wisut Nochit⁶, Kamthorn Dana⁷

- ผลกระทบของข่าวผู้ป่วยยาเสพติดอาละวาดหรือใช้ความรุนแรงต่อการใช้ชีวิตของ
ประชาชน 1-14

The Impact of News about Drug-Addicted Patients Exhibiting Violent Behavior on Your
Daily Life

วชิรายุทธ สิริธรรณกร¹

Warisa Sathirathanakorn¹

- การพัฒนาระบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด
ตามรูปแบบจิตสังคมบำบัดประยุกต์ในเครือข่ายบริการสุขภาพ
อำเภอบึงสามพัน จังหวัดเพชรบูรณ์ 1-16

The development of an addiction rehabilitation system adopting the modified Matrix
program for drug addiction treatment in the Bueng Sam Phan healthcare network
system, Phetchabun province

สุรศักดิ์ จันทร์เกตุ¹

Surasak Chanket¹

สารบัญ (ต่อ)

นิพนธ์ต้นฉบับ

- ความสัมพันธ์ฝุ่นละออง PM_{2.5} กับการเกิดโรคระบบทางเดินหายใจและโรคหัวใจหลอดเลือด ของประชาชนในเขตพื้นที่อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น 1-15
The relationship between PM_{2.5} the incidence of respiratory diseases among the population in Nong Ruea District, Khon Kaen Province
สุวาลี พันปี¹, วิศิษฐ์ ทองคำ^{2*} และชุลีวัลย์ ธัญญศิรินนท์³
Suwalee Panpee¹ Wisit Thongkum² Chuleewan Thunyasiriron³
- สถานการณ์และผลกระทบของการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในเด็กนักเรียนกรณีศึกษา: โรงเรียนบ้านหนองคูขาด จังหวัดมหาสารคาม 1-17
Situation and Impact of Road Traffic Accidents on School Children: A Case Study of Ban Nong Khu Khat School, Maha Sarakham Province
แจ่มจันทร์ เทศสิงห์¹, เพ็ญพักตร์ ภูมมาลา², อรพรรณ อ่อนด้วง³, วันชนะ สิริสม⁴
ปฐนิกา หงษ์อุดร⁵, ชัญญาวิรี ไชยวงศ์⁶, จารุพัฒน์ จุลแดง⁷, จีระวรรณ ศรีจันทร์ไชย^{8*}
Chaemchan Thessingha¹, Penpak Pummala², Oraphan Onduang³,
Wanchana Sirisom⁴, Punika Hong-udom⁵, Chanyawee Chaiwong⁶,
Jarupat Jundaeng⁷, Jeerawan Srichanchai^{8*}
- ประสิทธิผลโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบอำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น 1-17
The Effectiveness of a Discharge Planning Program on the Quality of Life of Patients with Pneumonia in Khao Suan Kwang District, Khon Kaen Province.
ฉัตรชัย วันดี¹
Chatchai Wandee¹
- การศึกษาเปรียบเทียบผลจากการฉีดสเตียรอยด์หลังการผ่าตัดแผลเป็นคิลอยด์ที่ใบหูในห่องผ่าตัดทันทีกับการฉีดสเตียรอยด์หลังการผ่าตัดแผลเป็นคิลอยด์ที่ใบหู 1 สัปดาห์ 1-18
A Comparative Study of immediate intraoperative versus 1-Week postoperative steroid injection after auricular keloid excision
ณัฐวัฒน์ ธีระเจริญพงศ์¹
Nattawat Thirjaroenpong¹

สารบัญ (ต่อ)

นิพนธ์ต้นฉบับ

- ประสิทธิผลของโปรแกรมนวัตกรรมสื่อสร้างสรรค์ปัญญาสู่สังคมด้วยการผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล 1-16

The Effectiveness Innovation of a Local Wisdom-Based Media Program for Depression Prevention among Nursing Students

หทัยรัตน์ ศรีบัว¹, ศิริพร จันทรสะอาด², อภัสรา ผาโลaho³, จิตรลดา คงอาษา⁴
จรัสรวี วงศ์เจริญ⁵, จินตนา ลามุล⁶, ทรงสุดา หมั่นไธสง⁷, สุรัสวดี พนมแก่น⁸,
เกสินี หมั่นไธสง⁹

Hathairat Sribua¹, Siriporn Jansa-ard², Apassara Palaho³,

Charatrawi Wongcharoey⁴, Chitlada Khongarsa⁵, Jintana Lamul⁶,

Songsuda Muenthaisong⁷, Suratsawadee Panomkaen⁸, Kesinee Muenthaisong⁹

- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA test ของสตรีอายุ 30-60 ปี จังหวัดขอนแก่น 1-13

Factors associated with the utilization of cervical cancer screening using the HPV DNA test among women aged 30–60 years in Khon Kaen Province

ยุภาพร ดีแป้น¹, สุพัฒน์ อาสนะ²

Yupaporn deepaen¹, Supat Asana²

- ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม โรงพยาบาลเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น 1-18

Effectiveness of a Health Belief Promotion Program on Behaviors for Slowing Chronic Kidney Among Diabetic Patients with Comorbidities. Khao Suan Kwang Hospital, Khon Kaen Province.

กษมา ปรัชญาธรรมกุล¹ พัสวีกันต์ ประดิษฐ์ธรรม² วิลาวันย์ ชมนิรัตน์³

Kasama Pratyatummakul¹ Passaweekarn Pradittham² Wilawan Chomnirat³

ผลของแลคเตทแรกรับในการเพิ่มประสิทธิภาพของ qSOFA เปรียบเทียบกับแบบคัดกรองเฝ้าระวังที่นิยมใช้โดยทั่วไป ในการทำนายการเสียชีวิตในโรงพยาบาล และการได้รับการดูแล แบบภาวะวิกฤต ในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

สุรพันธ์ เจริญธัญรักษ์¹ ศุภเกียรติ ศรีจรรย์²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ดำเนินการวิจัยโดยใช้รูปแบบการศึกษาแบบ Retrospective cohort study ศึกษาจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดและฐานข้อมูล Khon Kaen Sepsis ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563 ถึง 31 ตุลาคม พ.ศ. 2563 วัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำนายการเสียชีวิตในโรงพยาบาลและการได้รับการดูแลแบบวิกฤตใน 48 ชั่วโมงของแบบคัดกรอง 4-point LqSOFA 5-point LqSOFA qSOFA MEWS NEWS และ SOS ด้วยค่าพื้นที่ใต้โค้ง ROC (area under the receiver operating characteristic curve: AUROC) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI) และเปรียบเทียบ AUROC ระหว่างแบบคัดกรอง ด้วยวิธีของ Hanley and McNeil กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ผลการศึกษา ผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 1,237 คน มีผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 386 คน (ร้อยละ 31.2) ซึ่งพบว่า NEWS มีความสามารถดีที่สุดในการทำนายการเสียชีวิตในโรงพยาบาลโดยมีค่า AUROC เท่ากับ 0.660 (95% CI: 0.628-0.692) นอกจากนี้ยังมีความสามารถดีที่สุดในการทำนายการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจภายใน 48 ชั่วโมง AUROC เท่ากับ 0.752 (95% CI: 0.725-0.780) ส่วนการเสียชีวิตภายใน 48 ชั่วโมง พบว่า 5-point LqSOFA มีความสามารถในการทำนายที่ดีที่สุด (AUROC 0.698; 95% CI: 0.660-0.736) รวมไปถึงการได้รับยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจและหลอดเลือดภายใน 48 ชั่วโมง (AUROC 0.718; 95% CI: 0.691-0.745) และการส่งต่อผู้ป่วยไปยังแผนกดูแลผู้ป่วยวิกฤตภายใน 48 ชั่วโมง (AUROC 0.678; 95% CI: 0.635-0.722) บทสรุป 5-point LqSOFA มีความสามารถในการทำนายการเสียชีวิตโรงพยาบาลและการได้รับการดูแลแบบวิกฤตภายใน 48 ชั่วโมงได้ดีกว่า qSOFA และแบบคัดกรองเฝ้าระวังอื่น ยกเว้น NEWS ที่มีความสามารถในการทำนายการเสียชีวิตภายในโรงพยาบาลและการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจได้ดีกว่าแบบคัดกรอง 5-point LqSOFA

คำสำคัญ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด, การเสียชีวิตในโรงพยาบาล, LqSOFA, แบบคัดกรองเฝ้าระวัง

¹ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น

² นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น

Received: October 11, 2025; Revised November 19, 2025; Accepted November 23, 2025

Performance of qSOFA score with initial lactate levels (LqSOFA) compared to common early warning scores for predicting in-hospital mortality and need for critical illness care in septic patients

Suraphan Charoentanyarak¹ Supakiat Srijarana²

ABSTRACT

This retrospective cohort study was conducted in Khon Kaen Hospital, Thailand, from January 1, 2019 to October 31, 2019. We collected data from patient records and the Khon Kaen Sepsis database. We compared the performances of LqSOFA to that of other EWSs (qSOFA, MEWS, NEWS, and SOS) in predicting in-hospital mortality and requirement for intensive care within 48 hours by determining the area under the receiver operating characteristic curves (AUROCs) and their 95% confidence interval (95% CI). The AUROCs of LqSOFA and other EWSs were compared using Hanley and McNeil method at a significance level of 0.05. Results 1237 septic patients who met the eligibility criteria were included in this study. Of 1237 patients, there were 386 hospital death (31.2%). The NEWS was found to be the best EWS for predicting in-hospital mortality, with an AUROC 0.660 (95% CI: 0.629-0.692) and also demonstrated the best EWS for predicting the use of endotracheal tube (ET tube) intubation and mechanical ventilation with an AUROC of 0.752 (95% CI: 0.725-0.780). However, 5-point LqSOFA was the best EWS for predicting death within 48 hours (AUROC 0.698; 95% CI 0.660-0.736), the requirement of vasopressor or inotropic drugs within 48 hours (AUROC 0.718; 95% CI: 0.691-0.745) and also the admission to intensive care unit within 48 hours (AUROC 0.678; 95% CI 0.635-0.722). Conclusion The 5-point LqSOFA performs better for predicting in-hospital mortality and need for intensive care within 48 hours than qSOFA and other EWSs, except NEWS, which performs better for predicting in-hospital mortality and the use of an ET tube and mechanical ventilator than 5-point LqSOFA.

Keywords sepsis, in-hospital mortality, LqSOFA, early warning scores

¹ Senior Professional Level, Department of Internal Medicine, Khon Kaen Hospital, Muang District, Khon Kaen

² Professional Level, Department of Internal Medicine, Khon Kaen Hospital, Muang District, Khon Kaen

บทนำ (Introduction)

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) เป็นภาวะที่มีการติดเชื้อร่วมกับมีการทำงานผิดปกติของอวัยวะในร่างกาย (organ dysfunction)¹ ในปี พ.ศ. 2560 พบว่ามีผู้ป่วยทั่วโลกประมาณ 48.9 ล้านคนและเสียชีวิตประมาณ 11 ล้านเป็นร้อยละ 22.5² ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2562 พบว่ามีผู้ป่วย sepsis 21,541 คน ร้อยละ 27.0³ การวินิจฉัย และการรักษาที่เหมาะสมอย่างรวดเร็วจะช่วยลดการเสียชีวิตลงได้⁴⁻⁶ แบบคัดกรอง (sepsis screening tool) ช่วยให้สามารถวินิจฉัยได้รวดเร็วขึ้นในช่วงแรก Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS)¹ เป็นแบบคัดกรองใช้ระยะเวลาผลเลือดโดยประมาณ 275 นาที⁷ ดังนั้นหากต้องรอผลเลือดดังกล่าวเพื่อประเมินภาวะ sepsis อาจมีโอกาที่อาการจะทรุดลงและเสียชีวิตได้มากขึ้น⁶ เพื่อสามารถคัดกรองได้เร็วขึ้น มีการใช้ quick Sequential [Sepsis-related] Organ Failure Assessment (qSOFA) แทนแบบคัดกรอง SIRS¹ อย่างไรก็ตามการศึกษาจาก The sepsis survival campaign 2021 พบว่า qSOFA ยังมีข้อจำกัดด้านความแม่นยำในการประเมินและคัดกรอง^{8,9} ต่อมาจึงมีการแนะนำให้ใช้แบบคัดกรองที่ประเภท early warning score ในการคัดกรองแทนการใช้ qSOFA เช่น National Early Warning Score

(NEWS)¹⁰ Modified Early Warning Score (MEWS)¹¹ และ Search Out Severity (SOS)¹² งานวิจัยที่ผ่านมาได้เปรียบเทียบความสามารถของแบบคัดกรอง NEWS MEWS qSOFA SIRS และ SOS ในการทำนายโอกาสการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะ sepsis ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยพบว่า NEWS มีความสามารถทำนายได้ดีที่สุดโดยมีค่าพื้นที่ใต้โค้ง ROC เท่ากับ 0.89⁹, 0.77¹³, และ 0.78¹⁴ อีกทั้งพบว่าแบบคัดกรอง qSOFA มีความจำเพาะ (specificity) สูงสุดในการทำนายการเสียชีวิตในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามกลับมีความไว (sensitivity) ในการวินิจฉัยต่ำสุด^{9,14} การใช้ค่าแลคเตท (lactate) เพิ่มจากแบบคัดกรองอาจเป็นทางเลือกหนึ่งที่ช่วยเพิ่มค่าความไวในการวินิจฉัยภาวะที่คุกคามต่อชีวิตในผู้ป่วยที่มีภาวะ sepsis lactate ที่เพิ่มสูงขึ้น บ่งบอกถึงระดับความรุนแรงในการเกิดการทำงานที่ผิดปกติของอวัยวะ โดย lactate อาจถูกตรวจพบได้มากขึ้นในผู้ป่วยที่ภาวะ sepsis ทั้งนี้เนื่องจากในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจะเกิดภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน (tissue hypoxia) ส่งผลให้เนื้อเยื่อเสียหายและอวัยวะในร่างกายทำงานผิดปกติ พบว่า lactate ที่มากขึ้นยังสัมพันธ์กับโอกาสที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตที่มากขึ้น¹ ดังนั้น The Surviving Sepsis Campaign Bundle: 2018 update

จึงได้ออกคำแนะนำให้มีการส่งตรวจ lactate สำหรับการประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะ sepsis ทุกรายภายในกรอบระยะเวลา 1 ชั่วโมง นับตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะ sepsis เพื่อประเมินแนวทางในการให้การรักษา⁵ มีการพัฒนาโดยการเพิ่ม lactate เข้าไปเป็นหนึ่งในตัวแปรทำนาย ในการศึกษาแรกกำหนดให้ lactate ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 2 มิลลิโมลต่อลิตร มีค่าเท่ากับ 1 คะแนน เรียกแบบคัดกรองที่พัฒนานี้ว่า LqSOFA หรือ 4-point LqSOFA¹⁵ ผลการศึกษาพบว่า 4-point LqSOFA มีความไว และความจำเพาะเพิ่มขึ้น จาก qSOFA¹⁵ การศึกษาที่สองกำหนดให้ lactate ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 2 แต่น้อยกว่า 4 มิลลิโมลต่อลิตร มีค่าเท่ากับ 1 คะแนน และกำหนดให้ lactate ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 4 มิลลิโมลต่อลิตร มีค่าเท่ากับ 2 คะแนน และแบบคัดกรองนี้ถูกเรียกว่า 5-point LqSOFA¹⁶ โดย 5-point LqSOFA ที่มากกว่าเท่ากับ 3 คะแนน มีความไว ร้อยละ 74.6 เทียบกับ qSOFA แบบดั้งเดิมซึ่งมีความไว ร้อยละ 66.1 โดยที่ความจำเพาะใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 82.5 และ ร้อยละ 83.3 ตามลำดับ¹⁶ งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของ lactate แรกรับในการเพิ่มประสิทธิภาพของ qSOFA เปรียบเทียบกับแบบคัดกรอง ได้แก่ MEWS NEWS qSOFA และ SOS ในการ

ทำนายการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะ sepsis ในโรงพยาบาล รวมไปถึงการได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีภาวะ sepsis ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนอนแกล่น

คำถามงานวิจัย

ผลของ lactate แรกรับช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของ qSOFA ในการทำนายการเสียชีวิตในโรงพยาบาลและการได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีภาวะ sepsis ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนอนแกล่น เปรียบเทียบกับแบบคัดกรองเฝ้าระวังอื่นๆ ได้หรือไม่

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

(Research Objective)

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพื้นที่ใต้โค้ง ROC (area under the ROC curve: AUC) ของแบบคัดกรอง 4-point LqSOFA และ 5-point LqSOFA กับแบบคัดกรองเฝ้าระวัง MEWS NEWS qSOFA และ SOS ในการทำนายการเสียชีวิตในโรงพยาบาล (in-hospital mortality) ของผู้ป่วยที่มีภาวะ sepsis ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนอนแกล่น

2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพื้นที่ใต้โค้ง ROC (area under the ROC curve: AUC) ของแบบคัดกรอง 4-point LqSOFA และ 5-point LqSOFA กับแบบคัดกรองเฝ้าระวัง MEWS NEWS qSOFA และ SOS ในการทำนายการ

ได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤตภายใน 48 ชั่วโมง ได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ การได้รับยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจและหลอดเลือด การส่งต่อผู้ป่วยไปยังแผนกดูแลผู้ป่วยวิกฤต รวมไปถึงการเสียชีวิตภายใน 48 ชั่วโมงหลังเข้ารับการรักษา ของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น

กรอบแนวคิดการวิจัย

(Conceptual Framework)

งานวิจัยนี้มีเป้าหมายเพื่อศึกษาว่า การเพิ่ม lactate แรกรับเข้าไปในแบบคัดกรอง qSOFA สามารถเพิ่มความสามารถในการทำนายความรุนแรงของภาวะ sepsis ได้หรือไม่ เมื่อเปรียบเทียบกับแบบคัดกรองเฝ้าระวังอื่นที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน เช่น MEWS, NEWS และ SOS

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การศึกษานี้ดำเนินการโดยใช้รูปแบบการศึกษาแบบ Retrospective cohort study โดยใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการศึกษาในโรงพยาบาลขอนแก่นและฐานข้อมูล KKH Sepsis การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดดำเนินการโดยใช้โปรแกรม STATA version 15.1

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา คือ ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเข้าข่ายภาวะ sepsis หรือ septic shock ที่เข้ารับการรักษาจากห้องฉุกเฉินและแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลขอนแก่น รวมทั้งผู้ป่วยที่เดินทางมาด้วยตนเอง หรือเรียกรถพยาบาลหรือรถกู้ชีพ และผู้ป่วยที่รับการส่งตัวจากสถานพยาบาลอื่นระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563 ถึง 31 ตุลาคม พ.ศ. 2563

เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่

ศึกษา/เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก

ผู้วิจัยคัดเลือกตัวอย่างที่มีการติดเชื้อเข้าข่ายภาวะ sepsis หรือ septic shock ทุกคนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563 ถึง 31 ตุลาคม พ.ศ. 2563 โดยมีคุณสมบัติของผู้เข้าร่วมวิจัยดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

- 1) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
- 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะ sepsis หรือ septic shock

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) ผู้ป่วยที่ไม่มีข้อมูลระยะเวลาในการรับการรักษาที่แน่ชัดประกอบไปด้วยวันที่เข้ารับการรักษา วันที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลขอนแก่น วันที่เสียชีวิต

2) ผู้ป่วยที่ขาดข้อมูลที่สำคัญที่ใช้ในการประเมินแบบคัดกรองต่างๆ ได้แก่ แบบคัดกรอง 4-point LqSOFA 5-point LqSOFA MEWS NEWS qSOFA และ SOS การเสียชีวิตในโรงพยาบาล การใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ การได้รับยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจและหลอดเลือด การส่งต่อผู้ป่วยไปยังแผนกดูแลผู้ป่วยวิกฤต รวมไปถึงการเสียชีวิตภายใน 48 ชั่วโมง

3) ผู้ป่วยที่อยู่ในระหว่างการตั้งครรรภ์

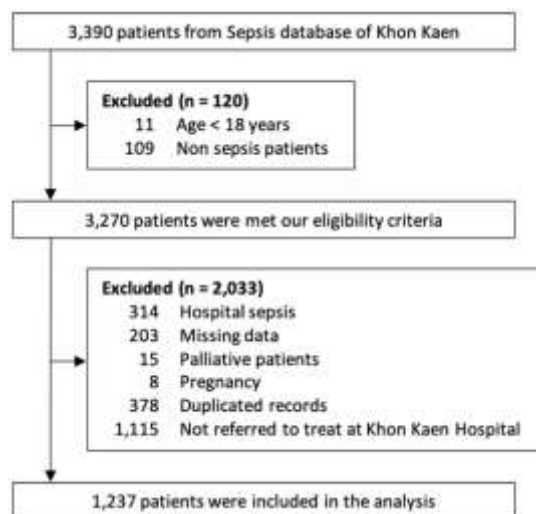
4) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง

5) ผู้ป่วยที่มีภาวะ sepsis หรือ septic shock ที่เกิดภายในโรงพยาบาล หรือมี

ประวัติรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในจากภาวะดังกล่าวในช่วงระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา (hospital acquired sepsis or septic shock patients)

6) ผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาจากโรงพยาบาลขอนแก่นและแจ้งการเสียชีวิตเกิน 24 ชั่วโมงนับจากวันที่ปฏิเสธการรักษาจากโรงพยาบาลขอนแก่น เพิ่มการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลขอนแก่นและฐานข้อมูล KKH Sepsis ระหว่าง 1 มกราคม ถึง 31 ตุลาคม พ.ศ. 2563 จากประชากรจำนวนทั้งหมด 3,390 คน มีผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 1,237 คน ดังแสดงตามรูปที่ 1



รูปที่ 1 แผนผังแสดงการคัดเลือกผู้ป่วยในการศึกษา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาวิจัยในมนุษย์ครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัย โดยคำนึงถึงหลักจริยธรรมอย่างเคร่งครัด และคณะผู้วิจัยได้นำเสนอเค้าโครงวิจัยต่อคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลขอนแก่น และผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์รหัสโครงการวิจัย KEXP63057

ผลการวิจัย (Result)

ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไปของตัวอย่างดังแสดงในตารางที่ 1 พบว่า อายุเฉลี่ยของตัวอย่างเท่ากับ 62.8 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.4 ปี)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง

Characteristics	Total (n = 1,237)	
Age – years, mean (SD)	62.8	(15.4)
Male, n (%)	845	(68.3 %)
Length of hospital stay – days, median (P_{25} , P_{75})	7	(3, 12)
Patients referring to KKH, n (%)	975	(78.8%)
Charlson score, median (P_{25} , P_{75})	1	(0, 2)
Infection site, n (%)		
Respiratory	554	(44.8 %)
Gastrointestinal tract	211	(17.1 %)
Genitourinary tract	161	(13.0 %)
Systemic infection	127	(10.3 %)
Skin and soft tissue	106	(8.6 %)
Septicaemia	35	(2.8 %)
Neurological system	27	(2.2 %)

ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 845 คน (ร้อยละ 68.3) มีฐานจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลโดยประมาณ 7 วัน (IQR 9 วัน) ตำแหน่งการติดเชื้อที่พบมากที่สุด คือ การติดเชื้อทางเดินหายใจ 544 คน (ร้อยละ 44.8) โดยมากที่สุดเป็นเชื้อกลุ่มย้อมแบคทีเรียชนิดแกรมลบ โดยพบเป็น *Escherichia coli* มากที่สุด 65 สิ่งส่งตรวจ (ร้อยละ 31.1) ส่วนการเพาะเชื้อหรือส่งตรวจตามอวัยวะที่สงสัยเป็นตำแหน่งการติดเชื้อ พบว่ามากที่สุดเป็นเชื้อกลุ่มย้อมแบคทีเรียชนิดแกรมลบเช่นเดียวกัน พบเป็น *Klebsiella pneumoniae* มากที่สุด 47 สิ่งส่งตรวจ (ร้อยละ 16.9)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง (ต่อ)

Characteristics	Total (n = 1,237)	
Musculoskeletal	12	(1.0 %)
Catheter-related bloodstream infection	3	(0.2 %)
Cardiovascular system	1	(0.1 %)
Total bilirubin – mg/dL, median (P_{25} , P_{75})	0.8	(0.4, 1.7)
Hemoculture, n (%)	209	(16.9 %)
Hemoculture organism, n (%)		
<i>Escherichia coli</i>	65	(31.1 %)
<i>Burkholderia pseudomallei</i>	27	(12.9 %)
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	22	(10.5 %)
Culture, n (%)	278	(22.5 %)
Culture organism, n (%)		
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	47	(16.9 %)
<i>Escherichia coli</i>	43	(15.5 %)
<i>Staphylococcus aureus</i>	30	(10.8 %)
Septic shock, n (%)	343	(27.7 %)
Clinical scoring systems, median (P_{25} , P_{75})		
SOFA score	4	(2, 6)
4-point LqSOFA	2	(2, 3)
5-point LqSOFA	3	(2, 3)
qSOFA	1	(1, 2)
MEWS	5	(4, 7)
NEWS	9	(6, 11)
SOS	5	(3, 7)

SD = standard deviation, P_{25} = 25th percentile, P_{75} = 75th percentile, KKH = Khon Kaen Hospital, SOFA score = the Sequential Organ Failure Assessment score, LqSOFA = Lactate threshold added quick Sequential Organ Failure Assessment, qSOFA = quick Sequential Organ Failure Assessment, MEWS = Modified Early Warning Score, NEWS = National Early Warning Score, SOS = Search Out Severity

ผลลัพธ์ของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผลลัพธ์จากการภาวะ Sepsis ดังแสดงในตารางที่ 2 พบว่าจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลมีจำนวนทั้งหมด 386 คน (ร้อยละ 31.2) เสียชีวิตภายใน 48 ชั่วโมง จำนวน 163 คน (ร้อยละ 13.2) เสียชีวิตจากทุกสาเหตุภายใน 90 วัน จำนวน 444 คน (ร้อยละ 35.9) เมื่อพิจารณาถึงสาเหตุของการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ขอนแก่น พบว่าได้รับอนุญาตให้กลับ จำนวน 470 คน (ร้อยละ 38.0) ส่งตัวกลับไป

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

โรงพยาบาลโกสุมพิสัยจำนวน 369 คน (ร้อยละ 29.8) ปฏิเสธการรักษา จำนวน 274 คน (ร้อยละ 22.2) โดยเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงหลังปฏิเสธการรักษา จำนวน 262 คน สำหรับการได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤตภายใน 48 ชั่วโมงพบว่า ผู้ป่วยได้ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 754 คน (ร้อยละ 61) ได้รับยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 591 คน (ร้อยละ 47.8) ได้ส่งต่อผู้ป่วยไปยังแผนกดูแลผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 146 คน (ร้อยละ 11.8)

Outcomes	Total (n = 1,237)	
Hospital death, n (%)	386	(31.2 %)
Death in 48 hours (from any causes), n (%)	163	(13.2 %)
Death in 90 days (from any causes), n (%)	444	(35.9 %)
Type of discharge, n (%)		
- Approval	470	(38.0 %)
- Refer	369	(29.8 %)
- Against advice	274	(22.2 %)
- Death within 24 hours after against advice	262	(21.2 %)
- Not death within 24 hours after against advice	12	(1.0 %)
- Death	124	(10.0 %)
ET tube intubation and mechanical ventilator use in 48 hours, n (%)	754	(61.0 %)
Required vasopressor in 48 hours, n (%)	591	(47.8 %)
ICU Admission in 48 hours, n (%)	146	(11.8 %)

ET tube = endotracheal tube, ICU = Intensive Care Unit

การเปรียบเทียบความสามารถในการทำนายการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของแบบคัดกรอง 4-point LqSOFA และ 5-point LqSOFA กับแบบคัดกรองเฝ้าระวังที่ได้แก่ MEWS NEWS qSOFA และ SOS

ผลการเปรียบเทียบ AUC ของแบบคัดกรองต่างๆ สำหรับการทำนายผลลัพธ์หลักคือการเสียชีวิตในโรงพยาบาล พบว่า AUC ของแบบคัดกรองต่างๆ ในการทำนายการเสียชีวิตในโรงพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดย

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบพื้นที่ใต้โค้ง ROC ของแบบคัดกรองต่างๆ ในการทำนายการเกิดผลลัพธ์หลักและผลลัพธ์รอง

Outcomes	AUC (95% confidence interval)						P-value
	4-point LqSOFA	5-point LqSOFA	qSOFA	MEWS	NEWS	SOS	
Hospital death	0.624 (0.593, 0.655)	0.658 (0.626, 0.689)	0.610 (0.579, 0.642)	0.563 (0.529, 0.597)	0.660 (0.628, 0.692)	0.601 (0.567, 0.635)	< 0.001
Death (in 48 hrs)	0.639 (0.599, 0.680)	0.698 (0.660, 0.736)	0.605 (0.561, 0.649)	0.595 (0.547, 0.642)	0.633 (0.588, 0.678)	0.633 (0.585, 0.682)	< 0.001
ET tube intubation (in 48 hrs)	0.653 (0.623, 0.682)	0.677 (0.648, 0.706)	0.613 (0.584, 0.642)	0.638 (0.607, 0.669)	0.752 (0.725, 0.780)	0.682 (0.652, 0.711)	< 0.001
Required vasopressor (in 48 hrs)	0.702 (0.675, 0.729)	0.718 (0.691, 0.745)	0.688 (0.661, 0.714)	0.565 (0.533, 0.596)	0.613 (0.582, 0.644)	0.647 (0.617, 0.677)	< 0.001
ICU Admission (in 48 hrs)	0.639 (0.595, 0.683)	0.678 (0.635, 0.722)	0.607 (0.562, 0.652)	0.558 (0.507, 0.608)	0.602 (0.555, 0.648)	0.623 (0.574, 0.672)	< 0.001

ROC = receiver operating characteristic, AUC = area under the ROC curve, LqSOFA = Lactate threshold added quick Sequential Organ Failure Assessment, qSOFA = quick Sequential Organ Failure Assessment, MEWS = Modified Early Warning Score, NEWS = National Early Warning Score, SOS = Search Out Severity, hrs = hours

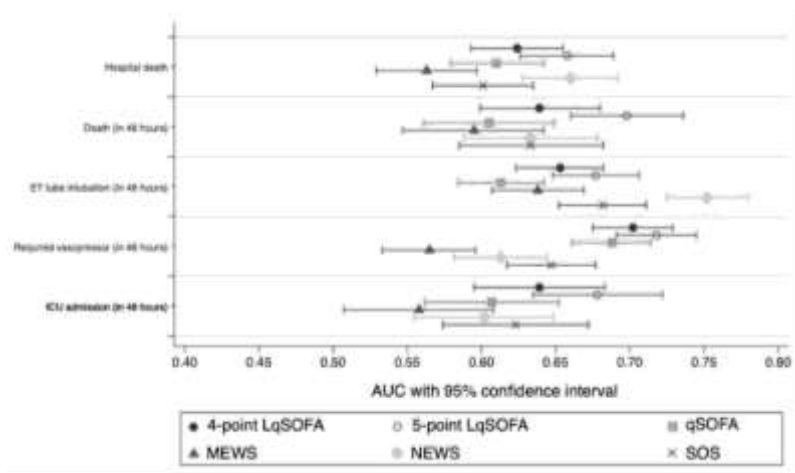
การเปรียบเทียบความสามารถในการทำนายการดูแลแบบภาวะวิกฤตภายใน 48 ชั่วโมง ของแบบคัดกรอง 4-point LqSOFA และ 5-point LqSOFA กับแบบคัดกรองเฝ้าระวังที่นิยมใช้โดยทั่วไป

แบบคัดกรอง NEWS และแบบคัดกรอง 5-point LqSOFA มีความสามารถในการทำนายสูงกว่าแบบคัดกรองอื่นๆ ซึ่ง 2 แบบคัดกรองนี้มีค่า AUC เท่ากับ 0.660 (95% CI: 0.628-0.692) และ 0.658 (95% CI: 0.626-0.689) ตามลำดับ สำหรับแบบคัดกรอง 4-point LqSOFA พบว่ามีความสามารถในการทำนายการเสียชีวิตในโรงพยาบาลสูงเป็นอันดับที่ 3 โดยมีค่า AUC เท่ากับ 0.624 (95% CI: 0.593-0.655)

ผลการเปรียบเทียบความสามารถในการทำนายการดูแลแบบภาวะวิกฤตภายใน 48 ชั่วโมง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ค่าพื้นที่ใต้โค้ง ROC ของแบบคัดกรองต่างๆ ต่อการทำนายผลลัพธ์รอง ซึ่งได้แก่

1) การเสียชีวิตภายใน 48 ชั่วโมง 2) การใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจภายใน 48 ชั่วโมง 3) การได้รับยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจและหลอดเลือดภายใน 48 ชั่วโมงทั้งนี้พบว่าแบบคัดกรอง 5-point LqSOFA มีความสามารถในการทำนายผลลัพธ์รอง จำนวน 3 ผลลัพธ์ได้ดีที่สุด ซึ่งมีค่าAUC ดังต่อไปนี้ 1) การเสียชีวิตภายใน 48 ชั่วโมง (AUC 0.698; 95% CI: 0.660-0.736), 2) การได้รับยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจและหลอดเลือดภายใน 48 ชั่วโมง (AUROC 0.718; 95% CI: 0.691-0.745), และ 3) การส่งต่อผู้ป่วยไปยังแผนกดูแลผู้ป่วยวิกฤตภายใน 48 ชั่วโมง (AUROC 0.678; 95% CI: 0.635-0.722) โดยแบบคัดกรอง 4-point

LqSOFA มีความสามารถในการทำนายผลลัพธ์รอง ดังที่กล่าวไปจำนวน 3 ผลลัพธ์เป็นอันดับที่ 2 สำหรับการทำนายผลลัพธ์การใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจภายใน 48 ชั่วโมง พบว่าแบบคัดกรอง NEWS มีความสามารถในการทำนายเป็นอันดับที่ 1 โดยมีค่าพื้นที่ใต้โค้ง ROC เท่ากับ 0.752 (95% CI: 0.725-0.780) อันดับที่ 2 คือแบบคัดกรอง SOS (AUROC 0.682; 95% CI: 0.652-0.711) ส่วนแบบคัดกรอง 5-point LqSOFA มีความสามารถในการทำนายผลลัพธ์นี้เป็นอันดับที่ 3 (AUROC 0.677; 95% CI: 0.648-0.706) และแบบคัดกรอง 4-point LqSOFA อยู่ในอันดับที่ 4 (AUROC 0.653; 95% CI: 0.623-0.682)



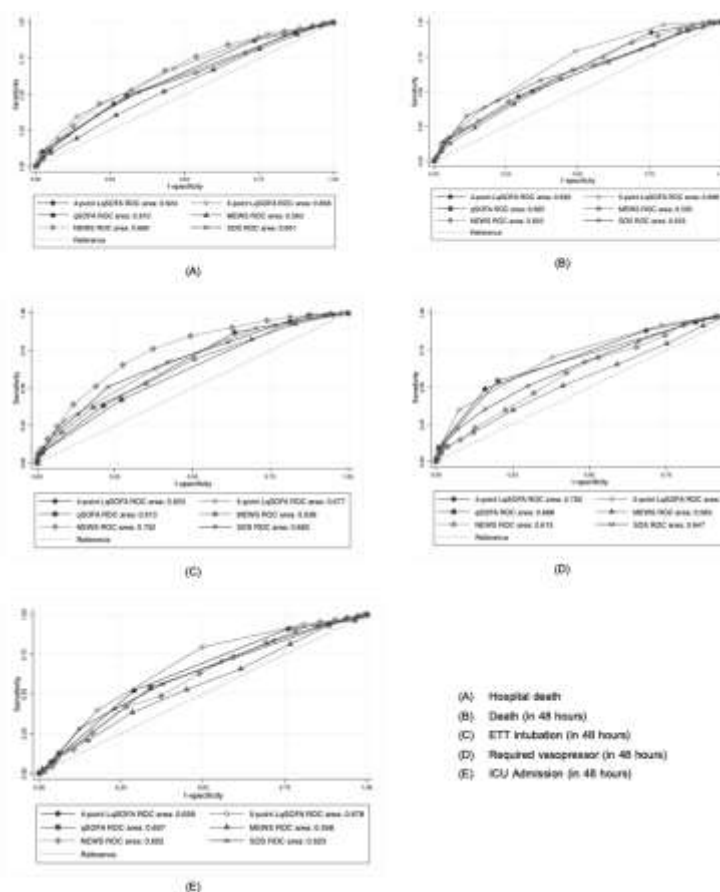
รูปที่ 2 กราฟเปรียบเทียบAUC และช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 ของแบบคัดกรองต่างๆ ในการทำนายการเกิดผลลัพธ์หลักและผลลัพธ์รอง

AUC = area under the curve, LqSOFA = Lactate threshold added quick Sequential Organ Failure Assessment, qSOFA = quick Sequential Organ Failure Assessment, MEWS = Modified Early Warning Score, NEWS = National Early Warning Score, SOS = Search Out Severity

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า การเพิ่มค่าแลคเตทแทรกซึมเข้าไปในแบบคัดกรอง qSOFA (5-point LqSOFA) เป็นเครื่องมือที่ผสมผสานระหว่าง biochemical severity marker (lactate) และ clinical scoring system สามารถเพิ่มความแม่นยำในการทำนายการเสียชีวิตในโรงพยาบาลและการได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตภายใน 48 ชั่วโมงของผู้ป่วย sepsis ได้ดีกว่าแบบ qSOFA และแบบคัดกรองเฝ้าระวังอื่นๆ (ยกเว้น NEWS ที่ยังคง

มีประสิทธิภาพสูงสุดในการทำนายการเสียชีวิตในโรงพยาบาลและการใช้เครื่องช่วยหายใจ) แสดงให้เห็นว่าการประเมิน lactate ตั้งแต่แรกเริ่มสามารถสะท้อนความรุนแรงของภาวะ sepsis ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และควรพิจารณานำแบบคัดกรองนี้ไปใช้ในการประเมินผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในโรงพยาบาลเพื่อเพิ่มโอกาสการตรวจพบผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงได้ตั้งแต่ระยะแรก



รูปที่ 3 กราฟเปรียบเทียบโค้งของ ROC ของแบบคัดกรองต่างๆ ในการทำนายการเกิดผลลัพธ์หลักและผลลัพธ์รอง

ROC = Receiver operating characteristic, LqSOFA = Lactate threshold added quick Sequential Organ Failure Assessment, qSOFA = quick Sequential Organ Failure Assessment, MEWS = Modified Early Warning Score, NEWS = National Early Warning Score, SOS = Search Out Severity

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า 5-point LqSOFA มีประสิทธิภาพเหนือกว่า qSOFA ในการทำนายความรุนแรงของผู้ป่วยภาวะ sepsis และสามารถนำไปใช้เพื่อการคัดกรอง (sepsis screening tool) ตั้งแต่ระยะแรกได้ ควรพิจารณานำ 5-point LqSOFA ไปใช้เป็น sepsis screening tool ในห้องฉุกเฉิน หอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลต่างๆ เพื่อวินิจฉัยและทำการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้อย่างทันทั่วทั้งที่ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (retrospective study) และเป็นการศึกษาที่เก็บข้อมูลในโรงพยาบาลขอนแก่นเพียงแห่งเดียว ควรมีการศึกษาต่อยอดในบริบทที่หลากหลาย เช่นในโรงพยาบาลชุมชน และออกแบบงานวิจัยเชิง prospective เพื่อยืนยันความถูกต้องของผลลัพธ์และความเหมาะสมในการใช้งานจริงในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. Singer M, Deutschman CS, Seymour C, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer

M, et al. The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (sepsis-3). Vol. 315, JAMA - Journal of the American Medical Association. American Medical Association; 2016. p. 801–10.

2. Rudd KE, Johnson SC, Agesa KM, Shackelford KA, Tsoi D, Kievlan DR, et al. Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990–2017: analysis for the Global Burden of Disease Study. Lancet. 2020 Jan 18;395(10219):200–11.
3. ภักธรวิษฐ์ อุตตะสาระ. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired ปีงบประมาณ 2562. รายละเอียดตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2562 [Internet]. 2562;148–52. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report_kpi.php?flag_kpi_level=1&flag_kpi_year=2019&source=pfor

mated/format1.php&id=00366a85bd
3c2b6932a228df29137252

4. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, Levy MM, Antonelli M, Ferrer R, et al. **Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016**. Vol. 45, Critical Care Medicine. Lippincott Williams and Wilkins; 2017. p. 486–552.
5. Levy MM, Evans LE, Rhodes A. **The Surviving Sepsis Campaign Bundle: 2018 update**. Vol. 44, Intensive Care Medicine. Springer Verlag; 2018. p. 925–8.
6. Seymour CW, Gesten F, Prescott HC, Friedrich ME, Iwashyna TJ, Phillips GS, et al. **Time to Treatment and Mortality during Mandated Emergency Care for Sepsis**. N Engl J Med. 2017 Jun 8;376(23):2235–44.
7. Mutema L, Chapanduka Z, Musaigwa F, Mashigo N. **In-depth investigation of turn-around time of full blood count tests requested from a clinical haematology outpatient department in Cape Town, South Africa**. Afr J Lab Med. 2021;10(1):1318.
8. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith CM, French C, et al. **Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021**. Intensive Care Med. 2021 Nov 1;47(11):1181–247.
9. Usman OA, Usman AA, Ward MA. **Comparison of SIRS, qSOFA, and NEWS for the early identification of sepsis in the Emergency Department**. Am J Emerg Med. 2019 Aug 1;37(8):1490–7.
10. Royal College of Physicians. **National Early Warning Score (NEWS) standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS [Internet]**. 2012. Available from: <https://www.rcplondon.ac.uk/file/9559/download>
11. Subbe CP, Kruger M, Rutherford P, Gemmel L. **Validation of a modified Early Warning Score in medical admissions**. QJM. 2001 Oct;94(10):521–6.

12. รัฐภูมิ ชามพูนท, สมบูรณ์ ตันสุภสวัสดิกุล, นาดยา คำสว่าง, ปัญญา เกื้อณดั่ง, ดวงรัตน์ ทิมศรี. การประยุกต์แบบวินิจฉัย Search Out Severity (SOS) Score ในการบ่งชี้ผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงในตึกผู้ป่วยสามัญ. พุทธชินราชเวชสาร. 2559;33(3):313-25.
13. Churpek MM, Snyder A, Han X, Sokol S, Pettit N, Howell MD, et al. Quick Sepsis-related Organ Failure Assessment, Systemic Inflammatory Response Syndrome, and Early Warning Scores for Detecting Clinical Deterioration in Infected Patients outside the Intensive Care Unit. Am J Respir Crit Care Med. 2017 Apr 1;195(7):906-11.
14. Wattanasit P, Khwannimit B. Comparison the accuracy of early warning scores with qSOFA and SIRS for predicting sepsis in the emergency department. Am J Emerg Med. 2021 Aug 1;46:284-8.
15. Shetty A, MacDonald SPJ, Williams JM, van Bockxmeer J, de Groot B, Esteve Cuevas LM, et al. Lactate ≥ 2 mmol/L plus qSOFA improves utility over qSOFA alone in emergency department patients presenting with suspected sepsis. EMA - Emerg Med Australas. 2017 Dec 1;29(6):626-34.
16. Suttapanit K, Wisan M, Sanguanwit P, Prachanukool T. Prognostic Accuracy of VqSOFA for Predicting 28-day Mortality in Patients with Suspected Sepsis in the Emergency Department. Shock. 2021 Sep 1;56(3):368-73.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ ห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 7

สถาพร พรพิพัฒน์จิระ¹, สมปรรธนา ดามา²

บทคัดย่อ

การวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับของการบริหารความเสี่ยงและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 7 เก็บข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 7 จำนวน 209 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามด้านความตระหนักในการบริหารความเสี่ยง และแบบสอบถามด้านการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.83 ตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามด้านความตระหนักในการบริหารความเสี่ยง และแบบสอบถามการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด เท่ากับ 0.86 และ 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า ระดับการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 7 ภาพรวม อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.43$, S.D.=0.73) ตัวแปรที่ร่วมกันพยากรณ์การบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 7 คือ ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง ด้านความเคยชินต่อสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง และด้านระยะเวลาและความถี่ในการรับรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง ได้ร้อยละ 55.7 ($R^2=0.557$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ ผู้บริหารควรส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัย สร้างความรู้ ความเข้าใจ และความเคยชินกับกระบวนการบริหารความเสี่ยง ส่วนในการวิจัยครั้งต่อไปควรพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการขยายขอบเขตการศึกษาไปยังโรงพยาบาลระดับอื่น และหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูงต่อไป

คำสำคัญ: การบริหารความเสี่ยง, ความตระหนัก, โรงพยาบาลตติยภูมิ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*Corresponding Author; Dr.Somprathana Dapha . Email: somdapa@@kku.ac.th

Received: September 28, 2025; Revised November 30, 2025; Accepted December 01, 2025

Factors Influencing in Risk Management of Perioperative Nurse in Tertiary Care Hospitals of Health Care Region 7

Sataporn Pornpipattanajira¹, Sompratthana Dapha²

Abstract

This study aimed to assess the level of risk management among perioperative nurses, analyze the relationships between personal factors, awareness, and risk management practices, and identify its predictors. A sample of 209 perioperative nurses from operating rooms in tertiary care hospitals within Health Region 7 participated. Data were collected via questionnaires and analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation, and stepwise multiple regression. The findings indicated that the overall level of risk management was at the highest level ($\bar{X} = 4.43$, S.D. = 0.73). A significant negative correlation was found between additional training and risk management ($r = -0.160$, $p < .05$), while all aspects of risk management awareness showed a moderate positive correlation ($p < .05$). Three factors, knowledge and understanding, familiarity with the risk management environment, and duration and frequency of risk perception collectively predicted 55.7% of the variance in risk management ($R^2 = 0.557$, $p < .05$). Based on these findings, it is recommended that hospital administrators foster a safety culture that enhances nurses' knowledge and familiarity with risk management. Future research should prioritize the development of effective risk management promotion programs and expand the study to include different hospital settings and other high-risk units to broaden the applicability of the findings.

Keywords: Risk Management, Awareness, Tertiary Care Hospital

¹ Registered Nurse (Professional Level), Khon Kaen Hospital, Khon Kaen Province

² Corresponding Author, Assistant professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University.

บทนำ (Introduction)

สถานพยาบาลระดับตติยภูมิ มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อน โดยเฉพาะการให้บริการผ่าตัด ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีความเสี่ยงสูง ความปลอดภัยของผู้ป่วยจึงเป็นหัวใจหลักสอดคล้องกับนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยแห่งชาติ (Thai Patient Safety Goals) โดยเฉพาะเป้าหมาย S: Safe Surgery ที่มุ่งลดข้อผิดพลาดและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ผ่านเครื่องมืออย่าง Surgical Safety Checklist¹⁻² อย่างไรก็ตาม ความเสี่ยงทางคลินิกยังคงเป็นความท้าทายสำคัญ ดังเห็นได้จากสถิติการยื่นคำร้องขอรับเงินชดเชยความเสียหายทางการแพทย์ที่เพิ่มขึ้นต่อเนื่องปีละ 3.55 % ซึ่งเป็นค่าชดเชยที่เพิ่มขึ้นกว่า 3 พันล้านบาทต่อปี³ สะท้อนถึงความจำเป็นในการมีระบบการบริหารความเสี่ยง (Risk Management) ที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นกระบวนการเชิงรุกเพื่อค้นหา วิเคราะห์ จัดการและประเมินผลความเสี่ยง⁴ โดยพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดเป็นบุคลากรด่านหน้าที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการบริหารความเสี่ยง โดยปัจจัยขับเคลื่อนที่สำคัญ คือ ความตระหนักของบุคลากร⁵ ซึ่งหมายถึง สภาวะทางจิตที่เกิดจากการรับรู้ข้อมูล ความรู้ และประสบการณ์นำไปสู่การแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม ความตระหนักในการบริหารความเสี่ยง⁶ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ความรู้ความเข้าใจ 2) ความใส่ใจเห็นคุณค่า

3) ความคุ้นเคยต่อสภาพแวดล้อม และ 4) ระยะเวลาหรือความถี่ในการรับรู้

ในบริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 7 ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับระบบบริหารความเสี่ยง ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด พบว่า แม้จะมีนโยบายและมาตรฐานที่ชัดเจน แต่ยังคงมีช่องว่างในการปฏิบัติที่สะท้อนถึงการขาดความตระหนักอย่างเป็นระบบ เช่น การบริหารความเสี่ยงเชิงรับ การไม่รายงานอุบัติการณ์เนื่องจากกลัวความผิด และการไม่ปฏิบัติตามแนวทางความปลอดภัยอย่างเคร่งครัด จนนำไปสู่เหตุการณ์ร้ายแรง ปรากฏการณ์เหล่านี้ชี้ให้เห็นว่า หากบุคลากรขาดความตระหนักต่อการบริหารความเสี่ยง การบรรลุเป้าหมายความปลอดภัยสูงสุดย่อมเป็นไปได้ยาก จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงที่ผ่านมา พบว่าการบริหารความเสี่ยงในบริบทของสถานพยาบาลมุ่งเน้นไปที่ปัจจัยหลากหลายมิติ เช่น การบริหารแบบมีส่วนร่วม เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมายังขาดการศึกษาที่มุ่งเน้นไปที่ความตระหนักในการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพในบริบทห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิโดยตรง

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยใช้แนวคิดการบริหารความเสี่ยงของ Wilson & Tingle (1999)⁴

เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ปัจจัยที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านความตระหนักในการบริหารความเสี่ยง ผลการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาแนวทางส่งเสริมความตระหนักต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด และยกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์งานวิจัย (Research Objective)

1. เพื่อศึกษาระดับการบริหารความเสี่ยง ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 7
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความตระหนักในการบริหารความเสี่ยง และการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 7
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 7

กรอบแนวคิดการวิจัย

(Conceptual Framework)

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการบริหารความเสี่ยงของ Wilson & Tingle (1999)⁴ ซึ่ง ประกอบด้วย 1) การค้นหาความเสี่ยง 2) การวิเคราะห์ความเสี่ยง 3) การจัดการความเสี่ยง และ 4) การประเมินผลการจัดการความเสี่ยง และการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปรอิสระที่ศึกษา ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ⁷ ระดับการศึกษา⁸ ประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัด⁹ และประสบการณ์อบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง¹⁰ 2) ปัจจัยการสร้างความรู้ความตระหนักในการบริหารความเสี่ยง⁶ ประกอบด้วย ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง ด้านความใส่ใจและเห็นคุณค่าเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง ด้านความเคยชินต่อสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง และด้านระยะเวลาและความถี่ในการรับรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง ซึ่งคาดว่าจะมีความสัมพันธ์ และมีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 7



วิธีการดำเนินการวิจัย (Methodology)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) แบบสหสัมพันธ์และพยากรณ์ (Correlation and Predictive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลตติยภูมิ 4 แห่งในเขตบริการสุขภาพที่ 7 โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรของอรุณ จิรวัดนกุล ได้จำนวน 209 คน คัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีใบประกอบวิชาชีพ และมีประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัด 1 ปีขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลด้านความตระหนักในองค์กรต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 7 ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัด และประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงมีจำนวนทั้งหมด 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการสร้างความตระหนักในการบริหารความเสี่ยง

ผู้วิจัยได้บูรณาการแบบสอบถามของ ดวงฤดี กิตติจารุตุล¹¹ ซึ่งสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดของทงนศักดิ์ ประสพกิตติคุณ⁶ โดยมีข้อความทั้งหมด 27 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับองค์ประกอบของความตระหนัก 4 องค์ประกอบ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้บูรณาการแบบสอบถามของ ภัทราพรรณ อาษานาม¹² เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 36 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล จำนวน 2 ท่าน หัวหน้าห้องผ่าตัด จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index ; CVI) ของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.83 และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดโรงพยาบาลอุดรธานี ซึ่งมีลักษณะการปฏิบัติงานคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.86 และ 0.84 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ใบรับรองเลขที่ HE671238 โดยผู้วิจัยขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ทั้ง 4 แห่ง เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลแต่ละโรงพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และประสานงานกับผู้ประสานงานแต่ละโรงพยาบาลเพื่อแจกและเก็บรวบรวมแบบสอบถาม หลังส่งแบบสอบถามไปแล้ว 2 สัปดาห์ ได้รับแบบสอบถามกลับมาจำนวน 209 ฉบับ ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถาม ได้รับแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์กลับมา จำนวนรวม 209 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 โดยดำเนินการเก็บข้อมูลในเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2568

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป (IMB SPSS) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Pearson's Product moment correlation coefficient เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา และ Stepwise Multiple Linear Regression Analysis เพื่อทดสอบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรที่ศึกษา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านกระบวนการพิจารณาและขออนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น หมายเลขโครงการ HE671238 ลงวันที่ 22 เมษายน 2567 โดยผู้วิจัยปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมการวิจัยได้รับการชี้แจงข้อมูลโครงการวิจัยอย่างครบถ้วน ยินดีเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ มีความอิสระในการถอนตัวจากการศึกษาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลจะได้รับการปกป้องเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเพื่อการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย (Result)

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่าพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดส่วนใหญ่ อายุอยู่ในช่วง 31 - 35 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.2 อายุช่วง 36 - 40 ปี ร้อยละ 17.2 อายุช่วง 21 - 25 ปี ร้อยละ 15.8 และอายุช่วง 56 - 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 1.9 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาระดับการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดจบการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 93.8 มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดอยู่ในช่วงมากกว่า 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 54.5 และในด้านการประสบการณ์อบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงพบว่า พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดยังไม่ผ่านการอบรม ร้อยละ 74.6

2. ข้อมูลปัจจัยความตระหนักในการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 7 พบว่า ปัจจัยด้านการสร้างความตระหนักในการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 7 ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.38$, S.D. = 0.75) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.00$, S.D. = 0.65) ด้านความใส่ใจและเห็นคุณค่าในการบริหารความเสี่ยง อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.67$, S.D. = 0.54) ด้านความเคยชินต่อสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.46$, S.D. = 0.57) และด้านระยะเวลาและความถี่ในการรับรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.33$, S.D. = 0.76)

3. การบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 7 พบว่า การบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 7 ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.43$, S.D. = 0.73) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ด้านการจัดการความเสี่ยงอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.61$, S.D. = 0.60) รองลงมา

ได้แก่ ด้านการค้นหาความเสี่ยงอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.40$, S.D. = 0.78) และด้านการประเมินผลความเสี่ยงอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.38$, S.D. = 0.79) ตามลำดับ และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดได้แก่ ด้านการวิเคราะห์ความเสี่ยงอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.35$, S.D. = 0.77)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยการสร้างความรู้ความตระหนักในการบริหารความเสี่ยงกับการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 7 พบว่า ในด้านปัจจัยส่วนบุคคลมีเพียงปัจจัยด้านการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ทางลบระดับเล็กน้อยกับการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = -0.160$, $p\text{-value} = 0.021$) ส่วนปัจจัยด้านอายุ ($r = 0.038$, $p\text{-value} = 0.580$) ปัจจัยด้านระดับการศึกษา ($r = 0.101$, $p\text{-value} = 0.146$) และปัจจัยด้านระยะเวลาในการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด ($r = 0.102$, $p\text{-value} = 0.141$) ไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 7

นอกจากนี้ยังพบว่าในด้านปัจจัยการสร้างความรู้ความตระหนักในการบริหารความเสี่ยงในภาพรวม มีความสัมพันธ์เชิงบวก

ระดับปานกลางกับการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 7 ($r=0.567$, $p\text{-value} < 0.001$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง มีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับปานกลาง ($r=0.632$, $p\text{-value} < 0.001$) ด้านความใส่ใจและเห็นคุณค่าในการบริหารความเสี่ยง อยู่ในระดับปานกลาง ($r=0.608$, $p\text{-value} < 0.001$) ด้านความเคยชินต่อสภาพแวดล้อมในการบริหารความเสี่ยง มี

ความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลาง ($r=0.623$, $p\text{-value} < 0.001$) และด้านระยะเวลาและความถี่ในการรับรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 7 ($r=0.632$, $p\text{-value} < 0.001$) กับการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 7 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยการสร้างความตระหนักในการบริหารความเสี่ยงกับการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 7 ($n = 209$)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ด้านความรู้ความเข้าใจในการบริหารความเสี่ยง	0.632	<0.001*	ความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลาง
ด้านความใส่ใจและเห็นคุณค่าในการบริหารความเสี่ยง	0.608	<0.001*	ความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลาง
ด้านความเคยชินต่อสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง	0.623	<0.001*	ความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลาง
ด้านระยะเวลาและความถี่ในการรับรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง	0.632	<0.001*	ความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลาง
รวม	0.623	<0.001*	ความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลาง

* $P < 0.001$

5. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 7 พบว่า การสร้างความตระหนักในการบริหารความเสี่ยงในภาพรวมร่วมกันมีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 7 ร้อยละ 55.7 ($R^2 = 0.557, p = 0.05$) ซึ่งวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ในรูปแบบมาตรฐาน (Beta) พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความ

เสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 7 มากที่สุดคือ ปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง ($\beta = 0.387, p < 0.05$) ปัจจัยด้านระยะเวลาและความถี่ในการรับรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง ($\beta = 0.252, p < 0.05$) และ ปัจจัยด้านความเคยชินต่อสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง ($\beta = 0.246, p < 0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรพยากรณ์ต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 7 โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ($n = 209$)

ตัวแปรพยากรณ์	b	std. error	Beta(β)	t	p-value
1. ปัจจัยด้านระยะเวลาและความถี่ในการรับรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง	0.048	0.014	0.252	3.452	<0.001*
2. ปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง	0.320	0.045	0.387	7.090	<0.001*
3. ปัจจัยด้านความเคยชินต่อสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง	0.231	0.068	0.246	3.410	<0.001*

Constance = 1.303, Std. error = 0.208, $R^2 = 0.557$, F change = 11.595

*p-value <0.001

อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษา พบว่า การบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 7 ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.43$, S.D. = 0.73) สามารถอภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลตติยภูมิ ซึ่งเป็นสถานพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อระดับสูง เป็นสถานพยาบาลที่มีสมรรถนะขีดความสามารถที่สูงที่สุดในระบบสถานพยาบาลของระบบสุขภาพของประเทศ ทำให้มีความพร้อมในการบริหารจัดการความเสี่ยง ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ในการบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพสูงที่สุดในทุกด้านของการบริหารความเสี่ยง

ในด้านปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 7 พบว่า มีเพียงปัจจัยด้านประสบการณ์อบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ทางลบระดับเล็กน้อยกับการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = -0.160$, $p\text{-value} = 0.021$) ซึ่งผลการศึกษาที่มีความแตกต่างจากการศึกษาของ นงเยาว์ คำบุญญา¹³ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพงานห้องคลอดโรงพยาบาลชุมชนเขต 7 กระทรวง

สาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่า อายุ และการอบรมด้านสูติกรรม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพงานห้องคลอด ($r=0.38$, $r=0.33$)

ในด้านปัจจัยการสร้างความรู้ตระหนักในการบริหารความเสี่ยง พบว่า ปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางถึงค่อนข้างสูง ($r=0.632$, $p < 0.05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ซึ่งอภิปรายได้ว่า ความรู้ ความเข้าใจถือเป็นรากฐานของการปฏิบัติที่ถูกต้อง โดยเฉพาะในบริบทห้องผ่าตัดซึ่งมีความเสี่ยงสูง และซับซ้อน พยาบาลที่มีความรู้ความเข้าใจในหลักการบริหารความเสี่ยงอย่างถ่องแท้ จะสามารถระบุความเสี่ยง (Risk Identification) สามารถคาดการณ์ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ ไม่ว่าจะเป็นความเสี่ยงทางคลินิก เช่น การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ หรือความเสี่ยงที่ไม่ใช่ทางคลินิก เช่น อุปกรณ์ไม่พร้อมใช้งาน การส่งต่อข้อมูลผิดพลาด เป็นต้น อีกทั้งสามารถประเมินความเสี่ยง สามารถวิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงได้ว่าเรื่องใดมีความรุนแรง และมีโอกาสเกิดสูง เพื่อกำหนดการได้ทันท่วงที และสามารถปฏิบัติการป้องกันความเสี่ยง สามารถนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานประจำวัน เช่นการปฏิบัติตาม Surgical Safety Checklist อย่างเคร่งครัด

การตรวจสอบเครื่องมือและอุปกรณ์อย่างถูกวิธี ซึ่งการปฏิบัติเหล่านี้คือหลักสำคัญของ การบริหารความเสี่ยง ดังนั้น การที่พยาบาล วิชาชีพห้องผ่าตัดมีความรู้ ความเข้าใจที่ดีจึง เปรียบเสมือนเข็มทิศที่นำทางการปฏิบัติงาน ให้เป็นไปในทิศทางที่ปลอดภัยสูงสุด สอดคล้องกับการศึกษาของ รจนา เล้าบัณฑิต และปริญญาภรณ์ ธนะบุญปวง¹⁴ ศึกษา เกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบริหาร ความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพใน โรงพยาบาลสามร้อยยอด ประจวบคีรีขันธ์ ผลการศึกษา พบว่า ความรู้ด้านการบริหาร ความเสี่ยงทางคลินิกมีความสัมพันธ์ทางบวก ระดับปานกลางกับการบริหารความเสี่ยงทาง คลินิก

ปัจจัยด้านความใส่ใจและเห็นคุณค่าเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางถึง ค่อนข้างสูง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 1 ซึ่งอภิปรายได้ว่า ทักษะคิดและค่านิยม ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่มีความ ตระหนักและให้คุณค่าว่าการบริหาร ความเสี่ยงเป็นความรับผิดชอบทางวิชาชีพและเป็น สิ่งสำคัญสูงสุดเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ย่อมมีแนวโน้มที่จะทุ่มเทและใส่ใจในการ ปฏิบัติตามมาตรการต่าง ๆ มากกว่าพยาบาล วิชาชีพห้องผ่าตัดที่มองว่าเป็นเพียงภาระงาน หรือกฎระเบียบที่ต้องทำตาม ดังนั้น การ ปลุกฝังทัศนคติเชิงบวกและค่านิยมเรื่อง ความปลอดภัยเป็นสิ่งสำคัญในการ

ขับเคลื่อนการบริหารความเสี่ยง สอดคล้อง กับการศึกษาของ สุจิตรา กิตติพิช¹⁵ ศึกษา เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหาร ความเสี่ยงในงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลในจังหวัด สมุทรสงคราม ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัย ส่วนบุคคลด้านการศึกษา เจตคติต่อการ บริหารความเสี่ยง การบริหารความเสี่ยงแบบ มีส่วนร่วม มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยง ของบุคลากรห้องผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยด้าน ความเคยชินต่อ สภาพแวดล้อมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางถึง ค่อนข้างสูง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 1 ซึ่งอภิปรายได้ว่า ความเคยชินต่อ สภาพแวดล้อมมีอิทธิพลต่อการบริหาร ความเสี่ยงสะท้อนถึงวัฒนธรรมความปลอดภัยของ องค์กร อธิบายได้ว่า การปฏิบัติในการบริหาร ความเสี่ยงในงานประจำให้เป็นเรื่องปกติ ได้แก่ การพูดคุยกันเรื่องความเสี่ยง การ รายงานอุบัติการณ์หรือการทบทวนความ ผิดพลาด ให้เป็นส่วนหนึ่งของบรรยากาศการ ทำงาน ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด เกิดความรู้สึกรู้ว่าการบริหารความเสี่ยงไม่ใช่ ภาระ แต่เป็นหน้าที่และความรับผิดชอบ ร่วมกัน ลดวัฒนธรรมการกลัวโทษ สภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมการเรียนรู้จากความ ผิดพลาดจะทำให้พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด กล้าที่จะรายงานความเสี่ยงหรือความคลาด เคลื่อนที่เกิดขึ้นโดยไม่ต้องกลัวว่าจะถูก

ลงโทษ ความเคยชินกับสภาพแวดล้อมเช่นนี้จะนำไปสู่การได้รับข้อมูลความเสี่ยงที่แท้จริงและครบถ้วน ทำให้องค์กรสามารถนำไปพัฒนาระบบป้องกันได้ตรงจุด โดยผลลัพธ์ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการตอกย้ำว่า นโยบายที่ดีเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ แต่ต้องสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อให้เกิดการปฏิบัติจริงจนกลายเป็นความเคยชิน สอดคล้องกับการศึกษาของศิวพร แก้วสมสี นันทิยา วัฒนา และนันทวัน สุวรรณรูป¹⁶ ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยผลการวิจัยพบว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยเป็นปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

ปัจจัยด้านระยะเวลาและความถี่ในการรับรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับน้อยถึงปานกลาง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ซึ่งอภิปรายได้ว่า ปัจจัยด้านระยะเวลาและความถี่ในการรับรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง มีความสอดคล้องกับหลักการเรียนรู้และสร้างพฤติกรรม การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงเพียงครั้งคราวหรือในการปฐมณิเทศแรกเข้าอาจไม่เพียงพอที่จะฝังรากลึกเป็นพฤติกรรมการปฏิบัติงานได้¹⁷ การที่ระยะเวลาและความถี่ในการรับรู้มีอิทธิพลสามารถอธิบายได้ว่า การย้ำและทบทวนการสื่อสารเรื่องความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ

เช่น การพูดคุยใน Morning Brief การนำเสนอกรณีศึกษาที่น่าสนใจในที่ประชุมประจำเดือน การส่งอีเมลแจ้งเตือนความเสี่ยงใหม่ ๆ จะช่วยให้ความรู้ยังคงสดใหม่และอยู่ในความตระหนักของผู้พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดตลอดเวลา การสร้างการจดจำระยะยาว การได้รับข้อมูลซ้ำๆ ในช่วงเวลาที่เหมาะสมจะช่วยเปลี่ยนความรู้จากความจำระยะสั้นให้กลายเป็นการปฏิบัติที่ทำได้โดยอัตโนมัติ ทำให้การบริหารความเสี่ยงไม่ได้เกิดจากการต้องคิด แต่เกิดจากความเคยชินที่ถูกต้อง¹⁸ ดังนั้น ผลการวิจัยครั้งนี้จึงชี้ให้เห็นว่า การบริหารความเสี่ยงเป็นกระบวนการที่ต้องทำอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิวพร จินต์แสง¹⁹ ศึกษาเรื่องการตระหนักรู้ถึงความปลอดภัยบนเที่ยวบินของผู้โดยสารสายการบินต้นทุนต่ำ พบว่า จำนวนครั้งในการเดินทางโดยเครื่องบินใน 1 ปี ส่งผลต่อการตระหนักรู้ถึงความปลอดภัยบนเที่ยวบิน

จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 7 พบว่า ปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง ปัจจัยด้านความเคยชินต่อสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง และปัจจัยด้านระยะเวลาและความถี่ในการรับรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ใน

โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 7 ได้ร้อยละ 55.7 ($R^2 = 0.557$, $p < 0.05$) สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้ การบริหารความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพส่วนสำคัญที่สุด คือ การให้บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง เพราะความเข้าใจจะทำให้บุคลากรปฏิบัติกระบวนการบริหารความเสี่ยง ได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลความเสี่ยง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมด้วยวัฒนธรรมองค์กรหรือความเคยชินต่อสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง ที่จะช่วยให้กระบวนการบริหารความเสี่ยงเป็นเรื่องปกติในองค์กร ทุก ๆ คนสามารถปฏิบัติกระบวนการบริหารความเสี่ยงได้อย่างมั่นใจ เปรียบเสมือนสภาพแวดล้อมช่วยให้การบริหารความเสี่ยงเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงาน¹⁷ ร่วมกับการตอกย้ำและทบทวน การสื่อสารเรื่องความปลอดภัยในองค์กรอย่างสม่ำเสมอ ช่วยในการสร้างความจดจำในระยะยาว และส่งเสริมให้เกิดความเคยชินในการบริหารความเสี่ยงที่ถูกต้อง¹⁸

ข้อเสนอแนะ

1) ผู้บริหารโรงพยาบาล และผู้บริหารทางการแพทย์ควรสนับสนุนให้บุคลากรในห้องผ่าตัด มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง โดยการร่วมกันสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่

ความสำคัญกับการบริหารความเสี่ยง ให้บุคลากรได้รับรู้และมีความเคยชินเกี่ยวกับกระบวนการบริหารความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมและเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดในองค์กร เช่น การทำ Safety talk / Morning brief ก่อนเริ่มงานทุกวัน การจัดกิจกรรมทบทวนอุบัติการณ์ เป็นประจำ และการสร้างระบบสื่อสารความเสี่ยงที่เข้าถึงง่ายและสม่ำเสมอ เพื่อให้บุคลากรได้รับรู้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง

2) ควรสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรผ่านการอบรมและการฝึกปฏิบัติที่เน้นทักษะการใช้กระบวนการบริหารความเสี่ยง โดยใช้กรณีศึกษา การจำลองสถานการณ์ และการฝึกปฏิบัติ เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้จริง และมีการประเมินผลหลังการอบรมอย่างต่อเนื่อง

3) พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ควรพัฒนาตนเองในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง และนำความรู้มาปรับใช้ในการปฏิบัติงานประจำ เพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรทำวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาในเชิงลึกถึงปัจจัยเพิ่มเติมที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยง เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้ มีการศึกษาใน

เฉพาะประเด็นปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านความตระหนักในการบริหารความเสี่ยง ซึ่งอาจไม่ครอบคลุมถึงปัจจัยอื่นที่อาจมีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยง โดยอาจใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกในพยาบาลที่เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง เพื่อทำความเข้าใจถึงทัศนคติ อุปสรรค และความต้องการที่แท้จริง เพื่อให้เกิดการศึกษาที่ครอบคลุมมากขึ้น

2) ควรทำการวิจัยและพัฒนาโดยการสร้างและพัฒนา รูปแบบหรือโปรแกรมการส่งเสริมการบริหารความเสี่ยงที่เน้นปัจจัยสำคัญ 3 ด้านที่พบในการวิจัยนี้ได้แก่ ด้านความรู้ ความเข้าใจในการบริหารความเสี่ยง ด้านความเคยชินเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง และด้านระยะเวลาและความถี่ในการรับรู้ เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง แล้วนำไปทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม

3) ควรขยายขอบเขตการศึกษาไปยังกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลระดับอื่นๆ เช่น โรงพยาบาลทุติยภูมิ โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลเอกชน รวมถึงศึกษาในหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูงอื่น ๆ เช่น หอผู้ป่วยหนัก (ICU) หรือห้องฉุกเฉิน (ER) เพื่อเปรียบเทียบผลและทำให้องค์ความรู้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กว้างขวางขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอแสดงความขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาในการพิจารณาและ

ตรวจสอบเครื่องมือ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเพื่อยกระดับคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ขอขอบคุณอาจารย์ที่ปรึกษา ที่คอยชี้แนะและให้คำปรึกษาการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ จนทำให้การวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). **มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี**. นนทบุรี: บริษัทหนังสือดีวัน จำกัด; 2558.
2. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). **มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 4**. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2561.
3. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). **การจัดการคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรใน ห้องผ่าตัด [อินเทอร์เน็ต]**. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 7 ต.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://si.mahidol.ac.th/Th/division/nursing/NDivision/N_OPE/admin/download_files/31_62_1.pdf

4. Wilson J, Tingle J. Clinical risk modification: A route to clinical governance. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1999.
5. พงษ์ชัย เฉลิมกลิ่น. ความตระหนักของพนักงานนิคมอุตสาหกรรมเขตเวียงชัย ต่ อ ลั ก ษ ณะ ป ัญ หา สิ่งแวดล้อม [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2551.
6. ทนงศักดิ์ ประสบกิตติคุณ. การประเมินค่าความตระหนักในปัญหาสิ่งแวดล้อม ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จังหวัดตราด. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2534.
7. ณัฐชยา วุฒิมาปกรณ์. พฤติกรรมการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในเค รื่อ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์. วารสารเวรีเดียน: 2557;7(1):698-711.
8. รติยา รักดี. พฤติกรรมของพยาบาลเชิงวิชาชีพตามความรู้ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2556.
9. ประไพรัตน์ ไชยกุล, ลัดดา กิจนพศรี, ธนวรรณ ยอดบุรี, จักรกฤษณ์ สอนอ่อง, ปราการ นทีประสิทธิ์พร, และคณะ. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์: โครงการปัจจัยส่วนบุคคลและทัศนคติของบุคลากรที่เป็นกรรมการบริหารความเสี่ยงของคณะหน่วยงานที่มีต่อกระบวนการจัดทำบริหารความเสี่ยง ของมหาวิทยาลัยนครสวรรค์. พิษณุโลก: สำนักงานสภา มหาวิทยาลัยนครสวรรค์; 2556.
10. พจนา รุ่งรัตน์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้และทัศนคติเรื่องการบริหารความเสี่ยงกับการปฏิบัติตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงของบุคลากรพยาบาล โรงพยาบาลค่าย จังหวัดระยอง. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์: สถาบันพระบรมราชชนก วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี; 2557.
11. ดวงฤดี กิตติจารุคุณ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทัศนคติและความตระหนักด้านการบริหารจัดการความเสี่ยง กรณีศึกษา: บริษัทนำเข้าส่งออกแห่งหนึ่ง [การศึกษา ค้น ค ว ำ อี ส ร ะ]. ลำ ป า ง : มหาวิทยาลัยเนชั่น; 2558.
12. ภัทธาพรพรณ อาษานาม. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดโรงพยาบาลศูนย์ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ [วิทยานิพนธ์ ป ร ิ ญ ญา โ ท]. ข อ น แ ก่ น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2566.

13. นงเยาว์ คำปัญญา. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพงานห้องคลอดโรงพยาบาลชุมชนเขต7 กระทรวงสาธารณสุข [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]**. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2560.
14. รจนา เล้าบัณฑิต, ปริญญาภรณ์ ธนะบุญปวง. **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสามร้อยยอด ประจวบคีรีขันธ์**. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต. 2564;1(1):25-36.
15. สุจิตรา กิตติหัทธ. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงในงานห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลในจังหวัดสมุทรสงคราม**. วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์. 2567;4(1):1-15.
16. ศิวาพร แก้วสมสี, นันทิยา วัฒนา, นันทวัน สุวรรณรูป. **ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์**. วารสารพยาบาลทหารบก. 2560;18(1):94-103.
17. จีรนนท์ ชานนท์. **ปัจจัยแห่งความสำเร็จและวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กรที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลขอนแก่น [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]**. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2563.
18. จิราวรรณ รุ่งเรืองวารินทร์, พรพิมล พลอยประเสริฐ, สมทรง บุตรชีวัน. **การพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงสำหรับหอผู้ป่วย โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา**. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2560;7(1):24-36.
19. อิศราพร จินต์แสง, ปวรรัตน์ สุภิมา รส. **แนวทางการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเพื่อเพิ่มความรู้ถึงความปลอดภัยบนเตียงบินของผู้โดยสารสายการบินต้นทุนต่ำ**. วารสารวิทยาลัยโลจิสติกส์และซัพพลายเชน กรุงเทพฯ. 2560;3(1):64-78.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

อรุณลักษณ์ นาทองบ่อ¹, นราภรณ์ ท่อนโพธิ์², รุ่งตะวัน ฮีท³,

เบญจมาภรณ์ หาญชาญเลิศ⁴, สุนิสา สีชาบาล⁵

บทคัดย่อ

ภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลวจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งหากใช้เป็นเวลานาน อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) ระยะเวลาการรักษานานขึ้น และค่าใช้จ่ายสูงขึ้น งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลโกสุมพิสัย โดยใช้กรอบแนวคิดกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจของสมาคมพยาบาลวิกฤต อเมริกาครอบคลุมทั้ง 3 ระยะ คือ Pre - weaning phase, Weaning phase และ Weaning Outcome phase ดำเนินการ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 31 พฤษภาคม 2568 มี 3 ระยะ ได้แก่ 1) ศึกษาสถานการณ์ บริบท สภาพปัญหา 2) พัฒนาแนวทางการปฏิบัติ 3) การประเมินผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจกลุ่มผู้ร่วมวิจัย คือ ทีมสหวิชาชีพ 13 คน และผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลว ได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นผู้ที่มีความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ 115 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ 99 ราย (ร้อยละ 86.08) ไม่พบอุบัติการณ์ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจและค่าใช้จ่ายเฉลี่ยลดลง บุคลากรมีความมั่นใจ ในการประเมินและตัดสินใจมากขึ้น ความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.72) สรุปได้ว่า แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นช่วยเพิ่มความปลอดภัย ประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อน และควรนำไปประยุกต์ใช้อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การหย่าเครื่องช่วยหายใจ, ภาวะหายใจล้มเหลว, หอผู้ป่วยหนัก

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลโกสุมพิสัย

²นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ อายุรแพทย์ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลโกสุมพิสัย

⁴นักกายภาพบำบัดชำนาญการ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย

⁵พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลโกสุมพิสัย

Corresponding Author; Arunlak natongbor¹, Email: nui24arunrax@gmail.com

Received: September 27, 2025; Revised November 23, 2025; Accepted December 01, 2025

Development of Ventilator Weaning Protocol in the Intensive care unit, Kosumphisai Hospital, Maha Sarakham Province

*Arunlak natongbor¹, Naraporn Tonpho², Rungtawan Heath³,
Benjamaporn Hanchanlert⁴, Sunisa seechaban⁵*

Abstract

Respiratory failure is a critical condition requiring mechanical ventilation. Prolonged use of mechanical ventilation increases the risk of complications such as ventilator-associated pneumonia (VAP), longer hospital stays, and higher treatment costs. This action research aimed to develop a ventilator weaning protocol in the intensive care unit (ICU) of Kosumphisai Hospital, guided by the American Association of Critical-Care Nurses weaning process framework, which includes three phases: Pre-weaning, Weaning, and Weaning Outcome. The study was conducted from October 1, 2024, to May 31, 2025, through three stages: situational analysis, implementation, and evaluation. Participants included 13 multidisciplinary healthcare professionals and 115 patients with respiratory failure who underwent endotracheal intubation and mechanical ventilation. Data were collected using patient care records and analyzed with descriptive statistics and content analysis. Results showed that 99 patients (86.08%) were successfully weaned from mechanical ventilation, with no incidence of VAP. The average duration of intubation and treatment costs were reduced, while healthcare providers reported greater confidence in assessment and decision-making. Satisfaction among the multidisciplinary team was at the highest level (mean score = 4.72). In conclusion, the developed protocol enhanced patient safety, care efficiency, and systematic practice, reduced complications, and should be continuously implemented and evaluated.

Keywords: Ventilator weaning, Respiratory failure, Intensive care unit

¹Advanced Practice Nurse, Intensive Care Unit, Kosumphisai Hospital

²Senior Professional Level Physician in Internal Medicine, Kosumphisai Hospital

³Senior Advanced Practice Nurse, Intensive Care Unit, Kosumphisai Hospital

⁴Specialist Physical Therapist, Kosumphisai Hospital

⁵Registered Nurse, Intensive Care Unit, Kosumphisai Hospital

บทนำ (Introduction)

ภาวะหายใจล้มเหลว (Respiratory failure) หมายถึง ภาวะที่ระบบทางเดินหายใจ ไม่สามารถแลกเปลี่ยนก๊าซได้อย่างเพียงพอ ส่งผลให้ออกซิเจนในเลือดแดงลดลง (Hypoxemia, $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$ หรือ $< 8.0 \text{ kPa}$) หรือมีการคั่งของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ (Hypercapnia, $\text{PaCO}_2 > 50 \text{ mmHg}$ หรือ $> 6.0 \text{ kPa}$ และ $\text{pH} < 7.3$) หรือเกิดทั้งสองภาวะร่วมกัน ภาวะนี้อาจเกิดขึ้นแบบเฉียบพลัน (Acute) ภายในเวลาไม่กี่ชั่วโมงถึงวัน แบบเรื้อรัง (Chronic) เป็นสัปดาห์หรือเดือน หรือเกิดแบบเฉียบพลันแทรกในผู้ป่วยที่มีภาวะเรื้อรังอยู่ก่อน (Acute on chronic)¹ การรักษาภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ (Mechanical ventilation) เพื่อประคับประคองการหายใจ ควบคู่กับการรักษาสาเหตุ จนกว่าผู้ป่วยจะสามารถกลับมาหายใจได้เอง เครื่องช่วยหายใจนับเป็นเทคโนโลยีที่มีบทบาทสำคัญต่อการช่วยชีวิตผู้ป่วยวิกฤต แต่หากใช้นานเกินไปอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator-Associated Pneumonia: VAP) ความผิดปกติทางกาย จิตใจ ตลอดจนค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงขึ้น โดยมีรายงานว่า การใช้เครื่องช่วยหายใจนานเกิน 3 วัน สัมพันธ์กับการเกิด VAP สูงถึงร้อยละ 20–41

ระยะเวลานอนโรงพยาบาลนานขึ้นเฉลี่ย 10.5 วัน และมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อรายสูงถึง 29,369 ดอลลาร์สหรัฐ ทั้งนี้ กระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจมักใช้เวลาถึงร้อยละ 40 ของระยะเวลาที่ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจทั้งหมด^{2,3} สมาคมพยาบาลวิกฤตแห่งอเมริกา (American Association of Critical-Care Nurses, AACN)⁴ ได้กำหนดกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจไว้ 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะก่อนหย่า (Pre-weaning phase) 2) ระยะหย่า (Weaning phase) และ 3) ระยะประเมินผล (Weaning outcome phase) โดยผู้ป่วยจะต้องมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจจึงจะสามารถหย่าเครื่องได้สำเร็จ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในทุกขั้นตอน ทั้งการประเมินอาการ ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ และการดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (M2) ที่มีแนวโน้มผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจเพิ่มขึ้นจากข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2565–2567) พบผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ 56, 44 และ 130 ราย ตามลำดับ โดยมีอัตราความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ 62.5%, 68.1% และ 66.9% ตามลำดับ แม้ผลสำเร็จอยู่ในระดับค่อนข้างดี แต่ยังพบปัญหาการหย่า

เครื่องไม่สำเร็จจากสาเหตุ เช่น อาการทรุดลง ภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อ และความผิดปกติของสัญญาณชีพ ซึ่งนำไปสู่การใช้เครื่องช่วยหายใจนานขึ้นเสี่ยงต่อการเกิด VAP และเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา ทั้งนี้ ปัญหาสำคัญคือยังไม่มีแนวปฏิบัติกรหยาเครื่องช่วยหายใจที่เป็นระบบ ครอบคลุมทั้ง 3 ระยะ ขณะที่พยาบาลรุ่นใหม่มักขาดความรู้และประสบการณ์ โดยส่วนใหญ่การหยาจะเริ่มก็ต่อเมื่อแพทย์เป็นผู้สั่งการเท่านั้น ด้วยเหตุนี้ทีมสหวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักจึงเล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนาแนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลโกสุมพิสัย เพื่อเพิ่มอัตราความสำเร็จ ลดการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใส่ท่อช่วยหายใจลดระยะเวลาการใช้

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) โดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีของ Kemmis & McTaggart (1988)

ท่อช่วยหายใจ และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลโกสุมพิสัยจังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์การพัฒนาแนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม
4. เพื่อประเมินความพึงพอใจของบุคลากรต่อแนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีของ Kemmis & McTaggart (1988)^{5,6} มี 3 ระยะ ได้แก่ 1) ศึกษาสถานการณ์ บริบท สภาพปัญหา 2) พัฒนาแนวทางการปฏิบัติ 3) การประเมินผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนผล (Reflect) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 31 พฤษภาคม 2568

กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

1. ทีมสหวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จำนวน 13 คน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 11 คน

2. ผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลว ได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลโกสุมพิสัย ไม่จำกัดเพศ มีอายุตั้งแต่ 15 – 90 ปีในช่วงเวลาที่ทำการวิจัย จำนวน 115 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัคร

เข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria)

ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 11 คน และอายุรแพทย์ จำนวน 2 คน

2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหายใจล้มเหลว ได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลโกสุมพิสัย หลังจากนั้นจึงดำเนินการพิทักษ์สิทธิ และดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัยโดยผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางนี้จะต้องมีญาติสายตรงเป็นผู้มีอำนาจตัดสินใจ เช่นยินยอมให้การรักษาพยาบาลมีความพร้อมในการหยาเครื่องช่วยหายใจ โดยพิจารณาจากทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์ประเมินความพร้อมสำหรับการหยาเครื่องช่วยหายใจ เช่น ความรู้สึกตัวปกติ ระบบไหลเวียนโลหิตปกติ ดังนี้

1. ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน (RSBI (RR/TV < 105), SpO₂ > 90%, FiO₂ ≤ 0.4, PEEP ≤ 5 cmH₂O, RR < 30 /min, Smooth, PaO₂/FiO₂ > 200)

2. การไหลเวียนโลหิตคงที่ (HR ≥ 50, ≤ 120/min, BP ≥ 90/50, ≤ 160/100 mmHg, non-dopamine or use < 5µg/kg/min)

3. Temperature < 38o

4. Hct ≥ 30% or Hb > 8-10 gm/dl

5. Non sedation and muscle relaxant

6. ผล Lab VBG, Electrolyteปกติ

เกณฑ์คัดเลือกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1. พยาบาลวิชาชีพ และอายุรแพทย์ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักย้ายไปทำงานที่หอผู้ป่วยอื่น ลาออก เสียชีวิตในช่วงเวลาทำการวิจัย

2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตั้งแต่แรกว่าเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีภาวะหายใจล้มเหลว กลุ่มผู้ป่วยภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (acute respiratory distress syndrome: ARDS) เนื่องจากเป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุเกิดจากการมีพยาธิสภาพต่อเนื้อปอดโดยตรงและผู้ป่วยที่ขณะเข้าสู่กระบวนการหยาเครื่องช่วยหายใจมีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ระดับการรู้สึกตัวลดลง มีอาการของโรคหัวใจและหลอดเลือดรุนแรง หรือได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย แนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นใหม่ใช้กรอบแนวคิดกระบวนการหยาเครื่องช่วยหายใจ ของสมาคมพยาบาลวิกฤตอเมริกา⁴ และแบบประเมินการหยาเครื่องช่วยหายใจ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสนทนากลุ่ม จำนวน 11 คำถาม ครอบคลุมประสบการณ์ ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จและข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติ

2.2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและผลลัพธ์จากเวชระเบียน

2.3 แบบประเมินทักษะการปฏิบัติของพยาบาล 2-TICKS

2.4 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วน (Rating Scale 5 ระดับ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยศึกษาจากตำรา และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีทั้งหมด 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูล ส่วนบุคคล เพศ อายุ ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก และจำนวนครั้งของประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในการหยาเครื่องช่วยหายใจ โดยใช้คำถามปลายปิด (Close Ended Question)

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 5 ข้อ โดยใช้เกณฑ์ในการประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale 5 ระดับ ตามวิธีของ Likert⁹ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ระดับ 5 หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด ระดับ 4 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก ระดับ 3 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง ระดับ 2 หมายถึง มีความพึงพอใจ

น้อย และระดับ 1 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนเป็นดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.21–5.00 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.41–4.20 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.61–3.40 หมายถึง ระดับความพึงพอใจปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.81–2.60 หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00–1.80 หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้พัฒนาขึ้นจากการศึกษาดำรง ทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการหยาเครื่องช่วยหายใจ โดยดำเนินการแต่งตั้งผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ได้แก่ แนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจ (CVI = 0.93, ความเที่ยง = 0.88) แบบประเมินการหยาเครื่องช่วยหายใจ (CVI = 0.87, ความเที่ยง = 0.81) แบบสนทนากลุ่ม จำนวน 11 คำถามครอบคลุมประสบการณ์ ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ และข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติ แบบประเมินทักษะการปฏิบัติ

ของพยาบาล (CVI = 0.90, ความเที่ยง = 0.82) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและผลลัพธ์จากเวชระเบียน (CVI = 0.85, ความเที่ยง = 0.89) และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล (CVI = 0.91, ความเที่ยง = 0.86) เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย (1) อายุรแพทย์โรงพยาบาลโกสุมพิสัย (2) พยาบาลหัวหน้างานหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลโกสุมพิสัย (3) พยาบาลวิชาชีพที่จบเฉพาะทางวิกฤติ นำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม และครอบคลุมยิ่งขึ้นก่อนนำไปใช้ในเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนและระยะดำเนินการพัฒนา แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์บริบท สภาพปัญหา ได้ศึกษาสถานการณ์การหยาเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลโกสุมพิสัย ดำเนินการระหว่าง 1 ตุลาคม พ.ศ. 2567– 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567

1. ทบทวนเวชระเบียนและกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลว ที่ได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจจากการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี ในปี 2565 – 2567

2. ประชุมทีมพยาบาลผู้ปฏิบัติหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลโกสุมพิสัย เพื่อชี้แจงปัญหาที่ได้จากการทบทวนเวชระเบียน

เพื่อระบุสาเหตุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและหาแนวทางพัฒนาาร่วมกัน

ระยะที่ 2. ระยะพัฒนาแนวทางการปฏิบัติ พัฒนาแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการระหว่าง 1 มกราคม 2568 – 31 มีนาคม 2568 โดยร่วมกันออกแบบร่างแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจจากความรู้ ประสบการณ์ และการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ การพยาบาลระยะก่อนหย่าเครื่องช่วยหายใจ การพยาบาลระยะหย่าเครื่องช่วยหายใจ และการพยาบาลระยะประเมินความพร้อมในการถอดท่อช่วยหายใจ/ระยะประเมินผลผู้วิจัยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหาจำนวน 3 ท่าน แล้วนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมาย

ระยะที่ 3. การประเมินผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ มีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

1. กำหนดบุคลากรในหน่วยงานซึ่งปฏิบัติงานเป็นหัวหน้าเวรในเวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก เป็นผู้คอยสังเกตการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ที่พัฒนาขึ้นพร้อมจดบันทึกการปฏิบัติ ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น ข้อเสนอแนะ และเก็บรวบรวมข้อมูลทุกเวร

2. เก็บข้อมูลตัวชี้วัดทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่หย่าเครื่องช่วยหายใจตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นเป็นรายเดือน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ร่วมกันในทีม

3. รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลตามตัวชี้วัดที่กำหนด ได้แก่ อัตราความสำเร็จของการหย่าเครื่องช่วยหายใจเพิ่มขึ้น, ไม่พบอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใส่ท่อช่วยหายใจ, ลดวันนอนท่อช่วยหายใจและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

4. สรุปผลโครงการและนำเสนอผลการดำเนินการความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติแก่ผู้บริหาร เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารในการอนุมัติแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจและประกาศใช้เป็นแนวทางเดียวกัน ดำเนินการระหว่าง 1 ตุลาคม 2567 – 31 พฤษภาคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปที่ใช้สำหรับ วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ได้แก่ ความสำเร็จของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลารับนอนเฉลี่ยผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการดูแล ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ความพึงพอใจวิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพการวิเคราะห์เนื้อหา โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

จริยธรรมการวิจัย การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม เลขที่หนังสือรับรองที่ 10/2567 ลงวันที่ 30 กันยายน 2567

ผลการวิจัย (Result)

ระยะที่ 1 สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลโกสุมพิสัยจังหวัดมหาสารคาม จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลโกสุมพิสัย ย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2565–2567) พบว่า มีผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 56, 44 และ 130 ราย ตามลำดับ โดยมีจำนวนวันนอนต่อช่วยหายใจรวม 164, 168 และ 595 วัน การหยาเครื่องช่วยหายใจสำเร็จคิดเป็นร้อยละ 62.50 (35 ราย), 68.10 (30 ราย) และ 66.92 (87 ราย) ตามลำดับ ทั้งนี้ ไม่พบอุบัติการณ์ปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เท่ากับ 5,568, 7,254 และ 8,696 บาท ตามลำดับ

จากการสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 13 คน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ 2

คน และพยาบาลวิชาชีพ 11 คน พบประเด็นปัญหาสำคัญ ได้แก่

1. การขาดแนวปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรในการหยาเครื่องช่วยหายใจ ส่งผลให้กระบวนการหยาขึ้นอยู่กับดุลยพินิจและประสบการณ์ของบุคลากรแต่ละคน ทำให้ผู้ป่วยบางรายได้รับการหยาล่าช้า

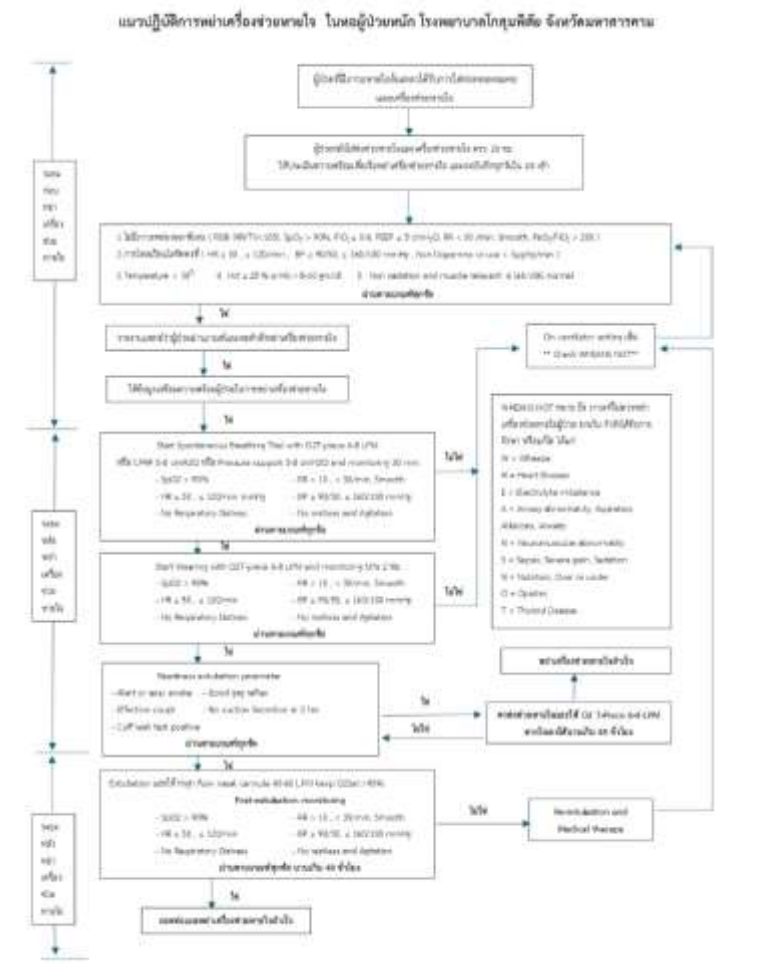
2. ผู้ป่วยไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมทางกายและจิตใจอย่างเป็นระบบ ทำให้เกิดความวิตกกังวลและไม่เข้าใจวิธีปฏิบัติ ส่งผลต่ออัตราความสำเร็จของการหยาเครื่องช่วยหายใจ

3. พยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยขาดความมั่นใจและความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการหยาเครื่องช่วยหายใจ

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม การพัฒนาแนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลโกสุมพิสัย โดยอ้างอิงกรอบแนวคิดจากสมาคมพยาบาลวิกฤติอเมริกา ซึ่งกำหนดขั้นตอนการหยาเครื่องช่วยหายใจเป็น 3 ระยะ ได้แก่

1. **ระยะก่อนการหยา** การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจตามเกณฑ์ที่กำหนด สัญญาณชีพคงที่ไม่ใช้ยากดประสาทต่อเนื่อง ค่า $PEEP \leq 5$ cmH_2O , $FiO_2 \leq 0.4$ และไม่มีภาวะ electrolyte imbalance

3. **ระยะประเมินผล** การติดตาม ประเมินผลลัพธ์ของการหยาและพิจารณาความเหมาะสมในการถอดท่อช่วยหายใจ โดยกำหนดเกณฑ์ การไอได้ดี ผล cuff leak test positive และไม่มีภาวะแทรกซ้อน ทั้งนี้ การถอดท่อจะกระทำเมื่อแพทย์เจ้าของไข้ เห็นสมควรและอยู่ร่วมในการดำเนินการ โดย แนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก ที่โรงพยาบาลโกสุมพิสัยได้ พัฒนาขึ้น ดังภาพที่ 2



แนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจโดยใช้กระบวนการหยาเครื่องช่วยหายใจ 3 ระยะ

1. Pre - weaning phase

- ประเมินความพร้อมผู้ป่วยทั้งด้าน Clinical และ Parameter
- ประสานแพทย์วางแผนและเลือกวิธีการที่ใช้ในการหยาเครื่องช่วยหายใจ
- สร้างสัมพันธภาพ ให้ข้อมูล แนะนำการปฏิบัติตัวขณะหยาเครื่องช่วยหายใจ ผีการไอและการหยาใจ

2. Weaning phase

- วางแผนร่วมกับแพทย์ในการหยาเครื่องช่วยหายใจ การเลือก Mode of wean ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย
- Monitoring parameter
- ติดตาม ประเมินอาการและอาการแสดงอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องเพื่อประเมินการฝึกหยาใจต่อได้หรือควรยุติการหยาเครื่องช่วยหายใจ
- พุดคุยให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย และสอนวิธีการหยาใจเพื่อให้มีความมั่นใจและมีความพร้อมในการหยาเครื่องช่วยหายใจอย่างต่อเนื่อง

3. Weaning outcome phase

- ประเมินผลการหยาเครื่องช่วยหายใจ เฝ้าระวังและติดตามอาการเปลี่ยนแปลงใกล้ชิด
- ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการถอดท่อช่วยหายใจ
- ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติก่อนถอดท่อช่วยหายใจ
- เมื่อแพทย์พิจารณา off ET-tube ให้การดูแลภายหลังถอดท่อช่วยหายใจเฝ้าระวังและติดตามอาการเปลี่ยนแปลงใกล้ชิด
- ประเมินผล / บันทึกผลสำเร็จการหยาเครื่องช่วยหายใจ

ภาพที่ 2 แนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลโกสุมพิสัย ที่พัฒนาขึ้นโดยอ้างอิงกรอบแนวคิดจากสมาคมพยาบาลวิกฤตอเมริกา

ระยะที่ 3 ผลลัพธ์การพัฒนาแนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม หลังจากนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 ถึง 31 พฤษภาคม 2568 พบว่าผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและมีความพร้อมในการหยา

เครื่องช่วยหายใจ 115 ราย สามารถหยาเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ 99 ราย คิดเป็นร้อยละ 86.08 ไม่พบอุบัติการณ์ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวนวันนอนต่อช่วยหายใจลดลงจาก 595 เป็น 368 วัน และค่าใช้จ่ายเฉลี่ยจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเท่ากับ 6,080 บาท ลดลงจาก 8,696 บาท

ซึ่งสะท้อนว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

ตัวชี้วัด	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา
	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568
1 อัตราการหย่าเครื่องสำเร็จ (ร้อยละ)	62.5 (35 ราย)	68.1 (30 ราย)	66.92 (87 ราย)	86.08 (99 ราย)
2 จำนวนวันนอนต่อช่วยหายใจ (วัน)	164	168	595	368
3 อัตราการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใส่ท่อช่วยหายใจ (ร้อยละ)	0	0	0	0
4 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (บาท)	5,568	7,254	8,696	6,080

ผลการประเมินความพึงพอใจของ

บุคลากร

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

จากผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 13 คน พบว่าเป็นเพศหญิง 12 คน คิดเป็นร้อยละ 92.3 และ เพศชาย 1 คน คิดเป็นร้อยละ 7.7 มีอายุเฉลี่ย 37.92 ปี ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 84.6 และ แพทย์ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 15.4 โดยทั้งหมดปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยหนัก คิดเป็นร้อยละ 100 ระดับการศึกษาปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 100 ระยะเวลาทำงานในหอผู้ป่วยหนักเฉลี่ย 14.61 ปี และมีประสบการณ์

การดูแลผู้ป่วยในการหย่าเครื่องช่วยหายใจเฉลี่ย 246.92 ครั้ง

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

ผลการประเมินความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลโกสุมพิสัย พบว่าบุคลากรมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดทุกด้าน โดยค่าเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมากที่สุดเท่ากับ 4.72 (SD = 0.11) แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีความถูกต้อง เหมาะสม และสามารถนำไปใช้ได้จริง รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาล
โกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม (n = 13)

หัวข้อประเมิน	$\bar{X}$ (SD.)	ระดับความพึงพอใจ
1) แนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจ มีความถูกต้องตามเนื้อหาและวิชาการ	4.53 (0.14)	มากที่สุด
2) แนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมกระบวนการหยาเครื่องช่วยหายใจ 3 ระยะ คือ ระยะก่อนหยา , ระยะหยา และระยะหลังการหยาเครื่องช่วยหายใจ	4.69 (0.13)	มากที่สุด
3) แนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจ ทำให้มีแนวทางในการทำงาน สามารถนำมาใช้ปฏิบัติได้ง่ายขึ้น และเกิดประโยชน์ต่อหน่วยงาน	4.92 (0.07)	มากที่สุด
4) ความพึงพอใจโดยรวมของท่าน เมื่อมีการนำแนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจ ที่พัฒนาขึ้นมาใช้ได้จริง	4.76 (0.12)	มากที่สุด
รวม	4.72 (0.11)	มากที่สุด

อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย

(Discussion and Conclusion)

1. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม จากการทบทวนข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี (ปีงบประมาณ 2565-2567) พบว่า อัตราความสำเร็จในการหยาเครื่องช่วยหายใจอยู่ระหว่างร้อยละ 62.5, 68.1 และ 66.92 ตามลำดับ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแต่ยังไม่ถึงเป้าหมายที่กำหนดตามตัวชี้วัดของหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลโกสุมพิสัย (อัตราความสำเร็จในการหยาเครื่องช่วยหายใจ > ร้อยละ 80) ไม่มีแนวปฏิบัติที่เป็น

ระบบชัดเจนและเป็นลายลักษณ์อักษร ทำให้กระบวนการหยาเครื่องช่วยหายใจขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์บุคลากรแต่ละคน อีกทั้งพยาบาลรุ่นใหม่ยังขาดสมรรถนะ และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการหยาเครื่องช่วยหายใจและเพิ่มระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจ ปัญหาดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของเสาวลักษณ์ เอี่ยมลออ และพิณรัฐ สุนทรเสถียร⁸ ที่ระบุแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการหยาเครื่องช่วยหายใจ ช่วยให้พยาบาลมีแนวทางที่เป็นมาตรฐาน ส่งผลให้ผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจได้เร็วขึ้น

ลดจำนวนวันใส่เครื่องช่วยหายใจ และลดการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำได้

2. การพัฒนาแนวปฏิบัติการช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นอ้างอิงจากกรอบแนวคิดของสมาคมพยาบาลวิกฤติอเมริกา⁴ มี 3 ระยะ ได้แก่

1. ระยะก่อนการหย่า ต้องได้รับการประเมินความพร้อมก่อนการหย่าเครื่องช่วยหายใจการ กำหนดเกณฑ์การประเมินอย่างเป็นระบบมีส่วนช่วยลดความเสี่ยงในการหย่าล้มเหลว การประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานสามารถลดอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ และเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย

2. ระยะหย่า การทดสอบ Spontaneous Breathing Trial เป็นกลไกสำคัญในการคัดกรอง ผู้ป่วยที่มีความพร้อมในการหย่าเครื่อง และให้ข้อมูลเชิงประจักษ์แก่ทีมสหวิชาชีพเพื่อประกอบการตัดสินใจ ทำให้การพิจารณาหย่าเครื่องมีความแม่นยำ และลดความเสี่ยงของการล้มเหลว

3. ระยะประเมินผล การติดตามสังเกตอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดหลังการหย่าเครื่อง มีบทบาทสำคัญในการลดโอกาสการใส่ท่อซ้ำ และยังช่วยสร้างความมั่นใจให้แก่พยาบาล และทีมดูแลผู้ป่วยในการให้การพยาบาลเชิงรุก ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ วนิดา บันจาร์ และคณะ⁹ ที่ศึกษาผลของโปรแกรม

การหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยใช้สหสาขาวิชาชีพต่อความสำเร็จของการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมคอ ที่ค้นพบจากการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การใช้โปรแกรมการหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพ ช่วยเพิ่มความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวได้

3. ผลลัพธ์การพัฒนาแนวปฏิบัติการช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม หลังการนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้ พบว่าอัตราความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 86.08 ไม่พบอุบัติการณ์ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวนวันนอนท่อช่วยหายใจลดลงเหลือ 368 วันจาก 595 วันในปีก่อนหน้า และค่าใช้จ่ายเฉลี่ยลดลงอย่างชัดเจนจาก 8,696 บาท ลดลงเหลือ 6,080 บาทในปีก่อนหน้า บุคลากรมีความมั่นใจและมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.72 จาก 5 คะแนน) ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของพัชราวัล สาระพันธ์¹⁰ ที่พบว่าการใช้แนวปฏิบัติแบบมีระบบช่วยลดระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ เพิ่มอัตราความสำเร็จ และลดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑารัตน์ บางแสง และคณะ¹¹ ที่ได้ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติ การหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤติ โรงพยาบาลชัยภูมิ พบว่า

จำนวนวันเฉลี่ยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ลดลง จาก 28.5 วัน เป็น 18.5 วัน นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ จิตรลดา พิมพ์ศรี และคณะ¹² ที่พบว่าการมีแนวทางปฏิบัติ ร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ และยังช่วยลด ความคลาดเคลื่อนในการสื่อสาร และเพิ่ม ประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยได้

ผลการวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ได้ สร้างแนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจใน หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัด มหาสารคาม ที่เหมาะสมกับบริบทของ โรงพยาบาลชุมชน ผลการพัฒนาพบว่า อัตรา การหยาเครื่องช่วยหายใจสำเร็จเพิ่มมากขึ้น จำนวนวันนอนต่อช่วยหายใจลดลง ไม่เกิด ปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใส่ท่อช่วย หายใจ และยังสามารถลดค่าใช้จ่ายเฉลี่ยจาก การใช้เครื่องช่วยหายใจได้อีกด้วย การมี แนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนช่วยให้เกิด ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ลด ความคลาดเคลื่อนในการสื่อสาร และทำให้ กระบวนการดูแลผู้ป่วยมีมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จใน การหยาเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของสุนันทา ไชยาพอง และคณะ¹³ พบว่าแนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจ ทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองมีความปลอดภัย จากภาวะพร่องออกซิเจนที่จะเกิดขึ้นได้ตลอด กระบวนการการหยาเครื่องช่วยหายใจ และ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความสำเร็จในการหยา เครื่องช่วยหายใจจากการที่ผู้ป่วยสามารถ

หยาเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ ก็จะช่วยลด ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วย ลงได้ อีกทั้งยังช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ทางด้านร่างกายเช่น ปอดอักเสบที่สัมพันธ์ กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ การบาดเจ็บของ อวัยวะที่ต้องสัมผัสกับท่อช่วยหายใจ เป็นต้น และทางด้านจิตใจ เช่น ความไม่สุขสบาย ความทุกข์ทรมานจากการคาท่อช่วยหายใจ เป็นต้น รวมถึงลดระยะเวลาการนอนในหอ ผู้ป่วยวิกฤตและโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่าย ในการใช้เครื่องช่วยหายใจอีกด้วย¹⁴⁻¹⁵

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้ด้าน ปฏิบัติการพยาบาลและวิชาการ

1. พยาบาลและทีมสหวิชาชีพควรใช้ แนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจอย่าง เป็นระบบ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปใน ทิศทางเดียวกัน เพิ่มความปลอดภัยและ อัตราความสำเร็จในการหยาเครื่อง
2. ควรพัฒนาและปรับปรุงแนวปฏิบัติให้ สอดคล้องกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล พร้อมเผยแพร่ให้โรงพยาบาลอื่นที่เปิดหอ ผู้ป่วยหนักใช้เป็นแนวทาง
3. ควรจัดอบรม นิเทศ และติดตาม พยาบาลและทีมสหวิชาชีพเกี่ยวกับการหยา เครื่องช่วยหายใจอย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการหยาเครื่องช่วยหายใจ ในผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มโรคที่เป็นปัญหาหลักของ

หน่วยงาน เช่น COPD with AE หรือ ESRD with volume overload

2. ควรศึกษาผลกระทบยาวของการใช้แนวปฏิบัติ เช่น อัตราการกลับมาใช้เครื่องช่วยหายใจซ้ำภายใน 24 ชั่วโมงหลังถอดท่อ

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จได้ด้วยดีเนื่องจากได้รับความอนุเคราะห์จากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลายฝ่ายที่ต้องกล่าวถึงและขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลโกสุมพิสัยผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการวิจัยที่ให้ข้อเสนอแนะเจ้าหน้าที่บุคลากรโรงพยาบาลโกสุมพิสัยทุกท่านที่ช่วยเหลือในการวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ธนรัตน์ พรศิริรัตน์, ยุพิน พูลกำลัง. **คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจชนิดแรงดันบวกแบบใช้หน้ากากช่วยหายใจ**. กรุงเทพฯ: งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2561.
2. Esteban A, Frutos-Vivar F, Ferguson ND, Aradi Y, Apezteuza C, Gonzales M, et al. Noninvasive positive-pressure ventilation for respiratory failure after extubation. N Engl J Med. 2004;350(24):2452–2460.
3. Scheler BJ. Taking charge of ventilator-associated pneumonia. Nursing Management. 2003;34(38):27–33.
4. American Association of Critical-Care Nurses. AACN protocols for practice: care of mechanically ventilated patients. 2nd ed. Aliso Viejo (CA): AACN; 2008.
5. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University; 1988.
6. วีระยุทธ ชาติตะกานนท์. **การวิจัยเชิงปฏิบัติการ Action Research**. วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี. 2558;2(1): มกราคม–มิถุนายน
7. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย; 2553.
8. เสาวลักษณ์ เอี่ยมมลล, พิณรัฐ สุนทรเสถียร. **การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี**. วารสารแพทย์เขต 4–5. 2566;42(2):277–291.
9. วณิดา บันจากร, นงนภัทร รุ่งเนย, อัญชนา จุลศิริ, ศันสนีย์ พงษ์วิริยะธรรม, ชัตรพร

- สมรมิตร. ผลของโปรแกรมการหย่า
เครื่องช่วยหายใจโดยใช้สหสาขา
วิชาชีพต่อความสำเร็จของการหย่า
เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ใส่ท่อ
หลอดลมคอ. วารสารวิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนี สุพรรณบุรี. 2566;6(2):25-38.
10. พัทธลาวัลย์ สาระพันธ์. ผลการใช้แนว
ปฏิบัติการพยาบาลการหย่า
เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก
ศัลยกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี
จังหวัดอุดรธานี. วารสารสุขภาพและ
สิ่งแวดล้อมศึกษา. 2567;9(1):417-427.
 11. จุฑารัตน์ บางแสง และคณะ. การพัฒนา
แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ
ในผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลชัยภูมิ.
วารสารการพยาบาลและการดูแล
สุขภาพ. 2563;38(4):122-131.
 12. จิตรลดา พิมพ์ศรี, เรืองศิริ ภาณุเวช, ธีรา
ภรณ์ สัตยमुख, รุจิระชัย เมื่องแก้ว.
ประสิทธิผลการใช้โปรแกรมการหย่า
เครื่องช่วยหายใจหอผู้ป่วยวิกฤตอายุร
กรรม โรงพยาบาลหนองบัวลำภู. วารสาร
ศูนย์อนามัยที่ 9. 2566;18(1):252-265.
 13. สุนันทา ไชยาฟอง และคณะ. การพัฒนา
แนวปฏิบัติการพยาบาลในการหย่า
เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยผ่าตัด
สมองหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม
โรงพยาบาลเลย. วารสารกองการ
พยาบาล. 2565;49(1):49-63.
 14. อมรินทร์ วินไทย, วัจนา สุคนธ์วัฒน์.
ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการ
หย่าเครื่องช่วยหายใจสำหรับผู้ป่วย
บาดเจ็บหลายระบบหอผู้ป่วยหนัก
ศัลยกรรม 1 โรงพยาบาลอุดรธานี.
วารสารการพยาบาล สุขภาพ และ
การศึกษา. 2566;6(2):61-73.
 15. อรุณช วรรณกุล. การพัฒนาแนว
ปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจใน
หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม
โรงพยาบาลพัทลุง. Krabi Medical
Journal. 2561;1(2):1-10.

การพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

พัฒน์ ศีตะจิตต์¹, อชิรญาณ์ มาตเชื้อ²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรูปแบบการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยใช้กลไกวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAOR) ผู้มีส่วนในการศึกษา ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายสุขภาพชุมชน จำนวน 35 คน และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 390 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตและการมีส่วนร่วม แบบสอบถาม และแบบประเมินความพึงพอใจ ดำเนินการพัฒนานในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2567 ถึงเดือนพฤษภาคม 2568 วิเคราะห์ผลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired t-test ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย รูปแบบการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล การตรวจคัดกรองโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง กำหนดบทบาทและระบบการดูแลผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพและเครือข่ายสุขภาพชุมชนอย่างชัดเจน หลังการใช้รูปแบบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ด้านพฤติกรรมการกินหวานและกินเค็ม พบว่า หลังการดำเนินการกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการกินหวานและกินเค็มที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การพัฒนาการจัดระบบบริการสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิดังกล่าว สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถควบคุมโรคและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ต่อไป

คำสำคัญ: โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, การจัดระบบบริการ, เครือข่ายบริการปฐมภูมิ

¹นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว

Corresponding author Email: achiroong13@gmail.com

Received: November 16, 2025; Revised December 05, 2025; Accepted December 05, 2025

Development of a model for organizing the health service system for chronic non-communicable diseases in a primary care unit and health network. Bang Nam Priao District, Chachoengsao Province

Pattanee Sitajitt¹, Achiraya Martjuea²

Abstract

This action research aimed to develop a model for organizing chronic noncommunicable disease services in the primary care unit network in Bang Nam Priao District, Chachoengsao Province, using an action research mechanism (PAOR). Participants included 35 interdisciplinary teams and community health networks and 390 NCD patients, selected purposively. Data were collected using in-depth interviews, observation and participation, questionnaires, and satisfaction assessments. The development was conducted from November 2024 to May 2025. The results were analyzed using content analysis, descriptive statistics, and a paired t-test. The results revealed that the model for organizing chronic noncommunicable disease services in the primary care unit network consisted of individualized patient care, patient-centered screening, and clearly defined roles and patient care systems with the participation of interdisciplinary professionals and community health networks. After using the model, the sample group showed a significant increase in knowledge of diabetes mellitus and hypertension ($p < 0.05$). Behavioral eating of sweet and salty foods. It was found that after the operation, the sample group had better eating habits for sweet and salty foods ($p < 0.05$). The development of the health service system for chronic non-communicable diseases in the primary care unit network can promote patients with chronic non-communicable diseases to be able to control their disease and have a better quality of life.

Keywords: Non-communicable diseases, Service system management, primary care unit network

¹ Medical Physician (Senior Professional Level), Bangnampriao Hospital.

² Registered Nurse (Professional level), Bangnampriao Hospital.

บทนำ (Introduction)

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลก รายงานในปี พ.ศ. 2566 ว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคกลุ่มนี้มากกว่า 41 ล้านคนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก¹ โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทย โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตสำคัญ² โดยผู้เสียชีวิตเหล่านี้มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น โรคไตเรื้อรังและโรคหลอดเลือดสมอง แม้ว่าการรักษาจะมีความก้าวหน้า แต่การควบคุมโรคจำเป็นต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพควบคู่กัน³ อย่างไรก็ตาม ระบบบริการสุขภาพปัจจุบันยังไม่ตอบสนองต่อความหลากหลายของผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดความแออัดและประสิทธิผลการรักษาที่ไม่เพียงพอ จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง ลดภาวะแทรกซ้อน และยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างยั่งยืนต่อเนื่อง⁴ ดังนั้นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care System) ที่มีลักษณะประชาชนเป็นศูนย์กลาง (People-centered care) โดยเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน⁵ เพื่อให้

เกิดการจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยการทำงานร่วมกันเป็นทีม และประสานงานกันอย่างเป็นระบบ⁶

ในระดับจังหวัดฉะเชิงเทรา สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่มีสัดส่วนสูงในพื้นที่อำเภอบางน้ำเปรี้ยว ตามข้อมูลจากรายงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าร้อยละความชุกของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นทุกปี ระหว่าง พ.ศ. 2564–2568 อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา จากสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอำเภอบางน้ำเปรี้ยว อัตราป่วย 323.2, 395.7, 405.8 และ 423.2 ต่อประชากรพันคนตามลำดับ⁷ จากการดำเนินการในการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังผ่านระบบเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีปัญหาในการควบคุมโรค การขาดนัดหมาย การขาดยา และพฤติกรรม การบริโภคอาหารและการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งการจัดระบบบริการสุขภาพยังเน้นผู้ป่วยที่เป็นภาพรวมเป็นส่วนใหญ่ และรูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชนยังไม่ชัดเจนมากนัก อันส่งผลให้ผู้ป่วยมีการควบคุมโรคไม่ดีเท่าที่ควร ดังนั้น การพัฒนาการจัดระบบเครือข่ายบริการสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากการ

มีส่วนร่วมของทีมสุขภาพชุมชนและภาคีเครือข่ายอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จะเป็นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพวิถีใหม่โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง⁸ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับผลลัพธ์การรักษาที่ดีที่สุด การจัดรูปแบบบริการยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง เน้นการมีส่วนร่วมกันแก้ปัญหา อันนำไปสู่ความรู้สึกการเป็นเจ้าของ และเป็นหนึ่งเดียวกันของคนในพื้นที่ ให้ทราบถึงอาการในการเป็นโรคที่แท้จริงเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

2. เพื่อศึกษาผลของการจัดระบบบริการสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

กรอบแนวคิด

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการประยุกต์ใช้แนวคิดของ Kemmis & McTaggart⁹ เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยใช้กระบวนการ PAOR การดำเนินงาน 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นวางแผน (plan) 2) ขั้นปฏิบัติ

(action) 3) ขั้นสังเกต (observation) และ 4) ขั้นสะท้อนกลับ (refection) โดยอาศัยความร่วมมือกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานเป็นกระบวนการในการจัดระบบบริการสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทราได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

ชนิดของการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ของ Kemmis & McTaggart⁹ ที่เชื่อว่าวิจัยเชิงปฏิบัติการที่กลุ่มมีการสะท้อนตนเองและดำเนินการโดยผู้ที่มีส่วนร่วมในสังคมเพื่อปรับปรุงความเป็นธรรมด้วยความมีเหตุมีผล โดยใช้กระบวนการ PAOR 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นวางแผน (plan) ในการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นและสถานการณ์เพื่อประเมินและวิเคราะห์สภาพปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน และพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพ 2) ขั้นปฏิบัติ (action) โดยนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการจัดระบบบริการสุขภาพ 3) ขั้นสังเกต (observation) โดยการประเมินผลรูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพ และ 4) ขั้นสะท้อนกลับ (refection) โดยการจัดเวทีประชุมถอดบทเรียนรายกลุ่ม การนำเสนอผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชากร แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 คือ ทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายสุขภาพชุมชน จำนวน 35 คน และกลุ่มที่ 2 คือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 6,349 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีส่วนร่วมในการรูปแบบ ได้แก่

กลุ่มที่ 1 ทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายสุขภาพชุมชน ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ประกอบด้วย แพทย์ประจำ Primary Care Cluster (PCC) 2 คน เกษชกรที่ปฏิบัติงาน PCC 6 คน พยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน PCC 1 คน พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล 13 คน และนักวิชาการสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 13 คน รวมทั้งสิ้น 35 คน

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ในชั้นวางแผนในการศึกษา สถานการณ์ จำนวน 13 คน และชั้นสังเกต กำหนดขนาดตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้หลักการตาม Krejcie & Morgan (1970)¹⁰ พบว่า ควรมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 362 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 398 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1) ผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และได้รับการลงทะเบียนอย่างน้อย 1 ปี

2) ผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และไม่สามารถควบคุมโรคได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ถูกย้ายไปรับการรักษาที่สถานบริการอื่น

2) เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคอย่างรุนแรง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ชั้นวางแผน ศึกษาข้อมูลเบื้องต้น และสถานการณ์ เพื่อประเมินและวิเคราะห์สภาพปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน และพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพ เครื่องมือการวิจัย คือ 1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายสุขภาพชุมชน ในประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ท่านดูแลมีปัญหาด้านสุขภาพและการดูแลตนเอง รูปแบบกิจกรรมการบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของหน่วยบริการของท่านที่ผ่านมา และปัญหาอุปสรรค ความต้องการปรับปรุงหรือพัฒนาการจัดบริการสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และ 2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ

เรื้อรัง ในประเด็นความคิดเห็นของท่าน สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง การจัดการหรือการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การบริการสุขภาพที่ท่านได้รับจากชุมชน/หน่วยบริการสุขภาพของรัฐ ความต้องการของท่านและครอบครัว และความต้องการให้มีการช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และรูปแบบการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1

2. ขั้นตอนปฏิบัติ นำรูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้บริหาร และและผู้ที่เกี่ยวข้อง ในการพิจารณาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ

3. ขั้นสังเกต ประเมินผลรูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพ เครื่องมือการวิจัยที่ใช้ คือ 1) แบบสอบถามสำหรับทีมสหวิชาชีพ และ เครือข่ายสุขภาพชุมชน ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปและประสบการณ์ในการทำงานกับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1 และ 2) แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา

เท่ากับ 1 ค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ 0.87 พฤติกรรมการติดหวานและการติดเค็ม ใช้แบบสอบถามของกองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ¹¹ และแบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพและผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1 และ ความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.72 และ 0.79 ตามลำดับ

4. ขั้นสะท้อนกลับ การจัดเวทีประชุมถอดบทเรียนรายกลุ่ม การนำเสนอผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสนทนากลุ่ม ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือผู้วิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) จากนั้นนำข้อเสนอนี้มาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์เพื่อให้ตรงวัตถุประสงค์ หลังจากนั้นทำการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้เครื่องมือ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ก่อนนำมาปรับแก้และนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยเริ่มต้นด้วยการกำหนดระยะเวลาสำหรับการดำเนินงานของการวิจัย จากเดือนกันยายน 2567 ถึง เดือนกันยายน 2568 มีการดำเนินการ 4 ขั้น ดังนี้

1. ขั้นวางแผน ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ก่อนมีการนัดหมายผู้ที่มีส่วนร่วมในการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นและสถานการณ์ เพื่อประเมินและวิเคราะห์สภาพปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน พร้อมทั้งเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากแบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก ตามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น รวมทั้งร่วมกันวางแผนและพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และออกแบบเครื่องมือเก็บข้อมูล ระยะเวลาดำเนินการ 2 เดือน

2. ขั้นปฏิบัตินำรูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้บริหาร และและผู้ที่เกี่ยวข้อง ในการพิจารณาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ โดยพิจารณาถึงความสอดคล้องกับบริบทของหน่วยเครือข่าย ปฐมภูมิและผู้ป่วยในอำเภอบางน้ำเปรี้ยว ระยะเวลาดำเนินการ 2 เดือน

3. ขั้นสังเกต ผู้วิจัยศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยนำรูปแบบใช้กับ

การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เพื่อประเมินการดูแลตามมาตรฐานการประเมินดูแลด้านโภชนาการและการให้คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการวางแผนการรักษา ระยะเวลาดำเนินการ 7 เดือน

4. ขั้นสะท้อนกลับ โดยการจัดเวทีประชุมถอดบทเรียนรายกลุ่ม การนำเสนอผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ ประชุมกลุ่มย่อยเพื่อวิเคราะห์ประเด็น ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรค หรือข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน หลังจากนั้นให้แต่ละกลุ่มร่วมอภิปรายและสรุปผล เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบบันทึกสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการประชุมเชิงปฏิบัติการ และทำการสนทนากลุ่ม (Focus group) ระยะเวลาดำเนินการ 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก และสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วม โดยนำข้อมูลมาตรวจสอบความถูกต้องและจัดหมวดหมู่ และทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรม โดย

ใช้สถิติ Pair t-test, Mean Difference และ 95%CI of Mean Difference

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา (ได้หนังสือรับรองเลขที่ PH_CCO_REC 002/2568 ลงวันที่ 10 กันยายน 2567) หลังจากนั้นผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและการดำเนินการวิจัยให้แก่กลุ่มตัวอย่างทราบก่อนลงนามในใบยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย (Result)

การพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา จากการดำเนินการที่ผ่านมาด้านระบบบริการสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิยังไม่มีมาตรฐานชัดเจนและให้การดูแลผู้ป่วยในภาพรวมส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังควบคุมโรคไม่ดีเท่าที่ควร จึงได้มีการพัฒนาแบบระบบบริการสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอบางน้ำเปรี้ยวขึ้น จากกระบวนการ 4 ขั้น ดังนี้ ขั้นวางแผน (Plan) โดยจากการศึกษาสถานการณ์จากสหวิชาชีพและเครือข่ายสุขภาพชุมชน จำนวน 35 คน พบว่า

การให้บริการที่ผ่านมาเป็นการให้บริการผู้ป่วยรายกลุ่มซึ่งอาจยังไม่เพียงพอต่อความต้องการและบริบทของผู้ป่วยที่แท้จริงและผู้ป่วย และควรส่งเสริมให้สหวิชาชีพมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ด้านผลการศึกษาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวน 13 คน พบว่า ผู้ป่วยบางส่วนมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองยังไม่เหมาะสมโดยยังมีการรับประทานอาหารหวานและเค็มอยู่ ไม่ทราบสาเหตุในการเกิดโรคที่แท้จริงของตนเอง และหากมีผู้ที่ดูแลหรือกระตุ้นเตือนในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องก็อาจจะดีขึ้น ขั้นปฏิบัติ (Action) ผู้วิจัยนำรูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิผู้บริหาร และผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนและกำหนดรูปแบบของระบบบริการสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่สอดคล้องกับผู้ป่วย ได้แก่ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล การตรวจคัดกรองโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จัดระบบ Remed โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวอย่างครอบคลุม โดยเข้าสู่ระบบ Remission และ Homeward อย่างต่อเนื่อง กำหนดบทบาทและระบบการดูแลผู้ป่วยของสหวิชาชีพและเครือข่ายสุขภาพชุมชนอย่างชัดเจน ขั้นสังเกต (Observation) ผู้วิจัยประเมินผลการจัดระบบบริการสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

อำเภอบางน้ำเปรี้ยว โดยใช้แบบสอบถามในการประเมินความรู้และพฤติกรรมการกินหวานและกินเค็มในผู้ป่วย และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบในกลุ่มสหวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพชุมชน และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และชั้นสะท้อนกลับ (Reflection) โดยผู้วิจัยมีการสนทนากลุ่มและจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับปัจจัยความสำเร็จ โดยพบว่า การมีส่วนร่วมได้ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของสหวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพชุมชน และผู้ป่วย การให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการเลือกปฏิบัติ การดูแลสุขภาพของตนเอง โดยการตั้งเป้าหมายทั้งระยะสั้นและระยะยาว ไม่บังคับในการดูแลสุขภาพ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยพึงพอใจต่อการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างยั่งยืน ด้านปัญหาและอุปสรรค พบว่า มีผู้ป่วยบางส่วนยังดูแลสุขภาพตนเองได้ไม่ดีเท่าที่ควร รวมทั้งจำนวนสหวิชาชีพไม่เพียงพอทำให้ต้องมีจำนวนผู้ป่วยในความดูแลมากเกินไปทำให้เกิดความล่าช้าในการให้การดูแลด้านสุขภาพ หรือข้อเสนอแนะในการดำเนินการตามรูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพด้านโรค

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการกินหวานและกินเค็ม ในระยะก่อนและหลังการดำเนินการ โดยใช้สถิติ Paired t-test (n=390)

ตัวแปร	ก่อนการดำเนินการ		หลังการดำเนินการ		Mean Difference	95%CI Of Mean Difference	t	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.				
คะแนนเฉลี่ยความรู้	14.06	2.97	17.53	1.33	0.12	-3.86- -3.40	0.66	<0.001

ไม่ติดต่อเรื้อรังในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว

ผลของการจัดระบบบริการสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา เมื่อสิ้นสุดการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าเหลือกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 390 คน (ร้อยละ 97.99) อัตราการสูญหาย ร้อยละ 2.01 แต่ยังคงอยู่ในจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่สามารถวิเคราะห์ค่าทางสถิติได้ โดยผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 292 คน คิดเป็นร้อยละ 74.35 ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่า หลังการดำเนินการจัดรูปแบบบริการ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากก่อนการดำเนินกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ด้านพฤติกรรมการกินหวานและกินเค็ม พบว่าหลังการดำเนินการ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการกินหวานและกินเค็มที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการกินหวานและกินเค็ม ในระยะก่อนและหลังการดำเนินการ โดยใช้สถิติ Paired t-test (n=390) (ต่อ)

ตัวแปร	ก่อนการดำเนินการ		หลังการดำเนินการ		Mean Difference	95%CI Of Mean Difference	t	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.				
พฤติกรรมการกินหวาน	2.53	0.50	1.85*	0.39	0.03	0.63-0.74	24.19	<0.001
พฤติกรรมการกินเค็ม	2.53	0.50	1.70*	0.45	0.19	0.80-0.87	44.10	<0.001

นอกจากนี้ยังพบว่า ผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีค่าระดับน้ำตาลสะสมดีขึ้น (HbA1C <7) จำนวน 57 คน ร้อยละ 14.62 ระดับความดันโลหิต ค่า Systolic ลดลง 72 คน ร้อยละ 18.41 และค่า diastolic ลดลง 65 คน ร้อยละ 16.67 รวมถึงมีผู้ป่วยยินยอมเข้ารับบริการ Home ward จากการจัดบริการจำนวน 28 ราย

จากผลการปฏิบัติงานเพื่อส่งเสริมการพัฒนาต่อเนื่อง พบว่าทีมสุขภาพเครือข่ายมีเพศหญิง จำนวน 31 คน ร้อยละ 88.6 มี

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละความพึงพอใจต่อการจัดระบบบริการสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ

ระดับความพึงพอใจ	คะแนนเฉลี่ย	ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (n=390)		ทีมสุขภาพเครือข่าย (n=35)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มาก	3.68 - 5.00	362	92.82	33	94.29
ปานกลาง	2.34 - 3.67	28	8.18	2	5.71
		$\bar{x} = 4.26$	S.D. = 0.37	$\bar{x} = 4.21$	S.D. = 0.52

ประสบการณ์การทำงานด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่มากกว่า 10 ปี จำนวน 19 คน ร้อยละ 54.3 และมีผลการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า ทีมสุขภาพชุมชนและภาคีเครือข่ายส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก และระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจมากเช่นกัน ดังตารางที่ 3

จากการพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการ
สุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเครือข่าย

หน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว
จังหวัดฉะเชิงเทรา สามารถสรุปผลได้ดังนี้

ประเด็นการ พัฒนา	รูปแบบเดิม	รูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพ
ด้านผู้ป่วย	ได้รับการให้ความรู้ด้านโรคในวันรับ บริการตรวจรักษาตามนัดโดยรวม	1. ประเมินคัดกรองปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รายบุคคล 2. สร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทันที
ด้านบุคลากร (ทีมสุขภาพ)	ให้ศึกษาและสอนออกกำลังกาย โดยรวม/รายกลุ่ม	1. ให้ศึกษารายบุคคล /รายกรณี 2. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กับผู้ป่วย รายบุคคล 3. เข้าระบบ remission หรือ Home ward เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง
ด้านระบบบริการ	คลินิกหน่วยลดความแออัดในรพ.สต. จัดระบบบริการ แบบป้องกันจรรยา 7 สี	1. คลินิกหน่วยลดความแออัดในรพ.สต. ในการจัดระบบบริการแบบให้ผู้ป่วยเป็น ศูนย์กลาง คัดกรอง คัดแยก จัดระบบ Remed ยา โดยการควบคุมกำกับของแพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัว 2. มีการบันทึกติดตามการดูแลรักษา ตามมาตรฐาน มีเพิ่มเติมคือให้ทำ EKG ทุกรายในผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาล สะสมเกิน 9 หรือมีอาการใจสั่น เจ็บแน่น หน้าอก เหนื่อย 3. มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคลากร แต่ละวิชาชีพในหน่วยบริการที่ชัดเจน
เครือข่ายสุขภาพ ชุมชน	1. การประสานงานขอความช่วยเหลือ ระหว่างผู้ป่วยและเครือข่ายสุขภาพใน ชุมชน ประสานผ่านทางรพ.สต. 2. อุปการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน ให้แก่ผู้ป่วยยังไม่เพียงพอ	1. มีการจัดทำทะเบียนเครือข่ายผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรังภายในอำเภอ สามารถ ประสานงานขอความช่วยเหลือหรือ ปรึกษาได้ ตลอดเวลา 2. ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถประสานงาน ขอความช่วยเหลือจากเครือข่ายสุขภาพได้ โดยตรง. 3. มีการจัดหาวัสดุอุปกรณ์เพื่อส่งเสริมการ ดูแลสุขภาพตนเองให้กับผู้ป่วยในพื้นที่

ทั้งนี้ ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการทำงานร่วมกัน คือ การมีส่วนร่วมได้ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการเลือกปฏิบัติการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยการตั้งเป้าหมายทั้งระยะสั้นและระยะยาว ไม่บังคับในการดูแลสุขภาพ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยพึงพอใจต่อการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างยิ่งย่น ผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าวว่า "ควรให้เราสิทธิเลือกในการดูแลสุขภาพของเราเอง ดีมากเลยที่ให้แสดงความเห็น" อีกท่านหนึ่งกล่าวว่า "ถ้ารู้ว่าคุณภาพจะดีขึ้น ทำแบบนี้แล้ว" แสดงให้เห็นถึงผู้ป่วยได้ผ่านการสร้างแรงจูงใจและได้รับข้อมูลที่ถูกต้องที่มสุขภาพให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพรายบุคคลตามความสมัครใจของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพ ผ่านการจัดรูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพตามบริบทของอำเภอบางน้ำเปรี้ยว

อภิปรายผลและสรุปผลงานวิจัย (Discussion and Conclusion)

1. การพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ประยุกต์ใช้แนวคิด PAOR ดำเนินการ 4 ขั้น ได้แก่ 1) ขั้นวางแผน (plan) 2) ขั้นปฏิบัติ (action) 3) ขั้นสังเกต (observation) และ 4) ขั้นสะท้อนกลับ (refection) ในการดำเนินการวิจัยโดยเริ่มจากการศึกษาข้อมูลและวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยของ

เครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพจากผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ สหวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพชุมชน และผู้ป่วย รวมไปถึงการส่งเสริมสหวิชาชีพและเครือข่ายสุขภาพชุมชน ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข มีบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีมากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart⁹ ที่ว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการวิจัยที่กลุ่มสะท้อนตนเอง สืบค้น และดำเนินการโดยผู้มีส่วนร่วมในสังคมเพื่อปรับปรุงความเป็นธรรมและความมีเหตุมีผลของการปฏิบัติในสังคมของตนเอง กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพอำเภอบางน้ำเปรี้ยว ได้รับการดูแลผ่านการจัดระบบบริการสุขภาพที่เป็นระบบและมีกระบวนการมากขึ้น จะสามารถดูแลตนเองด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น โดยผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หากได้รับการสนับสนุนอย่างเป็นระบบ ทั้งในด้านบุคลากร งบประมาณ และเครือข่ายบริการ¹² จะส่งผลให้การดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้นเช่นเดียวกัน

2. ผลการศึกษารูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอบางน้ำเปรี้ยว โดยภายหลังจากการนำ

รูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไปใช้กับเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า ด้านผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) รวมทั้งมีพฤติกรรมการกินหวานและกินเค็มที่ดีขึ้น และเหมาะสมกับโรคมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีค่าระดับน้ำตาลสะสมดีขึ้น ($HbA1C < 7\%$) จำนวน 57 คน ร้อยละ 14.62 ระดับความดันโลหิตค่า Systolic ลดลง 72 คน ร้อยละ 18.41 และค่า Diastolic ลดลง 65 คน ร้อยละ 16.67 รวมถึงมีผู้ป่วยยินยอมเข้ารับบริการ Home ward จากการจัดบริการจำนวน 28 ราย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการจัดระบบบริการสุขภาพมีการให้การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและเป็นรายบุคคลหรือการจัดการรายกรณี (Case management) เพิ่มขึ้น ซึ่งทำให้การแก้ไขปัญหาสุขภาพมีความสอดคล้องและตรงกับบริบทของผู้ป่วยที่แท้จริง ผ่านการบูรณาการบริการหลายด้านเข้าด้วยกัน และการให้ความสำคัญกับความต้องการและความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนเป็นหลัก เพื่อให้เห็นผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม¹³ สอดคล้องกับผลการศึกษาพลเทพ มณีวรรณ¹⁴ ที่พบว่าการดูแลผู้ป่วยผ่านระบบเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และการให้บริการรายบุคคล ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังควบคุมระดับ

น้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และสอดคล้องกับผลการศึกษากมลลาศทองมีสิทธิ์ โยสท์ และคณะ¹⁵ ที่พบว่า รูปแบบการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่โดยการนัดผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยบันทึกผลสุขภาพด้วยตนเอง การดูแลผู้ป่วยแบบรายกรณี ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคของตนเองได้ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือพื้นที่ใกล้เคียงสามารถนำรูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือกลุ่มอื่นๆ ได้

2. ควรมีการติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระยะ 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี หลังจากเข้าร่วมการใช้รูปแบบ เพื่อประเมินความคงทนรูปแบบและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

3. ควรมีการประเมินและเก็บรวบรวมข้อมูลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร่วมด้วย ซึ่งเป็นบุคคลที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยและมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยด้วย

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่สนับสนุนและให้โอกาสในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะเป็นอย่างดี ขอขอบคุณผู้บริหาร ทีมสุขภาพและกลุ่มตัวอย่างอำเภอบางน้ำเปรี้ยว สำหรับความร่วมมือ ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางาน และขอขอบคุณ ผู้ประสานงานทุกท่าน ที่ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จ ลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. World Health Organization. **Noncommunicable diseases: key facts 2023** [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2025 Nov 12]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. กรมควบคุมโรค. **สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย พ.ศ. 2566**. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
3. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. 2566 - 2570)**. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
4. ดวงดาว ศรียาภูถ, สันติ ลาภเบญจกุล. **รายงานการวิจัยพัฒนารูปแบบและ**

แนวทางการจัดบริการแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2563.

5. วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย, ผกามาศ อรุณสวัสดิ์. **การวิเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัวตามแนวคิดการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง**. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2566.
6. Grudniewicz A, Steele Gray C, Boeckxstaens P, De Maeseneer J, Mold J. **Operationalizing the chronic care model with goal-oriented care**. Patient. 2023;16:569–578.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา. **รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดฉะเชิงเทรา พ.ศ. 2564–2568**. ฉะเชิงเทรา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา.; 2568.
8. Katon W, Unützer J, Wells K, Jones L. **Collaborative depression care: history, evolution, and ways to enhance dissemination and sustainability**. Gen Hosp Psychiatry. 2010;32(5):456–464.

9. Kemmis S, McTaggart R. **The action research planner**. 3rd ed. Geelong: Deakin University; 1998.
10. Krejcie RV, Morgan DW. **Determining sample size for research activities**. *Educ Psychol Meas*. 1970;30(3):607–610.
11. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. **รายงานสถานการณ์การบริโภคน้ำตาลของคนไทย**. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2562.
12. ภัทรพล จีสมเจตไพศาล. **การบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยในบริบทสุขภาพโลก**. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 2563; 29(1): 152-162.
13. มิตรรา เกิดอินทร์, กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์, สุกัญญา ตันติประสพลาภ. **ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ**. *วารสารสภาการพยาบาล*. 2566; 38(2): 64–76.
14. พลเทพ มณีวรรณ. **การศึกษาเปรียบเทียบผลการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิบ้านเสด็จ กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสด็จ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคม 16 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายทองอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง**. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*. 2567;(ฉบับพิเศษ):97–107.
15. กมลลาศ ทองมีสิทธิ์-โยสท์, จิตนภา วาณิชโรตม์, กฤษณา ตรียมณีรัตน์, นกชา สิงห์วีธรรม, กิตติพร เนาว์สุวรรณ. **การพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน จังหวัดปัตตานี**. *วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. 2567;16(1):2–15.

แนวทางการจัดบริการสุขภาพภายใต้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางการแพทย์โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ศรีสุดา ลุนพุมิ¹, ศิราณี ศรีหามาศ^{2*}, ชลکار ทรงศรี³, สถาพร แฉวงจันทร์⁴
แสงดาว จันทรดี⁵, วิสุทธิ โนนจิต⁶, กำพร ดานา⁷

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เพื่อศึกษาแนวทางการจัดบริการสุขภาพภายใต้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน วิจัยแบบผสมวิธี ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) ศึกษาสถานการณ์ผู้พิการและความต้องการจัดบริการสุขภาพ โดยใช้แบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก 2) ศึกษากระบวนการจัดบริการของกองทุนฟื้นฟู ด้วยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ และเวทีคั่นข้อมูล 3) พัฒนาแนวทางการจัดบริการสุขภาพด้วยการสนทนากลุ่ม พื้นที่จังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือระหว่างเดือนตุลาคม 2566 ถึงเดือนเมษายน 2567 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้รับบริการกองทุนฟื้นฟู 991 คน ผู้บริหารจัดการ 3 คน ผู้จัดบริการ 5 คน และเครือข่ายที่ขอรับการสนับสนุนจากกองทุน 5 แห่ง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า ผู้พิการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 63 ปี ($SD=20.41$) มีความพิการทางการเคลื่อนไหว ร้อยละ 67.90 และมีโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 27.50 กระบวนการจัดบริการสุขภาพครอบคลุม การสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ การเข้าถึงบริการฟื้นฟู การฟื้นฟูทางกายภาพ การปรับสภาพแวดล้อม และการติดตามผล ผลลัพธ์สำคัญพบว่า ผู้พิการเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น ลดความทุกข์และภาระของครอบครัว เรียนรู้ทักษะการปรับตัวและทำกิจกรรมในชุมชน การพัฒนาแนวทางการจัดบริการสุขภาพภายใต้กองทุนฟื้นฟู ประกอบด้วย 1) การส่งเสริมการเข้าถึงบริการ 2) พัฒนาความร่วมมือเครือข่าย 3) พัฒนารูขี้อยู่อาศัย 4) พัฒนากิจกรรมบำบัด/ผู้ดูแล และ 5) สร้างการมีส่วนร่วมชุมชน ข้อเสนอแนะ พัฒนาความร่วมมือทางการจัดบริการสุขภาพภายใต้กองทุนฟื้นฟูในระดับจังหวัด และระดับชุมชน ระหว่าง อบจ. รพ.สต. สสจ. โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด และคลินิกมนุษย์ลื้อเพื่อบูรณาการการจัดบริการอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การจัดบริการสุขภาพ, กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์, การมีส่วนร่วมของชุมชน

¹อาจารย์ และสังกัดวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

^{2,5}ผู้ช่วยศาสตราจารย์และสังกัดวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ และสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

⁴อาจารย์ และสังกัดวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

⁶อาจารย์ และสังกัดวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชัยนาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

⁷อาจารย์ และสังกัดวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*Corresponding Author; ศิราณี ศรีหามาศ , Email: siranee.s@bncnk.ac.th

Received: November 06, 2025; Revised December 15, 2025; Accepted December 16, 2025

A Model for Providing Healthcare Services Through the Medical Rehabilitation Fund with Community Engagement

Srisuda Lundpath¹, Siranee Sihapark^{2}, Chonlakarn Songsri³, SathaponThaeochanthuek⁴,
Saengdao janda⁵, Wisut Nochit⁶, Kamthorn Dana⁷*

ABSTRACT

This mixed-methods research aimed to study and develop a model for organizing healthcare services under the Medical Rehabilitation Fund with community participation. The study was conducted in a Northeastern province of Thailand (October 2023 – April 2024). The research employed three phases: 1) Assessing the situation and healthcare needs of people with disabilities; 2) Analyzing the Fund's service provision process; and 3) Developing a model. The sample included 991 service recipients, 3 administrators, 5 providers, and 5 network organizations. Key findings: The majority of recipients were females (average age 63, $SD=20.41$), primarily with mobility impairment (67.90%) and hypertension 27.5%. The existing services covered medical equipment, rehabilitation access, physical therapy, environmental adjustments, and follow-up. Outcomes showed that people with disabilities gained greater service access, reduced family burden, and improved coping skills and community participation. The developed service guidelines comprised five components: 1) Promoting service accessibility; 2) Developing network collaboration; 3) Developing a service recipient database; 4) Developing caregivers/attendants; and 5) Building community participation. Recommendation: To ensure sustainable and integrated service delivery, the study recommends developing collaborative mechanisms for the Medical Rehabilitation Fund at provincial and community levels, involving the Provincial Administrative Organization (PAO), Sub-district Health Promoting Hospitals (HPH), and provincial/community hospitals.

Key word: Health Service, Medical Rehabilitation Funds, Community Participation

¹ Lecturer and Boromarajonnani College of Nursing Khon Kaen

^{2,5} Assistant Professor and Boromarajonnani College of Nursing Khon Kaen

³ Assistant Professor and Faculty of Nursing, Udon Thani Rajabhat University

⁴ Lecturer and Prachomklao College of Nursing Phetchaburi

⁶ Lecturer and Boromarajonnani College of Nursing Chainat

⁷ Lecturer and Srimahasarakham Nursing College

บทนำ (Introduction)

จำนวนผู้พิการทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2022 มีผู้พิการมากกว่า 1.3 พันล้านคน เพิ่มขึ้นจาก 1.0 พันล้านคน ในปี 2012¹ สำหรับประเทศไทย พบว่าจำนวนผู้พิการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.5 ในปี 2560 เป็นร้อยละ 6.0 ในปี 2565 ผู้พิการส่วนใหญ่มีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว และปัญหาสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 45² คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง³ โดยมีปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ สุขภาพกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม⁴ อย่างไรก็ตาม ผู้พิการจำนวนหนึ่งยังไม่สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และการฟื้นฟูสมรรถภาพ เนื่องจากข้อจำกัดด้านการเดินทาง ค่าใช้จ่าย และการขาดอุปกรณ์ช่วยเหลือ รวมทั้งยังมีความ การปรับสภาพแวดล้อม ฝึกอาชีพ และการได้รับการ กำลังใจผ่านกิจกรรมชุมชน^{2,5}

ประเทศไทยให้ความสำคัญกับสิทธิและสวัสดิการของคนพิการและผู้ดูแล ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560⁶ ซึ่งกำหนดให้รัฐสนับสนุนคนพิการ ผู้ยากไร้ และผู้ด้อยโอกาสให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ และได้จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2566–2570) มีวิสัยทัศน์ให้ “คนพิการเข้าถึงสิทธิได้จริง ดำรงชีวิตอิสระ และมีศักดิ์ศรีในสังคมอย่างยั่งยืน”⁷ นอกจากนี้ ในปี พ.ศ. 2554 กระทรวง

สาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับภาคีเครือข่าย ได้ขยายบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ให้ครอบคลุมคนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูหลังเจ็บป่วยเฉียบพลัน พร้อมสนับสนุนงบประมาณและการบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด โดยมีการกำหนดหลักเกณฑ์และแนวทางการดำเนินงานสำหรับ องค์การบริหารส่วนจังหวัดที่พร้อมเข้าร่วมบริหารจัดการกองทุน เพื่อให้ผู้พิการและผู้สูงอายุเข้าถึงบริการฟื้นฟูอย่างมีประสิทธิภาพ⁸

การศึกษานี้จึงมุ่งวิเคราะห์และพัฒนาแนวทางการจัดบริการสุขภาพภายใต้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้พิการและผู้สูงอายุ สร้างความเข้มแข็งและความยั่งยืนของการจัดบริการฟื้นฟูในระดับพื้นที่

วัตถุประสงค์ (Objective)

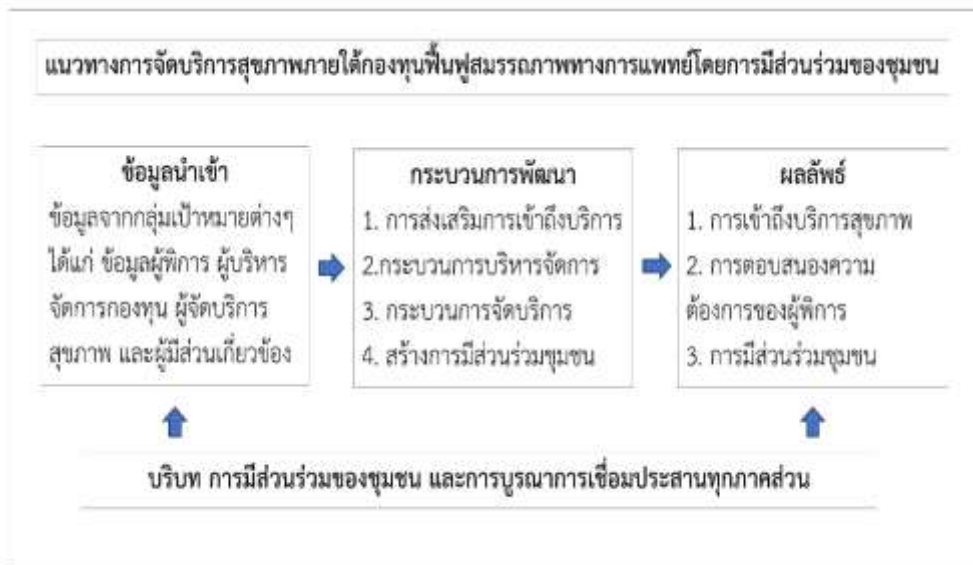
1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาของผู้พิการภายใต้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์
2. เพื่อศึกษากระบวนการจัดบริการสุขภาพภายใต้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
3. เพื่อพัฒนาแนวทางการจัดบริการสุขภาพภายใต้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิด System approach ที่ประยุกต์ใช้กับทางการศึกษา ซึ่งมีรูปแบบที่ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า(Input) ได้แก่ปัจจัยเกี่ยวกับผู้เรียน กลยุทธ์ในการ

จัดบริการกระบวนการพัฒนาผู้เรียน (Process) ผลลัพธ์ (Output) การประเมินย้อนกลับเพื่อปรับปรุงพัฒนา (Feedback)⁹

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)



การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed methods research designs) ของ (Creswell & Creswell (2018))¹⁰ มี 3 ระยะ มีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัญหาของผู้พิการภายใต้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามจากผู้รับบริการเพื่อสำรวจข้อมูลทั่วไปและปัญหาการเข้าถึงบริการ และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่ออธิบายบริบทและสาเหตุของปัญหาในการรับ

บริการ ผู้ให้ข้อมูลหลักคือผู้รับบริการภายใต้กองทุนฟื้นฟูฯ

ระยะที่ 2 ศึกษากระบวนการจัดบริการสุขภาพของกองทุนฟื้นฟูฯ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผ่านการถอดบทเรียนการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลหลักที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานกองทุน เพื่อสะท้อนกระบวนการพัฒนาและปัจจัยเอื้อต่อความสำเร็จ พร้อมทั้งจัดเวทีคืนข้อมูลเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

ระยะที่ 3 เพื่อหาแนวทางการจัดบริการสุขภาพภายใต้กองทุนฟื้นฟูฯ

สมรรถภาพทางการแพทย์โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการนำข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพมาสังเคราะห์เพื่อร่างแนวทางการจัดบริการสุขภาพภายใต้กองทุนฟื้นฟู และจัดเวทีระดมความคิดเห็นจากผู้บริหาร หน่วยบริการ และภาคีเครือข่าย เพื่อร่วมเสนอแนวทางการพัฒนาแนวทาง และจัดเวทีประชาพิจารณ์เพื่อรับฟังข้อเสนอจากผู้เชี่ยวชาญ ผู้บริหาร และผู้รับบริการ ก่อนนำมาปรับปรุงเป็นแนวทางฉบับสมบูรณ์

พื้นที่ที่ศึกษา ศึกษาในจังหวัดแห่งหนึ่งเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

ประชากร กลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูล ประกอบไปด้วย 6 กลุ่มดังนี้

1) ผู้รับบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ มีเกณฑ์คัดเข้า คือเป็นผู้รับบริการที่ได้รับการดูแลและการฟื้นฟูจากกองทุนฟื้นฟู ในปีงบประมาณ 2566 มีทะเบียนบ้านในจังหวัดที่ศึกษาและเป็นผู้สมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้รับบริการที่เข้าร่วมโครงการฟื้นฟู มีปัญหาสุขภาพที่ต้องนอนรับการรักษาที่โรงพยาบาลและเป็นผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารได้ คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*POWER โดยนำค่า mean และ SD จาก ศิริหาภาค¹¹ โดยนำค่า (mean) 2.01, 2.53 และ (SD) 0.318, 4.32 ตามลำดับและ Effect size 0.2 เพิ่มการ

สูญเสีย 10 คน คำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 771 คน แต่พบว่าผู้มารับบริการเป็นกลุ่มที่เข้ามาภายใต้โครงการที่ขอทุนสนับสนุนจากกองทุนฟื้นฟู จึงได้สุ่มโครงการมา 5 โครงการซึ่งมีจำนวนขนาดตัวอย่าง 991 คน 2) ผู้บริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูจำนวน 3 คน 3) ผู้จัดบริการสุขภาพของกองทุนฟื้นฟู จำนวน 5 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 6 แห่ง 4) ผู้รับบริการภายใต้กองทุนฟื้นฟูเป็นเครือข่ายที่เสนอโครงการมาขอรับการสนับสนุนจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ในปีงบประมาณ 2566 รพ.สต. 4 แห่ง จำนวน 20 คน และ ชมรมนุสรย์ล้อ 1 แห่ง 5) ผู้รับบริการภายใต้กองทุนฟื้นฟู ผู้พิการและผู้ดูแลในครอบครัว 991 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือการวิจัย มีดังนี้

แบบสอบถามข้อมูลและปัญหาของผู้รับบริการภายใต้กองทุนฟื้นฟู ประกอบไปด้วย ข้อมูลของลักษณะทางประชากร และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์ธอลเดิล (Barthel ADL index) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) อยู่ในช่วงได้ค่าเท่ากับ 0.71 และ 0.97¹²

แนวทางการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เจาะลึกกลุ่มผู้รับบริการภายใต้กองทุนฟื้นฟู ประกอบด้วย (1) ความต้อง

และปัญหาการรับบริการสุขภาพด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ (2) การเข้าถึงการบริการสุขภาพภายใต้กองทุนฟื้นฟู และ (3) ผลจากการรับบริการสุขภาพ ใช้วิธีการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม ระยะเวลาประมาณ 60-90 นาที ตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลแบบสามเสา (Triangulation) โดยการตรวจสอบว่าข้อมูลที่เก็บมาจากบุคคลที่แตกต่างกัน ผู้พิการ ผู้จัดบริการ เครือข่ายที่ขอการสนับสนุนภายใต้กองทุนฟื้นฟู มีความแตกต่างกันหรือไม่ การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เจาะลึกเพื่อการถอดบทเรียนประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุดได้แก่ 1) แนวทางการสนทนากลุ่มผู้บริหารจัดการกองทุนฟื้นฟู และผู้จัดบริการสุขภาพของกองทุนฟื้นฟู โดยเป็นแนวคำถามเกี่ยวกับ (1) บทเรียนของการนำนโยบายสู่การปฏิบัติในพื้นที่ (2) กระบวนการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ (3) กระบวนการสร้างเครือข่าย (4) กระบวนการจัดบริการสุขภาพภายใต้กองทุนฟื้นฟูด้วยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคีรัฐภาคเอกชน และชุมชน ให้สอดคล้องกับความต้องการของบริบทพื้นที่ (5) ผลลัพธ์การจัดบริการ (6) ปัญหาและความต้องการการพัฒนาแนวทางการจัดบริการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ และ 95%CI ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเชิง

คุณภาพ นำมาวิเคราะห์โดย (1) กำหนดตารางการบันทึกข้อมูลการสนทนากลุ่ม (2) ถอดเทปและตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล (3) ข้อมูลที่บันทึกเสร็จจะถูกนำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหลังการถ่ายโอนภารกิจ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่HE66313 ลงวันที่ 13 กันยายน พ.ศ. 2566

ผลการวิจัย (Result)

ผลการศึกษาสถานการณ์ปัญหาของผู้พิการภายใต้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์จังหวัดแห่งหนึ่งเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ลักษณะทางประชากรของผู้รับบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ พบว่า ผู้พิการที่รับบริการในกองทุนฟื้นฟู ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีอายุเฉลี่ย 63 ปี (SD.=20.41) สถานภาพมีคู่สมรสร้อยละ 66.70 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาร้อยละ 71.44 มีอาชีพการเกษตรกรรม ร้อยละ 54.99 และพบว่าผู้พิการมีผู้ดูแลในครอบครัว ร้อยละ 4.24 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละลักษณะทางประชากรของผู้รับบริการกองทุนฟื้นฟูฯ (n=991)

ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (ร้อยละ)	ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
1. เพศ		4. สถานภาพสมรสปัจจุบัน	
- ชาย	461 (46.52)	- โสด หม้าย/หย่า แยก	661 (66.70)
- หญิง	530 (53.48)	- คู่	330 (33.30)
2. อายุ Mean (SD)	62.25 (20.41)	5. การประกอบอาชีพ	
- น้อยกว่า 20 ปี	56 (5.65)	- หยุดทำงานแล้ว	251 (25.33)
- 20 - 44 ปี	119 (12.01)	- ประกอบอาชีพ	740 (74.67)
- 45 - 59 ปี	218 (22.00)	- เกษตรกรรม	545 (54.99)
- 60 ปีขึ้นไป	598 (60.34)	- รับจ้าง	195 (19.68)
3. ระดับการศึกษา		6. อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ดูแลหลัก	
ชั้นสูงสุด			
- ไม่ได้เรียน	169 (17.05)	- อาศัยอยู่คนเดียว	42 (4.24)
- ประถมศึกษา	708 (71.44)	- ผู้ดูแลอยู่ร่วมด้วยในครอบครัว	882 (89.00)
- มัธยมศึกษา	105 (10.60)	- ผู้ดูแลแต่ไม่ได้อยู่ร่วมด้วยในครอบครัว	67 (6.76)
- ปริญญาตรีขึ้นไป	9(0.91)		

2. ลักษณะความพิการของผู้รับบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ พบว่า ผู้รับบริการกองทุนฟื้นฟูฯ ส่วนใหญ่ มีสาเหตุความพิการจากชราภาพ ร้อยละ 35.42 มีความพิการทางการ

เคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ร้อยละ 78.81 มีระยะเวลาเฉลี่ยของการเกิดภาวะฟังก 10 ปี (SD.=11.55) ได้เข้ามารับบริการกองทุนฟื้นฟูฯ มีระยะเวลาเฉลี่ย 5 ปี (SD.=5.75) และมีภาวะฟังกทั้งหมดร้อยละ 44.82 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละลักษณะความพิการและการมีภาวะพึ่งพิงของผู้รับบริการกองทุนฟื้นฟูฯ (n=991)

ลักษณะความพิการ	จำนวน (ร้อยละ)	ลักษณะความพิการ	จำนวน (ร้อยละ)
1. สาเหตุความพิการ		4. ประเภทความพิการ	
- ชราภาพ	351 (35.42)	- ไม่มีความพิการ	137 (13.82)
- จากการทำงาน	230 (23.21)	- พิการ	854 (86.18)
- อุบัติเหตุทางจราจร	211 (21.29)	- การเคลื่อนไหว	673 (78.81)
- พิการแต่กำเนิด	112 (11.30)	- การเห็น	50 (5.85)
- หกล้ม	65 (6.56)	- การได้ยิน	37 (4.33)
- โรคประจำตัว	22 (2.22)	- ทางจิตใจ	34 (3.98)
2. ระยะเวลาการพึ่งพิง/ ความพิการ Mean (SD)	9.72 (11.55)	- สติปัญญา	34 (3.98)
- น้อยกว่า 5 ปี	340 (34.31)	- การเรียนรู้	22 (2.58)
- 5 – 9 ปี	360 (36.33)	5. การมีภาวะพึ่งพิง	
- 10 ปีขึ้นไป	291 (29.36)	- ไม่รุนแรง (12 คะแนนขึ้นไป)	489 (49.34)
3. ระยะเวลาเข้ารับบริการ กองทุน Mean (SD)	5.20 (5.75)	- มีภาวะพึ่งพิง (0-11 คะแนน)	502 (50.66)
- น้อยกว่า 3 ปี	311 (31.38)	- ปานกลาง (8 – 11 คะแนน)	169 (33.67)
- 3 – 4 ปี	246 (24.82)	- รุนแรง (5 – 7 คะแนน)	108 (21.51)
- 5 ปีขึ้นไป	434 (43.80)	- ทั้งหมด (0 – 4 คะแนน)	225 (44.82)

3. ภาวะสุขภาพและภาวะพึ่งพิง
ประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้รับบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 27.55 (95%CI=2.48 -3.04) ผลการประเมินความสามารถความสามารถในการ

ดำเนินชีวิตประจำวัน พบว่า ผู้รับบริการมีข้อจำกัดมากที่สุด คือ การใช้ห้องน้ำ ร้อยละ 74.07 รองลงมา การขึ้นลงบันได 1 ชั้น และการเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน ร้อยละ 73.86 และตามลำดับ ร้อยละ 71.34 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและความชุกภาวะสุขภาพและภาวะพึ่งพิงประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้รับบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ (n=991)

ลักษณะความพิการ	จำนวน (คน)	ความชุก (95%CI)	ลักษณะความ พิการ	จำนวน (คน)	ความชุก (95%CI)
1.ข้อจำกัดในการ ปฏิบัติกิจกรรมขั้น พื้นฐาน			2. การเจ็บป่วย โรคเรื้อรัง		
- การรับประทานอาหาร	470	47.43 (4.43- 5.06)	- ไม่มี	174	17.56 (1.52- 2.01)
- การล้างหน้า หวีผมฯ	817	37.84 (3.48- 4.09)	- มี	817	82.44 (7.99- 8.48)
- ลูกนั่งจากพื้นนอนหรือ เตียง	668	67.41 (6.44- 7.03)	- โรคความดัน โลหิตสูง	273	27.55 (2.48 - 3.04)
- การใช้ห้องน้ำ	734	74.07 (7.12- 7.68)	- โรคเบาหวาน	195	19.68 (1.72- 2.23)
- การเคลื่อนไหวที่ภายใน ห้อง	707	71.34 (6.84- 7.41)	- โรคข้อเสื่อม	112	11.30 (0.94- 1.34)
- การสวมใส่เสื้อผ้า	611	61.65 (5.86- 6.47)	- โรคหอบหืด	39	3.94 (0.28- 0.53)
- การขึ้นลงบันได 1 ชั้น	732	73.86 (7.10- 7.66)	- โรคหัวใจ	32	3.23 (0.22- 0.45.)
- การอาบน้ำ	441	44.50 (4.14- 4.77)	- ตาบอด / ต้อ หิน	83	8.38 (0.67- 1.03)
- การกลืนอาหาร	582	58.73 (5.56- 6.18)	- โรคอื่นๆ	83	8.38 (0.67- 1.03)
- การกลืนปัสสาวะ	601	60.65 (5.75- 6.37)			

จากการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า ผู้พิการมีปัญหาสุขภาพร่างกาย ทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันและต้องการการฟื้นฟูทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง

ด้านจิตใจ ผู้พิการมีความเครียดและรู้สึกเป็นภาระต่อครอบครัว ด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคมจำกัดและ

สูญเสียรายได้ นอกจากนี้ ผู้พิการยังต้องการข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิและทักษะการใช้ชีวิต

กรณีศึกษาครอบครัวตา ก. (ชาย 64 ปี) อาศัยอยู่กับน้องชาย อายุ 62 ปีและน้องสะใภ้ อายุ 60 ปี (ไม่มีบุตร) น้องชายพิการขาอ่อนแรงเคลื่อนไหวในท้องไม้ได้ ต่อมา ตา ก. หลังจากปลดประจำการเป็นทหารได้ 2 ปี เริ่มมีอาการขาอ่อนแรงทั้งไม้สามารถเคลื่อนไหวได้เหมือนกับน้องชาย น้องสะใภ้จึงเป็นผู้ดูแลผู้พิการ 2 คน น้องชายมีความเครียดรู้สึกว่าเป็นภาระให้ภรรยาต้องช่วยเข้าห้องน้ำและกิจกรรมอื่นๆ น้องชายจึงได้ผูกคอตายพร้อมเขียนจดหมายมีข้อความเกี่ยวกับ “การไม่ต้องการเป็นภาระ” PTS_50966

4. การพัฒนาการจัดบริการภายใต้กองทุนฟื้นฟู พบว่า แบ่งเป็น 2 รูปแบบหลัก ได้แก่ 1) การจัดบริการโดยคณะกรรมการ ตั้งแต่ปี 2553 ครอบคลุมการจัดสรรงบประมาณ ภายใต้การอุปการะ การฟื้นฟูทางการแพทย์ การปรับสภาพแวดล้อม และการติดตามประเมินผล 2) การจัดบริการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงกองทุน ครอบคลุมทั้งจังหวัด ผ่านความร่วมมือกับโรงพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิ อสม. และชมรมผู้พิการ เช่น คลินิกมนุษย์ลัธ ผลลัพธ์ที่สำคัญ พบว่าผู้พิการเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้นโดยเฉพาะการลดการเกิดแผลกดทับ ลดความทุกข์และภาระของครอบครัว เรียนรู้ทักษะการปรับตัว และทำกิจกรรมในชุมชน สามารถหารายได้

และลดความรู้สึกเป็นภาระ การมีส่วนร่วมของชมรมผู้พิการและอาสาสมัครช่วยเสริมทักษะและการผลิตกายอุปกรณ์เฉพาะบุคคล

5. แนวทางการจัดบริการสุขภาพกองทุนฟื้นฟู โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจากการสังเคราะห์ข้อมูลผลการศึกษานำสู่การพัฒนาแนวทางการจัดบริการสุขภาพภายใต้กองทุนฟื้นฟูได้พบแนวทาง ดังนี้

5.1 การส่งเสริมการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพกับทีมสหวิชาชีพภายใต้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

5.2 อบจ. พัฒนาความร่วมมือเครือข่าย โดยพัฒนาความร่วมมือระหว่าง อบจ. รพ.สต. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และคลินิกมนุษย์ลัธให้เกิดระบบการรับส่งพิการให้ได้รับการฟื้นฟูทางการแพทย์ที่จำเป็นอย่างสม่ำเสมอ การเยี่ยมบ้านทีมสหวิชาชีพ ในช่วง 6 เดือนแรกด้วยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร

5.3 พัฒนารฐานข้อมูลผู้รับบริการ โดย อบจ. พัฒนารฐานข้อมูลผู้พิการและผู้ป่วยติดเตียงของหน่วยงานต่างๆ เช่น อบจ. อบต. พม. สปสช. เพื่อความครอบคลุมในการรับบริการ การสนับสนุนของแต่ละหน่วยงานเพื่อความชัดเจน บูรณาการสวัสดิการและแก้ไขปัญหาความซ้ำซ้อน

5.4 พัฒนานักบริหาร/ผู้ดูแล โดย อบจ.ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาอาสาหรือ ผู้ดูแลผู้พิการที่มีชั่วโมงการทำงานต่อวัน ชัดเจน และได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดคุณภาพการดูแลในระยะยาวในอนาคต

5.5 อบจ. สร้างการมีส่วนร่วมชุมชน พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายในระดับชุมชน ได้แก่ อบต. หน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้นำชุมชน อสม. องค์กรชุมชน สมาคมผู้พิการ ค้นหา ผู้รับบริการเพื่อขยายกิจกรรมการดูแล ช่วยเหลือและการฟื้นฟูสมรรถภาพให้กับ ผู้รับบริการเข้าถึงบริการอย่างครอบคลุม

อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย

(Discussion and Conclusion)

ผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็น สถานการณ์ของผู้พิการที่ได้รับการสุขภาพ ภายใต้งบกองทุนฟื้นฟู พบว่า ผู้พิการ มีอายุ เฉลี่ย 63 ปี (SD.= 20.40) มีความพิการ ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ร่วมกับการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง และสอดคล้องกับ ข้อมูลการสำรวจความพิการ 2562 ที่พบว่า ผู้พิการส่วนใหญ่มีความบกพร่องทางการ เคลื่อนไหวและมีโรคเรื้อรังร่วมเป็นปัจจัย ส่งเสริม ซึ่งบ่งชี้ว่าผู้พิการในชุมชนมีความ ต้องการเข้าถึงบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางกายที่สะดวกและมีประสิทธิภาพ โดยมีปัจจัยที่เป็นอุปสรรค เช่น แผลกดทับ

การเดินทางที่ไม่สะดวก ขาดแคลนการ สนับสนุนทางการเงิน และกายอุปกรณ์ที่มี ความเหมาะสมกับผู้พิการเฉพาะราย สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐพร ชานันท์ วงศ์ชาติ และลลมิว ปิยะบัณฑิตกุล⁵ ที่พบว่า ผู้พิการต้องการการสนับสนุนจากชุมชนใน การปรับสภาพแวดล้อม การฝึกทักษะอาชีพ และการได้รับกำลังใจจากสมาชิกในชุมชน ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ พิการ¹³ นอกจากนี้ผลการศึกษายังสะท้อนให้ เห็นถึงความต้องการการสนับสนุนให้เข้าถึง กองทุนฟื้นฟู จากครอบครัว ชุมชน องค์กร ภาครัฐและภาคเอกชน ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผล ต่อการเข้าถึงการฟื้นฟู¹⁴

การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการ ดำเนินงานกองทุนฟื้นฟู ภาครัฐทำหน้าที่ สนับสนุนงบประมาณและติดตามประเมินผล อย่างมีระบบ ขณะที่องค์กรชุมชน เช่น รพ.สต. คลินิกมนุษย์ล้อ และแกนนำชุมชน¹⁵ ร่วมวางแผนและดำเนินโครงการ ทำให้เกิด ความรู้สึกเป็นเจ้าของ (Ownership) และ ส่งเสริมความยั่งยืนของการดำเนินงาน¹⁶

นอกจากนี้ การพัฒนาแนวทางการ จัดบริการสุขภาพภายใต้งบกองทุนฟื้นฟู พบว่า การฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องในระยะ 6 เดือนแรก หลังเกิดความพิการ¹⁷ โดยทีมสหวิชาชีพทั้งใน โรงพยาบาลและชุมชน ช่วยเพิ่มสมรรถนะ

ร่างกายและจิตใจของผู้พิการ การสร้างเครือข่ายอาสาและผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมพร้อมจัดทำฐานข้อมูลผู้พิการที่ครอบคลุมทำให้สามารถวางแผนบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ การบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ชุมชน และภาคเอกชน จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมการเข้าถึงบริการฟื้นฟูที่มีคุณภาพและยั่งยืนในระดับพื้นที่¹⁸

ข้อเสนอแนะ

การสนับสนุนกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือและการฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับจังหวัดและระดับชุมชน การพัฒนาความร่วมมือระหว่าง อบจ. รพ.สต. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด และคลินิกมุขยัลลอตลอดจนการสร้างภาคีเครือข่ายในระดับชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) องค์กรชุมชน

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากหน่วยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ภายใต้โครงการ การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่หลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. World Health Organization. **Global Report on Health Equity for Persons with Disabilities**. [Internet]. 2022 [Cited 2025 July 10]; Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240063600323>.
2. National Statistical Office. **The 2022 Disability Survey**. [Internet]. 2022 [Cited 2025 July 10]; Available from: <https://www.unicef.org/thailand/media/11376/file/Disability%20Survey%20Report%202022.pdf>.
3. ปุรินทร์ ศรีศศลักษณ์, จิรพรรณ โพธิทอง, สุนิสา จันทร์แสง. **คุณภาพชีวิตของผู้พิการจังหวัดสุพรรณบุรี**. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนิสา. 2561; 1(1): 73–84.
4. วราภรณ์ คำนนท์. **คุณภาพชีวิตของผู้พิการในอำเภอเทพสถิต จังหวัดชัยภูมิ**. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2560; 24(3): 42–53.
5. ญัฐชานันท์ วงศ์ชาติ, ลัทธิ ปิยะบัณฑิตกุล. **การศึกษาปัญหาและความต้องการการฟื้นฟูผู้พิการทางร่างกายในชุมชน**. วารสารพยาบาลและการดูแลรักษา. 2566; 14(4): e265933/1–13.
6. คณะกรรมการร่างรัฐธรรมนูญ. **รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560**. 2017. [อินเทอร์เน็ต]. 2560

- [เข้าถึงเมื่อ 2568 กรกฎาคม 10]; เข้าถึงได้จากรายการ :
<https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2560/A/040/1.PDF>.
7. กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. **แผนปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (2566–2570)**. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2568 กรกฎาคม 10]; เข้าถึงได้จาก: <https://planning.dusit.ac.th/main/wp-content/uploads.pdf>.
 8. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. **คู่มือการดำเนินงานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด**. กรุงเทพฯ: สปสช.; 2563.
 9. Kumar, A. Academic institution as a system and system' approach to them and attributes of their excellence. *International Journal of Research*. 2021; 9(1): 271–278.
 10. Creswell JW, Creswell JD. *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. 5th ed. London: SAGE Publications; 2018.
 11. ศิราณี ศรีหามาต, ธารา รัตนอำนวยศิริ, นวลละออง ทองโคตร, รุ่งทิพย์ พรหมบุตร, สรัญญา เปล่งกระโทก, วิทยา วาโย, ศรีสุดา ลุนพุมิ. **รูปแบบการพัฒนา นโยบายสาธารณสุขด้านการดูแลระยะยาวในชุมชนอีสานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน**. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2566; 16(1): 165–78.
 12. Laohaprasitiporn P, Jarusriwanna A, Unnanuntana A. Validity and Reliability of the Thai Version of the Barthel Index for Elderly Patients with Femoral Neck Fracture. *J Med Assoc Thai*. 2017; 100(5): 539–48.
 13. พนาศักดิ์ เวียงสงค์. **รูปแบบการปรับปรุงสภาพแวดล้อมทางกายภาพจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดมหาสารคาม**. พัฒนวารสาร. 2563; 7(1): 51–62.
 14. จีระศักดิ์ พรหมลับ, ลำพึง วอนอก. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการในอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น**. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2568; 19(3): 1061–77.
 15. รัถยานภิศ รัชตะวรรณ, ธมลวรรณ แก้วกระจก, วรรณรัตน์ จงเขตกิจ, ปิยะพร พรหมแก้ว, ดาไลมา สำแดงสาร, ดลปัทม ทวงเลิศ. **กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ**. วารสารเทคโนโลยีภาคใต้. 2018; 11(1): 231–8.
 16. สุริยันต์ ปัญหาราช. **ผลการดำเนินงานของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดหนองบัวลำภู**. วารสารเวชศาสตร์ฟื้นฟูไทย. 2560; 27(3): 108–14.

17. กระทรวงสาธารณสุข. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for Intermediate Care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan). นนทบุรี: บริษัท บอว์น ทู ปี พับลิชชิง จำกัด; 2562.
18. อดิษฐ์พงษ์ ประถมวงศ์. บทเรียนจากปัจจัยความสำเร็จของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดตราด ต่อการได้รับรางวัลด้านความโปร่งใสและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน. วารสารรัฐศาสตร์รอบรู้และสหวิทยาการ. 2565; 5(1): 127–140.

ผลกระทบของชาวผู้ป่วยยาเสพติดอาละวาดหรือใช้ความรุนแรงต่อการใช้ชีวิตของประชาชน

วสุชาห์ สติรัตนกร¹

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบของชาวผู้ป่วยยาเสพติดที่ก่อเหตุอาละวาดหรือใช้ความรุนแรงต่อประชาชน ทำการศึกษากับประชาชนอายุ 20 ปีขึ้นไปในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 328 คน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิและอย่างง่าย เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามระหว่างเดือนมิถุนายน-กันยายน 2568 และวิเคราะห์ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ชาวผู้ป่วยยาเสพติด 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 35.7 ช่องทางการรับรู้ข่าวจากสื่อสังคมออนไลน์ ร้อยละ 63.1 การรับข่าวสารผลกระทบต่อความรู้สึกเพียงเล็กน้อย ร้อยละ 30.2 และเกิดความรู้สึกกังวล ร้อยละ 25.9 พฤติกรรมการใช้ชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย ร้อยละ 37.8 และความคิดเห็นต่อความปลอดภัยในชุมชนได้รับผลกระทบปานกลาง ร้อยละ 30.8 จากการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ ประชาชนเสนอแนวทางการจัดการปัญหาผู้ป่วยยาเสพติดที่ก่อเหตุรุนแรง ได้แก่ การบังคับใช้กฎหมาย การบำบัดฟื้นฟู และการป้องกัน ดังนั้น ควรส่งเสริมให้สื่อมวลชนและสื่อออนไลน์นำเสนอข่าวสารอย่างสร้างสรรค์ ให้ข้อมูลที่ถูกต้องและแนวทางแก้ไขปัญหา โดยไม่สร้างความกลัวหรือซ้ำเติมผู้ป่วยยาเสพติด เพื่อสร้างความเข้าใจและร่วมหาทางออกเชิงบวกในสังคม

คำสำคัญ: ชาวผู้ป่วยยาเสพติด, ความรุนแรง, ผลกระทบ

¹นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านไผ่

*Corresponding Author; Warisa Sathirathanakorn, Email: warisa086@gmail.com

Received: November 17, 2025; Revised December 15, 2025; Accepted December 16, 2025

The Impact of News about Drug-Addicted Patients Exhibiting Violent Behavior on Your Daily Life

Warisa Sathirathanakorn¹

ABSTRACT

This descriptive study aimed to examine the impact of news reports concerning drug-dependent patients who engaged in rampage or violent behavior on the general public. The study was conducted among 328 residents aged 20 years and older in Ban Phai District, Khon Kaen Province. Stratified and simple random sampling techniques were employed. Data were collected using a questionnaire between June and September 2025 and analyzed using both quantitative and qualitative methods. The results revealed that most participants were exposed to news about drug-dependent patients one to two times per week (35.7%), with social media being the primary source of information (63.1%). News exposure had a slight impact on emotional responses (30.2%), while 25.9% of respondents reported feelings of anxiety. Minor changes in daily life behaviors were observed in 37.8% of participants, and perceptions of community safety were moderately affected (30.8%). Qualitative analysis indicated that the public proposed several approaches to addressing violent incidents involving drug-dependent patients, including law enforcement, rehabilitation, and preventive measures. Therefore, it is recommended that mass media and online platforms present news in a constructive manner by providing accurate information and problem-solving approaches without instilling fear or stigmatizing drug-dependent patients, in order to promote understanding and encourage positive solutions within society.

Key word: News about Drug-Addicted Patients, Violent Behavior, Impact

¹ Medical Physician, Professional Level, Banphai Hospital

บทนำ (Introduction)

ปัญหายาเสพติดยังคงเป็นปัญหาหลักที่ส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงในระดับบุคคลและสังคม โดยเฉพาะในประเทศไทย ซึ่งมีจำนวนผู้เสพยาเสพติดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปี 2565 มีผู้เสพยาเสพติดเข้ารับการบำบัดทั้งสิ้น 230,000 คน ประเภทของยาเสพติดที่พบ คือ ยาบ้า กัญชา และเฮโรอีน ร้อยละ 72, 15 และ 8 ตามลำดับ โดยมีสาเหตุสำคัญ ได้แก่ การเข้าถึงยาเสพติดที่ง่ายขึ้น การเลียนแบบพฤติกรรมในสื่อและสังคม เป็นต้น ส่งผลทำให้มีค่าใช้จ่ายในระบบการบำบัดและฟื้นฟูกว่า 15,000 ล้านบาทต่อปี ผู้ป่วยบางรายมีพฤติกรรมอาละวาดหรือใช้ความรุนแรงต่อบุคคลรอบข้าง พบว่า ร้อยละ 12 ของเหตุการณ์ความรุนแรงในปี 2564 เกี่ยวข้องกับผู้เสพหรือผู้ค้ายาเสพติดที่มีปัญหาทางจิตเวช¹ จากสถิติในปี 2565 มีผู้ป่วยจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาเสพติดกว่า 35,000 ราย โดยในจำนวนนี้ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน อายุระหว่าง 15-45 ปี² การเสพยาเสพติดส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตใจ เช่น มีความเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อ ความเครียดและโรคทางจิตเวช ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ เช่น การออกจากการศึกษา และมีอัตราการว่างงานสูงถึงร้อยละ 65 ผลกระทบด้านสังคม เช่น การลักขโมยเพื่อหาเงินซื้อยา ความรุนแรงในครอบครัว และการหย่าร้าง³ โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อพฤติกรรมรุนแรง ได้แก่

ประวัติการเสพยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง ความเครียดในครอบครัว สภาพแวดล้อมในชุมชนที่มีการใช้ความรุนแรงเป็นปกติ^{4,5}

ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนและส่งผลกระทบต่ออย่างกว้างขวางในหลายมิติ ไม่เพียงแต่สร้างความเสียหายต่อสุขภาพของผู้เสพยาเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน และสังคมโดยรวม⁶ การนำเสนอข่าวเกี่ยวกับปัญหายาเสพติดมีแนวโน้มเน้นข่าวด้านลบ เช่น การจับกุม การก่อเหตุรุนแรง มากกว่าการให้ข้อมูลเชิงสร้างสรรค์ เช่น การบำบัดและการฟื้นฟู โดยประเภทข่าวที่ได้รับการเผยแพร่มากที่สุด คือ ข่าวเกี่ยวกับความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด และข่าวการจับกุม ส่งผลต่อการลดความเชื่อมั่นในระบบการป้องกันและบำบัดปัญหายาเสพติด และประชาชน 55% มีความรู้สึกว่าการป้องกันปัญหายาเสพติดยังไม่มีประสิทธิภาพ⁷ มีการศึกษาพบว่า การรายงานข่าวสารเชิงลบเกี่ยวกับยาเสพติดยังสร้างความวิตกกังวลในประชาชนถึงร้อยละ 60 และข่าวสารที่ให้ข้อมูลเชิงสร้างสรรค์ เช่น โครงการบำบัดที่ประสบความสำเร็จ ช่วยสร้างความหวังในสังคม⁸ การรายงานข่าวเกี่ยวกับผู้ป่วยยาเสพติดที่ใช้ความรุนแรง มีผลกระทบต่อการรับรู้และพฤติกรรมในกลุ่มประชากรที่เปราะบาง เช่น วัยรุ่นและเยาวชน อาจถูกกระตุ้นให้เลียนแบบพฤติกรรมที่รายงานในข่าว การปรับปรุงวิธีการรายงานข่าวจึงเป็นสิ่งสำคัญในการลด

ผลกระทบเชิงลบต่อสังคม นอกจากนี้การนำเสนอข่าวเกี่ยวกับผู้ป่วยยาเสพติดที่กระทำการอาละวาดหรือใช้ความรุนแรง มักสร้างผลกระทบต่อความรู้สึกปลอดภัยของประชาชน และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน⁹ เช่น การหลีกเลี่ยงสถานที่หรือการเพิ่มความระมัดระวังในชีวิตประจำวัน ความรู้สึกไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นในชุมชน^{10,11} จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการการสนับสนุนด้านจิตวิทยาและการสร้างทักษะการจัดการอารมณ์ในผู้ป่วยยาเสพติด การสนับสนุนจากครอบครัวและการมีส่วนร่วมในชุมชน รวมทั้งการดำเนินงานระดับนโยบายร่วมกับมาตรการบำบัด สามารถช่วยลดโอกาสการเกิดพฤติกรรมรุนแรงได้¹²⁻¹⁵

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลกระทบของข่าวผู้ป่วยยาเสพติดที่อาละวาดหรือใช้ความรุนแรง ทั้งในเชิงสถิติและเชิงพฤติกรรมของประชาชน เพื่อนำเสนอแนวทางการสื่อสารที่เหมาะสม รวมถึงสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัญหาเสพติดและการป้องกันผลกระทบเชิงลบในระยะยาว

วัตถุประสงค์ (Objective)

เพื่อศึกษาผลกระทบที่เกิดจากข่าวสารเกี่ยวกับผู้ป่วยยาเสพติดที่ก่อเหตุอาละวาดหรือใช้ความรุนแรงต่อการดำเนินชีวิตของประชาชน

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

รูปแบบการวิจัย การศึกษานี้

ใช้รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study)

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ

ประชากรในการศึกษาค้างนี้ คือ ประชาชนที่มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 62,940 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

คือ ประชาชนที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น อย่างน้อย 1 ปี มีประสบการณ์หรือรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับเหตุการณ์ผู้ป่วยยาเสพติด และยินดีเข้าร่วมการตอบแบบสอบถามหรือสัมภาษณ์

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

คือ ประชาชนที่ไม่เคยรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับผู้ป่วยยาเสพติด มีปัญหาสุขภาพจิตรุนแรง ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาด

ตัวอย่างโดยใช้สูตร “สูตรการประมาณค่าสัดส่วน กรณีทราบขนาดประชากร”¹⁸ กำหนดค่าสัดส่วนของตัวแปรที่ต้องการประมาณค่า จากการทบทวนวรรณกรรม¹⁹ เท่ากับ 0.36 ระดับช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 96 ค่าคลาดเคลื่อนของการประมาณค่า กำหนดค่าเท่ากับ 0.05 แทนค่าในสูตรจะได้ขนาดตัวอย่าง $n = 294.27$ หรือ ประมาณ 295 คน และ มีการปรับขนาดตัวอย่างในกรณีของผู้ที่

มีโอกาสจะสูญเสียการศึกษา (Drop out) ร้อยละ 10 ดังนั้น ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเท่ากับ 328 คน ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multiple-stage sampling) คือ 1. การสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified sampling) แบ่งตามสัดส่วนจำนวนประชากรแต่ละตำบล ทั้งหมด 10 ตำบล 2. การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยผู้วิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ คือ แบบสอบถามผลกระทบของข่าวผู้ป่วยยาเสพติดอาละวาดหรือใช้ความรุนแรงต่อการใช้ชีวิตของท่าน มีทั้งหมด 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ส่วนที่ 2 การรับรู้และผลกระทบจากข่าวผู้ป่วยยาเสพติดอาละวาดหรือใช้ความรุนแรง ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ จำนวน 4 ข้อ ส่วนที่ 3 ผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันจากข่าวผู้ป่วยยาเสพติดอาละวาดหรือใช้ความรุนแรง ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นการปรับปรุงการนำเสนอข่าวและมาตรการภาครัฐในการป้องกันปัญหาการนำเสนอข่าวผู้ป่วยยาเสพติดอาละวาดหรือใช้ความรุนแรง ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ จำนวน 8 ข้อ และส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะใน

การจัดการปัญหาผู้ป่วยยาเสพติดที่ก่อเหตุอาละวาดหรือใช้ความรุนแรง ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามเป็นข้อคำถามปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็น จำนวน 1 ข้อ การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณใช้ระยะเวลา 4 เดือน ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล จัดระเบียบในรูปแบบตารางที่มีความปลอดภัย มีการปกปิดตัวของผู้เข้าร่วม และเก็บเอกสารกระดาษในตู้ปิดด้วยกุญแจ

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พบว่า ทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 จากนั้นทดลองใช้แบบสอบถามที่ผ่านปรับปรุงกับประชาชนในอำเภอลพบุรี จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 คน จากการทดลองใช้ พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.78

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอค่าแจกแจงความถี่ และร้อยละ ข้อมูลต่อเนื่อง ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยยึดหลักการตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (Triangulation Technique) โดยใช้ Data triangulation เปรียบเทียบและตรวจสอบความแน่นอนของข้อมูล Review triangulation ให้บุคคลต่างๆ ที่ไม่ใช่นักวิจัยทำการทบทวนข้อค้นพบจากการวิเคราะห์ และ Theory triangulation ใช้

มุมมองของทฤษฎีต่างๆมาพิจารณาข้อมูลชุดเดียวกัน

จริยธรรมการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่ REC 036/2568 ลงวันที่ 20 มีนาคม พ.ศ.2568

ผลการวิจัย (Result)

ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.1 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 27.1 รองลงมาคือ อายุ 50 – 59 ปี ร้อยละ 25.3 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 41.5 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 53.0

การรับรู้และผลกระทบจากข่าวผู้ป่วยยาเสพติดอาละวาดหรือใช้ความรุนแรง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความถี่เฉลี่ยการรับรู้ข่าวเกี่ยวกับผู้ป่วยยาเสพติดที่ก่อเหตุอาละวาดหรือใช้ความรุนแรงในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 35.7 มีช่องทางการรับรู้ข่าวสารข่าวเกี่ยวกับผู้ป่วยยาเสพติดจากสื่อสังคมออนไลน์ ร้อยละ 63.1 ข่าวดังกล่าวส่งผลกระทบต่อความรู้สึก ร้อยละ 30.2 และมีความรู้สึกกังวลเมื่อรับรู้ข่าว ร้อยละ 25.9 ดังตารางที่ 1

ผลกระทบข่าวผู้ป่วยยาเสพติดอาละวาดหรือใช้ความรุนแรงต่อการใช้ชีวิตประจำวัน พบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิตเพราะข่าวผู้ป่วยยาเสพติดอาละวาดหรือใช้ความรุนแรง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย ร้อยละ 37.8 และมีความคิดเห็นข่าวเกี่ยวกับเหตุการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยในชุมชนระดับปานกลาง ร้อยละ 30.8

ความคิดเห็นต่อมาตรการป้องกันตัวเองหรือครอบครัวจากเหตุการณ์ผู้ป่วยยาเสพติดอาละวาดหรือใช้ความรุนแรง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยในการเพิ่มความระมัดระวังในการเดินทาง/การใช้ชีวิตประจำวัน ร้อยละ 46.3 และการหลีกเลี่ยงพื้นที่เสี่ยงต่อเหตุการณ์ผู้ป่วยยาเสพติดอาละวาดหรือใช้ความรุนแรง ร้อยละ 45.1 เห็นด้วยอย่างยิ่งต่อการเพิ่มมาตรการความปลอดภัยภายในบ้าน ร้อยละ 45.4 และการติดตามข่าวสารและแจ้งเตือนครอบครัวเกี่ยวกับสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ ร้อยละ 40.9 เห็นด้วยต่อการเรียนรู้วิธีการป้องกันตัวหรือฝึกอบรมด้านความปลอดภัย ร้อยละ 48.2 และคิดเห็นว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีบทบาทปานกลางในการจัดการปัญหาผู้ป่วยยาเสพติดอาละวาดหรือใช้ความรุนแรง ร้อยละ 34.8

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของการรับรู้และผลกระทบจากข่าวผู้ป่วยยาเสพติดอาละวาดหรือใช้ความรุนแรง (n=328)

การรับรู้และผลกระทบจากข่าวผู้ป่วยยาเสพติดอาละวาดหรือใช้ความรุนแรง	จำนวน	ร้อยละ
ความถี่เฉลี่ยการรับรู้ข่าวเกี่ยวกับผู้ป่วยยาเสพติดที่ก่อเหตุอาละวาดหรือใช้ความรุนแรง		
ไม่เคยรับรู้ข่าวสาร	9	2.7
น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์	64	19.5
1 -2 ครั้งต่อสัปดาห์	117	35.7
3 – 4 ครั้งต่อสัปดาห์	87	26.5
มากกว่า 4 ครั้งต่อสัปดาห์	51	15.5
ช่องทางการรับรู้ข่าวสารข่าวเกี่ยวกับผู้ป่วยยาเสพติด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
โทรทัศน์	146	44.5
สื่อสังคมออนไลน์ (Facebook, Twitter, IG Tiktok ฯลฯ)	207	63.1
วิทยุ	21	6.4
หนังสือพิมพ์	6	1.8
คนใกล้ชิด/ชุมชน	112	34.1
ผลกระทบต่อความรู้สึกของข่าวเกี่ยวกับผู้ป่วยยาเสพติดที่ก่อเหตุอาละวาดหรือใช้ความรุนแรง		
ไม่ส่งผลกระทบ	48	14.6
ส่งผลกระทบเล็กน้อย	99	30.2
ส่งผลกระทบปานกลาง	86	26.2
ส่งผลกระทบมาก	83	25.3
ส่งผลกระทบมากที่สุด	12	3.7
ความรู้สึกเมื่อรับรู้ข่าวเกี่ยวกับผู้ป่วยยาเสพติดที่ก่อเหตุอาละวาดหรือใช้ความรุนแรง		
กังวล	85	25.9
กลัว	80	24.4
ไม่ปลอดภัย	78	23.8
เครียด	27	8.2
เศร้า	32	9.8
โกรธ	26	7.9

ความคิดเห็นต่อการปรับปรุงการนำเสนองานและมาตรการภาครัฐในการป้องกันปัญหาการนำเสนองานผู้ป่วยยาเสพติดอาละวาดหรือใช้ความรุนแรง ส่วนใหญ่เห็นด้วยต่อการลดการเน้นภาพหรือเนื้อหารุนแรง ร้อยละ 42.4 การเพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับการป้องกันและแนวทางในการแก้ไข ร้อยละ 40.5 การลดการใช้ภาษาที่สร้างความตื่นตระหนก ร้อยละ 35.7 และเห็นด้วยอย่างยิ่งต่อการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

ก่อนการนำเสนอ ร้อยละ 40.2 ด้านมาตรการภาครัฐในการป้องกันปัญหาการนำเสนองานผู้ป่วยยาเสพติดอาละวาดหรือใช้ความรุนแรงพบว่า ส่วนใหญ่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ต่อการเพิ่มมาตรการในการป้องกันปัญหาที่เข้มงวดขึ้น ร้อยละ 52.4 การให้ความรู้และการบำบัด ร้อยละ 53.4 การสนับสนุนด้านสวัสดิการและบริการสังคม ร้อยละ 43.6 และการปรับปรุงบังคับใช้กฎหมาย ร้อยละ 54.3 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของความคิดเห็นต่อการปรับปรุงการนำเสนองานและมาตรการภาครัฐในการป้องกันปัญหาการนำเสนองานผู้ป่วยยาเสพติดอาละวาดหรือใช้ความรุนแรง (n=328)

ข้อคำถาม	จำนวน (ร้อยละ)				
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ปานกลาง	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
การปรับปรุงการนำเสนองานเกี่ยวกับผู้ป่วยยาเสพติดอาละวาดหรือใช้ความรุนแรง					
1. การลดการเน้นภาพหรือเนื้อหารุนแรง	45 (13.7)	26 (7.9)	49 (14.9)	139 (42.4)	69 (21.0)
2. การเพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับการป้องกันและการแก้ไข	6 (1.8)	6 (1.8)	6 (20.1)	133 (40.5)	117 (35.7)
3. การลดการใช้ภาษาที่สร้างความตื่นตระหนก	25 (7.6)	23 (7.0)	86 (26.2)	117 (35.7)	77 (23.5)
4. การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อน	3 (0.9)	7 (2.1)	63 (19.2)	123 (37.5)	132 (40.2)
มาตรการภาครัฐในการป้องกันปัญหาการนำเสนองานผู้ป่วยยาเสพติดอาละวาดหรือใช้ความรุนแรง					
1. การเพิ่มมาตรการในการป้องกันปัญหาที่เข้มงวดขึ้น	0 (0.0)	27 (8.2)	25 (7.6)	104 (31.7)	172 (52.4)
2. การให้ความรู้และการบำบัด	4 (1.2)	28 (8.5)	32 (9.8)	89 (27.1)	175 (53.4)
3. การสนับสนุนด้านสวัสดิการและบริการสังคม	4 (1.2)	29 (8.8)	39 (11.9)	113 (34.5)	143 (43.6)
4. การปรับปรุงบังคับใช้กฎหมาย	1 (0.3)	31 (9.5)	34 (10.4)	89 (25.6)	178 (54.3)

ข้อเสนอแนะในการจัดการปัญหาผู้ป่วยยาเสพติดที่ก่อเหตุอาละวาดหรือใช้ความรุนแรง จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ข้อเสนอแนะของกลุ่มตัวอย่างสามารถจัดกลุ่มเป็น 3 กลุ่มหลัก (Main Themes) ได้แก่ การบังคับใช้กฎหมายและบทลงโทษอย่างเข้มงวด การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยา และการป้องกันและการแก้ไขที่ต้นตอของปัญหา ดังนี้

1. การบังคับใช้กฎหมายและบทลงโทษอย่างเข้มงวด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่ามาตรการทางกฎหมายในปัจจุบันยังไม่เพียงพอในการควบคุมผู้ติดยาเสพติดที่ก่อเหตุรุนแรง หลายคนรู้สึกไม่ปลอดภัยในชุมชน จึงเสนอให้มีการจับกุมและดำเนินคดีอย่างเด็ดขาด รวมถึงไม่ควรปล่อยตัวออกมาหลังการจับกุมในระยะสั้น เช่น “อยากให้ตำรวจจับแล้วไม่ปล่อยออกมาเร็วๆ พอออกมาก็กลับมาอาละวาดอีก” และ “คนที่ก่อเหตุรุนแรงต้องได้รับโทษตามที่ทำได้ ไม่เป็นแบบอย่างให้คนอื่น” จากการวิเคราะห์พบว่า ความคิดของผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มนี้สะท้อนถึงความรู้สึกกลัวและความคับข้องใจต่อระบบยุติธรรมที่ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การเรียกร้องให้ลงโทษหนักขึ้นไม่เพียงเพื่อความยุติธรรม แต่ยังเป็นกลไกสร้างความปลอดภัยทางจิตใจของคนในชุมชน

2. การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยา กลุ่มตัวอย่างบางส่วนมองว่าผู้ติดยาเสพติดควรได้รับการปฏิบัติในฐานะผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือ ไม่ใช่เพียงผู้กระทำผิด การบำบัดและการฟื้นฟูจึงควรเป็นแนวทางหลักควบคู่กับการลงโทษทางกฎหมาย โดยเฉพาะการฟื้นฟูหลังบำบัดเพื่อให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ เช่น “ควรส่งไปบำบัดให้หาย แล้วช่วยหางานให้เขาทำ จะได้ไม่กลับไปยุ่งกับยาอีก” และ “อยากให้บำบัดเขาให้ดีขึ้นหาย แล้วติดตามต่อ ให้กลับมาอยู่ในสังคมได้เหมือนคนทั่วไป” สามารถตีความ ความเชื่อในการฟื้นฟูสมรรถภาพ เส้นทางกลับคืนสู่วิถีชีวิตที่ดีซึ่งประชาชนเห็นว่าการบำบัดอย่างมีระบบจะช่วยลดโอกาสการก่อเหตุซ้ำได้อย่างยั่งยืน

3. การป้องกันและการแก้ไขที่ต้นตอของปัญหา กลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งเสนอให้ภาครัฐใช้มาตรการเชิงรุก โดยเน้นการกวาดล้างแหล่งผลิตและจำหน่ายยาเสพติด รวมถึงการเพิ่มบทบาทของเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ให้มีการเฝ้าระวังและดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเหตุรุนแรงในชุมชน เช่น “ต้องกวาดล้างถึงต้นตอ ถ้าไม่แก้ที่คนขายหรือคนส่งยา มันก็ไม่จบ” และ “อยากให้เจ้าหน้าที่เข้ามาดูแลใกล้ชิดหน่อย เพราะบางบ้านมีคนติดยาแต่ไม่มีใครช่วย” ผลการวิเคราะห์ในกลุ่มนี้ชี้ให้เห็นถึงมิติของความคาดหวังของชุมชนที่ต้องการให้รัฐและชุมชนมีการบูรณาการร่วมกันในการแก้ไขปัญหา

ตั้งแต่ระดับป้องกันจนถึงระดับบำบัดและติดตามหลังบำบัด

อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย

(Discussion and Conclusion)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ข่าวเกี่ยวกับผู้ป่วยยาเสพติดที่ก่อเหตุอาละวาดหรือใช้ความรุนแรงเฉลี่ย 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยช่องทางที่รับรู้มากที่สุดคือ สื่อสังคมออนไลน์ เช่นเดียวกับการศึกษาในจังหวัดอุดรธานี พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแหล่งรับข้อมูลข่าวสารเรื่องยาเสพติดจากอินเทอร์เน็ต²⁰ โดยสื่อดิจิทัลมีบทบาทอย่างยิ่งในการเผยแพร่และส่งต่อข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับปัญหาอาชญากรรมในสังคมปัจจุบัน โดยพบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีแนวโน้มรับรู้ข่าวสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์มากกว่าสื่อกระแสหลัก เช่น โทรทัศน์หรือหนังสือพิมพ์ สอดคล้องกับลักษณะพฤติกรรมการใช้ชีวิตของคนไทยในยุคดิจิทัล ที่ให้ความสำคัญกับการเข้าถึงข้อมูลอย่างรวดเร็ว สะดวก และสามารถมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นได้โดยตรง คุณลักษณะของสื่อดิจิทัลเอื้อต่อการเข้าถึงเนื้อหาได้ทุกที่ทุกเวลา ตอบสนองต่อความสนใจเฉพาะบุคคล²¹ ในปัจจุบันสื่อจำนวนมากมักนำเสนอเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรง อาชญากรรม ความขัดแย้ง จนก่อให้เกิดความกังวลว่า การบริโภคสื่อในลักษณะดังกล่าวอาจส่งผลให้ผู้ชมเกิดการรับรู้ว่าโลกปัจจุบันเต็มไปด้วยความรุนแรง

ความขัดแย้ง การต่อสู้ดิ้นรน รวมถึงความไม่มั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน²² การรับรู้ข่าวสารอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับเหตุการณ์ความรุนแรงที่เกิดจากผู้ป่วยยาเสพติด แม้จะมีส่วนช่วยกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักถึงความรุนแรงของปัญหาและเพิ่มความสนใจต่อประเด็นยาเสพติดมากขึ้น แต่ก็อาจส่งผลกระทบต่อสภาวะอารมณ์และความรู้สึกของผู้รับข่าวสารในบางระดับ จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้สึกได้รับผลกระทบทางอารมณ์ในระดับเล็กน้อย มีความรู้สึกกังวลเมื่อได้รับข่าวสารเกี่ยวกับเหตุการณ์ดังกล่าว มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิตเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย เพราะข่าวผู้ป่วยยาเสพติดอาละวาดหรือใช้ความรุนแรง และมีความคิดเห็นว่าข่าวเกี่ยวกับเหตุการณ์ดังกล่าวส่งผลต่อความปลอดภัยในชุมชนโดยส่งผลกระทบปานกลาง โดยการรายงานข่าวที่เน้นเหตุการณ์รุนแรงของผู้ป่วยยาเสพติดส่งผลให้ประชาชนรู้สึกไม่ปลอดภัยในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นบ่อยครั้ง¹⁷ และการรายงานข่าวเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยมีผลต่อการเพิ่มความกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยในชีวิตประจำวันของประชาชน⁸ แม้ข่าวสารที่เน้นการใช้ความรุนแรงของผู้ป่วยยาเสพติดช่วยกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ปัญหาอาชญากรรมในวงกว้าง แต่ในขณะเดียวกันยังเพิ่มความ

หวาดกลัวและความไม่มั่นใจในระบบการจัดการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง⁷

ความคิดเห็นต่อการปรับปรุงการนำเสนอข่าวผู้ป่วยยาเสพติดอาละวาดหรือใช้ความรุนแรง ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 42.4 เห็นด้วยกับการลดการเน้นภาพหรือเนื้อหาที่รุนแรง และร้อยละ 40.5 เห็นด้วยกับการเพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับการป้องกันและแนวทางในการแก้ไขปัญหา และร้อยละ 35.7 เห็นด้วยกับการลดการใช้ภาษาที่สร้างความตื่นตระหนก และร้อยละ 40.5 เห็นด้วยอย่างยิ่งกับการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนการนำเสนอ ซึ่งสะท้อนถึงความต้องการให้สื่อมวลชนมีบทบาทในเชิงสร้างสรรค์และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม มากกว่าการมุ่งเน้นเพียงการนำเสนอข่าวในเชิงอาชญากรรมหรือความรุนแรง และสอดคล้องกับแนวคิดจรรยาบรรณของสื่อมวลชนที่เน้นความเที่ยงตรง ความเป็นกลาง และความเคารพต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ที่อยู่ในข่าว²³

ความคิดเห็นต่อมาตรการภาครัฐในการป้องกันปัญหาการนำเสนอข่าวผู้ป่วยยาเสพติดอาละวาดหรือใช้ความรุนแรง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เห็นด้วยอย่างยิ่งกับการเพิ่มความเข้มงวดในการป้องกันปัญหา และการให้ความรู้ควบคู่กับการบำบัด ซึ่งเห็นถึงความคาดหวังต่อบทบาทของภาครัฐในการดูแลและควบคุมการเผยแพร่ข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดให้มีความรอบคอบ

มากขึ้น ในปัจจุบันการผลิตสื่อสามารถทำได้โดยบุคคลทั่วไปโดยไม่จำเป็นต้องผ่านการกลั่นกรองจากผู้ควบคุมเนื้อหา ส่งผลให้ข้อมูลข่าวสารสามารถเผยแพร่ได้อย่างรวดเร็วและกว้างขวาง อย่างไรก็ตาม การนำเสนอเนื้อหาดังกล่าวมักทำเพื่อความสะใจหรือเพื่อสร้างการมีส่วนร่วม เช่น การกดไลค์ การแชร์ หรือการแสดงความคิดเห็น โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบทางจิตใจที่อาจเกิดขึ้นกับผู้รับสาร การขาดกลไกการตรวจสอบและความรับผิดชอบนี้อาจนำไปสู่การแพร่กระจายข้อมูลที่ไม่ถูกต้องหรือก่อให้เกิดความเสียหายทางสังคมได้²² นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับการสนับสนุนด้านสวัสดิการและบริการสังคม และการปรับปรุงการบังคับใช้กฎหมาย สะท้อนให้เห็นว่าประชาชนมองปัญหาการนำเสนอข่าวผู้ป่วยยาเสพติดอาละวาดหรือใช้ความรุนแรงในภาพรวมของสังคมที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ไม่ใช่เพียงการควบคุมสื่อหรือการลงโทษผู้เสพเท่านั้น ซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับผู้ป่วยยาเสพติดที่ให้ข้อมูลเชิงสร้างสรรค์ เช่น โครงการบำบัดที่ประสบความสำเร็จ ช่วยสร้างความหวังของประชากรในสังคม⁸

ข้อเสนอแนะต่อการจัดการปัญหาผู้ป่วยยาเสพติดที่ก่อเหตุรุนแรง จากการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างเสนอแนวทางจัดการปัญหาในสามมิติหลัก ได้แก่ แนวทางเชิงกฎหมาย แนวทางการบำบัดและ

ฟื้นฟู และแนวทางการป้องกันและการแก้ไขที่ต้นตอของปัญหา ซึ่งแนวคิดเหล่านี้สอดคล้องกับแนวทางการแก้ไขปัญหายาเสพติดตามแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดที่เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยเฉพาะชุมชนและครอบครัวในการดูแลและติดตามผู้ผ่านการบำบัด²⁴ นอกจากนี้ การที่ผู้ให้ข้อมูลจำนวนหนึ่งเสนอให้รักษาบำบัดให้เป็นคนดีในสังคมและทัศนคติด้านบวกของประชาชนที่ไม่มองผู้ติดยาเพียงในมิติของอาชญากรรม แต่เห็นว่าคนเหล่านี้ยังสามารถกลับมามีคุณค่าได้ หากได้รับโอกาสและการสนับสนุน สอดคล้องกับแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพ ที่มุ่งเน้นการคืนผู้ป่วยสู่สังคมอย่างมีศักดิ์ศรีและลดการตีตรา อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติ นโยบายลักษณะนี้อาจเปิดช่องให้เกิดการเสพยาซ้ำได้หากขาดระบบคัดกรองและติดตามที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้น ภาครัฐควรกำหนดมาตรการคัดกรองผู้เสพยาเสพติดอย่างละเอียด เพื่อจำแนกระดับความรุนแรงและความต้องการการบำบัดของแต่ละบุคคล พร้อมทั้งจัดให้มีระบบเฝ้าระวังและติดตามผลหลังการบำบัดอย่างเหมาะสม เพื่อให้การฟื้นฟูเกิดผลอย่างยั่งยืนและลดโอกาสการกลับไปเสพยาซ้ำ²⁵

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรใช้สื่อ โดยเฉพาะสื่อออนไลน์ช่วยประชาสัมพันธ์

ให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของยาเสพติด ช่องทางการเข้ารับการรักษาบำบัด เพื่อป้องกันความรุนแรงที่อาจเกิดได้

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้สื่อมวลชนมีแนวทางการนำเสนอที่เหมาะสม ควรเพิ่มเนื้อหาข่าวเชิงสร้างสรรค์และให้ข้อมูลทางออกของปัญหา เพื่อให้ผู้รับสารได้รับความรู้ที่เป็นประโยชน์และเข้าใจแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติด ไม่สร้างความกลัวหรือซ้ำเติมปัญหาในสังคม

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.). รายงานสถานการณ์ยาเสพติดประจำปี 2565. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด; 2565.
2. กรมสุขภาพจิต. รายงานสถิติผู้ป่วยจิตเวชจากปัญหายาเสพติด. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
3. ชาญชัย วงษ์เสถียร. การศึกษาเปรียบเทียบผลกระทบของการเสพยาเสพติดในกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน. กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยสุขภาพสังคม; 2562.
4. วรารัตน์ เกษมสุข. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้ยาเสพติด: การศึกษาเชิงสำรวจ. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2564;39(2):95–110.

5. อนุกร เจริญสุข. **ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้อาเสพติดและพฤติกรรมก้าวร้าว: การศึกษาในชุมชนชนบท.** วารสารการวิจัยเพื่อสังคม. 2565;12(1):88–102.
6. กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน. **ผลกระทบของการใช้อาเสพติดต่อพฤติกรรมและสังคม.** กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งชาติ; 2564.
7. สมชาย แสงเพชร. **บทบาทของสื่อมวลชนในการนำเสนอข่าวสารยาเสพติดและผลกระทบต่อความเชื่อมั่นของประชาชน.** กรุงเทพฯ: สถาบันการศึกษาและวิจัยสื่อ; 2563.
8. มาริสา ชัยมงคล. **ผลกระทบของการรายงานข่าวยาเสพติดในสื่อสาธารณะต่อความปลอดภัยของประชาชน.** วารสารการวิจัยสังคมศาสตร์. 2566;25(3):45–60.
9. สมาคมจิตวิทยาแห่งประเทศไทย. **ผลกระทบของการเสพยาและความรุนแรงต่อความปลอดภัยในสังคม.** วารสารจิตวิทยา. 2563;27(2):45–60.
10. อัครพล แสงวงศ์. **การศึกษาผลกระทบของการเผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับยาเสพติดและอาชญากรรมต่อพฤติกรรมของประชาชน.** กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จิตวิทยา; 2562.
11. พิศาล พุ่มพวง. **การวิเคราะห์ผลกระทบของข่าวสารยาเสพติดที่เกี่ยวข้องกับ**
ความรุนแรง. วารสารสังคมวิทยา. 2563;22(4):101–115.
12. พนิดา มณีวงศ์. **ผลของการใช้กิจกรรมศิลปะบำบัดในการลดความก้าวร้าวของผู้ป่วยยาเสพติด.** วารสารสุขภาพจิตแห่งชาติ. 2564;28(2):112–125.
13. สุธีรา อินทนนท์. **การประยุกต์ใช้โมเดลการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อลดปัญหาความรุนแรงในผู้เสพยาเสพติด.** วารสารวิจัยเพื่อพัฒนาชุมชน. 2565;14(1):89–103.
14. อนุกร วัฒนาชัย. **การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยยาเสพติดที่กำลังฟื้นฟู.** วารสารการวิจัยสุขภาพและสังคม. 2563;12(3):45–58.
15. สถาบันวิจัยปัญหาเสพติด. **การประเมินผลนโยบายการป้องกันความรุนแรงในกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดในสถานพยาบาลของรัฐ.** วารสารการวิจัยเพื่อการพัฒนา นโยบายสาธารณสุข. 2564;14(2)
16. ธวัชชัย รัตนวิทย์. **ผลกระทบของการใช้สารเสพติดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช.** วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2563;28(1):67–81.
17. พรทิพย์ สุขสันต์. **ผลกระทบของข่าวผู้ป่วยยาเสพติดต่อความกลัวในชุมชน.** วารสารวิจัยสังคม. 2563;14(2):33–48.

18. อรุณ จิรวัดมนกุล. **ชีวิตสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ**. ขอนแก่น: ภาควิชาชีวิตสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
19. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. **การสำรวจความคิดเห็นของประชาชนในการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการภายใต้นโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยการป้องกัน ปรามปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566**. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม; 2566.
20. สังคม ศุภรัตน์กุล. **ความสัมพันธ์ของการรับรู้ ทัศนคติกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติดในพื้นที่การค้าและการระบาค จังหวัดอุดรธานี**. วารสารวิชาการเสพติด. 2560;5(1)
21. วรุดม อ่อนน้อม. **ปรากฏการณ์ทางการสื่อสารยุคดิจิทัล**. วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย. 2555;18(2)
22. ภณชิตา ธนบุญนิพัทธ์. **สื่อกับความรุนแรง [อินเทอร์เน็ต]**. สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม; 2564 [อ้างถึง 10 ก.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก : <https://researchcafe.tsri.or.th/media-violence/>
23. ปณัฏฐา ลีลายุทธ, บุญเลิศ ไธสง. **จริยธรรมและจรรยาบรรณสื่อมวลชนยุคสื่อดิจิทัล**. วารสารบัณฑิตศึกษาปริทรรศน์. 2560;13(2)
24. สำนักคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. **แผนปฏิบัติการภายใต้นโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยการป้องกัน ปรามปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด**. กรุงเทพฯ: สำนักคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด; 2566.
25. แสงอากาศ ปรางอนงค์. **การนำนโยบายลดทอนความเป็นอาชญากรรมในผู้เสพยาเสพติดไปปฏิบัติ: ศึกษากรณีประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 108/2557 [วิทยานิพนธ์อินเทอร์เน็ต]**. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2021 [อ้างถึง 10 ก.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก : <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/8071>

การพัฒนาระบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด ตามรูปแบบจิตสังคมบำบัดประยุกต์ในเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอบึงสามพัน จังหวัดเพชรบูรณ์

สุรศักดิ์ จันทร์เกิด¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม วัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา พัฒนาระบบบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ และประเมินประสิทธิผล กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจงและสมัครใจ ได้แก่ บุคลากร 23 คนในระยะวางแผนและสะท้อนผล และผู้เข้ารับการบำบัด จำนวน 88 คน ในระยะปฏิบัติการและสังเกตผล รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม สทนากลุ่ม และแบบบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ Paired t-test สำหรับประสิทธิภาพบุคลากร และ Chi-Square Test การพัฒนาแบ่งเป็น 3 ระยะ 1) ศึกษาสถานการณ์ 2) การปฏิบัติ (PAOR) การวางแผนพัฒนาระบบบำบัดโดยชุมชนมีส่วนร่วมและปฏิบัติการ 3) ประเมินผล ผลการวิจัยพบว่า 1) การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนดำเนินการโดยแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายอบรมให้ความรู้แก่ผู้เกี่ยวข้อง คัดกรอง บำบัดฟื้นฟู ติดตาม ประเมินผล และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สะท้อนผลการบำบัดแก่ชุมชนและเครือข่าย 2) อัตราการหยุดเสพยาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 27.68 เป็นร้อยละ 34.29 อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) อัตราคงอยู่ในระบบบำบัดและติดตามเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) 3) บุคลากรผู้ให้การบำบัดมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) และผู้เข้ารับการบำบัดพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{X}=4.33$, S.D.=0.48) ข้อเสนอแนะควรติดตามเชิงรุกเพื่อเพิ่มอัตราการคงอยู่ในระบบ ประสานการฝึกอาชีพป้องกันการกลับไปเสพยา และศึกษาเชิงลึกผู้ที่บำบัดไม่ครบโปรแกรม

คำสำคัญ: จิตสังคมบำบัดประยุกต์, อัตราคงอยู่ในระบบ, อัตราการหยุดเสพยา, ชุมชนมีส่วนร่วม, ความพึงพอใจ

¹นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลบึงสามพัน จังหวัดเพชรบูรณ์

Corresponding Author; Surasak Chanket1, Email: Surasakch@hotmail.com

Received: November 11, 2025; Revised December 17, 2025; Accepted December 19, 2025

The development of an addiction rehabilitation system adopting the modified Matrix program for drug addiction treatment in the Bueng Sam Phan healthcare network system, Phetchabun province

Surasak Chanket¹

ABSTRACT

This participatory action research aimed to analyze the problem situation, develop a substance use treatment and rehabilitation system appropriate to the local context, and evaluate its effectiveness. The sample was purposively and voluntarily selected, consisting of 23 personnel in the planning and reflection phases, and 88 individuals receiving treatment in the action and observation phases. Data were collected using questionnaires, focus group discussions, and record forms. Qualitative data were analyzed using content analysis, while quantitative data were analyzed using percentages, means, standard deviations, and inferential statistics, including paired t-tests for personnel performance and chi-square tests. The development process comprised three phases: (1) situation analysis; (2) action (PAOR), involving participatory planning and implementation of a community-based treatment system; and (3) evaluation. The results showed that: (1) the community-participatory treatment model was implemented through committee appointment, capacity building of networks, training for relevant stakeholders, screening, treatment and rehabilitation, follow-up and evaluation, and knowledge-sharing forums to reflect treatment outcomes to the community and networks; (2) the abstinence rate increased significantly from 27.68% to 34.29% ($p < 0.05$), and retention in treatment and follow-up increased significantly ($p < 0.05$); and (3) the effectiveness of treatment personnel increased significantly ($p < 0.05$), and clients reported high satisfaction ($\bar{X} = 4.33$, S.D. = 0.48). Recommendations include proactive follow-up to improve retention, coordination of vocational training to prevent relapse, and in-depth study of individuals who did not complete the treatment program.

Keywords: modified Matrix program, retention rate, abstinence rate, community participation, satisfaction

¹Medical Physician Senior Professional Level, Bueng Sam Phan Hospital Phetchabun province.

บทนำ (Introduction)

การใช้สารเสพติดเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และความมั่นคงของหลาย ประเทศ จากรายงานสถานการณ์ยาเสพติดโลก พ.ศ. 2567 โดยสำนักงานยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติรายงานว่า ปัญหายาเสพติดทั่วโลกยังคงทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งด้านจำนวนผู้เข้ายา ความซับซ้อนของสารเสพติด และผลกระทบต่อสุขภาพและสังคม ในปี พ.ศ. 2565 พบว่ามีผู้ใช้สารเสพติดทั่วโลกประมาณ 292 ล้านคน หรือร้อยละ 5.6 ของประชากรอายุ 15–64 ปี ที่เคยใช้ยาเสพติดอย่างน้อยหนึ่งชนิดภายในรอบปีที่ผ่านมา นอกจากนี้ยังมีประมาณ 64 ล้านคน ที่มีปัญหาสุขภาพจากการใช้สารเสพติด¹ ทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต หรือความบกพร่องในการดำเนินชีวิต

ข้อมูลจากระบบบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ (บสต.) พ.ศ. 2567² ประเทศไทยมีผู้เข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูยาเสพติดทั่วประเทศ จำนวน 215,989 ราย โดยเป็นเพศชาย 194,342 ราย และเพศหญิง 21,647 ราย แบ่งเป็นผู้รับบริการรายใหม่ 148,647 ราย และผู้บำบัดซ้ำ 126,165 ราย พบผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติด จำนวน 22,502 ราย จากข้อมูลปี 2567 จังหวัดเพชรบูรณ์มีผู้เข้ารับการบำบัด

จำนวน 3,765 ราย บำบัดซ้ำ 2,496 ราย พบผู้มีปัญหาทางจิตจากการใช้สารเสพติด 264 ราย ในปี 2566–2567 โรงพยาบาลบึงสามพัน จังหวัดเพชรบูรณ์ มีผู้เข้ารับการบำบัดจำนวน 144 และ 194 คน ตามลำดับ พบผู้ป่วยกลับไปใช้ยาเสพติดที่ต้องบำบัดซ้ำร้อยละ 36.3 และ 60.32 ตามลำดับ พบผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตและพฤติกรรมรุนแรงจากการใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้นจาก 2 รายเป็น 16 รายในปี 2567

ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 กำหนดให้ผู้ใช้และผู้เสพสารเสพติดเป็น “ผู้ป่วย”³ และส่งเสริมการบำบัดแบบสมัครใจโดยมีระบบสาธารณสุขเป็นกลไกหลัก แต่สถานการณ์ยาเสพติดในพื้นที่อำเภอบึงสามพันยังคงรุนแรง และพบปัญหาสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้น จำเป็นต้องพัฒนาระบบบำบัดที่มีประสิทธิภาพ องค์การอนามัยโลกเสนอแนะให้ใช้การบำบัดแบบองค์รวมและจิตสังคมบำบัดเป็นแนวทางหลักในการดูแลผู้ใช้สารเสพติด⁴⁻⁵ แต่การนำรูปแบบจิตสังคมบำบัดมาใช้ในบริบทพื้นที่อำเภอบึงสามพันยังพบข้อจำกัด ได้แก่ ยังไม่มีระบบการบำบัดตามรูปแบบจิตสังคมบำบัดที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ การขาดการติดตามหลังการบำบัดอย่างต่อเนื่อง ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน ข้อจำกัดด้านทรัพยากร และประสิทธิภาพบุคลากรในการคัดกรอง การดูแลผู้เสพสารเสพติดและในกระบวนการติดตาม ขาดความรู้โดยเฉพาะในกลุ่มที่มี

อาการทางจิตและพฤติกรรมรุนแรง รวมถึงขาดการประสานงานภายในเครือข่ายที่เข้มแข็ง จากปัจจัยเหล่านี้ทำให้เกิดการขาดนัด ขาดการติดตาม ขาดความร่วมมือ ส่งผลให้การกลับไปเสพซ้ำสูง มีอาการทางจิตและพฤติกรรมรุนแรงเพิ่มขึ้น เพิ่มปัญหาในชุมชนและชุมชนเองยังขาดองค์ความรู้และทักษะในการจัดการปัญหาอย่างเป็นระบบ⁵ กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายส่งเสริมการบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นฐานมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 ซึ่งช่วยเพิ่มทางเลือกการรักษา การดูแลต่อเนื่อง และลดการนอนโรงพยาบาล⁴ แนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการบำบัดแบบใช้ชุมชนเป็นฐาน ซึ่งเน้นบทบาทของชุมชนในการสนับสนุนกระบวนการบำบัด การดูแลต่อเนื่อง และการลดการกลับมาบำบัดซ้ำอย่างมีประสิทธิภาพ⁶ ผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญในการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด จึงได้พัฒนาระบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่อำเภอบึงสามพัน สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน พัฒนาทักษะบุคลากร และ

สนับสนุนเครือข่ายและสร้างกลไกการติดตามดูแลต่อเนื่องเพื่อลดการกลับไปเสพซ้ำในระยะยาว

วัตถุประสงค์ (Objective)

1. เพื่อพัฒนาระบบบำบัดและฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด ในอำเภอบึงสามพัน จังหวัดเพชรบูรณ์
2. เพื่อประเมินอัตราการหยุดเสพ อัตราเข้ารับการบำบัดซ้ำ อัตราคงอยู่ในการบำบัด และอัตราคงอยู่ในระบบติดตาม
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของบุคลากรผู้ให้การบำบัด และความพึงพอใจของผู้เข้ารับการบำบัด

กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม⁷ ได้ใช้กระบวนการพัฒนาตามกรอบแนวคิดของ Kurt Lewin⁷ ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนผล (Reflect) หรือ PAOR/ Cycle กำหนดกรอบแนวคิด ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม 3 ระยะ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ระยะที่ 2 การปฏิบัติ (PAOR) พัฒนาระบบและคู่มือ เสริมศักยภาพทีมและตั้งคณะทำงาน เพื่อขับเคลื่อนการบำบัดโดยชุมชนผ่านศูนย์ CBTX ระยะที่ 3 ประเมินผล

สถานที่ในการวิจัย โรงพยาบาลบึงสามพัน จังหวัดเพชรบูรณ์ ระหว่างเดือนเดือนตุลาคม 2567 ถึงเดือนกันยายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรผู้ให้การบำบัดยาเสพติดโรงพยาบาลบึงสามพันและผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดในเครือข่าย และผู้เข้ารับการบำบัดในคลินิกวันใหม่หัวใจสีขาว โรงพยาบาลบึงสามพัน ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2567 ถึง กันยายน พ.ศ.2568

กลุ่มตัวอย่างคือ 1) บุคลากรผู้ให้การบำบัดยาเสพติด โรงพยาบาลบึงสามพัน และผู้รับผิดชอบด้านยาเสพติดในเครือข่าย 2) ผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติด ในคลินิกวันใหม่หัวใจสีขาว โรงพยาบาลบึงสามพัน

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้การคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามหลักการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกระบวนการพัฒนา จึงไม่ใช้สูตรคำนวณ

เชิงสถิติ แต่ใช้ผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดเป็นกลุ่มตัวอย่าง^{7,8} ประกอบด้วย

- 1) บุคลากรผู้ให้การบำบัดยาเสพติดและผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดในเครือข่ายบริการ จำนวน 23 คน คัดเลือกแบบเจาะจง
- 2) เข้ารับการบำบัดในคลินิกวันใหม่หัวใจสีขาว จำนวน 88 คน เก็บข้อมูลแบบครอบคลุมทั้งหมด (Census) ตามหลักการ PAR ที่เน้นใช้ข้อมูลจากผู้เข้าร่วมจริงเพื่อให้ผลการพัฒนาถูกต้อง ครบถ้วน และเที่ยงตรง⁷

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

ผู้เข้ารับการบำบัดแบบสมัครใจตาม พ.ร.บ. ให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 มาตรา 113 และ 114 ได้รับการวินิจฉัยว่าติดยาเสพติดด้วยแบบคัดกรอง V.2 (คะแนนรวม > 26) อายุ 12 ปีขึ้นไป ไม่มีประวัติป่วยทางสมองหรือโรคจิตเวชรุนแรง (SMI) สมัครใจและยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria): 1) ผู้ที่ถูกจับกุมดำเนินคดี 2) ผู้ที่ไม่สามารถติดตามได้ 3) มีปัญหาหรืออาการเจ็บป่วยทางร่างกาย/จิตใจรุนแรงระหว่างการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. เครื่องมือระยะศึกษาสถานการณ์ ได้แก่ แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม และแบบบันทึกการสัมภาษณ์เชิงลึก ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content

Validity Index) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน
ได้ค่า CVI = 0.75

2. เครื่องมือระยะปฏิบัติการ แบบเก็บข้อมูลทั่วไปผู้เข้ารับการบำบัด แบบคัดกรอง V.2 ของกระทรวงสาธารณสุข แบบบันทึกผลตรวจปัสสาวะ และระบบรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด (บสต.)

3. เครื่องมือระยะประเมินผล ได้แก่

- 3.1 แบบประเมินความคิดเห็นและความพึงพอใจ 9 ข้อ ใช้มาตราส่วน Likert 5 ระดับ ช่วงแปลผล 1.00–5.00 ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า CVI = 0.74 และตรวจสอบความเชื่อมั่นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงจำนวน 30 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.85

- 3.2 แบบประเมินประสิทธิภาพบุคลากร 15 ข้อ ครอบคลุมความรู้ ทักษะ การประสานงาน และการติดตาม ใช้ Likert 5 ระดับ ช่วงแปลผล 1.00–5.00 ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า CVI = 0.76

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาอุปสรรค โดยการสนทนากลุ่ม การประชุมย่อย และสัมภาษณ์เชิงลึก

ระยะที่ 2 ปฏิบัติการและสังเกตผล (Action and Observation) พัฒนาระบบร่วมกับทีมบุคลากรผู้ให้การบำบัด เพื่อพัฒนาการบำบัดด้วยโปรแกรมจิตสังคมบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พัฒนาคู่มือและแนวทางการบำบัด แนวทางติดตามและพัฒนาศักยภาพทีมบำบัด แต่งตั้งคณะทำงาน สร้างกลไกการติดตามการดูแลในชุมชน จัดตั้งศูนย์ CBT_x ทุกตำบลบำบัดผู้ติดยาเสพติด 16 สัปดาห์ ด้วยโปรแกรมจิตสังคมบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และติดตามหลังบำบัด 3 ระยะ ได้แก่ ระยะสั้น 1–3 เดือน เพื่อประเมินการปรับตัว อาการอยากยา สุขภาพจิต และทักษะป้องกันการกลับไปใช้ซ้ำ ระยะกลาง 3–6 เดือน เพื่อประเมินความต่อเนื่องของการหยุดใช้สารตรวจปัสสาวะ ประเมินการเข้าถึงสังคม ระยะยาว 6–12 เดือน ประเมินภาวะฟื้นตัว พฤติกรรมปลอดภัย ความสามารถในการใช้ชีวิตการทำงาน สังเกตการบำบัดครบโปรแกรม การคงอยู่ในการบำบัด/การคงอยู่ในระบบติดตาม การหยุดเสพ การบำบัดซ้ำ สะท้อนผลและปรับปรุง (Reflection) จัดเวทีสะท้อนผลร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย เพื่อทบทวนปัญหา อุปสรรค

ระยะที่ 3 ประเมินผล และปัจจัยความสำเร็จที่มีผลต่อประสิทธิภาพระบบ

แบบประเมินประสิทธิภาพบุคลากรและความพึงพอใจของผู้เข้ารับการบำบัด เพื่อนำไปปรับปรุงระบบในระยะต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

- 1) ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา
- 2) ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 3) สถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติ Paired t-test เปรียบเทียบประสิทธิภาพของบุคลากรก่อนและหลังพัฒนา สถิติ Chi-Square Test เปรียบเทียบผลลัพธ์การบำบัดก่อนและหลังพัฒนา เช่น อัตราการคงอยู่ในระบบและการกลับไปเสพซ้ำ ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ กำหนดนัยสำคัญที่ 0.05

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย
การวิจัยนี้ปฏิบัติตามเกณฑ์การปฏิบัติที่ดี (Good Clinical Practice; GCP) การเข้าร่วมเป็นไปตามความสมัครใจ สิทธิความปลอดภัย ได้รับความคุ้มครองตามหลักการแห่งคำประกาศเฮลซิงกิ โดยได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ เลขที่รับรอง 073/2568 วันที่รับรอง 24 เมษายน 2568

ผลการวิจัย (Result)

ระยะที่ 1 สถานการณ์

สถานการณ์ปัญหาเสพติดในอำเภอบึงสามพัน จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 144 ราย ในปี 2566 เป็น 197 ราย ในปี 2567 เพิ่มขึ้นร้อยละ 36.8 ความต้องการเข้ารับการบำบัดเพิ่มขึ้นจากนโยบายกำหนดให้ผู้ใช้และผู้เสพสารเสพติดเป็นผู้ป่วย แต่ด้วยข้อจำกัดด้านบุคลากรและทรัพยากร ส่งผลให้ความสามารถในการดำเนินงานเชิงรุกลดลง โดยเฉพาะการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ในชุมชน ซึ่งลดลงจาก 140 รายในปี 2566 เหลือเพียง 67 รายในปี 2567 การเข้าถึงบริการบำบัดรักษายังไม่ครอบคลุม อัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดประมาณร้อยละ 61-76 ทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่สามารถอยู่ในกระบวนการรักษาอย่างต่อเนื่อง และเกิดปัญหาการกลับไปเสพซ้ำ นอกจากนี้ยังพบแนวโน้มผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตและพฤติกรรมรุนแรง (SMI-V) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จาก 2 รายในปี 2566 เป็น 16 รายในปี 2567 ส่งผลให้เกิดภาวะในการดูแลรักษา การจัดการรายกรณี และเกิดความเสี่ยงด้านความปลอดภัย ทั้งต่อบุคลากรผู้ป่วย และชุมชน จากสภาพปัญหาแสดงให้เห็นถึงระบบการบำบัดและฟื้นฟูผู้เสพสารเสพติดในพื้นที่ยังขาดความต่อเนื่องขาดการสนับสนุนทางสังคม ดังนั้น พัฒนาระบบบำบัดและฟื้นฟูแบบบูรณาการ โดยมุ่งเน้น

การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก การจัดการรายกรณี และเพิ่มการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบำบัด ลดการกลับไปเสพซ้ำ และเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบการบำบัดตามบริบทพื้นที่

ระยะที่ 2 ปฏิบัติการ ผลการพัฒนาระบบการบำบัดผู้เสพและติดสารเสพติดในเครือข่ายอำเภอบึงสามพันจากการสนทนากลุ่มและการระดมความคิดเห็นจากผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม จำนวน 23 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.57) อายุระหว่าง 36–45 ปี (ร้อยละ 56.52) ระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 95.65) ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน และ แพทย์แผนไทย ได้พัฒนาระบบการบำบัดผู้ติดสารเสพติดแบบบูรณาการ ดังนี้

1. พัฒนาระบบการบำบัดแบบจิตสังคมบำบัดร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้เกิดการรักษาที่ต่อเนื่อง ครอบคลุม และสอดคล้องกับบริบทท้องถิ่นอำเภอ บึงสามพัน และทรัพยากรในพื้นที่ มุ่งเน้นการทำงานร่วมกันของภาคส่วนสำคัญ ได้แก่ สาธารณสุข หน่วยงานปกครอง ตำรวจ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้เกิดกระบวนการคัดกรอง บำบัด พิ้นฟู และติดตามต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ และปรับปรุง

ให้เหมาะสมกับบุคลากร วัฒนธรรม และสภาพชุมชน

2. กำหนดเป็นประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จัดทำแผนงานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และบูรณาการเข้ากับกิจกรรมหรือแผนชุมชน

3. แต่งตั้งคณะกรรมการบำบัดฯ จัดตั้งกลุ่ม Big 4 (ฝ่ายปกครอง ตำรวจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสาธารณสุข) ใช้กลไก พชอ. และระบบบัญชาการเหตุการณ์ (EOC) ด้านยาเสพติด ในการกำกับติดตาม กำหนดแนวทางการดำเนินงานเป็นรูปแบบเดียวกัน และจัด Focus Group รายสัปดาห์เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้

4. การพัฒนานุคลากร อบรมการใช้แบบคัดกรอง V.2 กำหนดหลักสูตรเฉพาะทาง ในการส่งเข้าอบรมได้แก่ CBT, MET, MI และ Modified Matrix Program

5. การสร้างเครือข่าย อบรมให้ความรู้แก่ผู้บำบัด ครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล จัดทำแนวทางการเยี่ยมติดตามในชุมชน

6. พัฒนาคคลินิกวันใหม่หัวใจสีขาว ใช้โปรแกรมจิตสังคมบำบัดประยุกต์สำหรับผู้ป่วยนอก 16 สัปดาห์ มีการติดตามผล 3 ระยะ คือ ระยะสั้น (1-3 เดือน) ประเมินการปรับตัว สุขภาพจิต และภาวะอยากยา ระยะกลาง (3-6 เดือน) ประเมินความต่อเนื่องใน

โปรแกรมและการตรวจปัสสาวะ และระยะยาว (6-12 เดือน) ประเมินความยั่งยืนและการกลับสู่สังคม

7. จัดทำคู่มือแนวทางการบำบัดคู่มือปฐมนิเทศ ระบบ Line Consult สำหรับส่งต่อข้อมูล และแบบบันทึกข้อมูลผู้รับบำบัดเพื่อติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

9. จัดตั้งศูนย์ CBT_x ครอบคลุม 10 ตำบลเป็นหน่วยปฏิบัติการฟื้นฟูและติดตามในพื้นที่ จัดทำโครงการของชุมชน เช่น การฝึกอาชีพ อุปสมบทหมู่ ช่วยลดลดการตรึงตราและส่งเสริมการกลับสู่สังคม

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้ารับการบำบัด (n = 88)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ			
ชาย		72	81.8
หญิง		16	18.2
อายุ			
12-18		11	12.50
19-23		32	36.36
24-29		28	31.82
30-39		12	13.64
40-49		4	4.55
50-59		1	1.14
60 ปีขึ้นไป		11	12.50
ระดับการศึกษา			
ไม่ได้ศึกษา		2	2.3
ประถมศึกษา		28	31.8
มัธยมศึกษาตอนต้น		42	47.7
มัธยมศึกษาตอนปลาย		14	15.9

ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์การบำบัดและฟื้นฟูผู้เสพสารเสพติด

กลุ่มตัวอย่างผู้เข้ารับการบำบัดจำนวน 88 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 81.8) อายุระหว่าง 24-29 ปี (ร้อยละ 31.82) อายุเฉลี่ย 33.97 ปี (S.D.=10.99) อายุต่ำสุด 13 ปี สูงสุดอายุ 60 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 47.7 ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 38.6 รองลงมาเกษตรกรรมร้อยละ 31.8 สารเสพติดที่ใช้ส่วนใหญ่คือเมทแอมเฟตามีน ร้อยละ 98.9 ดังตารางแสดงที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้ารับการรักษา (n = 88) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อนุสัญญา/ประกาศนียบัตร	2	2.3
เทียบเท่าหรือปริญญาตรีขึ้นไป	0	0.0
อาชีพ		
รับจ้าง	34	38.6
การเกษตร	28	31.8
ว่างงาน	17	19.3
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว/อาชีพอิสระ	7	8.0
พนักงาน/ลูกจ้างประจำ (เอกชน/บริษัท/โรงงาน)	2	2.3
ยาเสพติดหลัก		
กัญชา	1	1.1
ยาบ้า	87	98.9
พฤติกรรมการใช้		
ยา		
ผู้ใช้	1	1.1
ผู้เสพ	78	88.6
ผู้ติด	9	10.2

การประเมินผลลัพธ์การบำบัด

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบ ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบ ผลลัพธ์การบำบัดระหว่างก่อนและหลังการ พัฒนาพบว่า อัตราคงอยู่ในระบบบำบัดและ ระบบติดตาม ในปี พ.ศ. 2568 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 100.00 ซึ่งสูงกว่าปี พ.ศ. 2567 อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) อัตราการ

หยุดเสพต่อเนื่อง 1 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 27.68 เป็น ร้อยละ 34.29 อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p=0.024$) อัตราการบำบัดครบ โปรแกรมพบว่าการลดลงเล็กน้อยจากร้อย ละ 98.48 เป็นร้อยละ 90.43 ดังตารางแสดง ที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบตัวชี้วัดผลลัพธ์ของระบบบำบัดก่อนและหลังการพัฒนา (n = 88)

ตัวชี้วัด	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	χ^2	p-value
	ปี 2567 (%)	ปี 2568 (%)		
อัตราการบำบัดครบโปรแกรม	98.48	90.43	3.82	0.050
อัตราเข้ารับการบำบัดซ้ำ	49.25	52.27	0.044	0.833
อัตราการหยุดเสฟ 1 ปี	27.68	34.29	7.45	0.024
อัตราคงอยู่ในการบำบัด	95.54	100.00	9.88	0.007
อัตราคงอยู่ในระบบติดตาม	95.61	100.00	11.12	0.004

ผลการพัฒนาประสิทธิภาพของบุคลากรผู้ให้การบำบัด บุคลากรผู้ให้การบำบัดจำนวน 23 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.57) อายุเฉลี่ย 38.87 ปี (S.D.=6.95) อายุต่ำสุด 24 ปี สูงสุด 47 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 95.65) ผ่านการอบรมการบำบัดดูแลผู้เสพสารเสพติดอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) ร้อยละ 86.96 เคยอบรมการใช้โปรแกรมจิตสังคมบำบัดประยุกต์ ร้อยละ 43.48 และเคยใช้

โปรแกรมจิตสังคมบำบัดประยุกต์เพียง ร้อยละ 30.43 หลังการพัฒนาพบว่าคะแนนความรู้ความเข้าใจ ทักษะการบำบัด การประสานงาน และการติดตามประเมินผลของบุคลากรเพิ่มขึ้นในทุก ๆ ด้าน คะแนนเฉลี่ยโดยรวมเพิ่มจาก $\bar{X}=2.84$ (S.D.=0.40) เป็น $\bar{X}=3.57$ (S.D.=0.52) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางแสดงที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนด้านศักยภาพของบุคลากรก่อนและหลังการพัฒนา (n = 23)

ด้านประเมิน	ก่อนพัฒนา ($\bar{X} \pm SD$)	หลังพัฒนา ($\bar{X} \pm SD$)	Mean diff.	95%CI	P-value
1. ความรู้ความเข้าใจ	2.91 $\pm$ 0.29	3.65 $\pm$ 0.49	0.74	0.47-1.01	< 0.001
2. ทักษะการบำบัด	2.83 $\pm$ 0.39	3.52 $\pm$ 0.59	0.70	0.43-0.97	< 0.001
3. การประสานงาน	2.75 $\pm$ 0.15	3.48 $\pm$ 0.51	0.74	0.47-1.01	< 0.001
4. การติดตาม	2.87 $\pm$ 0.46	3.65 $\pm$ 0.49	0.78	0.51-1.05	< 0.001
ประเมินผล					
โดยรวม	2.84 $\pm$ 0.40	3.57 $\pm$ 0.52	0.73	0.61-0.85	< 0.001

*p < 0.05

3. ความคิดเห็นและความพึงพอใจของผู้เข้ารับการบำบัด ผู้เข้ารับการบำบัดมีความคิดเห็นต่อระบบการบำบัดโดยรวมในระดับมาก ($\bar{X}=4.33$, S.D.=0.48) โดยคะแนนอยู่ในระดับมากในทุกด้าน ทั้งการเข้าถึงบริการ ความไว้วางใจทีมบำบัด และความสามารถของโปรแกรมในการช่วยหยุด

การเสพติด ความพึงพอใจต่อระบบการบำบัดโดยอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.52$, SD=0.45) โดยเฉพาะความพึงพอใจต่อการบริการ สภาพแวดล้อม และประโยชน์ของระบบต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังตารางแสดงที่ 4

ตารางที่ 4 ความคิดเห็นและความพึงพอใจและของผู้เข้ารับการบำบัด (n = 88)

รายการประเมิน	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
ความคิดเห็นต่อระบบการบำบัดและฟื้นฟู			ระดับ
1) การเข้าถึงบริการสะดวก	4.48	0.61	มาก
2) ระบบบำบัดตอบสนองต่อความต้องการ	4.04	1.03	มาก
3) โปรแกรมบำบัดส่งเสริมการเข้าใจตนเอง	4.26	0.65	มาก
4) ความไว้วางใจทีมผู้ให้การบำบัด	4.48	0.51	มาก
5) โปรแกรมบำบัดสามารถช่วยให้หยุดเสพติด	4.39	0.50	มาก
ความคิดเห็นโดยรวม	4.33	0.48	มาก
ความพึงพอใจต่อระบบการบำบัด			
1) ความพึงพอใจต่อการให้บริการในระบบบำบัด	4.57	0.51	มากที่สุด
2) ความพึงพอใจต่อการสนับสนุนจากบุคลากรผู้ให้การบำบัด	4.39	0.51	มาก
3) ความพึงพอใจต่อสภาพแวดล้อมในสถานที่บำบัด	4.52	0.61	มากที่สุด
4) ระบบบำบัดนี้เป็นประโยชน์ต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ	4.61	0.51	มากที่สุด
ความพึงพอใจโดยรวม	4.52	0.45	มากที่สุด

4. ปัจจัยความสำเร็จ

ปัจจัยความสำเร็จของการพัฒนาระบบการบำบัดและฟื้นฟูผู้เสพติดตามรูปแบบจิตสังคมบำบัดประยุกต์ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอป่าสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ เกิดจากการพัฒนาเชิง

ระบบและเพิ่มการมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งทุกระยะ เริ่มจากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาอย่างรอบด้าน ทำให้เข้าใจปัญหาของพื้นที่อย่างชัดเจน การปฏิบัติการร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย ส่งผลให้เกิดการพัฒนาแนวทางบำบัด ระบบติดตาม การ

เสริมสร้างศักยภาพบุคลากร การจัดตั้งศูนย์ CBTX ครอบคลุมตำบล การบำบัดด้วยโปรแกรมจิตสังคมบำบัด 16 สัปดาห์ และระบบติดตามหลังบำบัด 3 ระยะ ช่วยเพิ่มความต่อเนื่องและการคงอยู่ในระบบอย่างมีนัยสำคัญ การประเมินผลจากข้อมูลเชิงประจักษ์ ทำให้เกิดการเรียนรู้และปรับปรุงต่อเนื่อง ส่งผลให้ระบบมีประสิทธิภาพ มีผลลัพธ์การบำบัดที่ดีขึ้น บุคลากรมีศักยภาพสูงขึ้น และผู้เข้ารับการบำบัดและชุมชนเกิดความเชื่อมั่นและไว้วางใจต่อระบบการบำบัด

อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย

(Discussion and Conclusion)

การพัฒนาระบบบำบัดด้วยโปรแกรมจิตสังคมบำบัดโดยชุมชนมีส่วนร่วม การพัฒนาระบบบำบัดยาเสพติดในอำเภอบึงสามพันโดยใช้โปรแกรมจิตสังคมบำบัดร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งผลให้ประสิทธิผลของระบบบำบัดเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอัตราการคงอยู่ในระบบและการติดตามที่เพิ่มเป็นร้อยละ 100 จากการขับเคลื่อนผ่านแผนบำบัดร่วมกับชุมชนและกลไก “Big 4” (ฝ่ายปกครอง ตำรวจ อปท. และสาธารณสุข) การจัดตั้งศูนย์ CBTx ครอบคลุมตำบล ความสำเร็จนี้สอดคล้องกับแนวคิด Health System Strengthening และ Continuum of Care ขององค์การอนามัยโลกที่เน้นระบบบริการที่เชื่อมต่ออย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มการคงอยู่ในระบบการบำบัด⁹ รวมถึงแนวทาง Community-Based Treatment ของ UNODC

ซึ่งชี้ว่าบทบาทของชุมชนในการสนับสนุนและลดการตีตราเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มเสถียรภาพของอัตราการหยุดเสพ¹⁰

ผลลัพธ์ด้านอัตราการหยุดเสพ

และการคงอยู่ในระบบ อัตราการหยุดเสพต่อเนื่อง 1 ปีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 27.68 เป็นร้อยละ 34.29 อย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับอัตราการคงอยู่ในระบบที่เพิ่มเป็นร้อยละ 100 ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับ Transtheoretical Model ของ Prochaska และ DiClemente ซึ่งระบุว่า การเสริมแรงจิตใจภายในช่วยผลักดันให้ผู้รับการบำบัดเข้าสู่ระยะลงมือปฏิบัติและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมใหม่ได้ดีขึ้น¹¹ แม้ว่าอัตราการครบโปรแกรมลดลงเล็กน้อยหลังการพัฒนา แต่เป็นปรากฏการณ์ที่สัมพันธ์กับแนวคิด Treatment Fidelity ซึ่งเมื่อการคัดกรองและการติดตามเข้มงวดขึ้นมักพบอัตราหลุดออกจากระบบในระยะแรกสูงขึ้น¹² อย่างไรก็ตาม อัตราการคงอยู่และการหยุดเสพในภาพรวมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แสดงถึงความเข้มแข็งและประสิทธิผลของระบบบำบัดใหม่ที่พัฒนาขึ้น

การพัฒนาศักยภาพบุคลากร

และผลต่อการให้บริการ บุคลากรมีประสิทธิภาพการทำงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับ Self-Efficacy Theory ของ Bandura ที่ชี้ว่า ประสบการณ์ตรงจากการฝึกเป็นแหล่งสำคัญของความเชื่อมั่นในตนเองและส่งผลต่อคุณภาพการปฏิบัติงาน¹³ ผลลัพธ์นี้ยัง

สอดคล้องกับแนวคิด Workforce Development ของ SAMHSA ที่ย้ำว่าการพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการเป็นหัวใจสำคัญของคุณภาพระบบบำบัด¹⁴ การเพิ่มขึ้นของประสิทธิภาพด้านการประสานงานสะท้อนถึงความสำเร็จของการทำงานแบบสหวิชาชีพซึ่งทำให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องและครอบคลุมมากขึ้น

ความพึงพอใจและทัศนคติของผู้เข้ารับการบำบัด ผู้เข้ารับบริการมีความคิดเห็นต่อระบบในระดับมาก ($\bar{x}=4.33$, S.D.=0.48) และมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ($\bar{x}=4.52$, S.D.=0.45) โดยเฉพาะด้านคุณภาพบริการและความไว้วางใจในทีมบำบัด ซึ่งสอดคล้องกับ SERVQUAL Model ที่ระบุว่าความเชื่อมั่นและความเอาใจใส่ของบุคลากรจะส่งผลโดยตรงต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ¹⁵ อย่างไรก็ตามคะแนนของรายการ “ระบบบำบัดตอบสนองต่อความต้องการ” ที่ต่ำกว่าด้านอื่นชี้ให้เห็นถึงความต้องการในการพัฒนาระบบที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมากขึ้นตามแนวคิด Patient-Centered Care¹⁶ เช่น การให้บริการที่ยืดหยุ่นและปรับตามความต้องการเฉพาะบุคคล เพื่อให้การดูแลเหมาะสมและครบถ้วนตามบริบทของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ควรติดตามเชิงรุกอย่างเข้มข้นเพื่อเพิ่มอัตราคงอยู่ในระบบ และพัฒนาศักยภาพชุมชนอย่างต่อเนื่องเพื่อช่วยเหลือผู้เสพยาเสพติดให้สามารถหยุดใช้ยาได้อย่างถาวร

ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องฝึกอาชีพหรือพัฒนาฝีมือแรงงานเพื่อส่งเสริมอาชีพและป้องกันการกลับไปเสพยาในระยะยาว ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาเชิงลึกผู้เข้ารับการบำบัดที่ไม่ครบโปรแกรมเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาในรอบถัดไป

เอกสารอ้างอิง (References)

1. United Nations Office on Drugs and Crime. *World Drug Report 2024: Key findings and conclusions* [Internet]. Vienna: UNODC; 2024 [cited 2024 Jun]. Available from: https://www.unodc.org/unodc/en/press/releases/2024/June/unodc-world-drug-report-2024_-harms-of-world-drug-problem-continue-to-mount-amid-expansions-in-drug-use-and-markets.html
2. สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. *ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.)* [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567 [สืบค้นเมื่อ 7 ต.ค. 2567]. สืบค้นจาก: <https://antidrug.moph.go.th/report/0ncb>

3. ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564. **ราชกิจจานุเบกษา**. 2564;138(70ก): 1–178.
4. World Health Organization. *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. Geneva: World Health Organization; 2010.
5. World Health Organization. *Treatment of stimulant use disorder: WHO guideline*. Geneva: World Health Organization; 2023.
6. United Nations Office on Drugs and Crime. *International standards for the treatment of drug use disorders [Internet]*. Vienna: UNODC; 2020 [cited 2025 Apr 24]. Available from: https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/UNODC-WHO_International_Standards_Treatment_Drug_Use_Disorders.pdf
7. Baum F, MacDougall C, Smith D. Participatory action research. *J Epidemiol Community Health*. 2006;60(10):854–857.
8. Cargo M, Mercer SL. The value and challenges of participatory research: strengthening its practice. *Annu Rev Public Health*. 2008; 29:325–350.
9. World Health Organization. *Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies [Internet]*. Geneva: WHO Press; 2010 [cited 2025 Apr 24]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258734>
10. United Nations Office on Drugs and Crime. *Drug dependence treatment: Community-based treatment [Internet]*. Vienna: UNODC; 2008 [cited 2025 Apr 24]. Available from: https://www.unodc.org/docs/treatment/CBT_report.pdf
11. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*. 1983;51(3):390–395.
12. Carroll KM, Nuro KF. One size cannot fit all: A stage model for psychotherapy manual development. *Clin Psychol Sci Pract*. 2002;9(4):396–406.
13. Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman; 1997.
14. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

15. *Competencies for substance abuse treatment clinical supervisors* [Internet]. Rockville (MD): SAMHSA; 2013 [cited 2025 Apr 24]. Available from : <https://store.samhsa.gov/product/Competencies-for-Substance-Abuse-Treatment-Clinical-Supervisors/SMA13-4243>
16. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *J Retailing*. 1988;64(1):12–40.
17. Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century* [Internet]. Washington (DC): National Academy Press; 2001 [cited 2025 Apr 24]. Available from: <https://nap.nationalacademies.org/catalog/10027/crossing-the-quality-chasm>

ความสัมพันธ์ฝุ่นละออง PM_{2.5} กับการเกิดโรกระบบทางเดินหายใจและโรคหัวใจหลอดเลือด ของประชาชนในเขตพื้นที่อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น

สุวลี พันปี¹, วิศิษฐ์ ทองคำ^{2*} และชวลีวัลย์ ธีญญศิรินนท์³

บทคัดย่อ

ปัจจุบันปัญหาฝุ่นละอองส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตเมือง และพื้นที่อุตสาหกรรม งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวโน้มและหาความสัมพันธ์ระหว่าง PM_{2.5} กับจำนวนผู้ป่วยด้วยโรกระบบทางเดินหายใจและโรคหัวใจหลอดเลือด วิเคราะห์ลักษณะการกระจายเชิงพื้นที่ของประชากรในเขตพื้นที่เขตอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ คือ จำนวนผู้ป่วยและความเข้มข้นของฝุ่นละออง PM_{2.5} ระหว่าง ปี พ.ศ. 2562 ถึง ปี พ.ศ. 2567 สถิติที่ใช้ในงานวิจัย คือ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพบว่า PM_{2.5} เฉลี่ยสูงที่สุดในเดือนมีนาคม เท่ากับ 10.25 µg/m³ และน้อยที่สุดในเดือนมิถุนายน เท่ากับ 2.36 µg/m³ และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง PM_{2.5} กับการเกิดโรกระบบทางเดินหายใจและระบบหลอดเลือด พบว่า การได้รับ PM_{2.5} เพิ่มขึ้น จะพบอัตราการเกิดโรกระบบทางเดินหายใจและระบบหลอดเลือด มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเกิดโรค (โรคปอดอักเสบ, โรคหลอดเลือดหัวใจ, โรคหลอดเลือดสมอง, โรคหลอดลมอักเสบ และโรคมะเร็งปอด) ซึ่งสามารถใช้อธิบายข้อมูลเชิงพื้นที่เพื่อจัดการความเสี่ยง ความหนาแน่นของประชากรที่เกิดโรค เป็นหนึ่งในแนวทางการตัดสินใจ การตรวจสอบ เฝ้าระวัง ติดตาม และป้องกันการเกิดโรคได้ในอนาคต

คำสำคัญ: มลพิษทางอากาศ, การกระจายเชิงพื้นที่, ฝุ่นละออง, PM_{2.5}, โรกระบบทางเดินหายใจ

¹นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ปริญญาโท สาขาหลักสูตรเทคโนโลยีทางสุขภาพและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

²⁻³อาจารย์ประจำหลักสูตรเทคโนโลยีทางสุขภาพและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

*Corresponding Author; Wisit Thongkum , Email: wisit.t@msu.ac.th

Received: September 06, 2025; Revised December 22, 2025; Accepted December 23, 2025

The relationship between PM_{2.5} the incidence of respiratory diseases among the population in Nong Ruea District, Khon Kaen Province

Suwalee Panpee¹ Wisit Thongkum² Chuleewan Thunyasirinon³

ABSTRACT

Airborne particulate matter PM_{2.5} pollution significantly impacts public health and quality of life, particularly in urban and industrial regions. This research aimed to study the temporal trends and the relationship between PM_{2.5} concentration and the incidence of respiratory and cardiovascular diseases in Nong Ruea District, Khon Kaen Province. Data analysis was conducted using secondary sources consisting of disease incidence and PM_{2.5} concentrations covering the 2019–2024 period. Descriptive statistics, including the mean and standard deviation, were used to characterize the data. Key findings indicate that the monthly PM_{2.5} concentration was highest in March, averaging 10.25 µg/m³, and lowest in June, at 2.36 µg/m³. The results revealed a general positive association: increased PM_{2.5} exposure correlated with a corresponding rise in the incidence of both respiratory and cardiovascular diseases. However, a statistically significant relationship was not established for the specific, severe conditions studied (including pneumonia, coronary artery disease, cerebrovascular disease, bronchitis, and lung cancer). The resulting spatial data on disease risk and population density can be a crucial tool for risk management. This information serves as a guideline for future decision-making, inspection, surveillance, tracking, and prevention strategies for these disease.

Keywords: Air pollution, Spatial distribution, Dust, Respiratory disease

¹Students of the Master of Science Program, Master of Science in Health and Safety Technology, Faculty of Public Health, Maha Sarakham University

²⁻³Lecturer in the Health and Safety Technology Program, Faculty of Public Health, Maha Sarakham University

บทนำ (Introduction)

มลพิษทางอากาศเป็นปัญหาสำคัญที่คุกคามสุขภาพของประชากรทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้คาดการณ์ว่า มีคนเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากการได้รับฝุ่นละออง $PM_{2.5}$ สูงถึง 4.2 ล้านคนต่อปี โดยสาเหตุการเสียชีวิตมาจากโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคระบบทางเดินหายใจ และโรคมะเร็งปอด¹ ซึ่งการรับสัมผัสฝุ่นละออง ส่งผลกระทบให้เกิดความเสี่ยงต่อปัญหาทางด้านสุขภาพของประชากรที่เพิ่มมากขึ้น และปัญหามลพิษทางอากาศส่งผลกระทบต่อการเกิดโรคร้ายไข้เจ็บต่อประชากรทั่วโลก ในช่วง 25 ปี ที่ผ่านมาในระยะยาวการรับสัมผัสฝุ่น $PM_{2.5}$ มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการเป็นโรคต่างๆ เช่น โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคระบบทางเดินหายใจ โรคการติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง โรคมะเร็งปอด เป็นต้น² โดยระหว่างปี พ.ศ. 2566 กรมควบคุมมลพิษ ได้รายงานคุณภาพอากาศจังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่เมษายน - กันยายน 2566 ผลการตรวจวัดค่าเฉลี่ย 24 ชั่วโมง พบว่าสารมลพิษทางอากาศที่สำคัญในจังหวัดขอนแก่นมีเพียง 1 ชนิดเท่านั้น คือ ฝุ่นละออง $PM_{2.5}$ โดยค่าความเข้มข้นของสารมลพิษทางอากาศ ตรวจวัดพบว่ามีค่าเกินเกณฑ์ที่กำหนดในมาตรฐานของประเทศไทย คือค่าเฉลี่ย 24 ชั่วโมงมากกว่า 37.5 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร เริ่มมีผลกระทบต่อสุขภาพ³ จากปัญหาดังกล่าวสถานการณ์

ฝุ่นควันเกินค่ามาตรฐานของจังหวัดขอนแก่น พบผู้ป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศประชาชนในเขตพื้นที่อำเภอหนองเรือ ที่ป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจและโรคหัวใจ หลอดเลือด ทั้งหมด 66,074 คน กลุ่มโรคที่เจ็บป่วยสูงสุด ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ 15,057 คน โรคปอดอักเสบ 8,387 คน โรคหลอดเลือดหัวใจ 35,862 คน โรคหลอดเลือดสมอง 6,364 คน โรคมะเร็งปอด 404 คน ซึ่งตัวเลขความเสียหายเพิ่มขึ้นทุกปี และแหล่งกำเนิดของมลพิษและฝุ่นละออง $PM_{2.5}$ ในบรรยากาศนั้นมี 2 แหล่งใหญ่ด้วยกัน คือ ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ และที่เกิดจากกิจกรรมของมนุษย์⁴

พื้นที่อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น เป็นพื้นที่ที่มีการเพาะปลูกอ้อยและเผาอ้อยก่อนจะตัดเป็นจำนวนมาก ประชาชนในพื้นที่ได้รับผลกระทบจากการเผาใบอ้อยของเกษตรกร ที่ก่อให้เกิดมลพิษ $PM_{2.5}$ ทำให้ได้รับผลกระทบเป็นอย่างมากทั้งในด้านระบบนิเวศวิทยา สภาพแวดล้อม รวมทั้งปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนในพื้นที่ โดยเฉพาะระบบทางเดินหายใจระบบหลอดเลือด⁵ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประเด็นความสัมพันธ์ฝุ่นละออง $PM_{2.5}$ กับการเกิดโรคระบบทางเดินหายใจและโรคหัวใจหลอดเลือด ของประชาชนในเขตพื้นที่อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ฝุ่นละออง $PM_{2.5}$ กับการเกิดโรคทางเดินหายใจและระบบหลอดเลือด จะนำไปสู่การ

สนับสนุน ข้อเสนอแนะแนวทางในการดำเนินการป้องกัน ปัญหาที่ทำให้เกิดฝุ่นละออง เพื่อวางแผน ลดผลกระทบปัญหาทางด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการสัมผัสฝุ่นละอองและนำมาสู่ลักษณะการกระจายเชิงพื้นที่ของประชากรที่ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจและโรคหัวใจหลอดเลือด ที่เกิดจากการสัมผัสฝุ่น $PM_{2.5}$ ด้วยภูมิสารสนเทศภูมิศาสตร์ในพื้นที่อำเภอหนองเรือต่อไป

วัตถุประสงค์ (Objective)

1. เพื่อศึกษาแนวโน้มความเข้มข้นของฝุ่นละออง $PM_{2.5}$ จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ค่ามลพิษฝุ่นละออง $PM_{2.5}$ กับโรคระบบทางเดินหายใจและโรคหัวใจหลอดเลือด ในเขตพื้นที่อำเภอหนองเรือ จ.ขอนแก่น
3. เพื่อศึกษาลักษณะการกระจายเชิงพื้นที่ของประชากรที่ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจเกิดจากการสัมผัสฝุ่น $PM_{2.5}$ ด้วยภูมิสารสนเทศภูมิศาสตร์

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ในการเกิดโรคระบบทางเดินหายใจและโรคหัวใจหลอดเลือด อาจไม่ได้เกิดอาการของโรคต่างๆ ในทันทีทันใดหลังการรับสัมผัส โดยการรวบรวมข้อมูลย้อนหลัง โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลค่าความเข้มข้นของมลพิษฝุ่นละออง $PM_{2.5}$ เฉลี่ยรายเดือนย้อนหลังจำนวน 6 ปี ในช่วงเวลา เดือน มกราคม 2562

จนถึง เดือน ธันวาคม 2567 โดยใช้ค่าเฉลี่ยจากกรมควบคุมมลพิษและสำนักงานสิ่งแวดล้อมและควบคุมมลพิษที่ 10 จังหวัดขอนแก่น⁵ โดยใช้ข้อมูลตรวจวัดจากสถานีตรวจวัดของควบคุมมลพิษและกรมอุตุนิยมวิทยา ในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น (สำนักงานทรัพยากรน้ำภาค 4 46T) และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจและโรคหัวใจหลอดเลือด ที่เกี่ยวข้องกับการสัมผัส $PM_{2.5}$ จากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC)⁶ จำนวน 6 ปี ในช่วงเวลา เดือน มกราคม 2562 จนถึง เดือน ธันวาคม 2567 เช่นเดียวกัน ข้อมูลกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ โรคหลอดลมอักเสบ, โรคปอดอักเสบ, โรคหลอดเลือดหัวใจ, และโรคหลอดเลือดสมอง, โรคมะเร็งปอด

ข้อจำกัดอย่างหนึ่งในงานวิจัยนี้คือการเก็บรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจและโรคหัวใจหลอดเลือด จากฐานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเริ่มปรากฏผลการบันทึกในฐานข้อมูล Health Data Center (ศูนย์ข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข) ในปี 2562 เป็นต้นมา ทำให้ข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มโรคที่นำมาใช้ในการศึกษามีจำนวนยังไม่มากนัก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลของผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจและโรคหัวใจหลอดเลือด ที่เกี่ยวข้อง

กับการรับสัมผัส $PM_{2.5}$ จากฐานข้อมูล HDC โรงพยาบาลหนองเรือ ได้แก่ โรคหลอดลมอักเสบ, โรคปอดอักเสบ, โรคหลอดเลือดหัวใจ, โรคหลอดเลือดสมอง, โรคมะเร็งปอด, จากข้อมูล ICD 10 มีจำนวนทั้งสิ้น 66,074 คน

ข้อมูลค่าความเข้มข้นของ มลพิษฝุ่นละออง $PM_{2.5}$ เฉลี่ยรายเดือน จากสำนักงานสิ่งแวดล้อมและควบคุมมลพิษที่ 10 จังหวัดขอนแก่น จำนวน 6 ปี ในช่วงเวลา 1 มกราคม พ.ศ. 2562 ถึง เดือน 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 โดยใช้ค่าเฉลี่ยจากสถานีตรวจวัดทุกสถานีในพื้นที่สำนักงานทรัพยากรน้ำภาค 4 46T (สำนักงานทรัพยากรน้ำภาค 4 46T)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจและโรคหัวใจหลอดเลือด ที่เกี่ยวข้องกับการรับสัมผัส $PM_{2.5}$ จากข้อมูล ICD 10 โรงพยาบาลหนองเรือ จากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC)⁶ จำนวน 6 ปี ในช่วงเวลา 1 มกราคม พ.ศ. 2562 ถึง เดือน 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 ข้อมูลกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ 5 อันดับแรกของอำเภอหนองเรือ ได้แก่ โรคหลอดลมอักเสบ (Bronchitis), โรคปอดอักเสบ (Pneumonia), โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease), โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke), โรคมะเร็งปอด (Lung cancer)

2. ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลค่าความเข้มข้นของ มลพิษฝุ่นละออง $PM_{2.5}$ เฉลี่ยรายเดือน จากกรมควบคุมมลพิษ สำนักงานสิ่งแวดล้อมและควบคุมมลพิษที่ 10 จังหวัดขอนแก่น จำนวน 6 ปี ในช่วงเวลา 1 มกราคม พ.ศ. 2562 ถึง เดือน 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 เช่นเดียวกัน โดยใช้ค่าเฉลี่ยจากสถานีตรวจวัดของควบคุมมลพิษและสำนักงานสิ่งแวดล้อมและควบคุมมลพิษที่ 10 ในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น จากสถานีตรวจวัดสำนักงานทรัพยากรน้ำภาค 4 46T

3. รวบรวมข้อมูลเชิงพื้นที่ (Spatial Data) ได้แก่ ข้อมูลพิกัดรหัสตำบล พิกัดรหัสหมู่บ้านหมู่บ้าน/ชุมชน และขอบเขตการปกครองในระดับจังหวัด อำเภอและตำบลในรูปแบบดิจิทัลไฟล์ (ESRI GIS Shapefile) จากฐานข้อมูลของสาขาภูมิสารสนเทศศาสตร์ของอำเภอหนองเรือ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติพรรณนา ความถี่ ครัวยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ต่ำสุด

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มข้นของฝุ่นละออง $PM_{2.5}$ กับเกิดโรคระบบทางเดินหายใจและโรคหัวใจหลอดเลือดในเขตพื้นที่อำเภอหนองเรือโดยใช้ สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson correlation) คือ $r > 0$ (ค่า บวก) : ความสัมพันธ์เชิงบวก (Positive Correlation)

$r < 0$ (ค่าลบ): ความสัมพันธ์เชิงลบ (Negative Correlation)

โดยระดับความสัมพันธ์ 0.01 - 0.30: น้อยมาก

0.31 - 0.50: ปานกลางค่อนข้างต่ำ

0.51 - 0.70: ปานกลาง

0.71 - 0.90: สูง

0.91 - 1.00: สูงมาก

3. วิเคราะห์ลักษณะการกระจาย

เชิงพื้นที่ความหนาแน่นของประชากรที่ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจที่เกิดจากการสัมผัสฝุ่น $PM_{2.5}$ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพื้นที่ที่ใช้โปรแกรม QGIS เวอร์ชัน 3.8.3³ เพื่อรวมข้อมูลทั้งหมดก่อนที่จะวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม GeoDa 51,52 เพื่อวิเคราะห์หารูปแบบการกระจายในพื้นที่ต่างๆ โดยใช้สถิติ Moran's I และหารูปแบบการกระจายเชิงพื้นที่โดยใช้ Local Indicators of Spatial Association (LISA)

ตารางที่ 1 ค่าความเข้มข้น $PM_{2.5}$ จำแนกเป็นเดือน

ปี พ.ศ. 2562-2567					
เดือน	Max	Min	Mean	SD	95% CI for Mean
มกราคม	49	26	39.67	7.73	(31.55-47.79)
กุมภาพันธ์	68	38	48.17	10.28	(37.37-58.96)
มีนาคม	69	40	50.33	10.25	(39.58-61.09)
เมษายน	43	31	39.17	4.30	(34.64-43.69)
พฤษภาคม	29	20	24.33	3.14	(21.04-27.63)
มิถุนายน	19	12	16.00	2.36	(13.52-18.48)
กรกฎาคม	17	9	14.67	2.87	(11.65-17.68)
สิงหาคม	18	13	15.50	1.76	(13.65-17.35)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่หนังสือรับรอง 615-541/2567 ลงวันที่ 27 กันยายน 2567 ซึ่งการดำเนินการวิจัยทุกครั้ง ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้ เป็นความลับจะไม่ทำการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง ในส่วนของผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย (Result)

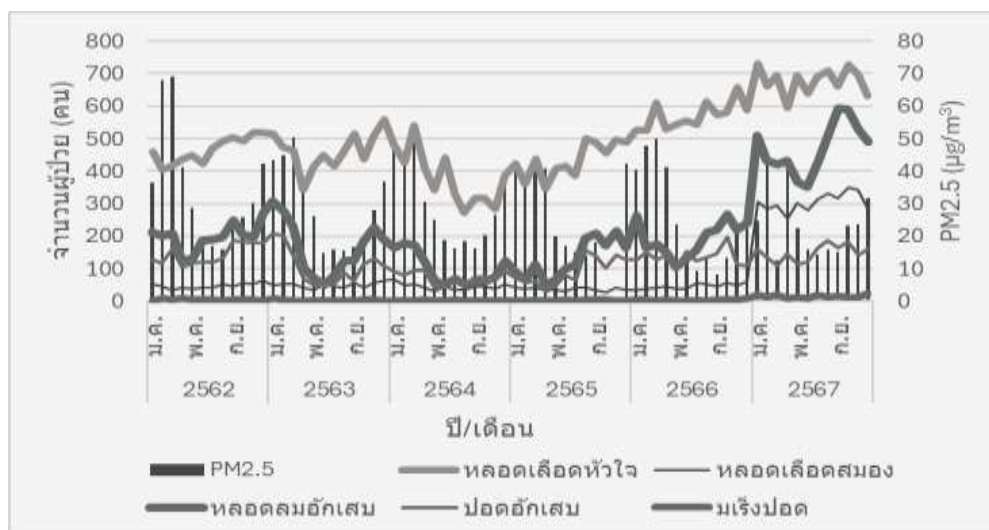
ฝุ่นละออง $PM_{2.5}$ ในจังหวัดขอนแก่นระหว่างปี พ.ศ. 2562 ถึง ปี พ.ศ. 2567 พบว่า $PM_{2.5}$ เฉลี่ยสูงที่สุดในเดือนมีนาคม เท่ากับ $10.25 \mu g/m^3$ และน้อยที่สุดในเดือนมิถุนายน เท่ากับ $2.36 \mu g/m^3$ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในช่วงแล้ง (ฤดูหนาว และฤดูร้อน) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าความเข้มข้น $PM_{2.5}$ จำแนกเป็นเดือน (ต่อ)

ปี พ.ศ. 2562-2567					
เดือน	Max	Min	Mean	SD	95% CI for Mean
กันยายน	25	8	16.50	5.46	(10.76-22.24)
ตุลาคม	26	0	16.93	9.32	(7.05-26.62)
พฤศจิกายน	30	0	21.33	11.00	(9.79-32.88)
ธันวาคม	42	25	35.83	6.49	(29.02-42.65)

ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มข้นฝุ่นละออง $PM_{2.5}$ กับจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจและโรคหัวใจหลอดเลือด ระหว่างปี พ.ศ. 2562 ถึง ปี พ.ศ. 2567 พบว่า การได้รับ $PM_{2.5}$ เพิ่มขึ้น จะพบอัตราการเกิดโรคระบบทางเดินหายใจและระบบหลอดเลือดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังภาพที่ 1 แต่ยังไม่พบ

ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเกิดโรคปอดอักเสบ ($r=0.075$, $P=0.53$), โรคหลอดเลือดหัวใจ ($r=-0.08$, $P=0.52$), โรคหลอดเลือดสมอง ($r=-0.06$, $P=0.63$), โรคหลอดเลือดสมอง ($r=0.25$, $P=0.84$) และโรคมะเร็งปอด ($r=0.00$, $P=0.97$), ดังตารางที่ 2 และ 3



ภาพที่ 1 แนวโน้มและเปรียบเทียบค่าความเข้มข้นของมลพิษทางอากาศ $PM_{2.5}$ กับจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจและโรคหัวใจหลอดเลือด

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่าง $PM_{2.5}$ กับการเกิดโรค

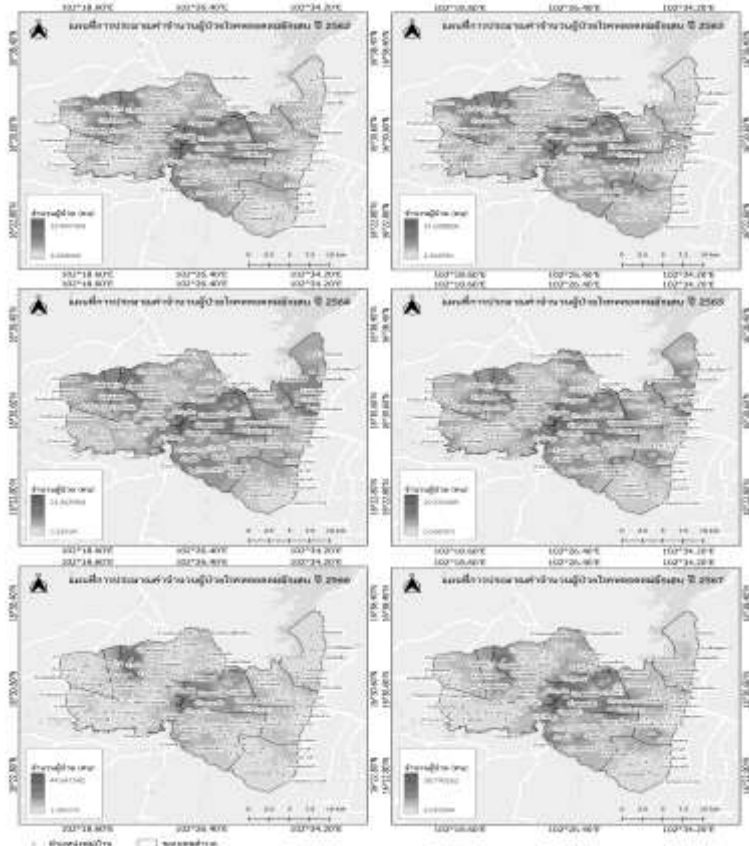
ตัวแปร	Mean	SD	Pearson correlation	P-value
$PM_{2.5}$	28.19	14.58	1.00	-
Lung Cancer	5.61	5.08	0.00	0.97
CAD	498.08	12.32	-0.08	0.53
Stroke	88.39	98.50	-0.06	0.63
Bronchitis	209.13	136.79	0.25	0.84
Pneumonia	116.49	44.74	0.08	0.53

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัว

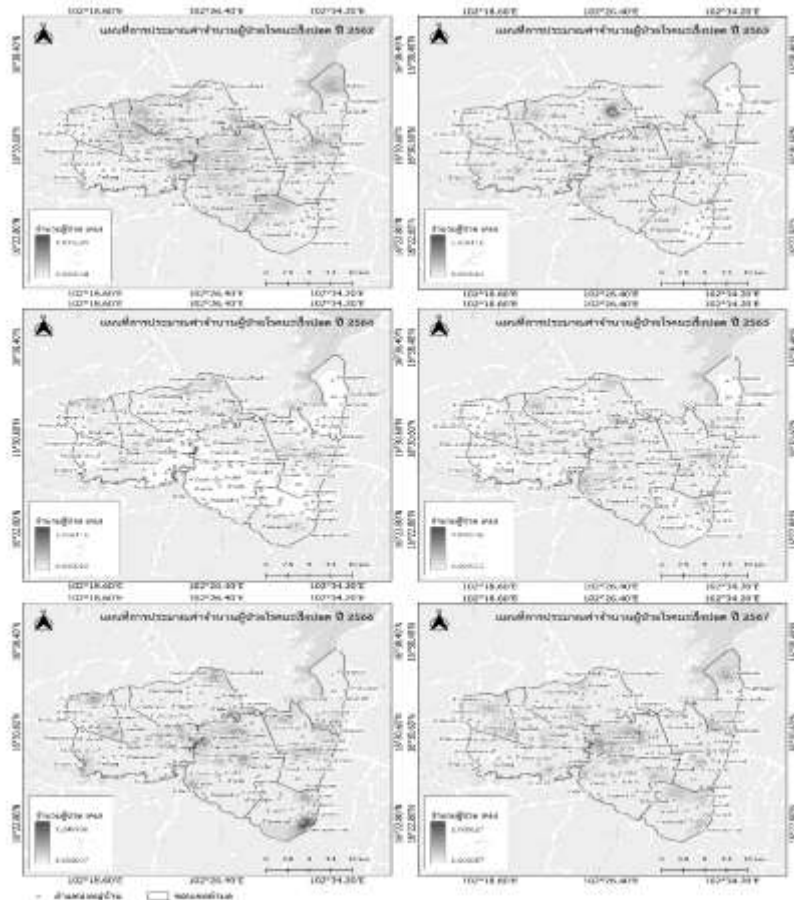
		$PM_{2.5}$	Lung Cancer	CAD	Stroke	Bronchitis	Pneumonia
$PM_{2.5}$	Pearson correlation	1.00	0.00	-0.08	-0.06	0.25	0.08
	p-value		0.97	0.52	0.63	0.84	0.53
Lung Cancer	Pearson correlation	<0.01	1.00	0.75	0.85	0.70	0.73
	p-value	0.97		<0.01	<0.01	<0.01	<0.01
CAD	Pearson correlation	-0.08	0.75	1.00	0.90	0.45	0.88
	p-value	0.52	<0.01		<0.01	<0.01	<0.01
Stroke	Pearson correlation	0.63	0.85	0.90	1.00	0.73	0.88
	p-value	0.87	<0.01	<0.01		<0.01	<0.01
Bronchitis	Pearson correlation	0.25	0.70	0.45	0.74	1.00	0.54
	p-value	0.84	<0.01	<0.01	<0.01		<0.01
Pneumonia	Pearson correlation	0.08	0.73	0.88	0.88	0.54	1.00
	p-value	0.53	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	

จากของการวิเคราะห์คาดการณ์การเกิดฝุ่นละอองและพื้นที่เสี่ยงในการเกิดโรกระบบทางเดินหายใจ แต่ช่วงเวลาแสดงความสัมพันธ์ระหว่าง $PM_{2.5}$ กับการเกิดโรกระบบทางเดินหายใจ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดลมอักเสบและโรคมะเร็งปอด จากข้อมูลที่ได้นำมาศึกษาลักษณะการกระจายเชิงพื้นที่ของประชากรที่ป่วยโรคโรคหลอดลมอักเสบ และโรคมะเร็งปอด ที่เกิดจากการสัมผัสฝุ่น $PM_{2.5}$ ด้วยภูมิสารสนเทศภูมิศาสตร์ เพื่อแสดงให้เห็น

เห็นพื้นที่หมู่บ้านที่มีลักษณะของประชากรที่เกิดโรคของแต่ละปีที่เกิดขึ้นโดยการกระจายเชิงพื้นที่ของผู้ป่วยโรคหลอดลมอักเสบเปรียบเทียบในปี พ.ศ. 2562 ถึง พ.ศ. 2567 จะเห็นได้ว่าพื้นที่ที่มีการเจ็บป่วยผู้ป่วยโรคหลอดลมอักเสบเกิดมากที่สุดจะเข้มเป็นจุด ๆ ดังภาพที่ 2 และการกระจายตัวเชิงพื้นที่ความหนาแน่นของผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดเปรียบเทียบในปี พ.ศ. 2562 ถึง พ.ศ. 2567 จะเห็นได้ว่าพื้นที่ที่มีการเจ็บป่วยผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดเกิดมากที่สุดเป็นจุด ๆ ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 2 แผนที่การกระจายเชิงพื้นที่ของการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดลมอักเสบ
ปี พ.ศ. 2562-2567



ภาพที่ 3 แผนที่การกระจายเชิงพื้นที่ของการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปอด
ปี พ.ศ. 2562-2567

อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ฝุ่นละออง $PM_{2.5}$ ในจังหวัดขอนแก่นเฉลี่ยสูงที่สุดในเดือนมีนาคม เท่ากับ $10.25 \mu g/m^3$ และน้อยที่สุดในเดือนมิถุนายน เท่ากับ $2.36 \mu g/m^3$ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในช่วงแล้ง (ฤดูหนาว และฤดูร้อน) ข้อมูลการตรวจวัดนี้เป็นข้อมูลทุติยภูมิ อาจส่งผลกระทบต่อความคลาดเคลื่อน แต่สามารถดูแนวโน้มได้เนื่องจากพื้นที่อำเภอ

หนองเรือติดกับอำเภอเมือง การวิเคราะห์แนวโน้มและเปรียบเทียบค่าความเข้มข้นของมลพิษทางอากาศ $PM_{2.5}$ กับจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจและโรคหัวใจหลอดเลือด พบว่า เมื่อ $PM_{2.5}$ เพิ่มขึ้นอัตราการเกิดโรคปอดอักเสบ, โรคหลอดเลือดหัวใจ, โรคหลอดเลือดสมอง, โรคหลอดเลือดดำอักเสบ, โรคมะเร็งปอด มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ถึงแม้ยังไม่พบความสัมพันธ์ระหว่าง $PM_{2.5}$ ปริมาณฝุ่นรายเดือน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากข้อมูลในเรื่อง

ของผู้ป่วยบางโรคที่ในพื้นที่อำเภอหนองเรือมีจำนวนน้อย เนื่องจากประชาชนในพื้นที่อาจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอื่น เช่น โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลเอกชน ต่างๆ ซึ่งมีระยะทางไม่ไกลจากพื้นที่ แต่ทั้งนี้จากแนวโน้มของการพล็อตกราฟสามารถบ่งชี้ได้ว่า $PM_{2.5}$ ส่งผลกระทบต่อการศึกษาของระบบทางเดินหายใจและโรคหัวใจหลอดเลือด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวรรณาราชนะบรรสกุล เสรีย์ ตู๊ประกาย ปิยะรัตน์ ปริย์มาโนช และมงคล รัชชะ¹¹ ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างค่ามลพิษฝุ่นละออง $PM_{2.5}$ กับโรคระบบทางเดินหายใจและโรคหัวใจหลอดเลือดพบว่าค่าความเข้มข้นของฝุ่นละออง $PM_{2.5}$ มีความสัมพันธ์ในทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเกิดโรคปอดบวม, ไข้หวัดใหญ่, โรคจมูกอักเสบเรื้อรัง ($r = 0.65, 0.79, 0.70$ ตามลำดับ, $p < 0.05$) และพบว่าค่าความเข้มข้นของฝุ่นละออง $PM_{2.5}$ มีความสัมพันธ์ในทางบวกในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับโรคหลอดลมอักเสบ ($r = 0.85, p < 0.05$)¹² สอดคล้องกับการศึกษาของ สุธาร์ตน์ หมั่นมี, ศุภระ บุตรดี ที่ได้ศึกษาการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการได้รับฝุ่น $PM_{2.5}$ จากพื้นที่อุตสาหกรรมในอำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง¹³ ที่พบว่าการสัมผัสมลพิษทางอากาศจากการเผาไหม้ในที่โล่ง มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกด้วยโรคระบบไหลเวียนเลือด

และโรคระบบทางเดินหายใจในจังหวัดเชียงใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิศักดิ์ เเด่นดวงใจ ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณฝุ่นละออง $PM_{2.5}$ รายวันในอากาศกับการมาเข้ารับการรักษาด้วยโรคกลุ่มระบบทางเดินหายใจและระบบหลอดเลือด¹⁴ ซึ่งวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปริมาณฝุ่นในแต่ละภูมิภาคและฤดูกาลของไทย ในการศึกษาแล้วยังพบว่าอัตราการเกิดโรคระบบทางเดินหายใจในพื้นที่กรุงเทพฯ มีความแตกต่างระหว่างในและนอกฤดูฝุ่น โดยในฤดูฝุ่นพบว่าค่าเฉลี่ยของผู้เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสูงกว่านอกฤดูฝุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มโรคหลอดลมอักเสบเฉียบพลันและโรคหลอดเลือดสมอง ($p < 0.05$) และเมื่อนำมาทำแผนที่การกระจายเชิงพื้นที่ของผู้ป่วยโรคหลอดลมอักเสบ, โรคมะเร็งปอด ในอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 ถึง พ.ศ. 2567 มีการกระจายตัวทั่วพื้นที่ศึกษาซึ่งพบว่าในพื้นที่ตำบลโนนทัน ตำบลหนองเรือ มีอัตราป่วยโรคหลอดลมอักเสบ, โรคมะเร็งปอด สูงมากในหลายหมู่บ้านโดยเฉพาะเมื่อวิเคราะห์พื้นที่เสี่ยง (Hotspot) พบว่าในพื้นที่ของตำบลโนนทอง ตำบลหนองเรือ ตำบลโนนสะอาด มีหมู่บ้านที่พบเป็นพื้นที่เสี่ยงของโรคหลอดลมอักเสบ, โรคมะเร็งปอด ขณะเดียวกันเมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดลมอักเสบ, โรคมะเร็งปอด ในอำเภอ

หนองเรือ พบว่า ในพื้นที่อำเภอหนองเรือมีโรงงานน้ำตาล คนในพื้นที่ส่วนใหญ่ทำไร่อ้อย , ข้าวนาปี, ข้าวนาปรัง มีการสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร การสัมผัสฝุ่นจากการเผาตอซังข้าวและอ้อยเป็นประจำซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ธิติวรัตน์ คาล้อม¹⁵ ที่ได้ศึกษาการประมาณค่าเชิงพื้นที่สำหรับการวิเคราะห์การแพร่กระจายฝุ่นละอองในเขตเทศบาลเมืองนครภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต และนิชกุลชาติทรัพย์สิทธิ, พิษณุวีร์ ลลิตาภรณ์¹⁶ ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของฝุ่นละอองที่ดึงมาจากดาวเทียมและการตรวจวัดภาคพื้นดินในภาคเหนือของประเทศไทย แต่ยังไม่พบว่าการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของ ญัฐธิดา ดีสะอาด, วชิราภรณ์ ปรีดาภิรมย์, ไพศาล จีฟู¹⁷ ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งปอดและวิเคราะห์การกระจายเชิงพื้นที่ด้วยระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ เนื่องจากไม่ได้ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล, ปัจจัยด้านพฤติกรรม, และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและการประยุกต์ใช้ GIS เพื่อศึกษาการกระจายเชิงพื้นที่ตามอัตราป่วยโรคหลอดลมอักเสบกับโรคมะเร็งปอดแต่ละหมู่บ้าน แต่ไม่สามารถศึกษาการกระจายเชิงพื้นที่ของ PM_{2.5} ได้ เพราะมีการเก็บตัวอย่างเพียงแค่จุดเดียว

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ใช้คาดการณ์การเกิดสารมลพิษทางอากาศและการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ เพื่อนำไปสู่การลดโอกาส

เสี่ยงของการเกิดโรคและการป้องกันตนเองในช่วงที่มีค่าความเข้มข้นสูงเกินมาตรฐาน

2. นำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนควบคุมที่สามารถควบคุมแหล่งกำเนิดของ PM_{2.5} เพื่อลดปริมาณในสิ่งแวดล้อม

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาพื้นที่ที่กว้างมากขึ้น เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุน เพื่อความน่าเชื่อถือของข้อมูล ที่อ้างอิงปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ การเกิดโรค ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดฝุ่น PM_{2.5}

2. ควรศึกษาตัวแปรอื่น ๆ เช่น การประเมินการสัมผัสปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยทางด้านภูมิศาสตร์ ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ รวมทั้งปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านอื่น ๆ ร่วมด้วย

3. ในโรคบางโรคอาจจะต้องใช้เวลาในการศึกษาเพิ่มขึ้นในหลายๆปี ถึงจะครอบคลุม

4. ควรมีการศึกษาติดตามไปข้างหน้า (Cohort Study) ในกลุ่มเสี่ยงเพื่อให้ได้ข้อมูลสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดโรค

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงด้วยดี เนื่องจากได้รับความอนุเคราะห์จากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลายฝ่ายที่ต้องกล่าวถึงและขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ได้แก่ ผู้บริหารและคณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหนองเรือ ที่ได้ให้ข้อมูลผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ที่ได้ให้ข้อมูลพิกัดหมู่บ้าน ผู้อำนวยการสำนักงานสิ่งแวดล้อมภาค 10 ที่ได้ให้ข้อมูลฝุ่นละออง คณาจารย์ที่ปรึกษา หลักสูตรเทคโนโลยีทางสุขภาพและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามที่ได้ให้คำแนะนำ และตรวจสอบความถูกต้องของบทความอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. วรรณรา ชนะบรรสกุล, เสรีย์ ตู๊ประกาย, ปิยะรัตน์ ปรีย์มานิช, มงคล รัชชะ. **ความสัมพันธ์ระหว่างค่ามลพิษฝุ่นละออง PM_{2.5} กับโรคระบบทางเดินหายใจ และโรคหัวใจหลอดเลือด : กรณีศึกษาพื้นที่กรุงเทพมหานคร และจังหวัดนครสวรรค์**. วารสารวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา. 2566;8(1): 61-72.
2. World Health Organization. **Classification of gliomas. Neuropathology and applied neurobiology**. 2018; 44(2): 139-150.
3. Hoeflinger W, Laminger T. **PM_{2.5} or respirable dust measurement and their use for assessment of dust separators**. Journal of the Taiwan Institute of Chemical Engineers. 2019; 94: 53-61.
4. Supasri T, Gheewala SH, Macatangay R, Chakpor A, Sedpho S. **Association between ambient air particulate matter and human health impacts in northern Thailand**. Scientific Reports. 2023; 13(1): 12753.
5. สำนักงานสิ่งแวดล้อมและควบคุมมลพิษที่ 10 (ขอนแก่น). **รายงานสถานการณ์คุณภาพสิ่งแวดล้อมพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตอนบน [อินเทอร์เน็ต]**. ขอนแก่น: สำนักงาน; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 22 ธ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก : <http://epo10.pcd.go.th>
6. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. **ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center - HDC) [อินเทอร์เน็ต]**. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; [เข้าถึงเมื่อ 22 ธ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก : <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
7. สิทธิพร เกษจ้อย, วรชาติ ทะสา, สัจจา รัชชไรรังวน. **ผลกระทบจากการเผาไบออยส์ที่ก่อให้เกิดมลพิษ PM_{2.5} ตำบลในเมือง อำเภอเวียงเก่า จังหวัดขอนแก่น**. วารสารการศึกษา

- และวิจัยทางพระพุทธ. 2564;7(1): 16–25.
8. นิพนธ์ ประวัติเจริญวิทย์, สมภพ ทองปลิว, ศรีอัมพร เร่บ้านเกา. อิทธิพลของการจัดการทุนมนุษย์ต่อการเกิดนวัตกรรมองค์กรในอุตสาหกรรมพลังงานไฟฟ้าในประเทศไทย. วารสารนวัตกรรมการบริหารและการจัดการ. 2565; 10(3): 23-28.
 9. ชีรพล นามพลกรัง. ผลกระทบของกฎหมายระหว่างประเทศเกี่ยวกับปัญหามลพิษทางอากาศข้ามพรมแดนระยะไกล: ศึกษากรณีของประเทศไทย [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2540
 10. ลัดดาวรรณ บัวขาว. แบบจำลองการประมาณค่าฝุ่นละออง PM_{2.5} จากข้อมูลความลึกเชิงแสงของฝุ่นละอองในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มรย. 2566; 8(1): 50-58.
 11. สรรค์ใจ กลิ่นดาว. ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์และการประยุกต์. วารสารศิลปศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2545; 2(2): 17-23.
 12. กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลน่าน กระทรวงสาธารณสุข. ความสัมพันธ์ระหว่างการสัมผัสฝุ่นละออง PM_{2.5} กับอาการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลน่าน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564; 30(4): 645-653.
 13. สุธารัตน์ หมั่นมี, ศุภิระ บุตรดี. การประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการได้รับฝุ่น PM_{2.5} จากพื้นที่อุตสาหกรรมในอำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง. [วิทยานิพนธ์]. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ (วิทยาเขตระยอง) 2564; 14(3): 95-110.
 14. สุทธิศักดิ์ เต็นดวงใจ. ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณฝุ่นละออง PM_{2.5} รายวันในอากาศกับการมารับการรักษาด้วยโรคกลุ่มระบบทางเดินหายใจและระบบหลอดเลือด ณ โรงพยาบาลราชบุรี อ.เมือง จ.ราชบุรี [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2563
 15. ธิดารัตน์ คาล้อม. การประมาณค่าเชิงพื้นที่สำหรับการวิเคราะห์การแพร่กระจายฝุ่นละอองในเขตเทศบาลเมืองนครภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต. วารสารวิชาการคณะเทคโนโลยีอุตสาหกรรม

- มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์. 2564; 14(1): 24-36.
16. ณิชกุล ชาติทรัพย์สิทธิ์, พิชญ์นรี ลลิตาภรณ์. ความสัมพันธ์ของฝุ่นละอองที่ดึงมาจากดาวเทียมและการตรวจวัดภาคพื้นดินในภาคเหนือของประเทศไทย. วารสารการจัดการสิ่งแวดล้อม. 2565; 18(1): 72-89.
17. .ณัฐธิดา ดีสะอาด, วัชรภรณ์ ปรีดาภิรมย์, ไพศาล จี๊ฟู. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งปอดและวิเคราะห์การกระจายเชิงพื้นที่ ด้วยระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์. วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนานวัตกรรมเชิงพื้นที่. 2564; 2(3): 94-110.

สถานการณ์และผลกระทบของการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในเด็กนักเรียน กรณีศึกษา: โรงเรียนบ้านหนองคูขาด จังหวัดมหาสารคาม

แจ่มจันทร์ เทศสิงห์¹, เพ็ญพัทธ์ ภูมิมาลา², อรพรรณ อ่อนดั่ง³, วันชนะ สิริสม⁴
ปณิกา หงษ์อุดร⁵, ชัญญาวีร์ ไชยวงศ์⁶, จารุพัฒน์ จุลแดง⁷, จีระวรรณ ศรีจันทร์ไชย^{8*}

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมวิธีนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และผลกระทบของอุบัติเหตุทางถนนในนักเรียนโรงเรียนบ้านหนองคูขาด จังหวัดมหาสารคาม วิธีดำเนินการประกอบด้วย 1) การศึกษาย้อนหลังในรอบ 3 ปี (พ.ศ. 2564–2566) และ 2) การวิจัยเชิงคุณภาพผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 31 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า อุบัติเหตุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องรวม 55 ราย (ร้อยละ 9.40) โดยปี 2566 พบสูงสุด 22 ราย ส่วนใหญ่เป็นนักเรียนชาย (ร้อยละ 74.55) ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 60.00) ปัจจัยเสี่ยงหลัก คือ การขับซิ่งรถจักรยานยนต์โดยไม่สวมหมวกนิรภัย (ร้อยละ 69.09) ผลกระทบสังเคราะห์ได้ 4 ระดับ คือ 1) ระดับบุคคล: บาดเจ็บรุนแรงร้อยละ 16.67 จนเกิดภาวะพึ่งพา 2) ระดับครอบครัว: เกิด 'วิกฤตความรู้สึกผิด' ในผู้สูงอายุของครอบครัวแหวงกลาง 3) ระดับโรงเรียน: การเรียนชะงักงันและบรรยากาศในสถานศึกษาถดถอยเนื่องจากขาดระบบการเรียนออนไลน์รองรับในพื้นที่ชนบท และ 4) ระดับชุมชนและนโยบาย: พบพาหนะขาด พ.ร.บ. ร้อยละ 33.33 ข้ำเดิมวงจรความยากจนเชิงโครงสร้าง ดังนั้น จึงควรเร่งรัดมาตรการความปลอดภัยเชิงรุกในเขตพื้นที่สถานศึกษาและการบังคับใช้กฎหมาย พ.ร.บ. ในระดับท้องถิ่น

คำสำคัญ: อุบัติเหตุทางถนน, เด็กนักเรียน, การศึกษาย้อนหลัง, ผลกระทบอุบัติเหตุ, วงจรความยากจนเชิงโครงสร้าง

^{1,8} ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

² ผู้อำนวยการ โรงเรียนบ้านหนองคูขาด จังหวัดมหาสารคาม

³ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดมหาสารคาม

⁴ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

⁵ ผู้จัดการ มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อพัฒนาท้องถิ่นอีสาน

⁶ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

⁷ ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

* Corresponding Author; จีระวรรณ ศรีจันทร์ไชย, Email: jeerawan@smnc.ac.th

Received: September 18, 2025; Revised December 25, 2025; Accepted December 25, 2025

Situation and Impact of Road Traffic Accidents on School Children:

A Case Study of Ban Nong Khu Khat School, Maha Sarakham Province

Chaemchan Thessingha¹, Penpak Pummala², Oraphan Onduang³,

Wanchana Sirisom⁴, Punika Hong-udorn⁵, Chanyawee Chaiwong⁶,

Jarupat Jundaeng⁷, Jeerawan Srichanchai^{8}*

ABSTRACTS

This mixed-methods study investigated road traffic accident situations and impacts among students at Ban Nong Khu Khat School, Maha Sarakham. Methodology included a 3-year retrospective study (2021–2023) and in-depth interviews with 31 key informants. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis. Results showed an upward trend totaling 55 cases (9.40%), peaking in 2023 (22 cases). Most victims were male (74.55%) and primary students (60.00%). The primary risk factor was riding motorcycles without helmets (69.09%). Impacts were synthesized into four levels: 1) Individual: 16.67% sustained severe injuries leading to functional dependency; 2) Family: A "guilt complex" emerged among elderly caregivers in skipped-generation families; 3) School: Learning disruption and atmospheric decline occurred due to a lack of rural online learning systems; and 4) Community/Policy: 33.33% of vehicles lacked compulsory insurance, reinforcing the structural poverty cycle. Findings suggest an urgent need for proactive school zone safety measures and local enforcement of compulsory motor insurance.

Keywords: Road Traffic Accidents, Students, Retrospective Study, Accident Impacts, Structural Poverty Cycle

^{1,8} Assistant Professor, Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

² Director, Nong Khu Khad School, Maha Sarakham Province

³ Plan and Policy Analyst, Professional Level, Disaster Prevention and Mitigation Provincial Office, Mahasarakham

⁴ Public Health Technical Officer, Professional Level, Mahasarakham Provincial Public Health Office

⁵ Director and Secretary of the Foundation, Institute of E-saan Research for Local Development Foundation

⁶ Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

⁷ Dentist, Senior Professional Level, Pakkred Hospital, Nonthaburi Province

* Corresponding Author; Jeerawan Srichanchai, Email: jeerawan@smnc.ac.th

บทนำ (Introduction)

อุบัติเหตุจากการจราจรทางถนนเป็นวิกฤตการณ์ด้านสาธารณสุขระดับโลกที่ทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน องค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่าอุบัติเหตุทางถนนเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นของเด็กทั่วโลก¹ สำหรับประเทศไทย สถานการณ์ดังกล่าวมีแนวโน้มที่น่ากังวล โดยกลุ่มอายุ 15-19 ปี มีอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุด และกลุ่มอายุ 10-14 ปี มีแนวโน้มการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง² สถิติในช่วงเทศกาลสำคัญแสดงให้เห็นว่าอัตราการเสียชีวิตของเด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปีเพิ่มสูงขึ้น โดยคิดเป็นร้อยละ 12 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมดในช่วงเทศกาลปีใหม่ และร้อยละ 15 ในช่วงเทศกาลสงกรานต์³ สาเหตุการเสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 80 เกิดจากรถจักรยานยนต์ ซึ่งพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญที่สุด คือ การไม่สวมหมวกนิรภัย ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการบาดเจ็บรุนแรงที่ศีรษะถึงแก่ชีวิต พฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ ได้แก่ การขับซิ่งรถจักรยานยนต์ การขับเร็ว และการเมาแล้วขับ^{2,4-7}

แม้รัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะมีความพยายามในการผลักดันนโยบายความปลอดภัยในสถานศึกษา⁸ แต่จากบทบทวนวรรณกรรมพบช่องว่างทางองค์ความรู้ (Research Gap) ที่สำคัญ คือ ระบบการรายงานสถิติอุบัติเหตุในระดับชาติมักบันทึกเฉพาะเหตุการณ์รุนแรงที่เกิดขึ้นบน

ถนนสายหลัก ทำให้ข้อมูลอุบัติเหตุ "ระดับจุลภาค" ที่เกิดขึ้นบนถนนในหมู่บ้านหรือทางเชื่อมต่อสถานศึกษาในพื้นที่ชนบทมักตกหล่นจากระบบรายงานปกติ⁹ นอกจากนี้งานวิจัยส่วนใหญ่มักมุ่งเน้นการวิเคราะห์ปัจจัยทางกายภาพและสถิติการบาดเจ็บ แต่ยังขาดการศึกษาเชิงลึกถึง "ผลกระทบเชิงโครงสร้าง" ที่ซ่อนอยู่หลังความสูญเสีย โดยเฉพาะในบริบทของสังคมชนบทที่มีลักษณะเป็น "ครอบครัวห่วงกลาง" (Skipped-generation families)⁴ ซึ่งอุบัติเหตุเพียงครั้งเดียวอาจส่งผลกระทบต่อเนื่องเป็นลูกโซ่ (Ripple Effect) ทั้งในด้านเศรษฐกิจครัวเรือนและการชะงักงันทางการศึกษา^{10,11}

แม้ว่าอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กจะเป็นปัญหาที่ได้รับการบันทึกไว้ในงานวิจัยหลายชิ้น แต่ข้อมูลที่มีอยู่ยังไม่เพียงพอในการสะท้อนสถานการณ์ที่แท้จริงและผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อเด็กวัยเรียน โดยเฉพาะในด้านสุขภาพจิตและพัฒนาการทางสังคม เนื่องจากผลกระทบจากอุบัติเหตุไม่เพียงแต่ทำให้เด็กประสบกับการบาดเจ็บทางร่างกายเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อการเรียนรู้และการพัฒนาทักษะชีวิตของพวกเขา^{1,12} การศึกษาในครั้งนี้จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากการเป็นการเติมเต็มช่องว่างข้อมูล (Gap of Study) ที่ยังขาดอยู่ในระบบงานปกติ โดยมุ่งเน้นการวิเคราะห์สถานการณ์และผลกระทบของอุบัติเหตุทางถนนในเด็กนักเรียน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ใน

การวางแผนพัฒนามาตรการป้องกันและ
แก้ไขปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ

โรงเรียนบ้านหนองคูขาด จังหวัด
มหาสารคาม เป็นพื้นที่ที่มีบริบทเฉพาะตัวซึ่ง
สะท้อนปัญหาดังกล่าวได้อย่างชัดเจน เนื่องด้วย
นักเรียนส่วนใหญ่เดินทางโดยรถจักรยานยนต์³
ท่ามกลางสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เสี่ยง
อันตราย เช่น การซ้อนท้ายหรือขับขี่
รถจักรยานยนต์เองโดยไม่สวมหมวกนิรภัย
ขับรดด้วยความเร็วเกินกำหนด ประมาทและ
คึกคะนอง นอกจากนี้ สภาพแวดล้อมหน้า
โรงเรียนยังไม่ปลอดภัย เนื่องจากถนนไม่มี
ฟุตบาท ไม่มีทางม้าลาย และไม่มีป้าย
สัญลักษณ์หรือไฟสัญญาณเตือนว่าเป็นเขต
โรงเรียนให้ชะลอความเร็ว การศึกษานี้จึงมี
ความจำเป็นอย่างเร่งด่วนในการวิเคราะห์
สถานการณ์อุบัติเหตุย้อนหลังร่วมกับการ
ศึกษาผลกระทบเชิงลึกในมิติต่างๆ ข้อ
ค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้จะไม่เป็นเพียง
กรณีศึกษาเฉพาะพื้นที่ แต่จะเป็น "ภาพ
สะท้อนเชิงนโยบาย" ที่สำคัญในการปิด
ช่องว่างของระบบความปลอดภัยทางถนน
และระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับเด็ก
นักเรียนในพื้นที่ชนบทต่อไป

วัตถุประสงค์ (Objectives)

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การเกิด
อุบัติเหตุทางถนนในเด็กนักเรียนโรงเรียนบ้าน
หนองคูขาด จังหวัดมหาสารคาม

2. เพื่อศึกษาผลกระทบของการเกิด
อุบัติเหตุทางถนนในเด็กนักเรียนโรงเรียนบ้าน
หนองคูขาด จังหวัดมหาสารคาม

กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดแสดงถึงความสัมพันธ์
เชิงระบบระหว่างสถานการณ์การเกิด
อุบัติเหตุทางถนนในนักเรียนช่วงปี พ.ศ.
2564–2566 ซึ่งมีปัจจัยกระตุ้นหลักจาก
พฤติกรรมเสี่ยงและการเดินทางในพื้นที่เสี่ยง
รอบสถานศึกษา นำไปสู่ผลกระทบที่ขยายตัว
เป็นวงกว้าง ใน 4 ระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล
ครอบครัว โรงเรียน และภาพสะท้อนระดับ
ชุมชนและเชิงนโยบาย

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

รูปแบบการศึกษา การวิจัยครั้งนี้
เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี โดยใช้รูปแบบ
การศึกษาย้อนหลัง เพื่อรวบรวมสถานการณ์
อุบัติเหตุในช่วง 3 ปี (พ.ศ. 2564–2566) ร่วมกับการ
การวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก
เพื่อศึกษาผลกระทบในมิติต่างๆ

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants)

ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การเลือกผู้ให้ข้อมูล
สำคัญแบบเจาะจง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่
ครอบคลุมทั้งมิติประสบการณ์ตรงและมิติเชิง
นโยบาย โดยประกอบด้วยผู้ให้ข้อมูลรวม
ทั้งสิ้น จำนวนรวม 31 ราย ดังนี้:

1. กลุ่มผู้มีประสบการณ์ตรงจาก
อุบัติเหตุ: ได้แก่ นักเรียนที่ประสบเหตุหรือ
ผู้ปกครองที่ดูแลใกล้ชิด จำนวน 30 ราย ซึ่ง

ถือว่ามีความเพียงพอในการเก็บข้อมูลจนถึงจุดอิ่มตัว¹⁴ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์อุบัติเหตุทางถนนของนักเรียนโรงเรียนบ้านหนองคูขาดในช่วงปี พ.ศ. 2564 - 2566

2. กลุ่มผู้บริหารสถานศึกษา: ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงเรียน จำนวน 1 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 แบบ ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุในท้องถนนของนักเรียนโรงเรียนบ้านหนองคูขาด ซึ่งบันทึกข้อมูลหลัก 2 ด้าน คือ ข้อมูลอุบัติเหตุ และ ข้อมูลการบาดเจ็บของนักเรียน

2. แบบสัมภาษณ์นักเรียนที่ประสบอุบัติเหตุในท้องถนนหรือผู้ปกครองถึงผลกระทบที่ได้รับจากการเกิดอุบัติเหตุในท้องถนน เป็นแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุ ผลกระทบที่ได้รับทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ การเรียน ต่อตนเอง ต่อครอบครัว และชุมชน

3. แบบ สัมภาษณ์ผู้บริหารสถานศึกษา เป็นแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วย สถานการณ์อุบัติเหตุในภาพรวม มาตรการความปลอดภัย และ บทบาทของสถานศึกษาในการจัดการผลกระทบที่เกิดขึ้น

4. ผู้วิจัย มีคุณสมบัติและประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อการศึกษา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างความไว้วางใจและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพกับผู้ให้ข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและนำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2567 โดยมีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพดังนี้:

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ: ข้อมูลถูกเก็บจากเอกสารแบบบันทึกข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุ ซึ่งบันทึกโดยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองคูขาด และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไสภารารวมถึงแบบบันทึกข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุของโรงเรียนบ้านหนองคูขาดโดยครู ได้รับอนุญาตเพื่อเข้าถึงข้อมูลจากโรงเรียนและโรงพยาบาลทั้งสองแห่ง

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ: การเก็บรวบรวมข้อมูลทำได้โดยการสัมภาษณ์นักเรียนที่ประสบเหตุหรือผู้ปกครองถึงผลกระทบจากอุบัติเหตุในท้องถนนระหว่างปี พ.ศ. 2564 - 2566 จำนวน 30 คน และสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงเรียนบ้านหนองคูขาด มี

กระบวนการสร้างความสัมพันธ์ (Rapport) และความไว้วางใจ (Trust) ในระหว่างการสัมภาษณ์มีการบันทึกเสียงเพื่อให้สามารถย้อนกลับมาวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ยังมีการถ่ายภาพและบันทึกวิดีโอเพื่อสร้างความเข้าใจในบริบทและสภาพแวดล้อมของการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณดำเนินการโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ซึ่งประกอบด้วยค่าเฉลี่ยและร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพถูกเก็บรวบรวมจากเอกสารและการสัมภาษณ์ โดยนำมาวิเคราะห์ผ่านเทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา ซึ่งมีการจัดกลุ่มและหมวดหมู่ข้อมูลที่สำคัญเพื่อระบุ theme หลักและแนวโน้มที่ปรากฏในการวิเคราะห์ข้อมูล รวมถึงการตีความหมายตามบริบทของข้อมูลที่ได้ โดยข้อมูลจากการสัมภาษณ์ถูกบันทึกเสียงอย่างละเอียด ก่อนที่จะทำการถอดเสียง เพื่อสร้างเอกสารที่มีความถูกต้องและครบถ้วน นอกจากนี้การตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล ดำเนินการโดยการใช้วิธีสามเส้า ผ่านการเปรียบเทียบข้อมูลจากแหล่งที่มาและวิธีการที่หลากหลาย คือการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลายคน และการตรวจสอบข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง

เพื่อให้ได้มุมมองที่หลากหลายและลดอคติในการวิเคราะห์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม เลขที่ใบรับรอง IRB04/2567 ลงวันที่ 24 มกราคม 2567 ทั้งนี้ เพื่อพิทักษ์สิทธิและรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจึงใช้นามสมมติ และกำหนดรหัสแทนตัวบุคคล โดยใช้รหัส IA (Informant: Accident) เรียงลำดับตามการเข้าสัมภาษณ์ได้แก่ รหัส IA01–IA30 สำหรับกลุ่มนักเรียนและผู้ปกครอง และรหัส K01 สำหรับผู้บริหารสถานศึกษา เพื่อป้องกันการระบุตัวตนและเป็นไปตามหลักจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด

ผลการวิจัย (Result)

1. สถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนนในเด็กนักเรียนโรงเรียนบ้านหนองคูขาด

สถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนนในเด็กนักเรียนโรงเรียนบ้านหนองคูขาด ในช่วงปี พ.ศ. 2564-2566 มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยในปี 2564 มีนักเรียนที่ประสบอุบัติเหตุจำนวน 14 คน ในปี 2565 เพิ่มขึ้นเป็น 19 คน และในปี 2566 มีจำนวนเพิ่มขึ้นอีกเป็น 22 คน คิดเป็นร้อยละ 9.40 ของนักเรียนทั้งหมด และมีผู้เสียชีวิต 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.17 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนนักเรียนโรงเรียนบ้านหนองคูขาดที่ประสบอุบัติเหตุทางถนน บาดเจ็บ และเสียชีวิต ในปี พ.ศ. 2564–2566 จำแนกตามจำนวน และร้อยละ

ปี พ.ศ.	จำนวน	ประสบอุบัติเหตุ		บาดเจ็บ		เสียชีวิต	
	นักเรียน (คน)	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
2564	202	14	6.93	11	5.45	-	-
2565	196	19	9.69	14	7.14	-	-
2566	187	22	11.76	18	9.63	1	0.53
รวม	585	55	9.40	43	7.35	1	0.17

สำหรับนักเรียนที่ประสบอุบัติเหตุ เกิดหลัง 16.00 น. ร้อยละ 63.64 เป็นพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 74.55 รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 83.64 ขับรถล้มเอง ชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 60.00 ลักษณะการ ร้อยละ 80.00 ปัจจัยหลักมาจากคน ร้อยละเกิดอุบัติเหตุทางถนน พบว่า ส่วนใหญ่เกิด 83.64 พฤติกรรมเสี่ยงหลักคือ ไม่สวมหมวกอุบัติเหตุที่ถนนภายในหมู่บ้าน ร้อยละ 76.37 นิรภัย ร้อยละ 69.09 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลและลักษณะการเกิดอุบัติเหตุของนักเรียนโรงเรียนบ้านหนองคูขาด ในปี พ.ศ. 2564– 2566 จำแนกตามจำนวน และร้อยละ (n= 55)

รายการ	พ.ศ. 2564		พ.ศ. 2565		พ.ศ. 2566		รวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ								
ชาย	10	71.43	15	78.95	16	72.73	41	74.55
หญิง	4	28.57	4	21.05	6	27.27	14	25.45
รวม	14	100	19	100	22	100	55	100
ระดับชั้น								
อนุบาล	2	14.29	2	10.53	2	9.09	6	10.91
ประถมศึกษา	8	57.14	11	57.89	14	63.64	33	60.00
มัธยมศึกษา	4	28.57	6	31.58	6	27.27	16	29.09
รวม	14	100	19	100	22	100	55	100

รายการ	พ.ศ. 2564		พ.ศ. 2565		พ.ศ. 2566		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(คน)		(คน)	ละ	(คน)	ละ	(คน)	ละ
สถานที่เกิดเหตุ								
ถนนหน้า และในโรงเรียน	2	14.29	3	15.79	4	18.18	9	16.36
ถนนในหมู่บ้าน	11	78.57	15	78.95	16	72.73	42	76.37
ถนนหลวง	1	7.14	1	5.26	2	9.09	4	7.27
รวม	14	100	19	100	22	100	55	100
เวลาที่เกิดเหตุ								
ก่อน 12.00 น.	3	21.43	2	10.53	3	13.64	8	14.54
12.00-16.00 น.	2	14.28	4	21.05	6	27.27	12	21.82
หลัง 16.00 น.	9	64.29	13	68.42	13	59.09	35	63.64
รวม	14	100	19	100	22	100	55	100
ประเภทของรถ								
รถจักรยาน	1	7.14	1	5.26	4	18.18	6	10.91
รถจักรยานยนต์	13	92.86	17	89.48	16	72.73	46	83.64
รถยนต์	-	-	1	5.26	2	9.09	3	5.45
รวม	14	100	19	100	22	100	55	100
ลักษณะการเกิดเหตุ								
ขับรถล้มเอง	12	85.71	15	78.95	17	77.27	44	80.00
ถูกเฉี่ยวชน	2	14.29	4	21.05	5	22.73	11	20.00
รวม	14	100	19	100	22	100	55	100
ปัจจัยหลักของการเกิดเหตุ								
ปัจจัยจากคน	13	92.86	16	84.21	17	77.27	46	83.64
ปัจจัยจากรถ	-	-	1	5.26	2	9.09	3	5.45
ปัจจัยจากถนน	1	7.14	2	10.53	3	13.64	6	10.91
รวม	14	100	19	100	22	100	55	100

รายการ	พ.ศ. 2564		พ.ศ. 2565		พ.ศ. 2566		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(คน)		(คน)	ละ	(คน)	ละ	(คน)	ละ
พฤติกรรมเสี่ยงหลัก								
ขับรถเร็ว	1	7.14	2	10.53	3	13.64	6	10.91
ไม่สวมหมวก	11	78.57	13	68.42	14	63.64	38	69.09
นิรภัย								
ใช้โทรศัพท์	-	-	1	5.26	1	4.54	2	3.64
ฝ่าฝืน	2	14.29	3	15.79	4	18.18	9	16.36
กฎจราจร								
รวม	14	100	19	100	22	100	55	100

2. ผลกระทบของการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในเด็กนักเรียนโรงเรียนบ้านหนองคูขาด จังหวัดมหาสารคาม

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า อุบัติเหตุทางถนนไม่ได้ส่งผลเพียงแต่ความบาดเจ็บทางร่างกาย แต่สร้างผลกระทบเป็นลูกโซ่ที่สะท้อนความเปราะบางในระดับบุคคล ครอบครัว โรงเรียน และชุมชน โดยสามารถสังเคราะห์ประเด็นหลักได้ดังนี้

1. ผลกระทบทางกายวิภาคและภาวะพึ่งพา ผลการศึกษาพบว่านักเรียนที่ประสบอุบัติเหตุทั้ง 30 ราย (ร้อยละ 100) ได้รับผลกระทบทางร่างกาย โดยแบ่งเป็นผู้บาดเจ็บเล็กน้อย (แผลถลอก ฟกช้ำ) 24 ราย (ร้อยละ 80.00) และบาดเจ็บรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือมี

กระดูกหัก 5 ราย (ร้อยละ 16.67) นอกจากนี้ยังมีกรณีเสียชีวิต 1 ราย (ร้อยละ 3.33) อุบัติเหตุส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะการบาดเจ็บในจุดสำคัญ เช่น ข้อศอกและหัวเข่า ทำให้เด็กต้องเปลี่ยนสถานะเป็น "ผู้พึ่งพา" (Dependent) ในการทำกิจวัตรประจำวัน ดังคำให้สัมภาษณ์ว่า "ผมประสบอุบัติเหตุรถล้ม เข่าและข้อศอกกระแทกพื้น ช้ำจนเขียวและปวดมาก ทำให้ผมเดินกะเผลก ไปโรงเรียนไม่ไหว... ปวดข้อศอกเขียนหนังสือไม่ถนัด" (รหัส: IA12, นักเรียน, วันที่สัมภาษณ์: 7 พฤษภาคม 2567)

2. ผลกระทบทางจิตใจและความเปราะบางของสมาชิกในครอบครัว จากการศึกษาพบว่า นักเรียนที่ประสบอุบัติเหตุ

ทุกคน (ร้อยละ 100) เผชิญกับสภาวะตกใจ และเสียขวัญอย่างรุนแรง โดยพบนักเรียนที่มี อาการวิตกกังวลต่อเนื่อง ร้อยละ 16.67 และมีอาการซึมเศร้า ร้อยละ 3.33 นอกจากนี้ อุบัติเหตุยังส่งผลกระทบต่อทางจิตใจอย่างลึกซึ้ง ต่อสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะในกรณีที่มี ผู้เสียชีวิต ซึ่งก่อให้เกิด "วิกฤตความรู้สึกผิด" และภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็น ผู้สูงอายุ ส่งผลให้เกิดความขัดแย้งและการ โทษกันเองภายในครอบครัว ซึ่งสะท้อนถึง ความเปราะบางของสถาบันครอบครัวหลัง เกิดเหตุการณ์วิกฤต ดังคำให้สัมภาษณ์ว่า "ยายยังรู้สึกเศร้าเสียใจตลอด... ยายรู้สึกผิด ถ้ายายไม่ตามใจหลานด้วยการซื้อ รถมอเตอร์ไซด์ให้หลาน ก็คงไม่มีเหตุการณ์นี้ เกิดขึ้น..." (รหัส: IA04, ผู้ปกครอง, วันที่ สัมภาษณ์: 7 พฤษภาคม 2567)

3. การหยุดชะงักทางการเรียนรู้และ ภาวะถดถอยของบรรยาภาศในสถานศึกษา จากการศึกษาพบว่าอุบัติเหตุส่งผลกระทบต่อ อย่างมีนัยสำคัญต่อความต่อเนื่องทาง การศึกษาและสภาพแวดล้อมในโรงเรียน ดังนี้

การหยุดชะงักทางการเรียนรู้และ ข้อจำกัดเชิงโครงสร้าง: นักเรียนที่ประสบ อุบัติเหตุร้อยละ 16.67 (5 คน) ต้องขาดเรียน ทันทีเนื่องจากอาการบาดเจ็บรุนแรง ซึ่งใน บริบทของโรงเรียนพื้นที่ชนบทที่ "ยังไม่มี

ระบบการเรียนการสอนออนไลน์รองรับ" อย่างเต็มรูปแบบ ทำให้นักเรียนไม่สามารถ เข้าถึงการเรียนรู้ได้จากที่บ้าน ส่งผลให้เด็ก เรียนตามเพื่อนไม่ทันและสูญเสียพื้นที่ทาง สังคมที่สำคัญในวัยเรียน ก่อให้เกิดภาวะวิตก กังวลสะสมโดยเฉพาะในช่วงใกล้สอบ ดังคำ ให้สัมภาษณ์ว่า "ชีวิตมอเตอร์ไซด์ชนกับรถ ของเพื่อนทำให้กระดูกขาหักต้องนอน โรงพยาบาลและขาดเรียนเป็นอาทิตย์เลย..." (รหัส: IA014, นักเรียน, วันที่สัมภาษณ์: 8 พฤษภาคม 2567)

ภาวะถดถอยของบรรยาภาศใน สถานศึกษา: ความสูญเสียถึงแก่ชีวิตที่เกิด ขึ้นกับนักเรียนส่งผลกระทบต่อ ขวัญและกำลังใจของบุคลากรและนักเรียน ภายในสถานศึกษา บรรยาภาศโดยรวมเติม ไปด้วยความโศกเศร้าและภาวะตึงเครียด ส่งผลให้โรงเรียนต้องแบกรับภาระหน้าที่ เพิ่มเติมในการจัดกิจกรรมเยียวยาและฟื้นฟู สภาพจิตใจ เพื่อประคับประคองสถานการณ์ และดูแลสุขภาวะทางจิตสังคมของสมาชิกใน สถานศึกษาให้กลับสู่สภาวะปกติโดยเร็วที่สุด ดังที่ผู้บริหารสถานศึกษาได้สะท้อนสภาวะที่ เกิดขึ้นว่า

"หลังจากเกิดเหตุการณ์ใหม่ ๆ บรรยาภาศในโรงเรียนเงียบเหงามาก นักเรียนชั้น ม.3 ที่สูญเสียเพื่อนต่างพากัน ซึมเศร้า ไม่อยากเรียนหนังสือ... ทุกคนตกอยู่ใน ความรู้สึกผิดที่ไม่ได้ดักเตือนเพื่อน หรือ ไม่ได้อยู่ในเหตุการณ์เพื่อช่วยเหลือเพื่อนให้

รอดชีวิต ซึ่งเป็นสภาวะที่ครูและผู้บริหารต้องเข้ามาดูแลอย่างใกล้ชิด” (รหัส: K01, วันที่สัมภาษณ์: 9 กุมภาพันธ์ 2567)

4. ภาพสะท้อนความสูญเสียทรัพยากรมนุษย์และวงจรความยากจนเชิงโครงสร้าง ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าอุบัติเหตุทางถนนในเด็กนักเรียนไม่ได้เป็นเพียงเหตุการณ์ความสูญเสียเฉพาะบุคคล แต่เป็น “ต้นทุนทางสังคม” ที่สะท้อนปัญหาเชิงนโยบายในระดับมหภาค ดังนี้

4.1 การสูญเสียต้นทุนมนุษย์ในอนาคต อุบัติเหตุที่เกิดกับเด็กนักเรียนในช่วงวัย 7-12 ปี ซึ่งเป็นวัยแห่งการเรียนรู้และพัฒนาทักษะ ถือเป็นการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ที่มีค่าของชุมชนและประเทศชาติ จากการศึกษาพบว่ามึนนักเรียนเสียชีวิต 1 ราย (ร้อยละ 3.33) และบาดเจ็บรุนแรงจนเกิดภาวะพิการ 5 ราย (ร้อยละ 16.67) ความสูญเสียนี้ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงความเจ็บปวดทางกาย แต่หมายถึงการสูญเสียโอกาสในการเติบโตเป็นกำลังแรงงานที่สำคัญในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของท้องถิ่นและระดับนโยบายในอนาคต

4.2 วงจรความยากจนที่ถูกซ้ำเติมจากอุบัติเหตุ ข้อค้นพบเชิงประจักษ์ระบุว่าพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุถึง 10 ราย (ร้อยละ 33.33) ขาดการคุ้มครองตามกฎหมาย (ไม่มีพ.ร.บ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ) ส่งผลให้

ครอบครัวซึ่งส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและมีรายได้น้อย ต้องแบกรับภาระหนี้สินเฉียบพลัน ทั้งค่าซ่อมแซมพาหนะและค่าชดเชยเยียวยาผู้กรณีด้วยเงินออมของครอบครัวหรือการกู้ยืม

4.3 ค่าเสียโอกาสและช่องว่างเชิงโครงสร้าง นอกเหนือจากค่าใช้จ่ายทางตรง ผู้ปกครองในครอบครัวแอ่งกลาง (ปู่ ย่า ตา ยาย) ทั้งหมดที่มีเด็กบาดเจ็บรุนแรง จำเป็นต้องหยุดงานเพื่อทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ขาดรายได้และเกิด “ค่าเสียโอกาส” ในการผลิตผลงานทางเกษตรกรรม การที่ผู้ปกครองต้องหยุดงานเพื่อมาดูแลบุตรที่บาดเจ็บ หรือจัดการงานศพ ซึ่งนำไปสู่ปัญหาหนี้สินในระยะยาว ดังกรณีตัวอย่าง: “ยายต้องหาเงินมาจัดงานศพหลานชาย มาซ่อมรถและต้องหาเงินมาชดเชยผู้กรณีด้วย ในช่วงงานศพยายต้องหยุดขายของทำให้ขาดรายได้ หลานชายเป็นความหวังของยาย...” (รหัส: IA04, ผู้ปกครอง, วันที่สัมภาษณ์: 7 พฤษภาคม 2567) ปรากฏการณ์นี้สะท้อนให้เห็นถึงความเปราะบางของระบบคุ้มครองทางสังคมในพื้นที่ชนบท และชี้ให้เห็นว่าอุบัติเหตุทางถนนเป็นปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ครอบครัวในชุมชนติดอยู่ในวงจรความยากจนเชิงโครงสร้างอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกพบว่าผลกระทบมีการขยายตัวเป็นวงกว้าง จาก

ระดับบุคคลสู่ระดับชุมชนและเชิงนโยบาย ดัง

รายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3: การสังเคราะห์ผลกระทบจากอุบัติเหตุทางถนนในมิติเชิงปริมาณและคุณภาพจำแนกตามระดับผลกระทบ (n=30)

ระดับผลกระทบ	ประเด็นหลัก (Themes)	ข้อค้นพบเชิงปริมาณ/ประจักษ์	สาระสำคัญจากการสังเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ
ระดับบุคคล	1. ผลกระทบทางกายวิภาคและภาวะพึ่งพา	- บาดเจ็บเล็กน้อย: 24 ราย (80.00%) - บาดเจ็บรุนแรง: 5 ราย (16.67%) - เสียชีวิต: 1 ราย (3.33%)	อุบัติเหตุก่อให้เกิดความบาดเจ็บตั้งแต่แผลถลอก กระดูกหักและเสียชีวิต โดยเฉพาะการบาดเจ็บที่ข้อศอก หัวเข่า และกระดูกหัก ส่งผลให้เด็กเปลี่ยนสถานะเป็น "ผู้พึ่งพา" ในการดำเนินชีวิตประจำวันและการเรียน
ระดับครอบครัว	ผลกระทบทางจิตใจและความเปราะบางของสมาชิกในครอบครัว	- เสียขวัญ/ตกใจ: 30 ราย (100%) - วิดกกังวล/กลัว: 5 ราย (16.67%) - ซึมเศร้า: 1 ราย (3.33%)	อุบัติเหตุก่อให้เกิดภาวะเสียขวัญในเด็กและผู้ปกครอง โดยเฉพาะผู้ดูแลที่สูงอายุในครอบครัวห่วงกลางที่ต้องเผชิญกับ "วิกฤตความรู้สึกผิด" และความตึงเครียดในความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกภายในครอบครัว
ระดับโรงเรียน	การหยุดชะงักทางการเรียนรู้และภาวะถดถอยของบรรยากาศในสถานศึกษา	- ขาดเรียน: 5 ราย (16.67%) - สูญเสียปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน: 2 ราย (6.66%) - บรรยากาศในโรงเรียนซึมเศร้าหลังมีนักเรียนเสียชีวิต	การขาดเรียนระยะยาวในบริบทโรงเรียนชนบทที่ไม่มีระบบเรียนออนไลน์รองรับทำให้เด็กเรียนไม่ทันเพื่อน ขณะที่ความสูญเสียชีวิตส่งผลให้บรรยากาศในโรงเรียนซึมเศร้า ลดทอนขวัญกำลังใจของครูและนักเรียนอย่างรุนแรง

ระดับ ผลกระทบ	ประเด็นหลัก (Themes)	ข้อค้นพบเชิง ปริมาณ/ประจักษ์	สาระสำคัญจากการสังเคราะห์ ข้อมูลเชิงคุณภาพ
ระดับชุมชน และเชิง นโยบาย	ภาพสะท้อน ความสูญเสีย ทรัพยากรมนุษย์ และวงจรความ ยากจนเชิง โครงสร้าง	- พาหนะขาด พ.ร.บ. คุ้มครอง: 10 ราย (33.33%) แบบรับค่า ซ่อมแซม/ชดเชยและ ค่ารักษาพยาบาล เอง: 1 ราย (3.33%) - ค่าเสียโอกาส/หยุด งานดูแล: 100% ของ ครอบครัวผู้บาดเจ็บ รุนแรง - สูญเสียต้นทุน มนุษย์	อุบัติเหตุซ้ำเติมภาวะเศรษฐกิจของ ครอบครัวเกษตรกรผ่านค่าซ่อมรถ ค่าชดเชยและค่ารักษาพยาบาลที่ ต้องจ่ายเองเนื่องจากรถขาด พ.ร.บ. ซึ่งเป็นการสูญเสียต้นทุนมนุษย์ใน อนาคตของชุมชน และสะท้อน ช่องว่างของระบบความปลอดภัย เชิงป้องกันในพื้นที่

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

ผู้วิจัยมีประเด็นสำคัญที่นำมา
อภิปรายผล ดังนี้:

1. สถานการณ์และพฤติกรรมเสี่ยง
เชิงประจักษ์ ผลการศึกษาพบแนวโน้มการ
เกิดอุบัติเหตุที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงปี
พ.ศ. 2564 ถึง 2566 ซึ่งสะท้อนถึงความ
รุนแรงของปัญหาที่ยังไม่ได้รับการจัดการ
อย่างเบ็ดเสร็จในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะ
พฤติกรรมเสี่ยงสำคัญ คือ การไม่สวมหมวก
นิรภัย (ร้อยละ 69.09) ซึ่งสอดคล้องกับ
รายงานของ กรมควบคุมโรค กระทรวง
สาธารณสุข² และงานวิจัยของ ภาวินี เอี่ยม
ตระกูล และสรวรัตน์ ฉายพงษ์⁷ ที่ระบุว่า การ

ไม่สวมหมวกนิรภัยเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่
นำไปสู่การบาดเจ็บรุนแรงที่ศีรษะถึงแก่ชีวิต
ในกลุ่มเด็กและเยาวชนไทย นอกจากนี้ การที่
อุบัติเหตุส่วนใหญ่เกิดบนถนนภายในหมู่บ้าน
(ร้อยละ 76.37) ยังสอดคล้องกับข้อค้นพบ
ของ ภูวนาท ณรงค์รัตน์⁶ ที่ชี้ให้เห็นว่าผู้ขับขี่
ในชุมชนมักมีความชะล่าใจในเส้นทางที่
คุ้นเคยจนละเลยการใช้อุปกรณ์นิรภัย ปัจจัย
หนึ่งที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุ คือ การขับขี่ของเด็ก
ประถมศึกษา การที่นักเรียนระดับ
ประถมศึกษา (อายุ 7-12 ปี) เป็นกลุ่มที่
ประสบอุบัติเหตุเป็นส่วนใหญ่ โดยขับรถล้ม
เอง (ร้อยละ 80.00) สะท้อนถึงปัญหาการขับ
ขี่รถจักรยานยนต์โดยที่พัฒนาการทาง

ร่างกาย สติปัญญา และวุฒิภาวะทางอารมณ์ ยังไม่พร้อม เช่น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การประสานงานของร่างกาย และการตัดสินใจในสถานการณ์ฉุกเฉิน ซึ่งกฎหมายไทยไม่อนุญาตให้เด็กวัยนี้ขับขี่ (ต้องอายุ 15 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป)¹⁵

2. ผลกระทบที่เป็นลูกโซ่และวิกฤตความรู้สึกผิดในครอบครัวแห่งกลาง ประเด็นผลกระทบทางจิตใจที่สำคัญคือ "วิกฤตความรู้สึกผิด" (Guilt Complex) ในกลุ่มผู้ปกครองสูงอายุที่ต้องดูแลหลานในครอบครัวแห่งกลาง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ แจ่มจันทร์ เทศสิงห์ และคณะ⁴ ที่พบว่าอุบัติเหตุก่อให้เกิดผลกระทบทางจิตใจที่รุนแรงต่อสมาชิกในครอบครัวและชุมชนอย่างกว้างขวาง ความรู้สึกผิดจากการตามใจบุตรหลานให้ขับขี่รถจักรยานยนต์ก่อนวัยอันควร สะท้อนถึงช่องว่างในการสร้างความตระหนักรู้ด้านความปลอดภัยในระดับครัวเรือน ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลก¹ ที่เน้นย้ำว่าการบาดเจ็บของเด็กส่งผลกระทบต่อสภาวะจิตสังคมของคนในครอบครัวอย่างลึกซึ้ง

3. การหยุดชะงักทางการเรียนรู้และข้อจำกัดเชิงโครงสร้างของโรงเรียนชนบท การศึกษาพบว่านักเรียนที่บาดเจ็บรุนแรงต้องขาดเรียนและเผชิญภาวะเรียนไม่ทันเพื่อนเนื่องจากข้อจำกัดของระบบการเรียนการสอนในพื้นที่ชนบท ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงศึกษาธิการ⁵ ที่พยายามผลักดัน

มาตรการความปลอดภัยในสถานศึกษาแต่ยังคงพบความท้าทายในการจัดการเรียนรู้ต่อเนื่องเมื่อเกิดเหตุวิกฤต ภาวะถดถอยทางการเรียนรู้และบรรยากาศที่โศกเศร้าในโรงเรียนหลังการเสียชีวิตของนักเรียน เป็นประเด็นที่สอดคล้องกับงานวิจัยของ London School of Economics and Political Science (LSE)¹⁰ ที่ชี้ให้เห็นว่าอุบัติเหตุในเด็กส่งผลกระทบต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาและบรรยากาศทางสังคมในระยะยาว

4. นโยบายเชิงนโยบาย: วงจรความยากจนและระบบคุ้มครองทางกฎหมาย ข้อค้นพบที่สำคัญ คือ การที่รถจักรยานยนต์ร้อยละ 33.33 ขาด พ.ร.บ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ทำให้ครอบครัวเกษตรกรต้องแบกรับภาระหนี้สินเฉียบพลันและสูญเสียรายได้จากการหยุดงานมาดูแลผู้ป่วย ประเด็นนี้สอดคล้องอย่างยิ่งกับข้อวิเคราะห์ของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย¹¹ ที่ระบุว่าอุบัติเหตุทางถนนคือความเสียหายร้ายแรงต่อเศรษฐกิจไทยและเป็นปัจจัยที่ซ้ำเติมปัญหาความยากจนเชิงโครงสร้างของครัวเรือน การศึกษานี้จึงเป็น "ภาพสะท้อนความสูญเสียทรัพยากรมนุษย์และวงจรความยากจนเชิงโครงสร้าง" ที่หน่วยงานระดับนโยบายควรให้ความสำคัญ

สรุปผลการวิจัย อุบัติเหตุทางถนนในนักเรียนโรงเรียนบ้านหนองคูขาดช่วงปี พ.ศ. 2564–2566 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบนักเรียนประสบอุบัติเหตุรวม

55 คน (ร้อยละ 9.40) แบ่งเป็นบาดเจ็บ 43 คน (ร้อยละ 7.35) และเสียชีวิต 1 คน (ร้อยละ 0.17) ความสูญเสียดังกล่าวส่งผลกระทบต่อเรื่องเป็นลูกโซ่ใน 4 ระดับ ตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว โรงเรียน จนถึงระดับชุมชนและเชิงนโยบาย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 มาตรการด้านกายภาพ โรงเรียนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรเร่งจัดการจุดเสี่ยงบนถนนหน้าโรงเรียนและเส้นทางในหมู่บ้าน โดยติดตั้งป้ายสัญลักษณ์สัญญาณไฟเตือน และทางม้าลายเพื่อบังคับการชะลอความเร็ว

1.2 การรณรงค์สวมหมวกนิรภัย จากพฤติกรรมเสี่ยงที่ไม่สวมหมวกนิรภัยสูงถึง ร้อยละ 69.09 โรงเรียนควรทำข้อตกลงร่วมกับชุมชนในการกวดขันการสวมหมวกนิรภัย 100% แม้เป็นการเดินทางระยะสั้น

1.3 การบังคับใช้กฎหมาย พ.ร.บ. เพื่อแก้ปัญหาพาหนะขาด พ.ร.บ. (ร้อยละ 33.33) หน่วยงานท้องถิ่นควรจัดกิจกรรมอำนวยความสะดวกในการทำประกันภัยภาคบังคับ เพื่อลดภาระหนี้สินเฉียบพลันและตัดวงจรความยากจนเมื่อเกิดอุบัติเหตุ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action-Research): พัฒนานวัตกรรมด้านความปลอดภัยที่สอดคล้องกับบริบทชนบท โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

2.2 การขยายขอบเขตการศึกษา: ศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยเชิงโครงสร้างในระดับอำเภอหรือจังหวัดที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อพัฒนานโยบายความปลอดภัยในภาพกว้าง

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบคุณทุนสนับสนุนการวิจัยจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม สถาบันพระบรมราชชนก ขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม โรงเรียนบ้านหนองคูขาด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองคูขาด และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโสกภารา

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. World Health Organization. Global status report on road safety 2023 [Internet]. 2023 [cited 2025 Sep 12]; Available from: <https://www.roadssafetyngos.org/wp-content/uploads/2024/01/GSRRS-2023-launch-1.pdf>
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน พ.ศ. 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 10

- ก . ย . 2568]. เข้า ถึง ได้ จ า ก :
<https://ddc.moph.go.th/brc/main.php?filename=index-th>
3. ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน. **รายงานสรุปสถิติอุบัติเหตุทางถนนช่วงเทศกาลปีใหม่ 2568**. กรุงเทพฯ: กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย; 2568.
 4. แจ่มจันทร เทศสิงห์, จีระวรรณ ศรีจันทร์ไชย, ชาทิธนา ปัตตาลาโพธิ์, สมัย ทองพูล. **สถานการณ์และผลกระทบของการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่เทศบาลตำบลนาตุ่น อำเภอนาตุ่น จังหวัดมหาสารคาม**. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2565;4(2):239-253.
 5. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.). **สถานการณ์การบาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุทางถนนในเด็กและเยาวชน** [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 12 ก.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.niems.go.th/>
 6. ภูวนาท ณรงค์รัตน์. **การศึกษาสถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนนและผลกระทบของอุบัติเหตุ: กรณีผู้ประสบเหตุเสียชีวิต อำเภอป่าบอน จังหวัดพัทลุง**. วารสารการศึกษาศาสตร์และวิจัยการสาธารณสุข. 2567;2(1):17-34.
 7. ภาวินี เขี่ยมตระกูล, สรารัตน์ ฉายพงษ์. **การศึกษาปัจจัยพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน**. วารสารชุมชนวิจัย. 2564;15(3):30-42.
 8. กระทรวงศึกษาธิการ. **นโยบายและแนวปฏิบัติในการดูแลความปลอดภัยของนักเรียนและสถานศึกษา**. กรุงเทพฯ: กระทรวงศึกษาธิการ; 2566.
 9. ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน (ศวปถ.). **รายงานสรุปสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย พ.ศ. 2565**. กรุงเทพฯ: มูลนิธินโยบายเพื่อสุขภาพ; 2566.
 10. London School of Economics and Political Science (LSE). **The socioeconomic impact of road traffic accidents with child victims** [Internet]. 2020 [cited 2025 Oct 27]; Available from: <https://www.lse.ac.uk/news/latest-news-from-lse/a-jan-20/the-socioeconomic-impact-of-road-traffic-accidents-with-child-victims>
 11. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI). **อุบัติเหตุทางถนน: ความเสียหายร้ายแรงต่อเศรษฐกิจไทย** [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 12 ก.ย. 2568]. เข้า ถึง ได้ จ า ก : https://tdri.or.th/2017/08/econ_traffic_accidents/
 12. TDRI (Thailand Development Research Institute). **Traffic Accidents: A Major Public Health Crisis in Thailand**. [Internet]. 2021.

- [cited 2025 Oct 27]; Available from: <https://tdri.or.th/2021/01/traffic-accidents-a-major-public-health-crisis-in-thailand/>](<https://tdri.or.th/2021/01/traffic-accidents-a-major-public-health-crisis-in-thailand/>)
13. เพ็ญพัทธ์ ภูมิมาลา. รายงานข้อมูลการสำรวจการเดินทางไป-กลับของนักเรียนโรงเรียนบ้านหนองคูขาดอำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม. มหาสารคาม: โรงเรียนบ้านหนองคูขาด; 2564.
 14. ประไพพิมพ์ สุธีวสินนท์, ประสพชัย พสุนนท์. กลยุทธ์การเลือกตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ. วารสารปาริชาติ มหาวิทยาลัยทักษิณ. 2559;29(2):31-48
 15. โสริยา ชัชวาลานนท์, บรรณานิการ. คู่มือสำหรับพ่อแม่เพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านการดูแลและพัฒนาเด็กตอน เด็กวัยเรียน 6-12 ปี. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย; 2563.

ประสิทธิผลโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น

ฉัตรชัย วันดี¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มารับบริการในโรงพยาบาลเขาสวนกวาง อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง เดือนสิงหาคม ปี 2568 จำนวน 72 คน กลุ่มทดลอง 36 คน กลุ่มควบคุม 36 คนโดยกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการปฐมนิเทศ การให้ความรู้เรื่องโรค การไต่ถาม การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ความรู้และทักษะการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การส่งเสริมสุขภาพ ความรู้เรื่องการมาตรวจตามนัด ความรู้อาหารที่เหมาะสมกับโรคที่ถูกต้องใช้เวลา 15-20 นาที กิจกรรมการติดตามที่คลินิกโรคติดต่อ และกิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและครอบครัวส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการวางแผนการจำหน่ายตามปกติ เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ โดยใช้สถิติ Paired T – Test และ Independence T – Test ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลอง หลังทดลองมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สรุป โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น สามารถทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบสูงขึ้นได้

คำสำคัญ: การวางแผนจำหน่าย, คุณภาพชีวิต, โรคปอดอักเสบ

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น

Corresponding Author; Chatchai Wandee Email: Chatchai.51618@gmail.com.

Received: October 27, 2025; Revised December 27, 2025; Accepted December 29, 2025

The Effectiveness of a Discharge Planning Program on the Quality of Life of Patients with Pneumonia in Khao Suan Kwang District, Khon Kaen Province.

Chatchai Wandee¹

ABSTRACT

This quasi-experimental two-group study aimed to examine the effectiveness of a discharge planning program on the quality of life among patients with pneumonia in Khao Suan Kwang District, Khon Kaen Province. The sample consisted of 72 pneumonia patients who received services at Khao Suan Kwang Hospital, Khao Suan Kwang District, Khon Kaen Province, between May and August 2025. The experimental group included 36 patients, and the control group included 36 patients. The experimental group received a program comprising orientation activities, education about the disease, medication, environmental management, knowledge and skills for preventing infection transmission, health promotion, follow-up appointments, and appropriate diet. The activities required 15–20 minutes. In addition, the experimental group received follow-up care at the Communicable Disease Clinic and home visits for patients and their families. The control group received routine discharge planning. Data were collected using a quality-of-life questionnaire. Data analysis was performed using Paired t-test and Independent t-test. The findings revealed that the experimental group had significantly higher post-intervention quality of life compared to pre-intervention ($p < 0.05$), and significantly higher than the control group ($p\text{-value} < 0.05$). Conclusion this discharge planning program was effective in improving the quality of life of pneumonia patients.

Key word: discharge planning, pneumonia, quality of life

¹Professional Nursing, Khao Suan Kwang Hospital, Khon Kaen Province

บทนำ (Introduction)

โรคปอดบวมหรือปอดอักเสบ (Pneumonia) เป็นภาวะที่เกิดการอักเสบของเนื้อปอด ถุงลมปอด และเนื้อเยื่อโดยรอบ ซึ่งมีสาเหตุหลักมาจากการติดเชื้อ โดยเฉพาะเชื้อแบคทีเรีย ในขณะที่บางกรณีอาจเกิดจากการสัมผัสสารเคมีบางชนิด¹ เป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจ ทำให้สมรรถภาพการทำงานของปอดลดลง ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก และอาจเกิดภาวะพร่องออกซิเจน ซึ่งต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด อย่างไรก็ตาม ผลกระทบของโรคดังกล่าวไม่ได้จำกัดเฉพาะในมิติด้านสุขภาพทางกายเท่านั้น แต่ยังคงครอบคลุมถึงคุณภาพชีวิตในมิติต่าง ๆ รวมถึงมิติด้านจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งล้วนมีส่วนทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีรายงานว่าผู้ป่วยโรคปอดอักเสบมีคุณภาพชีวิตลดลงถึงร้อยละ 52²⁻⁴ จากข้อมูลข้างต้นเห็นได้ว่า โรคปอดอักเสบส่งผลกระทบต่อในวงกว้างต่อผู้ป่วยทั้งในมิติทางกาย และจิตสังคม จังหวัดขอนแก่น ในช่วงปี 2562–2564 มีผู้ป่วยจากโรคปอดอักเสบจำนวน 680, 571 และ 449 ตามลำดับ แม้จะมีแนวโน้มลดลง⁵ แต่ยังถือว่าอยู่ในระดับที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด อย่างไรก็ตาม อัตราการเสียชีวิตจากโรคปอดอักเสบไม่ได้สูงมากเมื่อเทียบกับอัตราการป่วย แต่ปัญหา

การกลับเป็นซ้ำสะท้อนถึงข้อจำกัดในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่น การรักษาที่ไม่ครบถ้วน การติดตามผู้ป่วยที่ไม่ทั่วถึง รวมทั้งปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม สุขภาพพื้นฐานของประชาชน และระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ ส่วนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในโรงพยาบาลเขาสวนกวางระหว่างปี 2565-2567 มีจำนวน 144, 197 และ 221 ราย พบว่า เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวน 39, 57 และ 82 ราย มีการกลับเป็นซ้ำจำนวน 14, 19 และ 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.89, 33.33 และ 39.02⁶ เสียชีวิตจำนวน 7, 17 และ 27 ราย คิดเป็นอัตราการตายเท่ากับร้อยละ 50, 89.47 และ 84.37 เห็นได้ว่ามีแนวโน้มที่สูงขึ้นโดยผู้ป่วยโรคปอดอักเสบกลุ่มที่มีการกลับเป็นซ้ำดังกล่าว มักประสบกับข้อจำกัดในการใช้ชีวิตประจำวัน เนื่องจากอาการเจ็บป่วยมักส่งผลต่อการทำงาน และการดูแลสุขภาพตนเองซึ่งเป็นสิ่งที่สะท้อนถึงคุณภาพชีวิตโดยตรง^{7,8} คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเป็นสภาวะสุขภาพของบุคคลที่สะท้อนถึงความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและความเป็นอยู่ที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ตลอดจนการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง โดยแนวคิดนี้ไม่ได้จำกัดเพียงการปราศจากโรคหรือความเจ็บป่วยเท่านั้น หากยังครอบคลุม

ปัจจัยทางอารมณ์ สังคม การดำเนินชีวิตประจำวัน ความสามารถในการปรับตัว ทั้งร่างกายและจิตใจ และพฤติกรรมที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม⁹ การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจึงมีความสำคัญ โดยเฉพาะการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและปรับตัวต่อภาวะสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการกลับมาเป็นซ้ำโดยการวางแผนการจำหน่ายเป็นกระบวนการสำคัญในการสนับสนุนผู้ป่วยหลังออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องและปรับตัวได้อย่างเหมาะสม⁴ อย่างไรก็ตาม การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบยังมีจำกัด ทฤษฎีการปรับตัวของรอย อธิบายว่ามนุษย์เป็นระบบที่มีการปรับตัวอย่างต่อเนื่องต่อสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อมผ่านกลไกการปรับตัวทั้งทางสรีรวิทยา อัตมโนทัศน์ บทบาทหน้าที่ และการพึ่งพาซึ่งกันและกัน การวางแผนการจำหน่ายโดยใช้แนวคิดนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบสามารถตอบสนองต่อภาวะเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม ตัวอย่างเช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายเพื่อเพิ่มการทำงานของระบบหายใจ การเสริมสร้างทัศนคติเชิง

บวกต่อสุขภาพของตนเอง การสนับสนุนบทบาทในครอบครัวและสังคม ตลอดจนการสร้างเครือข่ายการพึ่งพาและการดูแลต่อเนื่องจากบุคคลรอบข้าง เมื่อผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดีในทั้ง 4 ด้านตามแนวคิดของรอย ย่อมส่งผลให้เกิดการฟื้นตัวที่รวดเร็ว ลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า เพิ่มความมั่นใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง ตลอดจนลดโอกาสในการกลับเป็นซ้ำ ส่งผลโดยตรงต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งในระยะสั้นและระยะยาว¹⁰ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การศึกษาของ ศศิกัญจน์ สกุลปัญญาวัฒน์¹¹ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ การศึกษาของกษพร พงษ์แต่¹² พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต คือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป และด้านมีพลังกำลังใจ ส่วนการศึกษาของของ รสสุคนธ์ จารุวรรณบำรุง¹³ พบว่า ปัจจัยบางประการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และ การสนับสนุนทางสังคม โดยการวางแผนจำหน่ายจะเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวปรับตัวกับสภาพแวดล้อมหลังออกจากโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ การวางแผนจำหน่ายยังสามารถจัดการและสนับสนุนสภาพแวดล้อมทางสังคมให้เหมาะสม ลดภาระหรือความเครียดที่เกิดจากการได้รับการช่วยเหลือมากเกินไป ซึ่งจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ¹⁴

การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในโรงพยาบาลเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่นที่ผ่านมาดำเนินการวางแผนการจำหน่ายโดยใช้แนวคิด D-M-E-T-H-O-D ของกองการพยาบาลซึ่งมีโครงสร้างชัดเจนใช้ระยะเวลาสั้นๆ เพียง 15-20 นาที และครอบคลุมประเด็นพื้นฐานที่จำเป็น อย่างไรก็ตามการดำเนินงานดังกล่าวมุ่งเน้นการให้ข้อมูลมากกว่าการส่งเสริมพฤติกรรมและการติดตามผลลัพธ์รวมทั้งยังขาดระบบการติดตามเยี่ยมบ้าน จากสถิติปี 2568 พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจำนวน 18 ราย ที่กลับมารักษาซ้ำมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับ

ปานกลางถึงร้อยละ 77 และระดับต่ำถึงร้อยละ 23 และเสียชีวิตจำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 33¹⁴ จากสถานการณ์ดังกล่าวเห็นได้ว่าการวางแผนการจำหน่ายเพียงอย่างเดียวไม่สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อน การกลับเป็นซ้ำและการเสียชีวิตได้โดยการดำเนินงานดังกล่าวไม่ได้มีการเยี่ยมบ้านติดตามผล จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อคุณภาพชีวิตของโรคปอดอักเสบในอำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น โดยนำแนวคิดการเยี่ยมบ้านมาประยุกต์ร่วมกับแนวคิด D-M-E-T-H-O-D ผลจากการศึกษาผู้วิจัยจะนำไปพัฒนาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์(Objective)

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายกับกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย สูง

กว่าก่อนได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับกิจกรรมตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลเขาสวนกวาง อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น ในปี 2568 มีเนื้อหาครอบคลุมความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบ (Pneumonia) ทฤษฎีการปรับตัวของรอย แนวคิดเกี่ยวกับการวางแผนการจำหน่าย การเยี่ยมบ้าน และแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต สถานที่ในการศึกษา คือ โรงพยาบาลเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนสิงหาคม ปี 2568

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายที่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวทาง D-M-E-T-H-O-D ของกองการพยาบาลซึ่งเป็นกระบวนการพยาบาลที่มุ่งเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบก่อนกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค (Diagnosis) การใช้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง (Medicine)

การส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม การออกกำลังกาย และการควบคุมอารมณ์ (Environment/Exercise/Emotion) การปฏิบัติตามแผนการรักษาและการทำกายภาพบำบัดทางเดินหายใจ (Treatment) การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ (Health) การสังเกตอาการผิดปกติและสัญญาณเตือนของภาวะแทรกซ้อน (Observation) การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับภาวะของร่างกาย (Diet) และกิจกรรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับทฤษฎีการปรับตัวของรอย¹⁵ ที่อธิบายว่า บุคคลเป็นระบบที่ต้องปรับตัวต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ อยู่เสมอทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม โดยการวางแผนจำหน่ายดังกล่าวถือเป็น “สิ่งเร้า” ที่ส่งผลต่อกระบวนการปรับตัว หากผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมย่อมส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลที่สามารถประเมินการรับรู้ได้จาก 4 ด้านประกอบด้วย ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ดังภาพแสดงที่ 1

**โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ โรงพยาบาล
เขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น**

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 การปฐมนิเทศขณะเป็นผู้ป่วยใน ใช้เวลา 10 นาที กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรค การใช้ยา การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ความรู้และทักษะการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การส่งเสริมสุขภาพ ความรู้เรื่องการมาตรวจตามนัด ความรู้อาหารที่เหมาะสมกับโรคที่ต้องใช้เวลา 15-20 นาที

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมการติดตามที่คลินิกโรคติดต่อ ใช้เวลา 15-20 นาที

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย และครอบครัว ใช้เวลา 15-20 นาที

สัปดาห์ที่ 4 ติดตามที่คลินิกโรคติดต่อ ใช้เวลา 15-20 นาที

คุณภาพชีวิต

ด้านสุขภาพกาย
ด้านจิตใจ
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม
ด้านสิ่งแวดล้อม

ภาพแสดงที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง จำนวน 2 ครั้ง ซึ่งมีการวัดก่อนทดลองก่อนเริ่มโปรแกรมวางแผนการจำหน่าย ครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 1 และหลังทดลองเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 4

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มารับบริการในโรงพยาบาลเขาสวนกวาง อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดขอนแก่น ในปี 2568 จำนวน 206 คน ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนสิงหาคม ปี 2568 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม

G* Power Version 3.1.9.7 โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับร้อยละ 80 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 และค่าขนาดอิทธิพลของประชากร เท่ากับ 0.50 อ้างอิงการศึกษาของสุชาติดา ลือดัง และคณะ¹⁶ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 36 ราย โดยกลุ่มควบคุมได้รับการวางแผนการจำหน่ายตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดขอนแก่น โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้า

1. เป็นผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่รับบริการแบบผู้ป่วยใน (Inpatient)

ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอักเสบ (Pneumonia) และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลอยู่ในระยะที่อาการคงที่ไม่มีภาวะฉุกเฉิน และอยู่ในแผนการเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน

2. มีอายุตั้งแต่ 20 – 60 ปี สามารถเรียนรู้และปฏิบัติตามโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายได้

3. มีบุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลร่วมในการดูแลสุขภาพอย่างน้อย 1 คนที่สามารถให้การดูแล สนับสนุน และช่วยติดตามการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่บ้านได้

4. สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ สามารถตอบแบบสอบถาม และซักถามข้อสงสัยกับผู้วิจัย/พยาบาลได้อย่างชัดเจน

5. มีแผนจำหน่าย (Discharge Plan) โดยแพทย์เป็นผู้ประเมินว่าผู้ป่วยสามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้

6. ส ม ค ร ใ จ เ ข้ า ร ว ม โครงการวิจัยโดยลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed consent) ด้วยความสมัครใจ

7. สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการติดตามและประเมินผลตามแผนการวิจัยได้ พร้อมให้ความร่วมมือในการติดตามผลหลังจำหน่าย เช่น การประเมินในช่วง 2 สัปดาห์หลังจำหน่าย สามารถติดต่อสื่อสารกับผู้วิจัยได้ (ทางโทรศัพท์/การเยี่ยมบ้าน/การนัดติดตาม)

8. มีค่า Oxygen saturation (SpO₂) อยู่ในเกณฑ์คือ 92 – 94% ขณะพัก และ 94 – 96% ขณะให้ออกซิเจนเสริม

เกณฑ์ในการคัดออก

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากโรคอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ภาวะไตวายเฉียบพลัน ภาวะหัวใจล้มเหลว หรือ sepsis ที่อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยตรง

2. เข้าร่วมโครงการไม่ต่อเนื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม

ข้อมูล

1. แบบสอบถามคุณลักษณะทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา และประวัติการเป็นโรคปอดอักเสบ

2. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตโดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถาม WHOQOL-BREF ที่พัฒนาและแปลเป็นภาษาไทย โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข¹⁷ โดยผู้วิจัยนำมาจัดเรียงข้อใหม่ให้เป็นรายด้าน คือ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 27 ข้อ โดยมีระดับการวัดแบบ Likert Scale 5 ระดับ ดังนี้ 5 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด 4 คะแนน หมายถึง รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี 3 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง 2 คะแนน

หมายถึง มีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆ ครั้ง และ 1 คะแนน หมายถึง ไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการวางแผนการจำหน่าย ในครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้โปรแกรมของ เนตรชนก จุลวรรณโณ และกิตติพร เนารัศวรณ¹⁸ ที่พัฒนามาจากแนวคิด D-M-E-T-H-O-D ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยนำมา ประยุกต์โดยเพิ่มกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมการปฐมนิเทศ ขณะเป็นผู้ป่วยใน โดยการสร้างสัมพันธให้ คำแนะนำในการปฏิบัติตัวการใช้ชีวิตประจำ ในการนอนโรงพยาบาล กฎกติกาในการปฏิบัติ ตัว การเฝ้าไข้ การเยี่ยม และประสานแรงงาน โภชนากร และเภสัชกรใช้เวลา 10 นาที

กิจกรรมการส่งเสริมความรู้ ประกอบด้วย เนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค และการปฏิบัติตัวขณะป่วยเป็นโรคปอดอักเสบ การแนะนำการใช้ยาและอาการข้างเคียงจากยา การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคโดยใช้แล้วซักถามความ เข้าใจแล้วอธิบายซ้ำในหัวข้อที่ผู้ป่วยยังไม่ เข้าใจจนเข้าใจ และให้ความรู้เพิ่มเติม เกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม แผนการรักษาต่อเนื่อง การส่งเสริมฟื้นฟู สภาพทางร่างกายจิตใจและสิ่งเสพติดที่ต้อง หลีกเลี่ยง การมาตรวจตามนัด การส่งต่อให้

รับการดูแลต่อเนื่อง พร้อมแนะนำหลังจาก อธิบายความรู้ในแผ่นพับแล้ว ผู้วิจัยเปิด โอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามข้อสงสัย แล้วให้ ความรู้ซ้ำอีกครั้งในหัวข้อที่ยังไม่เข้าใจจน เข้าใจถูกต้องทุกหัวข้อ ใช้เวลา 15-20 นาที

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมการติดตามที่ คลินิกโรคติดต่อเมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ตาม นัด ใช้เวลา 15-20 นาที

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วย และครอบครัวเพื่อประเมินความรู้ซ้ำ อีกครั้งหลังจากได้รับการวางแผนจำหน่าย โดยทีมสหวิชาชีพ ซักถามข้อสงสัย ตอบ คำถามพร้อมให้กำลังใจใช้เวลา 15-20 นาที

สัปดาห์ที่ 4 ติดตามที่คลินิก โรคติดต่อเมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด และ ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิต ใช้ เวลา 15-20 นาที

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยไม่ได้นำมาตรวจสอบคุณภาพเชิง เนื้อหา และไม่ได้ตรวจสอบความเที่ยงของ เครื่องมือ (Reliability) เนื่องจากเป็นเครื่องมือ มาตรฐาน

2. โปรแกรมการวางแผนการ จำหน่ายผู้วิจัยตรวจสอบหาความตรงเชิง เนื้อหา โดยเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์อายุรกรรม 1 ท่าน

นักวิชาการสาธารณสุข 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญระเบียบวิธีวิจัย และการประเมินผล 1 ท่าน และนำมาวิเคราะห์ ค่าความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า CVI เท่ากับ เท่ากับ 0.94

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทีมเก็บข้อมูลหลัก ประกอบด้วย ผู้ช่วยนักวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน โดยผู้วิจัยเตรียมความพร้อมผู้ช่วยนักวิจัยโดยให้ความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล การได้มาซึ่งความยินยอมของอาสาสมัคร หลักจริยธรรม และการบันทึกข้อมูลในแบบสอบถามโดยให้ผู้ช่วยนักวิจัยได้ทดลองเก็บข้อมูลจำนวน 5 รายซึ่งเป็นกลุ่มอาสาสมัครที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลโดยผู้วิจัย

2. ผู้วิจัยเข้าพบอาสาสมัครที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยโดยแยกพื้นที่ใช้ห้องให้คำปรึกษา

3. ผู้ช่วยนักวิจัย เก็บข้อมูลอาสาสมัครกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปที่ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส สรรสนิสัยการรักษาระก้นสุขภาพ ประวัติการเป็นโรคปอดอักเสบ และมาตรวจตามแพทย์นัด

และแบบประเมินคุณภาพชีวิตก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

4. เพื่อไม่ให้รบกวนเวลาในการได้รับผลการผู้วิจัยกำหนดเวลาในการเก็บข้อมูลก่อนวันจำหน่าย คือ เมื่ออาสาสมัครอยู่ในสภาพพร้อมไม่ระหว่างหัตถการโดยใช้เวลา 10-15 นาที และหลังจำหน่ายตามแผนการวิจัย

5. เพื่อไม่ให้กระทบต่อการปฏิบัติงานของผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย ผู้วิจัยกำหนดเวลา คือ ไม่อยู่ในเวลาราชการที่ปฏิบัติงานประจำโดยได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น และกำหนดจำนวนอาสาสมัคร ไม่เกินวันละ 2 ราย

6. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของแบบสอบถามก่อนนำเข้าสู่การวิเคราะห์

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยใช้สถิติการวิจัย ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป กรณีที่ตัวแปรที่มีลักษณะเป็นข้อมูลแจกแจงนับซึ่งมีระดับการวัดเป็นนามสเกล และอันดับสเกล ใช้การแจกแจงความถี่ และร้อยละ และกรณีที่ตัวแปรที่มีลักษณะเป็นข้อมูลต่อเนื่องซึ่งมีมาตราวัดเป็นอัตราส่วนสเกล ใช้สถิติในการ

แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติ Paired T – Test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง

3. สถิติ Independence T – Test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยยึดหลักความเคารพในบุคคล คำนึงและเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์มีอิสระในการตัดสินใจและให้ยินยอม ให้ความเป็นส่วนตัวและรักษาความลับ หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย และหลักความยุติธรรม โดยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่โครงการวิจัย REC 047/ 2568 รับรองเมื่อวันที่ 19 สิงหาคม 2568

ผลการวิจัย (Result)

1. ข้อมูลทั่วไปพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.55 จำนวน 40 ราย มีอายุระหว่าง 48-60 ปี ร้อยละ 45.83 จำนวน 33 ราย อาชีพเกษตรกรร้อยละ 38.88 จำนวน 28 ราย ระดับการศึกษา

ประถมศึกษา ร้อยละ 41.66 จำนวน 30 ราย รายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 43.05 จำนวน 31 ราย สถานภาพสมรสสมรส ร้อยละ 52.77 จำนวน 38 ราย สิทธิการรักษาประกันสุขภาพ ร้อยละ 62.50 จำนวน 45 ราย เคยเป็นโรคปอดอักเสบ 1 ครั้ง ร้อยละ 55.55 จำนวน 40 รายและมาตรวจตามแพทย์นัดตรงตามนัดร้อยละ 69.44 จำนวน 50 ราย

2. ผลการประเมินคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านสุขภาพกาย หลังทดลอง (Mean= 3.95 SD= 0.55) และก่อนทดลอง (Mean= 2.85 SD= 0.0) 2.85 ± 0.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ด้านจิตใจหลังทดลอง (Mean= 4.10 SD= 0.50) สูงวก่อนทดลอง (Mean= 2.95 SD= 0.70) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ด้านสัมพันธภาพทางสังคมหลังทดลอง (Mean= 4.05 SD= 0.45) สูงวก่อนทดลอง (Mean= 3.00 SD= 0.55) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และด้านสิ่งแวดล้อมหลังทดลอง (Mean= 3.90 SD= 0.50) สูงวก่อนทดลอง (Mean= 2.80 SD= 0.65) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) กลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านสุขภาพกายหลังทดลอง (Mean= 3.05 SD= 0.60) และก่อนทดลอง (Mean= 2.90 SD= 0.65) แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ $p = 0.21$ ด้านจิตใจหลังทดลอง (Mean= 3.10 SD= 0.70) และก่อนทดลอง (Mean= 3.00 SD= 0.75) แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($p = 0.32$) ด้านสัมพันธภาพทางสังคมหลังทดลอง (Mean= 3.15 SD= 0.60) และก่อนทดลอง (Mean= 3.05 SD= 0.55) แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.27$) ด้านสิ่งแวดล้อมหลังทดลอง (Mean= 2.95 SD= 0.65) และก่อนทดลอง (Mean= 2.85 SD= 0.70) แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.30$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตรายด้านของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง

ด้านคุณภาพชีวิต	กลุ่ม	ก่อนทดลอง (n =36)		หลังทดลอง (n = 36)		p-value
		Mean	S.D	Mean	S.D	
สุขภาพกาย	ทดลอง	2.85	0.60	3.95	0.55	< 0.001*
	ควบคุม	2.90	0.65	3.05	0.60	0.21
จิตใจ	ทดลอง	2.95	0.70	4.10	0.50	< 0.001*
	ควบคุม	3.00	0.75	3.10	0.70	0.32
สัมพันธภาพทางสังคม	ทดลอง	3.00	0.55	4.05	0.45	< 0.001*
	ควบคุม	3.05	0.55	3.15	0.60	0.27
สิ่งแวดล้อม	ทดลอง	2.80	0.65	3.90	0.50	< 0.001*
	ควบคุม	2.85	0.70	2.95	0.65	0.30

* นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

3. ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายของกลุ่มทดลองพบว่า หลังทดลอง (Mean= 4.00

SD= 0.50) มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนทดลอง (Mean= 2.90 SD= 0.60) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง

คุณภาพชีวิต	ก่อนทดลอง (n=36)		หลังทดลอง (n=36)		Mean difference	95% CI of μ_d	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
กลุ่มทดลอง	2.90	0.60	4.00	0.50	1.10	0.90–1.30	0.001*

* นัยสำคัญทางสถิติที่ .05

4. ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ก่อนทดลอง กลุ่มทดลอง (Mean= 2.90 SD= 0.60) และกลุ่มควบคุม (Mean= 2.95 SD= 0.65) แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p= 0.77) หลังทดลองกลุ่มทดลอง (Mean= 4.00 SD= 0.50) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean= 3.05 SD= 0.60) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง

คุณภาพชีวิต	กลุ่มทดลอง (n=36)		กลุ่มควบคุม (n=36)		Mean difference	95% CI of μ_d	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
ก่อนทดลอง	2.90	0.60	2.95	0.65	0.05	-0.42 - 0.32	0.77
หลังทดลอง	4.00	0.50	3.05	0.60	0.95	0.66 - 1.24	0.001*

* นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย

(Discussion and Conclusion)

จากสมมติฐานในครั้งนี้ คือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบหลัง

ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย สูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับกิจกรรมตามปกติ ผลการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรค

ปอดอักเสบหลังได้รับโปรแกรมการวางแผน
จำหน่าย สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการ
วางแผนจำหน่าย และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับ
กิจกรรมตามปกติอธิบายได้ว่า โปรแกรมการ
วางแผนจำหน่ายที่นำมาใช้มีความแตกต่าง
จากการพยาบาลตามปกติโดยเฉพาะในด้าน
ความเป็นระบบ ความต่อเนื่อง และความ
เฉพาะเจาะจงต่อความต้องการของผู้ป่วยแต่
ละราย กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตาม
แนวทางปกติของโรงพยาบาล ซึ่งโดยทั่วไปจะ
เน้นการรักษาทางกายเป็นหลัก และมีการให้
คำแนะนำก่อนจำหน่ายในลักษณะทั่วไปและ
ระยะเวลาจำกัด ทำให้ผู้ป่วยบางรายอาจยัง
ขาดความเข้าใจ ความมั่นใจ และทักษะที่
จำเป็นในการดูแลตนเองหลังกลับบ้าน
ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการ
วางแผนจำหน่ายที่ครอบคลุมหลาย
องค์ประกอบ ได้แก่ การประเมินปัญหาและ
ความต้องการรายบุคคล การให้ความรู้
เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัว การซื้อยา การ
ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การสาธิตทักษะที่
จำเป็น การสนับสนุนด้านจิตใจและการมีส่วน
ร่วมของครอบครัว ตลอดจนการเยี่ยมบ้านที่
ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และความ
มั่นใจในการจัดการกับภาวะเจ็บป่วยของ
ตนเองได้ดีขึ้น ส่งผลให้สามารถปรับตัวต่อ
การเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพและการดำเนิน

ชีวิตหลังจำหน่ายได้อย่างเหมาะสม
สอดคล้องกับทฤษฎีการปรับตัวของรอย¹⁵ ซึ่ง
มองว่ามนุษย์เป็นระบบที่ต้องเผชิญกับสิ่งเร้า
ภายในและภายนอก และมีความสามารถในการ
ปรับตัวผ่านกลไกการเผชิญปัญหา
โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายทำหน้าที่เป็น
“สิ่งเร้าเชิงบวก” ที่ช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนากลยุทธ์
การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม ทั้งในมิติ
ร่างกาย จิตใจ บทบาทหน้าที่ และความสัมพันธ
กับผู้อื่น สอดคล้องกับการศึกษาของสุดาสุวรรณ¹⁶
ตรรกทวิผล และคณะ¹⁹ ที่พบว่า ผู้ป่วยโรค
เนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่ได้รับการวางแผน
จำหน่าย มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตแรก
รับ ก่อนจำหน่าย และหลังจำหน่าย 1 เดือน
ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมเมื่อ
เปรียบเทียบรายคู่ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย
เพิ่มขึ้นทุกคู่ สอดคล้องกับผ่องแก้ว คลังคา
และคณะ²⁰ ที่พบว่า การวางแผนจำหน่าย
โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวหรือผู้ดูแล
พบว่า มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28
วัน ลดลงจากร้อยละ 7.5 เป็นร้อยละ 7.1
สอดคล้องกับชไมพร บัวพิน และคณะ²¹ ที่
พบว่า ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติทางการ
พยาบาลการวางแผนจำหน่าย หลังการ
ทดลองผู้ป่วยกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย
คุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อน การทดลองอย่างมี
นัยสำคัญ และผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือด

สมองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กล่าวโดยสรุปผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐาน คือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย และสูงกว่ากลุ่มที่รับกิจกรรมตามปกติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลงานการวิจัยไปใช้ประโยชน์

จากผลการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ผู้วิจัยขอเสนอแนวทางการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

1. การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ควรมีแนวทางการดำเนินงาน เช่น การจัดการอาการปวดตามร่างกาย การนอนหลับ ติดตามความร่วมมือในการรับประทานยา
2. ส่งเสริมการรู้สึกรู้สีกมีคุณค่าในตนเอง เช่น การสนับสนุนการทำงานอย่างผู้ป่วยเคยทำมา
3. ส่งเสริมให้มีกิจกรรม 5 ส ในพื้นที่เพื่อให้เกิดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยที่เหมาะสม
4. ควรส่งเสริมทีมสหวิชาชีพให้มีส่วนร่วมในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย รวมทั้งสนับสนุนการมีเพื่อนบ้านช่วยให้กำลังใจ

รวมทั้งการส่งเสริมให้ได้รับข้อมูลข่าวสารตามความจำเป็น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษานี้มีระยะเวลาการติดตามผลหลังจำหน่ายยังเป็นระยะสั้นซึ่งยังไม่สามารถสะท้อนผลลัพธ์ในระยะยาวได้อย่างชัดเจนจึงควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาให้มากขึ้นเช่น 6 เดือน หรือ 12 เดือน

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. สุภัตตรา อินทร์คำน้อย. การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว ตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 2563; 23(2): 148-160.
2. เสาวณีย์ วรอุมางกูร, ญัฐติ ชูกิจรุ่งโรจน์. ผลกระทบของโควิด-19 ต่ออาการทั่วไป สมรรถภาพการทำงาน สมรรถภาพปอด และคุณภาพชีวิตหลังติดเชื้อไม่เกิน 6 เดือนในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2567; 33(2): 199-207.
3. อภิสิทธิ์ ตามสัตย์. การประเมินความรุนแรงของอาการโรคปอดอักเสบในผู้ป่วยอายุรกรรม. วารสารพยาบาลทหารบก. 2565;23(1):483-493.
4. สุานิตร์ ใจการ, ธีรณัฐ วงศ์เจริญ. อุบัติการณ์และผลกระทบของโรค

- ปลอดอักษบ. โรงพยาบาลปง. วารสาร
พยาบาลทหารบก. 2564;22(1):351-353.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น.
ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และ
สุขภาพ Health Data Center (HDC)
ระดับจังหวัด[อินเทอร์เนต]. 2568.
[เข้าถึงเมื่อ 25 มีนาคม 2568] เข้าถึงได้
จ ก
[https://hdcservice.moph.go.th/hdc/
main/index.php](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php)
 6. งานเวชสถิติ โรงพยาบาลเขาสวนกวาง.
รายงานสถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลเขา
สวนกวาง ปี 2568. ขอนแก่น:
โรงพยาบาลเขาสวนกวาง; 2568.
 7. รชยา พิทักษ์ภรณ์. ปัจจัยพยากรณ์การ
เกิดโรคปอดอักเสบรุนแรงจากโรคโค
วิด-19ในเด็กโรงพยาบาลปัตตานี.
วารสารกุมารเวชศาสตร์.
2567;63(1):47-57.
 8. ปองนุช บุญยไพศาลเจริญ. สาเหตุและ
ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการเสียชีวิต
ของ ผู้ป่วย ปอด อัก เส บ ใน
โรงพยาบาลสิงห์บุรี. โรงพยาบาล
สิงห์บุรีเวชสาร. 2562;28(1):43-54.
 9. พรวิภา ปันทะ, วรรัตน์ ทาตายุ, วิน
เดชะเคหะกิจ, ประรณนา ปันทะ, ฌภัทร
เพชรกป, พีรวิญญ์ อะทะเสน. ปัจจัยที่
สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้อง
กับสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล
แบบประคับประคองในโรงพยาบาล
 - ลำปาง. เชียงรายเวชสาร.
2566;15(3):112-121.
 10. จิตติพร ช่างษ์. โมเดลความสัมพันธ์
เชิงสาเหตุของการปรับตัวของ
พนักงานอุตสาหกรรมการท่องเที่ยว
ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ
COVID-19 โดยมีการเผชิญปัญหา
เป็นตัวแปรส่งผ่าน[วิทยานิพนธ์
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ:
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2564.
 11. ศศิภา ญจน์ สกมล ปัญญวัฒน์.
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ
ผู้สูงอายุ ชุมชนตำบลบ้านสวน
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี.
วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2561;
28(2): 236-243.
 12. กชพร พงษ์แต่, จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช,
มยุลี สำราญญาติ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่รอด
ชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต. พยาบาล
สาร. 2564;48(1):281-294.
 13. รสสุคนธ์ จารุวรรณบำรุง. ปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้าน
สุขภาพของเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซี
เมีย [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2561.
 14. คณินิจ ศรีชะโคตร, พจนิษฐ์ ชูลีลัง,
เบญจพร เองวานิช, บุญมี ชุมพล, สุวัล
ยา ศรีรักษา. การพัฒนารูปแบบการ
วางแผนจำหน่ายแบบบูรณาการใน

- ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสาร
สภาการพยาบาล. 2565; 37(3): 20-43
15. Roy C. The Roy adaptation model.
2nd ed. Stamford (CT): Appleton &
Lange; 1999.
 16. สุชาดา ลือด้ง. ผลของโปรแกรมการ
วางแผนจำหน่ายอย่างสมบูรณ์แบบ
ต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
ในผู้ป่วยและการกลับเข้ารับรักษาใน
หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม
[วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต]. เชียงใหม่ :
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2566.
 17. กรมสุขภาพจิต. แบบสอบถาม
WHOQOL-BREF ฉบับภาษาไทย.
กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2545.
 18. เนตรชนก จุละวรรณโณ, กิตติพร เนาว์
สุวรรณ. ผลของโปรแกรมการวางแผน
จำหน่ายแบบ D-METHOD ต่อความรู้
และพฤติกรรมการดูแลตนเองของ
ผู้ป่วยวัณโรคในหอผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลสะเตา. วารสารศาสตร์
สุขภาพและการศึกษา. 2568; 5(1): 1-13.
 19. สุดาสุวรรณค์ ตรรกทวีผล, เตือนใจ สิ้น
อำไพสิทธิ์, ภูริพงษ์ เจริญแพทย์, ยุพิน
เรืองพิสิฐ. ประสิทธิผลของรูปแบบ
การวางแผนจำหน่ายต่อคุณภาพชีวิต
ของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลัง
ผ่าตัด. วารสารวิชาการกรมสนับสนุน
บริการสุขภาพ. 2567; 20(2): 27-38.
 20. ฝนแก้ว คลังคา, วิลาวัณย์ จันโทริ, อำ
ภา ทาเวียง. การพัฒนารูปแบบการ
วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคปอด
อักเสบโดยการมีส่วนร่วมของ
ครอบครัวหรือผู้ดูแล. วารสาร
มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล.
2562; 32(2): 40-50.
 21. ชไมพร บัวพิน, พรชัย จุลเมตต์, นิยม
พิสิฐพิพัฒนา. ประสิทธิผลของแนว
ปฏิบัติทางการพยาบาลการวางแผน
จำหน่ายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วารสาร
เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและ
สาธารณสุขภาคใต้. 2562; 6(1): 51-62.

การศึกษาเปรียบเทียบผลจากการฉีดสเตียรอยด์หลังการผ่าตัด แผลเป็นคิลอยด์ที่ใบหูในห่องผ่าตัดทันทีกับการฉีดสเตียรอยด์ หลังการผ่าตัดแผลเป็นคิลอยด์ที่ใบหู 1 สัปดาห์

ณัฐวัฒน์ ธีระเจริญพงศ์¹

บทคัดย่อ

การผ่าตัดแผลเป็นคิลอยด์ร่วมกับฉีดสเตียรอยด์ ลดการเกิดซ้ำของแผลเป็นคิลอยด์ได้มากกว่าการผ่าตัดเพียงอย่างเดียว ระยะเวลาของการฉีดสเตียรอยด์หลังผ่าตัดสามารถทำได้ 2 ช่วง คือ หลังผ่าตัดทันทีและหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ ซึ่งยังไม่มีรายงานการศึกษาผลลัพธ์การรักษาและภาวะแทรกซ้อนของทั้งสองวิธีอย่างชัดเจน งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบย้อนหลังจากเวชระเบียนของผู้ป่วยระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2564 ถึงธันวาคม พ.ศ. 2565 ตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออกจำนวน 20 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ กลุ่มละ 10 คน คือ กลุ่มที่ได้รับการฉีดสเตียรอยด์หลังผ่าตัดทันทีและหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้คือ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและแบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการฉีดสเตียรอยด์หลังผ่าตัดทันทีเกิดแผลเป็นนูนแดงซ้ำหลังผ่าตัดซึ่งต้องได้รับการฉีดสเตียรอยด์ที่ 1, 2 และ 3 เดือนเพิ่มขึ้น 1.25 เท่า และเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่ 1 สัปดาห์มากกว่าร้อยละ 10 แต่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่ 1, 2 และ 3 เดือนน้อยกว่าร้อยละ 10 และร้อยละ 20 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการฉีดสเตียรอยด์หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ สรุปได้ว่า การฉีดสเตียรอยด์หลังผ่าตัดแผลเป็นคิลอยด์ใบหูทำได้ทั้งสองช่วงเวลา คือ หลังผ่าตัดทันทีกับหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ โดยผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: แผลเป็นคิลอยด์ใบหู , การผ่าตัดแผลเป็นคิลอยด์ , การฉีดสเตียรอยด์ , ภาวะแทรกซ้อน

¹ ศัลยแพทย์ตกแต่ง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Received: October 03, 2025; Revised December 29, 2025; Accepted December 29, 2025

A Comparative Study of Immediate Intraoperative versus 1-Week postoperative steroid injection after auricular keloid excision

Nattawat Thirjaroenpong¹

ABSTRACT

The steroid injection after keloid surgery reduces risk of keloid recurrence compared with keloid surgery alone. The steroid injection could perform immediately after surgery and 1-week post operation. No study compared results and complications between these timings. This study was a retrospective comparative study based on medical records between June 2021 and December 2022. A total of 20 patients who met the inclusion and exclusion criteria were enrolled and divided into two groups of 10 patients each: those who received intralesional steroid injection immediately after auricular keloid excision in the operating room and those who received steroid injection 1 week postoperatively. Data collection tools included forms for general patient information and clinical data. The results showed that patients who received immediate postoperative steroid injection had a 1.25-fold higher rate of recurrent erythematous hypertrophic scarring requiring additional steroid injections at 1, 2, and 3 months, and a 10% higher incidence of postoperative complications at 1 week. However, they had lower rates of postoperative complications at 1, 2, and 3 months by 10% and 20%, respectively. These differences were not statistically significant when compared with patients who received steroid injection 1 week after surgery. The result found intraoperative steroid injections after auricular keloid surgery increase risk of keloid recurrence needs additional steroid injection 1.25 times at 1-month, 2-month and 3-month post operation and increases risk of 1-week complication 10%. But decrease risk of 1-month, 2-month, 3-month complication 10-20%, not statistically significant, compared with 1-week postoperative steroid injection group. Conclusion that steroid injection after auricular keloid surgery could perform intraoperative and 1-week postoperative. No statistically significant keloid recurrence and complications between two groups.

Key words: auricular keloid, keloid surgery, steroid injection, complications

¹Plastic surgeon, Kalasin hospital

บทนำ (Introduction)

แผลเป็นคิลอยด์เกิดจากกระบวนการหายของบาดแผลที่ผิดปกติ ทำให้เกิดแผลเป็นนูนเกินกว่าขอบเขตของบาดแผล แผลเป็นคิลอยด์ที่พบบ่อยใหญ่เกิดจากการเจาะหู อาจทำให้เกิดอาการเจ็บหรือคัน และลักษณะเป็นก้อนนูนส่งผลให้เกิดความเครียดต่อผู้ป่วยทั้งในการดำเนินชีวิตประจำวันและการทำงาน¹ การรักษาแผลเป็นคิลอยด์ทำได้ยาก เนื่องจากมีโอกาสเกิดซ้ำได้สูง แม้ว่าจะมีวิธีการรักษามากมาย เช่น การผ่าตัด การฉีดสเตียรอยด์ การฉายรังสี การกดทับ การจี้ด้วยเลเซอร์คาร์บอนไดออกไซด์ การจี้ด้วยความเย็น เป็นต้น² มีรายงานการศึกษาที่พบว่า การรักษาคิลอยด์ใบหูด้วยหลายวิธีร่วมกัน ได้แก่ ผ่าตัด enucleation & core fillet flap ร่วมกับการฉีดสเตียรอยด์ระหว่างผ่าตัด และฉายรังสีหลังผ่าตัดทันที ให้ผลลัพธ์ที่ดี โดยมีอัตราการกลับเป็นซ้ำเพียงร้อยละ 6.7 ในระยะติดตามเฉลี่ย 24 เดือน และไม่พบภาวะแทรกซ้อนรุนแรง³ อย่างไรก็ตาม การผ่าตัดแผลเป็นคิลอยด์ร่วมกับการฉีดสเตียรอยด์สามารถช่วยลดการเกิดซ้ำของแผลเป็นคิลอยด์ได้มากกว่าการผ่าตัดเพียงอย่างเดียว⁴ ถึงแม้ว่าการฉีดสเตียรอยด์ที่แผลผ่าตัดอาจลดความแข็งแรงของแผลและเกิดแผลแยกได้ เนื่องจากสเตียรอยด์มีฤทธิ์ยับยั้งการเจริญเติบโตของ

เซลล์ ลดกระบวนการอักเสบและการทำงานของเซลล์ไฟโบรบลาสต์ ซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญของการหายของแผล⁵ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การฉีดสเตียรอยด์ร่วมกับการผ่าตัดแผลเป็นคิลอยด์มีทั้งฉีดหลังผ่าตัดทันที⁶⁻⁸ และฉีดหลังตัดใหม่ 7 วัน⁹⁻¹² ซึ่งทั้งสองวิธีสามารถลดการเกิดซ้ำของแผลเป็นคิลอยด์ใกล้เคียงกันคือ ลดเหลือร้อยละ 5.7-26.2⁶⁻⁸ และร้อยละ 0-16.6⁹⁻¹³ ตามลำดับ โดยมีรายงานการเกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มที่ได้รับการฉีดสเตียรอยด์หลังการผ่าตัดทันที มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการฉีดสเตียรอยด์หลังตัดใหม่ 1 สัปดาห์คือร้อยละ 8.5-22.8⁷ ไม่พบการศึกษาเปรียบเทียบการรักษาทั้งสองกลุ่มอย่างชัดเจน

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ระดับ S ขนาด 570 เตียง ให้บริการด้านการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ จากการทบทวนสถิติผู้ป่วยแผลเป็นคิลอยด์ที่เข้ารับการรักษาในช่วงปี พ.ศ. 2561–2563 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยรวมทั้งสิ้น 5, 6 และ 9 ราย ตามลำดับ โดยในแต่ละปีมีผู้เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 0, 2 และ 8 ราย และในแผนกผู้ป่วยในจำนวน 5, 4 และ 1 ราย ตามลำดับ¹⁴ การรักษาผู้ป่วยแผลเป็นคิลอยด์บริเวณใบหูของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ รักษา

โดยการผ่าตัดร่วมกับฉีดสเตียรอยด์หลังการผ่าตัด ซึ่งมีทั้งในการฉีดสเตียรอยด์หลังผ่าตัดทันทีในห้องผ่าตัด และนัดมาฉีดสเตียรอยด์ 7 วันหลังตัดใหม่ อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่ปรากฏหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนในการเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการรักษาทั้งสองแนวทางดังกล่าว ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติงานในฐานะศัลยแพทย์ตกแต่ง จึงมีความสนใจที่จะศึกษาวิจัยเชิงเปรียบเทียบผลของการฉีดสเตียรอยด์หลังการผ่าตัดแผลเป็นคิลอยด์บริเวณใบหู โดยเปรียบเทียบระหว่างการฉีดสเตียรอยด์หลังการผ่าตัดแผลเป็นคิลอยด์ที่ใบหูในห้องพักผ่าตัดทันทีกับการฉีดสเตียรอยด์หลังการผ่าตัดแผลเป็นคิลอยด์ที่ใบหู 1 สัปดาห์ เพื่อประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัยของแนวทางการรักษาทั้งสองรูปแบบอย่างเป็นรูปธรรม อันจะนำไปสู่การพัฒนามาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยแผลเป็นคิลอยด์บริเวณใบหูให้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ (Objective)

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาระยะสั้นและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยแผลเป็นคิลอยด์ที่หูของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฉีดสเตียรอยด์หลังผ่าตัดทันที

กับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฉีดสเตียรอยด์หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์

วิธีการดำเนินการวิจัย (Methodology)

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงเปรียบเทียบย้อนหลัง (Retrospective review) ศึกษาในประชากรผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2564 ถึงธันวาคม พ.ศ. 2565 จำนวน 20 คน เนื่องจากการศึกษาเชิงเปรียบเทียบย้อนหลังและมีจำนวนผู้ป่วยจำกัด แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ กลุ่มละ 10 คน ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับการฉีดสเตียรอยด์ภายหลังการผ่าตัดแผลเป็นคิลอยด์ที่ใบหูในห้องพักผ่าตัดทันที และกลุ่มที่ได้รับการฉีดสเตียรอยด์ภายหลังการผ่าตัดแผลเป็นคิลอยด์ที่ใบหูภายใน 1 สัปดาห์ เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย กำหนดเกณฑ์คัดเข้าคือ 1) ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นแผลเป็นคิลอยด์บริเวณใบหู และได้รับการผ่าตัดแผลเป็นคิลอยด์ร่วมกับการฉีดสเตียรอยด์ที่แผนกศัลยกรรมตกแต่ง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และ 3) ข้อมูลเวชระเบียนครบถ้วนและสามารถติดตามผลการรักษาได้อย่างน้อย 3 เดือนหลังผ่าตัดในช่วงเวลาที่ศึกษา เกณฑ์คัดออกคือ 1) ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากการผ่าตัดหรือการฉีดสเตียรอยด์ และ 2) ผู้ป่วยได้รับการรักษาเสริมอื่นๆ ที่อาจส่งผล

ต่อการหายของแผลเป็นคิลอยด์ เช่น ฉายรังสีหรือรักษาด้วยเลเซอร์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและแบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ และลักษณะของแผลเป็นคิลอยด์วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา แสดงผลเป็นจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบผลลัพธ์การรักษาระหว่างกลุ่ม วิเคราะห์โดยคำนวณค่าความแตกต่างของความเสียหายสัมบูรณ์ (absolute risk difference) และอัตราส่วนความเสี่ยง (risk ratio) พร้อมรายงานช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval; 95% CI) การทดสอบความแตกต่างทางสถิติของผลการรักษาระหว่างกลุ่มดำเนินการโดยใช้ Fisher's exact test เนื่องจากขนาดกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เลขที่ COA 014-2021 เมื่อวันที่ 22 กันยายน 2564

ผลการวิจัย (Result)

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยแผลเป็นคิลอยด์ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 20 ราย โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดสเตียรอยด์หลังการผ่าตัดจำนวน 10 ราย และผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดสเตียรอยด์หลังการผ่าตัดแผลเป็นคิลอยด์ที่ใบหู 1 สัปดาห์จำนวน 10 ราย ผลการศึกษา มีรายละเอียดดังนี้

ข้อมูลทั่วไปและคุณลักษณะทางคลินิก

ข้อมูลทั่วไปและคุณลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยที่มีแผลเป็นคิลอยด์ที่ใบหูพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดสเตียรอยด์หลังการผ่าตัดแผลเป็นคิลอยด์ที่ใบหูในช่องผ่าตัดทันทีและกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดสเตียรอยด์หลังการผ่าตัดแผลเป็นคิลอยด์ที่ใบหู 1 สัปดาห์ มีอายุเฉลี่ย 32.40 ± 21.65 ปี และ 25.80 ± 7.33 ปี ตามลำดับ ($p\text{-value} = 0.38$) มีสาเหตุของการเป็นคิลอยด์ที่หูจากการเจาะหู ร้อยละ 90 และ 100 ตามลำดับ ($p\text{-value} = 1.00$) ส่วนมากมีตำแหน่งคิลอยด์ที่บริเวณ Helical rim ร้อยละ 60 และ 70 ตามลำดับ ($p\text{-value} = 0.62$) ขนาดคิลอยด์

เฉลี่ย 2.70 ± 1.99 ตร.ซม.² และ 2.81 ± 2.18 ตร.ซม.² ตามลำดับ (p -value = 0.90) ระยะเวลาที่เป็นคีลอยด์ที่หูเฉลี่ย 2.40 ± 1.45 ปี และ 3.90 ± 3.38 ปี ตามลำดับ (p -value = 0.21) มีประวัติเคยได้รับการผ่าตัด ร้อยละ 10 และ 30 ตามลำดับ (p -value = 0.58) โดยในผู้ป่วยที่มีประวัติเคยได้รับการผ่าตัดส่วนมาก มีจำนวนครั้งการผ่าตัด 1 ครั้ง ร้อยละ 100 และ 66.7 ตามลำดับ (p -value = 1.00) มีประวัติเคยได้รับการฉีดสเตียรอยด์ ร้อยละ 40 และ 70 ตามลำดับ (p -value = 0.37) โดยในผู้ป่วยที่มีประวัติเคยได้รับการฉีดสเตียรอยด์มีค่ามัธยฐานของจำนวนครั้งการฉีดสเตียรอยด์เท่ากับ 5 ครั้ง (IQR: 2 - 10) และ 4 ครั้ง (IQR: 2 - 7) ตามลำดับ (p -value = 0.92) และมีค่ามัธยฐานของระยะเวลาการรักษาล่าสุดก่อนเข้าร่วมงานวิจัยเท่ากับ 6 เดือน (IQR: 2 - 27) และ 2 เดือน (IQR: 1 - 30) ตามลำดับ (p -value = 0.43) และได้รับการผ่าตัดแผลเป็นคีลอยด์ที่ใบหูด้วยเทคนิคการผ่าตัด Keloid flap ร้อยละ 50 และ 60 ตามลำดับ (p -value = 1.00) (ตารางที่ 1)

ผลการรักษาระยะสั้นและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยแผลเป็นคีลอยด์ที่หูของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฉีดสเตียรอยด์หลังผ่าตัดทันทีกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฉีดสเตียรอยด์หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์

ผลการรักษาระยะสั้นและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยแผลเป็นคีลอยด์ที่หูของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฉีดสเตียรอยด์หลังผ่าตัดทันทีกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฉีดสเตียรอยด์หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดสเตียรอยด์หลังการผ่าตัดแผลเป็นคีลอยด์ที่ใบหูในช่องผ่าตัดทันทีและกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดสเตียรอยด์หลังการผ่าตัดแผลเป็นคีลอยด์ที่ใบหู 1 สัปดาห์ มีการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่ 1 สัปดาห์ ร้อยละ 20 และ 10 ตามลำดับ (p = 1.00) หลังผ่าตัดที่ 1 เดือน ร้อยละ 10 และ 20 ตามลำดับ (p = 1.00) หลังผ่าตัดที่ 2 เดือน ร้อยละ 10 และ 30 ตามลำดับ (p = 0.58) และหลังผ่าตัดที่ 3 เดือน ร้อยละ 20 และ 40 ตามลำดับ (p = 0.62) กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดสเตียรอยด์หลังการผ่าตัดแผลเป็นคีลอยด์ที่ใบหูในช่องผ่าตัดทันทีและกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดสเตียรอยด์หลังการผ่าตัดแผลเป็นคีลอยด์ที่ใบหู 1 สัปดาห์ มีการเกิดแผลเป็นนูนแดงหลังผ่าตัดที่ 1, 2 และ 3 เดือน ร้อยละ 50 และ 40 ตามลำดับ (p = 1.00) กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดสเตียรอยด์หลังการผ่าตัดแผลเป็นคีลอยด์ที่ใบหูในช่องผ่าตัดทันทีและกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดสเตียรอยด์หลังการผ่าตัดแผลเป็นคีลอยด์ที่

ใบหู 1 สัปดาห์ได้รับการฉีดสเตียรอยด์หลัง

ผ่าตัดที่ 1, 2 และ 3 เดือน ร้อยละ 50 และ 40

ตามลำดับ ($p = 1.00$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและคุณลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยที่มีแผลเป็นคิลอยด์ที่ใบหู

ข้อมูลทั่วไป/คุณลักษณะทาง คลินิก	การฉีดสเตียรอยด์ หลังการผ่าตัดทันที (N = 10)		การฉีดสเตียรอยด์ หลังการผ่าตัด 1 สัปดาห์ (N = 10)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ (ปี) (Mean ± SD.)	32.40 ± 21.65		25.80 ± 7.33		0.38
สาเหตุของการเป็นคิลอยด์ที่หู					
เจาะหู	9	90.0	10	(100.0)	1.00
แผลไม่ทราบสาเหตุ	1	10.0	0	0	
ตำแหน่งคิลอยด์					
Helical rim	6	60.0	7	70.0	0.62
Ear lobule	4	40.0	2	20.0	
Helical rim and ear lobule	0	0	1	10.0	
ขนาดคิลอยด์ (ตร.ซม. ²) (Mean ± SD.)	2.70 ± 1.99		2.810 ± 2.18		0.90
ระยะเวลาที่เป็นคิลอยด์ (ปี) (Mean ± SD.)	2.40 ± 1.45		3.90 ± 3.38		0.21

ข้อมูลทั่วไป/คุณลักษณะทาง คลินิก	การฉีดสเต็มเซลล์ หลังการผ่าตัดทันที (N = 10)		การฉีดสเต็มเซลล์ หลังการผ่าตัด 1 สัปดาห์ (N = 10)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ประวัติการผ่าตัด					
ไม่เคย	9	90.0	7	70.0	0.58
เคย	1	10.0	3	30.0	
จำนวนครั้งการผ่าตัด (N = 4)					
1 ครั้ง	1	100.0	2	66.7	1.00
2 ครั้ง	0	0.0	1	33.3	
การฉีดสเต็มเซลล์					
ไม่เคย	6	60.0	3	30.0	0.37
เคย	4	40.0	7	70.0	
จำนวนครั้งการฉีด สเต็มเซลล์ (n = 11)	5	2 - 10	4	2 - 7	0.92
ระยะเวลาการรักษา ล่าสุดก่อนเข้าร่วมงานวิจัย (เดือน)	6	2 - 27	2	1 - 30	0.43
เทคนิคการผ่าตัด					
Total excision	5	50.0	4	40.0	1.00
Keloid flap	5	50.0	6	60.0	

Data are presented as number (%), mean $\pm$ standard deviation or median (interquartile range).

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลการรักษาระยะสั้นและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยแผลเป็นคีลอยด์ที่หูของ
ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฉีดสเตียรอยด์หลังผ่าตัดทันทีกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา
ด้วยการฉีดสเตียรอยด์หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์

ผลการรักษาระยะสั้น/ ภาวะแทรกซ้อน	การฉีดสเตียรอยด์ หลังการผ่าตัดทันที (N = 10)		การฉีดสเตียรอยด์ หลังการผ่าตัด 1 สัปดาห์ (N = 10)		p-value†
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การเกิดภาวะแทรกซ้อน					
หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์	2	20.0	1	10.0	1.00
หลังผ่าตัด 1 เดือน	1	10.0	2	20.0	1.00
หลังผ่าตัด 2 เดือน	1	10.0	3	30.0	0.58
หลังผ่าตัด 3 เดือน	2	20.0	4	40.0	0.62
รายละเอียดภาวะแทรกซ้อน					
หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์					
None	8	80.0	9	90.0	1.00
Skin hyperpigmentation	1	10.0	0	0	
Partial skin flap necrosis	1	10.0	1	10.0	
หลังผ่าตัด 1 เดือน					
None	9	90.0	8	80.0	1.00
Skin hyperpigmentation	1	10.0	2	20.0	

ผลการรักษาระยะสั้น/ ภาวะแทรกซ้อน	การฉีดสเต็มเซลล์ หลังการผ่าตัดทันที (N = 10)		การฉีดสเต็มเซลล์ หลังการผ่าตัด 1 สัปดาห์ (N = 10)		p-value†
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
หลังผ่าตัด 2 เดือน					
None	9	90.0	7	70.0	0.58
Skin hyperpigmentation	1	10.0	3	30.0	
หลังผ่าตัด 3 เดือน					
None	8	80.0	6	60.0	0.62
Skin hyperpigmentation	2	20.0	4	40.0	
การเกิดแผลเป็นนูนแดง					
หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์	0	0	0	0	NA
หลังผ่าตัด 1 เดือน	5	50.0	4	40.0	1.00
หลังผ่าตัด 2 เดือน	5	50.0	4	40.0	1.00
หลังผ่าตัด 3 เดือน	5	50.	4	40.0	1.00
ได้รับการฉีดสเต็มเซลล์					
หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์	0	0	10	100.0	<0.001
หลังผ่าตัด 1 เดือน	5	50.0	4	40.0	1.00
หลังผ่าตัด 2 เดือน	5	50.0	4	40.0	1.00
หลังผ่าตัด 3 เดือน	5	50.0	4	40.0	1.00

[†]Fisher's exact test. Abbreviations: NA, data not applicable.

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฉีดสแตียรอยด์หลังผ่าตัดทันทีที่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่ 1 สัปดาห์มากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฉีดสแตียรอยด์หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ ร้อยละ 10 (RD = 10.00, 95%CI: -20.99 - 40.99) และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่ 1 สัปดาห์ 2 เท่า (RR = 2.00, 95%CI: 0.21 - 18.69) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 1.00$) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฉีดสแตียรอยด์หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฉีดสแตียรอยด์หลังผ่าตัดทันทีที่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่ 1 เดือนน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฉีดสแตียรอยด์หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ ร้อยละ 10 (RD = -10.00, 95%CI: -40.99 to 20.99) และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่ 1 เดือน 0.5 เท่า (RR = 0.50, 95%CI: 0.05 - 4.67) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 1.00$) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฉีดสแตียรอยด์หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฉีดสแตียรอยด์หลังผ่าตัดทันทีที่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่ 2 เดือนน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฉีดสแตียรอยด์หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ ร้อยละ 20 (RD = -

20.00, 95%CI: -53.95 to 13.95) และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่ 2 เดือน 0.33 เท่า (RR = 0.33, 95%CI: 0.04 - 2.69) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.58$) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฉีดสแตียรอยด์หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฉีดสแตียรอยด์หลังผ่าตัดทันทีที่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่ 3 เดือน น้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฉีดสแตียรอยด์หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ ร้อยละ 20 (RD = -20.00, 95%CI: -59.20 to 19.20) และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่ 3 เดือน 0.5 เท่า (RR = 0.50, 95%CI: 0.12 - 2.14) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.62$) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฉีดสแตียรอยด์หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ (ตารางที่ 3) ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฉีดสแตียรอยด์หลังผ่าตัดทันทีที่จะมีการเกิดแผลเป็นนูนแดงหลังผ่าตัดที่ 1, 2 และ 3 เดือนมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฉีดสแตียรอยด์หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ ร้อยละ 10 (RD = -10.00, 95%CI: -33.39 to 53.39) และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดแผลเป็นนูนแดงหลังผ่าตัดที่ 1, 2 และ 3 เดือน 1.25 เท่า (RR = 1.25, 95%CI: 0.47 - 3.33) อย่างไม่มี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p = 1.00$) เมื่อ การฉีดสเตรปโตค็อกคัสหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์
เปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลการรักษาระหว่างระหว่างกลุ่มที่ได้รับการฉีดสเตรปโตค็อกคัสหลังการผ่าตัด
แผลเป็นคัลลอยด์ที่โบนูในช่องผ่าตัดทันทีกับกลุ่มที่ได้รับการฉีดสเตรปโตค็อกคัสหลังการผ่าตัด
แผลเป็นคัลลอยด์ที่โบนู 1 สัปดาห์

ตัวแปร	Absolute difference ^s		Effect estimate [□]		p-value [†]
	(95% CI)		(95% CI)		
การเกิด					
ภาวะแทรกซ้อน					
หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์	10.00	(-20.99 to 40.99)	2.00	(0.21 - 18.69)	1.00
หลังผ่าตัด 1 เดือน	-10.00	(-40.99 to 20.99)	0.50	(0.05 - 4.67)	1.00
หลังผ่าตัด 2 เดือน	-20.00	(-53.95 to 13.95)	0.33	(0.04 - 2.69)	0.58
หลังผ่าตัด 3 เดือน	-20.00	(-59.20 to 19.20)	0.50	(0.12 - 2.14)	0.62
การเกิดแผลเป็นนูน					
แดง					
หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์	0.00	-	-	-	NA
หลังผ่าตัด 1 เดือน	10.00	(-33.39 to 53.39)	1.25	(0.47 - 3.33)	1.00
หลังผ่าตัด 2 เดือน	10.00	(-33.39 to 53.39)	1.25	(0.47 - 3.33)	1.00
หลังผ่าตัด 3 เดือน	10.00	(-33.39 to 53.39)	1.25	(0.47 - 3.33)	1.00
ได้รับการฉีด					
เตียรอยด์					
หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์	-100.00	(-100.00 to 100.00)	-	-	<0.001

ตัวแปร	Absolute difference [§] (95% CI)		Effect estimate [□] (95% CI)		p-value [†]
หลังผ่าตัด 1 เดือน	10.00	(-33.39 to 53.39)	1.25	(0.47 - 3.33)	1.00
หลังผ่าตัด 2 เดือน	10.00	(-33.39 to 53.39)	1.25	(0.47 - 3.33)	1.00
หลังผ่าตัด 3 เดือน	10.00	(-33.39 to 53.39)	1.25	(0.47 - 3.33)	1.00

[†]Fisher's exact test, [§]Absolute difference is the difference in proportions (risk difference), Effect estimate is risk ratio. Abbreviations: NA, data not applicable.

อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย

(Discussion and conclusion)

จากผลการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดสเต็มเซลล์หลังการผ่าตัดแผลเป็นคิลอยด์ที่ใหญ่มากในท้องผ่าตัดทันทีและได้รับการฉีดสเต็มเซลล์หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์เกิดแผลเป็นนูนแดงซ้ำหลังผ่าตัดที่จำเป็นต้องได้รับการฉีดสเต็มเซลล์เพิ่มเติมที่ 1, 2 และ 3 เดือน ร้อยละ 50 และ 40 ตามลำดับ คิดเป็นความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้น 1.25 เท่า (RR = 1.25, 95%CI: 0.47 - 3.33) โดยไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 1.00) โดยผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฉีดสเต็มเซลล์หลังผ่าตัดทันทีเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่ 1 สัปดาห์มากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฉีดสเต็มเซลล์หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ร้อยละ 10 (RD = 10.00, 95%CI: -20.99 to 40.99) คิดเป็นความเสี่ยง 2 เท่า (RR = 2.00, 95%CI:

0.21 - 18.69) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 1.00) แต่ผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดสเต็มเซลล์หลังผ่าตัดทันทีที่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่ 1 เดือน 2 เดือน และ 3 เดือนน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฉีดสเต็มเซลล์หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ร้อยละ 10 (RD = -10.00, 95%CI: -40.99 to 20.99) คิดเป็นความเสี่ยง 0.5 เท่า (RR = 0.50, 95%CI: 0.05 - 4.67) ร้อยละ 20 (RD = -20.00, 95%CI: -53.95 to 13.95) คิดเป็นความเสี่ยง 0.33 เท่า (RR = 0.33, 95%CI: 0.04 - 2.69) และร้อยละ 20 (RD = -20.00, 95%CI: -59.20 to 19.20) คิดเป็นความเสี่ยง 0.5 เท่า (RR = 0.50, 95%CI: 0.12 - 2.14) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า การฉีดสเต็มเซลล์หลังผ่าตัดแผลเป็นคิลอยด์บริเวณใหญ่ทั้งในการฉีกในท้องผ่าตัดทันทีและฉีดหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ให้ผลลัพธ์ด้านการควบคุมการเกิดแผลเป็นนูนแดงซ้ำที่ต้องได้รับการฉีด

สเตียรอยด์เพิ่มเติมในช่วงติดตามผลที่ 1-3 เดือนใกล้เคียงกัน แม้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดสเตียรอยด์ทันทีหลังผ่าตัดจะมีอัตราการเกิดแผลเป็นนูนแดงซ้ำสูงกว่าเล็กน้อยเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการฉีดหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ แต่ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์และช่วงความเชื่อมั่นที่กว้าง สะท้อนถึงความไม่แน่นอนของผลลัพธ์ ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากขนาดตัวอย่างที่จำกัด ในด้านความปลอดภัย พบว่า ในช่วง 1 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดสเตียรอยด์ทันทีที่มีแนวโน้มเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการฉีดหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างดังกล่าวไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า ผลของสเตียรอยด์ที่ถูกฉีดในระยะที่แผลยังอยู่ในช่วงอักเสบเฉียบพลัน ส่งผลต่อการสมานแผลหรือเพิ่มความเปราะบางของเนื้อเยื่อในระยะแรก ในทางกลับกัน เมื่อพิจารณาในระยะ 1-3 เดือนหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดสเตียรอยด์ทันทีหลังผ่าตัดมีแนวโน้มเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการฉีดหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ ซึ่งเป็นไปตามกลไกทางชีววิทยาของสเตียรอยด์ที่สามารถยับยั้งกระบวนการอักเสบ การเพิ่มจำนวนของไฟโบรบลาสต์ และการสร้างคอลลาเจนในระยะเริ่มต้นของการสมานแผล

อันอาจช่วยลดโอกาสการเกิดปฏิกิริยานำไปสู่การเกิดคีลอยด์ซ้ำในระยะต่อมา แม้ผลลัพธ์ดังกล่าวจะไม่แสดงนัยสำคัญทางสถิติ แต่แนวโน้มที่พบอาจมีความหมายทางคลินิกซึ่งควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติม สอดคล้องกับรายงานการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่า การผ่าตัดแผลเป็นคีลอยด์ร่วมกับฉีดสเตียรอยด์สามารถช่วยลดอัตราการเกิดซ้ำของแผลเป็นได้ แม้ช่วงเวลาของการฉีดสเตียรอยด์จะแตกต่างกัน โดยการฉีดสเตียรอยด์ทันทีหลังผ่าตัดสามารถลดอัตราการเกิดซ้ำของแผลเป็นคีลอยด์ลงเหลือประมาณร้อยละ 5.7-26.2⁶⁻⁸ ขณะที่การฉีดสเตียรอยด์หลังการผ่าตัด 1 สัปดาห์สามารถลดอัตราการเกิดซ้ำลงเหลือร้อยละ 0-16.6⁹⁻¹³ อย่างไรก็ตาม พบบางรายงานการศึกษาให้ผลลัพธ์แตกต่างออกไป โดยพบว่า การฉีดสเตียรอยด์ทันทีหลังผ่าตัดคีลอยด์ใบหูลดอัตราการกลับเป็นซ้ำได้ดีกว่าการฉีดในระยะถัดมา โดยไม่เพิ่มภาวะแทรกซ้อน¹⁵ ทั้งนี้ ผลลัพธ์ที่แตกต่างกันระหว่างการศึกษาดังกล่าวอาจสะท้อนถึงความหลากหลายของปัจจัยด้านลักษณะผู้ป่วย เทคนิคผ่าตัด และรูปแบบการให้สเตียรอยด์ อย่างไรก็ตาม มีรายงานการศึกษาที่พบว่า การผ่าตัดคีลอยด์ใบหูร่วมกับการฉีดสเตียรอยด์หลังผ่าตัด 3-6 ครั้งให้ผลการรักษาดีมาก โดยพบความสำเร็จ

ร้อยละ 100 โดยไม่พบการกลับเป็นซ้ำใน
ระยะติดตามเฉลี่ย 15.9 เดือน และไม่เกิด
ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา¹⁰

นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบว่า
ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาแผลเป็น
คีลอยด์บริเวณใบหูด้วยการผ่าตัดรวมกับการ
ฉีดสเตียรอยด์มีเพียงเล็กน้อย ได้แก่ ภาวะ
ผิวหนังตายบางส่วนในช่วงสัปดาห์แรกหลัง
ผ่าตัด ซึ่งสามารถรักษาได้ด้วยการดูแลแผล
อย่างเหมาะสมจนหายเป็นปกติ และภาวะ
ผิวหนังมีสีคล้ำขึ้นภายหลังการฉีดสเตียรอยด์
โดยไม่พบภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่ส่งผลต่อ
การทำงานของใบหูหรือจำเป็นต้องได้รับการ
รักษาเพิ่มเติมที่ซับซ้อน ซึ่งภาวะผิวหนังตาย
บางส่วนในระยะแรกหลังผ่าตัดอาจสัมพันธ์
กับการลดลงของการไหลเวียนเลือดใน
บริเวณแผลผ่าตัด จากทั้งเทคนิคการผ่าตัด
ความตึงของแผล หรือฤทธิ์ของสเตียรอยด์ที่มี
ผลยับยั้งกระบวนการอักเสบและการสร้าง
หลอดเลือดใหม่ในระยะเริ่มต้น อย่างไรก็ตาม
ภาวะผิวหนังตายดังกล่าวสามารถหายได้
ด้วยการดูแลแผลอย่างเหมาะสมสะท้อนให้
เห็นว่า ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นมีความ
รุนแรงต่ำและสามารถจัดการในทางคลินิกได้
ส่วนภาวะผิวหนังมีสีคล้ำหลังฉีดสเตียรอยด์
อาจอธิบายได้ว่า เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลง
ของเม็ดสีผิวเฉพาะที่ ซึ่งเป็นผลข้างเคียงที่พบ

ได้ของการฉีดสเตียรอยด์เฉพาะที่ โดยเฉพาะ
ในผู้ป่วยที่มีสีผิวเข้ม ภาวะดังกล่าวแม้จะ
ส่งผลต่อความสวยงาม แต่โดยทั่วไปไม่
ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย และมีแนวโน้ม
ขึ้นตามระยะเวลา สอดคล้องกับรายงาน
การศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่า ภาวะแทรกซ้อน
จากการรักษาแผลเป็นคีลอยด์บริเวณใบหู
ด้วยการผ่าตัดรวมกับการฉีดสเตียรอยด์ส่วน
ใหญ่เป็นภาวะแทรกซ้อนระดับเล็กน้อยและ
สามารถจัดการได้ในทางคลินิก โดยอัตราการ
เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการฉีด
สเตียรอยด์ทันทีหลังผ่าตัดอยู่ที่ประมาณ
ร้อยละ 8.5–22.8⁵⁻⁸ โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบ
ได้แก่ ผิวหนังซีดผิดปกติ จุดแดงของหลอดเลือด
ฝอย ภาวะผิวหนังตาย การเกิดแผล
และแผลแยก แม้การศึกษาดังกล่าวจะไม่ได้
จำแนกรายละเอียดของภาวะแทรกซ้อนอย่าง
ชัดเจน แต่ลักษณะของภาวะแทรกซ้อนที่
รายงานมีความใกล้เคียงกับผลที่พบใน
การศึกษานี้ ในทำนองเดียวกัน รายงาน
การศึกษาที่ใช้การฉีดสเตียรอยด์หลังผ่าตัด
แผลเป็นคีลอยด์ 1 สัปดาห์พบว่า อัตราการ
เกิดภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับต่ำและไม่
รุนแรง พบเพียงผิวหนังซีดผิดปกติเท่านั้น ไม่
ส่งผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะที่ได้รับ
การรักษา ผลการศึกษปัจจุบันจึงสนับสนุน
ข้อสรุปจากงานวิจัยเดิมว่า การฉีดสเตียรอยด์

ทั้งสองช่วงเวลามีความปลอดภัยโดยรวมใกล้เคียงกัน และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นภาวะแทรกซ้อนที่มีความรุนแรงต่ำและสามารถดูแลรักษาได้

โดยสรุป การศึกษานี้พบว่า การฉีดสเตียรอยด์หลังผ่าตัดแผลเป็นคิลอยด์บริเวณใบหูทั้งการฉีดทันทีในห้องผ่าตัดและฉีดหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ ให้ผลลัพธ์ด้านการควบคุมการเกิดซ้ำของแผลเป็นและด้านความปลอดภัยไม่แตกต่างกัน ภาวะแทรกซ้อนที่พบมีความรุนแรงต่ำ สามารถดูแลรักษาได้ และไม่พบภาวะแทรกซ้อนรุนแรงในระยะสั้น ผลการศึกษานี้สนับสนุนว่า ทั้งสองแนวทางเป็นทางเลือกที่ปลอดภัยและสามารถนำไปใช้ในทางคลินิกได้ การเลือกช่วงเวลาการฉีดสเตียรอยด์ควรพิจารณาตามบริบททางคลินิกและดุลยพินิจของแพทย์ อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาที่มีขนาดตัวอย่างมากขึ้นและควรติดตามผลในระยะยาวต่อไป

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงเปรียบเทียบย้อนหลัง ซึ่งมีข้อจำกัดตามรูปแบบการศึกษา คือ ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมตัวแปรอิสระและปัจจัยแทรกซ้อนต่างๆ ได้ทั้งหมด รวมทั้งจำนวนผู้ป่วยที่ศึกษามีค่อนข้างจำกัด อาจส่งผลต่อการลดพลังทางสถิติในการตรวจจับความแตกต่างของ

ผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มศึกษาได้ นอกจากนี้ การติดตามผลของงานวิจัยนี้ซึ่งใช้ระยะเวลาเพียง 3 เดือน อาจยังไม่เพียงพอในการประเมินผลลัพธ์ด้านประสิทธิผลและความปลอดภัยในระยะยาว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดซ้ำของแผลเป็นคิลอยด์ซึ่งอาจปรากฏในช่วงเวลานานกว่านี้ ดังนั้น เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่มีความชัดเจนและมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น ควรมีการศึกษาต่อเนื่องในอนาคตโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial) เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง และขยายระยะเวลาการติดตามผลให้ยาวนานขึ้นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วย ความอนุเคราะห์ ความกรุณา และคำแนะนำอันทรงคุณค่าจาก พญ. ญญา จันทไทย และ ดร. เยาวเรศ ก้านมะลิ ซึ่งได้ให้ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ ตลอดจนการสนับสนุนในกระบวนการดำเนินงานวิจัย ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง นอกจากนี้ ขอขอบคุณผู้ป่วยของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการรักษาและเป็นส่วนสำคัญที่เอื้อให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สามารถดำเนินการและบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยขอแสดงความขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. Hao YH, Xing XJ, Zhao ZG, Xie F, Hao T, Yang Y, et al. A multimodal therapeutic approach improves the clinical outcome of auricular keloid patients. *Int J Dermatol*. 2019;58(6):745-9.
2. Bermueller C, Rettinger G, Keck T. Auricular keloids: treatment and results. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2010;267(4):575-80.
3. Hung YT, Lin SM, Tzeng IS, Ng CY. Optimizing surgical outcome of auricular keloid with a novel multimodal approach. *Sci Rep*. 2022 Mar 3;12(1):3533. doi: 10.1038/s41598-022-07255-8. PMID: 35241718; PMCID: PMC8894473.
4. Shin JY, Lee JW, Roh SG, Lee NH, Yang KM. A Comparison of the Effectiveness of Triamcinolone and Radiation Therapy for Ear Keloids after Surgical Excision: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Plast Reconstr Surg*. 2016;137(6):1718-25.
5. Wesley CK, Teo LH, Xu T, Unger RH, Unger WP. The influence of per-incisional triamcinolone acetone injection on wound edge apposition. *J Dermatolog Treat*. 2014;25(4):345-9.
6. Gold DA, Sheinin R, Jacobsen G, Jones LR, Ozog DM. The Effects of Postoperative Intralesional Corticosteroids in the Prevention of Recurrent Earlobe Keloids: A Multispecialty Retrospective Review. *Dermatol Surg*. 2018;44(6):865-9.
7. Bashir MM, Ahmad H, Yousaf N, Khan FA. Comparison of single intraoperative versus an intraoperative and two postoperative injections of the triamcinolone after wedge excision of keloids of helix. *J Pak Med Assoc*. 2015;65(7):737-41.
8. Rosen DJ, Patel MK, Freeman K, Weiss PR. A primary protocol for the management of ear keloids: results of excision combined with intraoperative and postoperative steroid injections. *Plast Reconstr Surg*. 2007;120(5):1395-400.
9. Choi YJ, Lee YH, Lee HJ, Lee GY, Kim WS. Auricular keloid management in Asian skin: Clinical outcome of

- intralesional excision and postoperative triamcinolone acetonide intralesional injection. *J Cosmet Dermatol.* 2020;19(11):3041-7.
10. Mohammadi AA, Kardeh S, Motazedian GR, Soheil S. Management of Ear Keloids Using Surgical Excision Combined with Postoperative Steroid Injections. *World J Plast Surg.* 2019;8(3):338-44.
 11. Jung JY, Roh MR, Kwon YS, Chung KY. Surgery and perioperative intralesional corticosteroid injection for treating earlobe keloids: a korean experience. *Ann Dermatol.* 2009;21(3):221-5.
 12. Donkor P. Head and neck keloid: treatment by core excision and delayed intralesional injection of steroid. *J Oral Maxillofac Surg.* 2007;65(7):1292-6.
 13. Jaruniphakul K, Awsakulsutthi S, Kitvoraphat K, Saengpongphithaya T, Singnoo A. Outcome of piercing auricular keloid after surgical excision by through-and-through technique and adjuvant triamcinolone acetonide injection. *Asian Med J Altern Med.* 2021;21(3):210-9.
 14. Information Center, Kalasin Hospital. Surgical Department Patient Statistics. Kalasin: Kalasin Hospital; 2021.
 15. Burusapat C, Wanichjaroen N, Wongprakob N, Sapruangthong R. The Effectiveness of Immediate Triamcinolone Acetonide Injection after Auricular Keloid Surgery: A Prospective Randomized Controlled Trial. *Plast Reconstr Surg Glob Open.* 2021 Aug 4;9(8): e3729. doi: 10.1097/GOX.00000000000003729. PMID: 34367855 ; PMCID: PMC8337065.

ประสิทธิผลของโปรแกรมนวัตกรรมสื่อสร้างสรรค์ปัญญาสู่สังคม ด้วยการผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า ในนักศึกษาพยาบาล

หทัยรัตน์ ศรีบัว¹, ศิริพร จันทระสะอาด², อภัสรา ผาโลหา³, จิตรลดา คงอาษา⁴
จรัสรวี วงศ์เจริญ⁵, จินตนา ลามุล⁶, ทรงสุดา หมั่นไธสง⁷, สุรัสวดี พนมแก่น⁸, เกสินี หมั่นไธสง⁹

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมนวัตกรรมสื่อสร้างสรรค์ปัญญาสู่สังคมด้วยการผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียวเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 8 คน กำลังศึกษาในระดับปริญญาตรี วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เก็บข้อมูลระหว่างเดือน กรกฎาคม-ตุลาคม 2568 ด้วยแบบ ประเมินภาวะซึมเศร้าและแบบสอบถามความพึงพอใจการใช้นวัตกรรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ เิงพรรณนา และ Wilcoxon Sign Rank Test ผลการศึกษา พบว่า หลังการใช้โปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ย คะแนนภาวะซึมเศร้าหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (Median = 17.88) สูงกว่าก่อนเข้าร่วม (Median = 4.38) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ($z = -2.366$, $p = 0.018$) และนักศึกษาพยาบาลมีความ พึงพอใจต่อโปรแกรมฯ ระดับมากที่สุด สรุปได้ว่าการบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นและแนวคิด ส่งเสริมสุขภาพผ่านสื่อสร้างสรรค์ เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพจิต ลดความ เสี่ยงภาวะซึมเศร้า และสร้างแรงจูงใจภายในสำหรับนักศึกษาพยาบาล

คำสำคัญ: นวัตกรรมสื่อสร้างสรรค์ปัญญา, ปิงปองจรรยา 7 สี, ภาวะซึมเศร้า, นักศึกษาพยาบาล, วิธีการจัดการเรียนรู้แบบสัญญาการเรียน

¹⁻⁶นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

⁷⁻⁸อาจารย์ สาขาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

⁹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะการบัญชีและการจัดการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

*Corresponding Author; ทรงสุดา หมั่นไธสง, Email: songsuda.kk@gmail.com

Received: October 23, 2025; Revised December 30, 2025; Accepted December 30, 2025

The Effectiveness Innovation of a Local Wisdom-Based Media Program for Depression Prevention among Nursing Students

*Hathairat Sribua¹, Siriporn Jansa-ard², Apassara Palaho³,
Charatrawi Wongcharoey⁴, Chitrlada Khongarsa⁵, Jintana Lamul⁶,
Songsuda Muenthaisong⁷, Suratsawadee Panomkaen⁸, Kesinee Muenthaisong⁹*

ABSTRACT

The semi-experimental study aims to study the effectiveness of the innovative media program to create intelligence in society by combining local wisdom to prevent depression in nursing students. Eight of the participants are studying for a bachelor's degree from College of Nursing under the Praboromarajchanok Institute in northeastern Thailand. The study employed a one-group pretest-posttest design, with data collected during July-October, 2025. Using a Depression Assessment and the Innovation Satisfaction Survey. Data analysis using the descriptive statistics and the Wilcoxon signed-rank test. The results showed that after participating in the program, the average depression score after joining the program (Median = 17.88) was statistically significantly higher than before joining (Median = 4.38). ($p < 0.05$) ($z = -2.366$, $p = 0.018$), and nursing students are most satisfied with the program. In conclusion, the integration of local wisdom and ideas to promote health through creative media is an effective way to promote mental health, reduce the risk of depression, and create internal motivation for nursing students.

Key word: Innovation of a Local Wisdom-Based Media Program, Seven-Color ball Traffic Light, Depression, Nursing students

¹⁻⁶Nursing students, Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen

⁷⁻⁸RN, APN, Ph.D, Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen

⁹Assistant Professor, Mahasarakham Business School, Mahasarakham University

บทนำ (Introduction)

ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญระดับโลก ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การเรียน การทำงาน และความสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลอย่างมีนัยสำคัญ องค์การอนามัยโลก¹ รายงานว่ามีผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าทั่วโลกกว่า 280 ล้านคน โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และเป็นสาเหตุหลักของการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต (2565–2568) ระบุว่าความชุกของภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 2.39 ในปี 2565 เป็นร้อยละ 2.54 ในปี 2568 สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มประชากรวัยเรียนและวัยทำงาน นักศึกษาพยาบาลเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าเนื่องจากต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงทั้งด้านบทบาทและสภาพแวดล้อมจากการเป็นนักเรียนสู่การเป็นนักศึกษาวิชาชีพ ซึ่งอยู่ในช่วงพัฒนาการตามทฤษฎีจิตสังคมของ Erikson (1968) ระยะ Identity vs. Role Confusion ที่บุคคลกำลังแสวงหาตัวตนและความมั่นคงทางอารมณ์ ภาวะทางการเรียนที่เข้มข้น การฝึกปฏิบัติทางคลินิกในโรงพยาบาล รวมถึงความคาดหวังจากสังคมและครอบครัว ล้วนเป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดความเครียดและนำไปสู่ภาวะ

ซึมเศร้าได้ หากขาดกลไกการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม²

การส่งเสริมสุขภาพจิตจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการสร้างสมดุลทางอารมณ์และลดความเสี่ยงต่อปัญหาทางจิตใจในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล ทำให้นักศึกษาเกิดความกดดันมีความเครียดจากสิ่งแวดล้อมรอบด้าน และมีความเครียดเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ และการออกจากครอบครัวที่คุ้นเคยมาอาศัยในหอพัก ต้องปรับตัวกับเพื่อน รุ่นพี่ อาจารย์ สิ่งแวดล้อมที่แปลกใหม่ การเรียนรู้ที่มีเนื้อลึกซึ่งเชิงวิชาชีพและการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ล้วนส่งผลให้นักศึกษามีการปรับตัวและส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า งานวิจัยในประเทศบราซิล ประเทศโปรตุเกส พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 9.43, 44.00 ตามลำดับ ประเทศไทย พบว่า นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 มีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด ร้อยละ 35.9 การเกิดซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อ การเรียน การลาออกกลางคันมีความคิดฆ่าตัวตาย³ จำนวนตัวเลขของนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้าไม่ถูกเปิดเผยเนื่องจากเป็นข้อมูลส่วนบุคคล ดังนั้น การป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลจึงมีความสำคัญเพื่อไม่ให้นักศึกษาป่วยด้วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการรุนแรงจนอาจฆ่าตัวตาย ถึงแม้ว่าวิทยาลัยพยาบาลมีระบบอาจารย์ให้คำปรึกษาแต่สัดส่วนของอาจารย์ต่อนักศึกษายังมีจำกัด ดังนั้นการคิดค้นวิธีการส่งเสริมช่วยเหลือจึง

เป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมป้องกันการเกิด ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าใน นักศึกษาได้

การพัฒนาโปรแกรมนวัตกรรม ๔ ที่ ผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นจากบทกลอน สรรพคุณและแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ ปึงปองจรรยา 7 สีของสถาบันพระบรมราช ชนก¹² มุ่งเน้นให้บุคคลตระหนักรู้และดูแล สุขภาพแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา โดยใช้สีทั้งเจ็ดเป็น สัญลักษณ์ของสมดุขีวิตการบูรณาการ แนวคิดนี้เข้าในโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจึงช่วย สร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพจิตและการ ดูแลตนเองอย่างยั่งยืน อีกทั้งการผสมผสาน ภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น “บทกลอนสรรพคุณ” ซึ่งเป็นสื่อวัฒนธรรมที่มีจังหวะ ท่วงทำนอง และคำสอนเชิงจิตวิญญาณ จะช่วยเสริมพลัง ทางปัญญาและอารมณ์ให้กับผู้เรียน เกิดการ เรียนรู้ที่มีความหมายและสอดคล้องกับบริบท ชุมชน⁴ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าใน นักศึกษาพยาบาลผ่านกระบวนการจัดการ เรียนรู้แบบปัญญาการเรียนรู้⁵ ส่งเสริมความ รับผิดชอบต่อการเรียนรู้เปิดโอกาสให้สะท้อน คิดวางแผนเป้าหมาย และกำหนดแนวทางพัฒนา ตนเองได้อย่างมีความหมาย นวัตกรรม ดังกล่าวมุ่งหวังให้เกิดการเรียนรู้ที่สร้างเสริม สุขภาวะจิต ลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า และส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลเติบโตเป็น บุคลากรสุขภาพที่มีปัญญาและจิตใจสมบูรณ์

พร้อมขับเคลื่อนสังคมด้วยพลังแห่งการเรียนรู้ และภูมิปัญญาท้องถิ่นอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ (Objective)

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน

ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลก่อนและ หลังการเข้าโปรแกรมนวัตกรรมสื่อสร้างสรรค์ ปัญญาสู่สังคมด้วยการผสมผสานภูมิปัญญา ท้องถิ่นป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าใน นักศึกษาพยาบาล

2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของ

นักศึกษาพยาบาลที่ได้รับโปรแกรมนวัตกรรม สื่อสร้างสรรค์ปัญญาสู่สังคมด้วยการ ผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นป้องกันการเกิด ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย (Hypothesis)

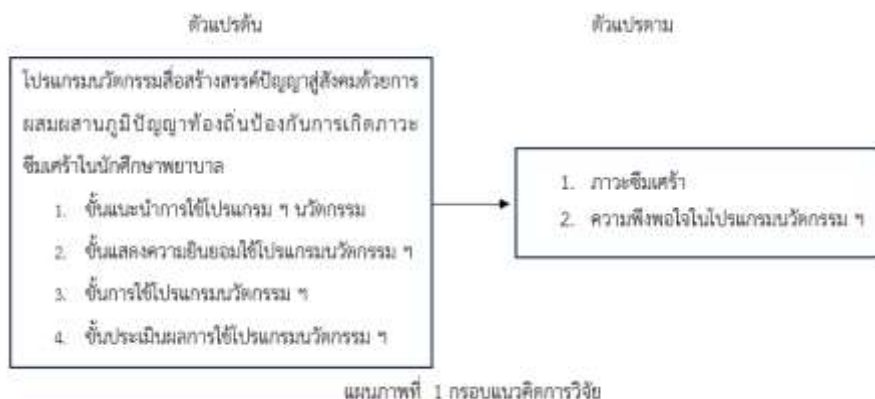
หลังเข้าร่วมเข้าโปรแกรมนวัตกรรมสื่อ สร้างสรรค์ปัญญาสู่สังคมด้วยการผสมผสาน ภูมิปัญญาท้องถิ่นป้องกันการเกิดภาวะ ซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล นักศึกษา พยาบาลมีค่าเฉลี่ยค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะ ซึมเศร้ามากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ๔

กรอบแนวคิดในการวิจัย

พัฒนาขึ้นจากทฤษฎีทางปัญญา (Cognitive Theory) ของ⁶ กล่าวว่าภาวะซึมเศร้ามี ความสัมพันธ์กับรูปแบบความคิดของบุคคล คนที่มีแนวโน้มคิดในเชิงลบส่งผลต่อการ ประเมินสถานการณ์และการรับรู้ความเครียด และทฤษฎีกระบวนการความเครียดและการเผชิญ ปัญหา⁷ อธิบายว่าความเครียดเกิดจากการ

ประเมินความสามารถในการรับมือกับปัญหา
ของบุคคล เมื่อบุคคลประเมินว่าตนไม่มี
ทรัพยากรเพียงพอในการแก้ไขปัญหา

ความเครียดจะสะสมและอาจนำไปสู่ภาวะ
ซึมเศร้า กรอบแนวคิดการวิจัย ดังแผนภาพที่ 1



วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) รูปแบบกลุ่มเดียว
เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (One
group pretest-posttest design) ซึ่ง เป็น
ระยะที่ 2 ของงานวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ระยะที่ 1 ผู้วิจัยมีการสำรวจ
ภาวะซึมเศร้าในประชากรที่เป็นนักศึกษา
พยาบาลระดับปริญญาตรีวิทยาลัยพยาบาล
สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก 6 แห่ง ในภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือ ทั้งหมด 3,641 คน การ
คำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตร
ของ Cochran (1977) $n_0 = (Z^2 \times p \times q) / e^2$
ได้กลุ่มตัวอย่าง 349 คน ปรับขนาดเผื่อไม่
ตอบแบบสอบถาม 10% ได้กลุ่มตัวอย่าง 384

คน แล้วคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง Cochran
(1977) และ Kish (1965) โดยใช้การสุ่มกลุ่ม
ตัวอย่างแบบง่าย การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบ
แบ่งชั้น จากวิทยาลัย 6 แห่ง เขตการศึกษาที่
4 ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี
และสุ่มได้วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
ขอนแก่น เขตการศึกษาที่ 5 ได้แก่ วิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา วิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ โดยสุ่มได้
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ
ประสงค์ สุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบในแต่ละ
ชั้นปี กำหนดช่วงห่างในการสุ่ม (k) = ขนาด
ประชากร (N) / ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (n) เลือก
กลุ่มตัวอย่างตามรหัสประจำตัวนักศึกษา
เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามจำนวนที่ต้องการ

ในชั้นปีที่ 1-4 ชั้นปีละ 50 คน ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ทั้ง 2 แห่ง กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (PHQ-9) ผ่าน Google form จำนวน 365 คน ผลการสำรวจพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงค่อนข้างมากที่มีคะแนน 15-19 คะแนน มีจำนวน 13 คน ผู้วิจัยให้ความสำคัญเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรงจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ในวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งที่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 8 คน และในบทความวิจัยฉบับนี้จะนำเสนอเผยแพร่ผลการวิจัยในระยะที่ 2 เท่านั้น โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) 1) เป็นนักศึกษาพยาบาลที่กำลังศึกษาในสถาบันการศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี สถาบันพระบรมราชชนก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2) เป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1-4 3) มีสมาร์ทโฟนที่มีแอปพลิเคชันที่สามารถใช้ในการสื่อสารและตอบคำถามผ่าน Google form และสื่อสารทางแอปพลิเคชันไลน์ได้ 4) มีระดับคะแนนการคัดกรองซึมเศร้าด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) (Lotrakul et al., 2008) อยู่ในระดับรุนแรงค่อนข้างมากถึงรุนแรงมาก มีผู้ช่วยในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย (Gate keeper) ได้แก่ อาจารย์ประจำชั้นหัวหน้าชั้น สโมสรนักศึกษาเชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างอิสระ 5) ไม่มี

ปัญหาสุขภาพอื่น 6) ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการได้เองและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้ 1) มีภาวะซึมเศร้าในระดับที่รุนแรงมีคะแนนมากกว่า 20-27 คะแนนขึ้นไปที่ไม่สามารถควบคุมหรือไม่สามารถตัดสินใจเองได้ 2) มีการเจ็บป่วยกะทันหันไม่สามารถให้ข้อมูลได้ในระหว่างการเก็บข้อมูล ในปีการศึกษา 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมนวัตกรรมสื่อสารสร้างสรรค์ ปัญญาสู่สังคมด้วยการผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลการพัฒนาโปรแกรม ฯ มี 2 ขั้นตอน รายละเอียดแสดงใน QR code ที่ 1 และ 2 ได้แก่

2.1 ขั้นตอนการสร้างโปรแกรม ฯ ผู้วิจัยได้พัฒนาจากการศึกษาสภาพการณ์ของนักศึกษาพยาบาลในระยะที่หนึ่ง และจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยอิงฐานคิดจากภูมิปัญญาท้องถิ่น แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพจิต และหลักการจัดการเรียนรู้แบบสัญญาณการเรียนรู้มุ่งเน้นให้นักศึกษาพยาบาลสามารถรับรู้และจัดการอารมณ์ความเครียด รวมทั้งป้องกันภาวะ

ซึมเศร้า ผ่านการเรียนรู้ที่ผสมผสานบทกลอน
สรภัญญะและแนวคิดปิงปองจรรยา 7 สี เพื่อ
สร้างความตระหนัก ผ่อนคลาย และเข้าใจ
ตนเองในเชิงบวกโดยใช้หลัก ADDIE 5
ขั้นตอน⁸ ดังนี้

1. Analysis (การวิเคราะห์) ผู้วิจัย
ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง
กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล รวมถึง
ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต การใช้
สื่อสร้างสรรค์ และการจัดการเรียนรู้แบบ
สัญญาการเรียน (Learning Contract) เพื่อ
ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนานวัตกรรม
นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้วิเคราะห์บริบทของภูมิ
ปัญญาท้องถิ่น “บทกลอนสรภัญญะ” เพื่อ
ค้นหาสาระที่สามารถผสมผสานเข้ากับ
แนวคิด “การส่งเสริมสุขภาพปิงปอง
จรรยา 7 สี” ซึ่งเป็นแนวคิดหลักในการ
ส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงบวกและการป้องกัน
ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเป้าหมาย 2. Design
(การออกแบบ) ผู้วิจัยออกแบบนวัตกรรมสื่อ
สร้างสรรค์โดยกำหนดโครงสร้างของเนื้อหา
และกิจกรรมการเรียนรู้ที่เชื่อมโยงแนวคิด
สุขภาพจิตกับภูมิปัญญาท้องถิ่น ผ่านบท
กลอนสรภัญญะ พร้อมทั้งวางรูปแบบการ
จัดการเรียนรู้แบบสัญญาการเรียน (Learning
Contract) เพื่อให้ นักศึกษามีส่วนร่วมในการ
กำหนดเป้าหมายการเรียนรู้ของตนเอง
นอกจากนี้ได้ใช้เครื่องมือการประเมิน เช่น
แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบสอบถาม
ความพึงพอใจ เพื่อใช้ติดตามและประเมินผล

ในระยะต่อไป 3. Development (การ
พัฒนา) ผู้วิจัยดำเนินการสร้างและพัฒนา
นวัตกรรมสื่อสร้างสรรค์ “ปัญญาสู่สังคม”
โดยนำเนื้อหาที่ออกแบบไว้มาผสมผสานใน
รูปแบบสื่อมัลติมีเดียและบทกลอนสรภัญญะ
เพื่อสื่อสารแนวคิด “ปิงปองจรรยา 7 สี” อย่าง
เข้าใจง่ายและเข้าถึงอารมณ์ผู้เรียน สื่อนี้ผ่าน
การตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญด้าน
สุขภาพจิต ด้านการออกแบบการเรียนรู้ และ
ด้านภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อปรับปรุงให้
เหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง 4. Implementation
(การนำไปใช้) ผู้วิจัยนำสื่อสร้างสรรค์ที่
พัฒนาขึ้นไปใช้ในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้
กับนักศึกษาพยาบาล โดยใช้วิธีการจัดการ
เรียนรู้แบบสัญญาการเรียน เพื่อให้ นักศึกษา
มีการวางแผน เรียนรู้ตามข้อตกลง และ
สะท้อนการเรียนรู้ด้วยตนเอง ในระหว่าง
การดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยเก็บข้อมูลการมีส่วนร่วม
ของผู้เรียน การตอบสนองต่อเนื้อหา และ
ความคิดเห็นต่อสื่อ เพื่อใช้ประเมินความ
เหมาะสมและประสิทธิภาพของนวัตกรรม
5. Evaluation (การประเมินผล) ผู้วิจัย
ประเมินผลทั้งในระหว่างการพัฒนา
(Formative Evaluation) และหลังจากการ
นำไปใช้จริง (Summative Evaluation) โดยใช้
แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของนักศึกษา
ก่อน และหลังการใช้สื่อสร้างสรรค์ รวมทั้งประเมิน
ความพึงพอใจและความคิดเห็นของผู้เรียน
ต่อกิจกรรมและสื่อ ผลการประเมินถูกนำมา
วิเคราะห์เพื่อสรุปประสิทธิภาพของนวัตกรรม

และใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงสื่อและกระบวนการเรียนรู้ให้มีความสมบูรณ์และยั่งยืนมากยิ่งขึ้น⁹

2.2 ขั้นตอนการใช้โปรแกรม ฯ

ประกอบด้วยกิจกรรมที่ดำเนินการภายใต้กรอบเวลาที่เหมาะสมและยืดหยุ่นสำหรับแต่ละบุคคล โดยใช้เวลาประมาณ 10–15 นาที ต่อกิจกรรมในแต่ละขั้นตอน ซึ่งรวมถึงการแนะนำสื่อและแนวคิด การขอความยินยอมจากนักศึกษา การลงมือปฏิบัติ และการสะท้อนผลการเรียนรู้ ผู้วิจัยออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโปรแกรม เพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลได้มีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ ฝึกทักษะ การคิดเชิงสร้างสรรค์ การจัดการอารมณ์ การปรับตัวเชิงบวก ส่งผลต่อการลดภาวะซึมเศร้า เพิ่มความพึงพอใจ และส่งเสริมสุขภาพจิตอย่างยั่งยืน โดยแต่ละกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวม

ข้อมูล 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (Student Information Form) ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา สถานะ ที่อยู่อาศัย ค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อเดือน พฤติกรรมการใช้สารเสพติด **2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)** ฉบับภาษาไทย แปลโดย ศาสตราจารย์นายแพทย์มานิช หล่อตระกูล ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะ¹⁰ มีทั้งหมด 9

ข้อคำถามพัฒนาขึ้นจากเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตาม DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าเป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานในการวินิจฉัยด้านอาการ ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า โดยมีการให้คะแนนแต่ละข้อสอบถามเกี่ยวกับอาการของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ผู้ตอบจะให้คะแนนตามระดับความถี่ของอาการ การแปลผล ตั้งแต่ 0 (ไม่มีเลย) ถึง 3 (เป็นทุกวัน) คะแนนรวมช่วยประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ดังนี้ 0-4 คะแนน: ไม่มีอาการซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคในระดับน้อยมาก 5-8 คะแนน มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย 9-14 คะแนน มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง 15-19 คะแนน มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงค่อนข้างมาก 20-27 คะแนนขึ้นไปมีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงมาก **3. แบบความพึงพอใจสื่อและประโยชน์ของสื่อในโปรแกรมนวัตกรรม ฯ** จำนวน 10 ข้อ ประเมินเกี่ยวกับความพึงพอใจด้านผู้เรียนที่ใช้สื่อในโปรแกรมนวัตกรรม ฯ (4 ข้อ) และด้านสื่อวิถีทัศน์ประกอบการเรียนรู้ (6 ข้อ) มีลักษณะเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ การแปลผล คะแนนเฉลี่ย 4.51–5.00 หมายถึง ความพึงพอใจระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.51–4.50 หมายถึง ความพึงพอใจระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.51–3.50 หมายถึง ความพึงพอใจระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.51–2.50 หมายถึง ความพึงพอใจระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง ความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) ฉบับภาษาไทย เป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานในการวินิจฉัยด้านอาการ ความรุนแรงของอาการ ซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า เครื่องมือมีค่าความไว เท่ากับ 0.84 และมีค่าความเฉพาะของเครื่องมือ เท่ากับ 0.77 และมีค่าเที่ยงตรงของเครื่องมือตามสภาพกับแบบประเมิน HAM-D ($r=0.56$; $p<0.001$) (SD-0.05, 90% CI 0.85-0.92) มีค่าความเชื่อมั่น 0.79

2. แบบความพึงพอใจสื่อและประโยชน์ของสื่อในโปรแกรมนวัตกรรม ฯ ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.89

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ระยะเวลาดำเนินการวิจัย ระหว่าง เดือน กรกฎาคม-ตุลาคม พ.ศ. 2568 แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1. ระยะก่อนการทดลองเมื่อผู้วิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์และผู้บริหารของสถาบันการศึกษา แล้วจึงเริ่มดำเนินการวิจัยโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยต่อกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกและยินดีเข้าร่วมการศึกษา 2. ระยะดำเนินการทดลองผู้วิจัยดำเนินการตามกิจกรรมของโปรแกรม ฯ ให้กลุ่มตัวอย่างเลือกวันที่สะดวกใช้ระยะเวลา

10 วัน ดังนี้ วันที่ 1 ชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ ระยะเวลา สิทธิในการเข้าร่วมและถอนตัว รวมถึงผลประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่กลุ่มตัวอย่างอย่างชัดเจน และดำเนินการกิจกรรม การเสริมสร้างทัศนคติที่ดี และการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในขั้นการใช้นวัตกรรม 10-15 นาที วันที่ 2-7 ดำเนินกิจกรรม การเสริมสร้างทัศนคติที่ดีและการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในขั้นการใช้นวัตกรรม 10-15 นาที วันที่ 8-10 ดำเนินกิจกรรมประเมินผลการใช้นวัตกรรม 3. ระยะหลังทดลองเก็บข้อมูลภาวะซึมเศร้าและความพึงพอใจต่อโปรแกรม ฯ

วิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สถิติที่ใช้ในการวิจัย สถิติพรรณนาใช้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กรณีข้อมูลแจกแจงปกติ นำเสนอด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน กรณีข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ นำเสนอด้วยค่ากลาง และ สถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์กรณีการแจกแจงไม่ปกติ ใช้สถิติกลุ่ม Non-parametric test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม ฯ ได้แก่ Wilcoxon Sign Rank Test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครขอนแก่น เลขที่ IRB-BCNKK-30-2025 รับรองระหว่าง วันที่ 30 กรกฎาคม พ.ศ. 2568– วันที่ 29 กรกฎาคม พ.ศ. 2569

ผลการวิจัย (Results)

ข้อมูลทั่วไป การศึกษานี้เก็บข้อมูลจากนักศึกษาพยาบาลดังแสดงเป็นจำนวน (ร้อยละ) ดังนี้ จำนวน 8 คน (61.54) ไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 5 คน (38.46) เนื่องจากนักศึกษากำลังเรียนในภาคปฏิบัติในสถานพยาบาล เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชน และบางส่วนขึ้นเวรเข้า บ่าย ดึก จึงไม่สะดวกเข้าร่วมในโปรแกรมฯ ทั้งหมดเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 มีอายุตั้งแต่ 18-24 ปี ส่วนใหญ่อายุ 20 ปี จำนวน 5 คน (62.50) มีคะแนนเฉลี่ยสะสมผลการเรียน GPA 2.51-3.00 จำนวน 5 คน (50.00) ส่วนใหญ่กำลังศึกษาในระดับชั้นปีที่ 2 จำนวน 5 คน (50.00) ส่วนใหญ่พักในหอพักนอกของวิทยาลัย จำนวน 7 คน (12.50) ค่าใช้จ่ายต่อเดือนเพียงพอ จำนวน 6 คน (75.00) กลุ่มตัวอย่างมีความรับผิดชอบต่อการเข้าใช้นวัตกรรมและความตรงต่อเวลาในการเรียนรู้แบบสัญญาณการเรียนรู้ และตรงต่อเวลาในการใช้นวัตกรรมการเรียนรู้แบบสัญญาณการเรียนรู้จำนวน 8 คน (100) ระยะเวลาที่ใช้โปรแกรมฯ ได้แก่ เวลา 08.00–11.00 น.

เวลา 13.00– 6.00 น. และ เวลา 17.00– 20.00 น.

การศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมนวัตกรรมฯ มีขั้นตอนและผลการวิเคราะห์ 3 ขั้นตอน คือ 1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรวมวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างค่าคะแนนภาวะซึมเศร้ามลดลงหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยรวมภาวะซึมเศร้ามก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (คะแนนเฉลี่ยรวมก่อน = 1.71, SD = 0.76) สูงกว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม (คะแนนเฉลี่ยรวมหลัง = 0.49, SD = 0.66) แสดงให้เห็นว่าแนวโน้มค่าคะแนนภาวะซึมเศร้ามลดลงหลังเข้าร่วมโปรแกรมนวัตกรรมฯ 2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมนวัตกรรมฯ มีข้อจำกัดคือ ข้อมูลมีจำนวนตัวอย่างที่น้อย (n=8) เพื่อทำการเปรียบเทียบค่ากลาง 3. ทดสอบสมมติฐานเพื่อเปรียบเทียบค่ากลางของคะแนนเฉลี่ยรวมภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมนวัตกรรมฯ จากการทดสอบด้วย Wilcoxon Signed-Rank Test พบว่าค่ากลางของคะแนนหลังการเข้าโปรแกรมฯ (Median = 17.88) สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมฯ (Median = 4.38) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($z = -2.366^b$, $p = 0.018$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ โดยใช้ Wilcoxon Sign Rank Test (n=8)

ตัวแปร	ระยะการทดลอง	Median	Mean Rank	Z	p-value
ภาวะซึมเศร้า	ก่อน	17.88	4.00	-2.366 ^b	0.018*
	หลัง	4.38			

*p < 0.05 a. Wilcoxon Signed Ranks Test b. Based on positive ranks

ความพึงพอใจของสื่อและประโยชน์ของสื่อโปรแกรมนวัตกรรม ฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ =4.47 S.D.=0.46) ในประเด็น ดังนี้ สื่อมีเนื้อหาชัดเจน เข้าใจง่าย สื่ออธิบายเนื้อหาได้ชัดเจน ระยะเวลาในการนำเสนอของสื่อเหมาะสม สื่อสะดวกต่อการศึกษด้วยตนเอง สื่อเป็นนวัตกรรมช่วยให้เกิดการแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง ช่วยให้เกิดการแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง ช่วยเพิ่มความตื่นตัว กระตือรือร้น

ตลอดการใช้สื่อนวัตกรรม และนวัตกรรมส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกับผู้วิจัย และมีรายการความพึงพอใจจำนวน 2 ข้อที่แปลผลอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =4.88 S.D.=0.35) ได้แก่ คุณภาพเสียงดนตรีประกอบเหมาะสม ชัดเจน และนวัตกรรมทำให้ได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหามากขึ้นนอกเหนือจากการศึกษาจากแผ่นพับ ดังตารางแสดงที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของความพึงพอใจของสื่อและประโยชน์ของสื่อโปรแกรมนวัตกรรม ฯ

ข้อความพึงพอใจ	มากที่สุด n(%)	มาก n(%)	ปานกลาง n(%)	น้อย n(%)	น้อยที่สุด n(%)	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
1.สื่อมีเนื้อหาชัดเจน เข้าใจง่าย (D1,D2)	75.00 (6)	25.00 (2)	-	-	-	4.75	0.46	มากที่สุด
2.สื่ออธิบายเนื้อหาได้ชัดเจน (D1,D2)	75.00 (6)	25.00 (2)	-	-	-	4.75	0.46	มากที่สุด
3.ลักษณะของภาพ ขนาด และสีของตัวอักษร เหมาะสม ชัดเจนสวยงาม (D1,D2)	75.00 (6)	25.00 (2)	-	-	-	4.75	0.46	มากที่สุด
4. คุณภาพเสียง ดนตรี ประกอบเหมาะสม ชัดเจน (D2)	87.50 (7)	12.50 (1)	-	-	-	4.88	0.35	มาก

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของความพึงพอใจของสื่อและประโยชน์ของสื่อโปรแกรมนวัตกรรม ฯ (ต่อ)

ข้อความพึงพอใจ	มากที่สุด n(%)	มาก n(%)	ปานกลาง n(%)	น้อย n(%)	น้อยที่สุด n(%)	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
5.ระยะเวลาในการนำเสนอเหมาะสม (D1,I)	75.00(6)	25.00(2)	-	-	-	4.75	0.46	มากที่สุด
6.สะดวกต่อการศึกษาด้วยตนเอง (I)	75.00(6)	25.00(2)	-	-	-	4.75	0.46	มากที่สุด
7.นวัตกรรมทำให้ได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหามากขึ้นนอกเหนือจากการศึกษาจากแผ่นพับ (E)	87.50(7)	12.50(1)	-	-	-	4.88	0.35	มาก
8.นวัตกรรมช่วยให้เกิดการแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง (I,E)	75.00(6)	25.00(2)	-	-	-	4.75	0.46	มากที่สุด
9.นวัตกรรมช่วยให้มีความตื่นตัว กระตือรือร้นตลอดการใช้สื่อนวัตกรรม E)	75.00(6)	25.00(2)	-	-	-	4.75	0.46	มากที่สุด
10.นวัตกรรมส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกับผู้วิจัย (E)	75.00(6)	25.00(2)	-	-	-	4.75	0.46	มากที่สุด

อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

1. ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลหลังเข้าร่วมโปรแกรมนวัตกรรม ฯ มีค่าต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดผลลัพธ์นี้ คือ การพัฒนาโปรแกรมตามขั้นตอนของ ADDIE⁸ เริ่มจากการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยสุขภาพจิต การใช้สื่อสร้างสรรค์ และการเรียนรู้แบบสัญญาณการเรียนรู้ รวมถึงศึกษาภูมิปัญญาท้องถิ่นอย่างบทกลอนสรภัญญะเพื่อค้นหาสาระที่สามารถผสมผสานเข้ากับแนวคิดป้องกันปัจจัย 7 สี จากนั้นจึงออกแบบโครงสร้างเนื้อหาและกิจกรรมการเรียนรู้ให้เชื่อมโยงสุขภาพจิตกับภูมิปัญญาท้องถิ่นพร้อมวางรูปแบบ Learning Contract และกำหนดเครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าและความพึงพอใจ ต่อมาในขั้นพัฒนาสื่อ

มัลติมีเดียและบทกลอนสรภัญญะถูกสร้างขึ้นเพื่อสื่อสารแนวคิดป้องกันจรรยา 7 สี ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและภูมิปัญญาท้องถิ่น ก่อนนำไปใช้จริง ผู้วิจัยจัดกิจกรรมตาม Learning Contract⁵ ให้ผู้เรียนวางแผน เรียนรู้ และสะท้อนผล พร้อมเก็บข้อมูลการตอบสนองและความคิดเห็นของผู้เรียนเพื่อติดตามความเหมาะสมของสื่อ และในขั้นสุดท้ายคือการประเมินทั้งแบบ Formative และ Summative เพื่อวัดผลคะแนนภาวะซึมเศร้าและความพึงพอใจของนักศึกษา ผลลัพธ์ทั้งหมดสะท้อนให้เห็นว่า การทำตามขั้นตอน ADDIE ช่วยให้โปรแกรม ฯ มีโครงสร้างชัดเจน ครอบคลุมทุกด้าน และสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การจัดการเรียนรู้แบบสัญญาณการเรียนรู้ยังเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้มีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายและกำหนดแนวทางการเรียนรู้ด้วยตนเอง ทำให้เกิดความรับผิดชอบ ความภาคภูมิใจ และแรงจูงใจภายใน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความเครียดและภาวะซึมเศร้าได้ การใช้สื่อสร้างสรรค์ทางวัฒนธรรมร่วมกับการเรียนรู้เชิงบูรณาการ สามารถลดระดับความเครียดและส่งเสริมสุขภาวะจิตในกลุ่มนักศึกษาได้อย่างมีนัยสำคัญ^{4,11}

2. ผลการศึกษาพบว่าผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมนวัตกรรมสื่อสร้างสรรค์ “ปัญญาสู่สังคม” ซึ่งผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นผ่าน

บทกลอนสรภัญญะและแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ “ป้องกันจรรยา 7 สี” ในระดับสูง โดยผู้เรียนให้เหตุผลว่ากิจกรรมมีความแปลกใหม่ สนุก และช่วยให้เข้าใจตนเองมากขึ้น อีกทั้งยังเกิดความผูกพันทางวัฒนธรรมและภาคภูมิใจในภูมิปัญญาท้องถิ่น การใช้บทกลอนสรภัญญะเป็นสื่อกลางจึงไม่เพียงแต่ช่วยส่งเสริมความเข้าใจในเนื้อหาทางสุขภาพจิตเท่านั้น แต่ยังเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่เชื่อมโยงอัตลักษณ์ท้องถิ่นเข้ากับการพัฒนาจิตใจของผู้เรียนได้อย่างลึกซึ้ง⁴ สอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้เชิงวัฒนธรรมที่เชื่อว่าผู้เรียนจะเกิดแรงจูงใจและความภาคภูมิใจมากขึ้นเมื่อเนื้อหามีความเชื่อมโยงกับวิถีชีวิตของตนเองในด้านเนื้อหาและความชัดเจนของสื่อ ผลการประเมินอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 4.75, S.D.=0.46) แสดงให้เห็นว่าการดำเนินการในขั้นการวิเคราะห์และการออกแบบมีความถูกต้องเหมาะสม เนื้อหาของสื่อมีการลำดับอย่างเป็นระบบ ชัดเจน เข้าใจง่าย และสามารถสื่อสารแนวคิดหลักของการส่งเสริมสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ การนำบทกลอนสรภัญญะมาเป็นแกนกลางในการออกแบบสื่อยังช่วยให้ผู้เรียนเกิดภาพจำที่ชัดเจน ส่งผลให้การเรียนรู้คงทนยิ่งขึ้นซึ่งเป็นคุณลักษณะสำคัญของการเรียนรู้เชิงสร้างสรรค์ สำหรับองค์ประกอบด้านสุนทรียศาสตร์และเทคนิค พบว่า ภาพ ขนาดอักษร สี และเสียงประกอบอยู่ในระดับ

เหมาะสมมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย=4.75-4.88) แสดงถึงความละเอียดรอบคอบในการออกแบบและพัฒนาสื่อให้มีความน่าสนใจ เข้าใจง่าย และกระตุ้นอารมณ์เชิงบวกของผู้เรียน โดยเฉพาะในส่วนของเสียงดนตรีและจังหวะการขับร้องสรภัญญะ ที่ได้รับการประเมินสูงสุด (ค่าเฉลี่ย=4.88, S.D.=0.35) เนื่องจากผู้เรียนรู้สึกเพลิดเพลินและมีสมาธิ ในขณะที่เรียนการใช้ไอศหัทศนูปกรณ์ที่สอดคล้องกันจึงมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมการจดจำข้อมูลและลดภาระทางปัญญาของผู้เรียน ในขั้นการนำไปใช้

การประเมินระยะเวลาในการนำเสนอและความสะดวกต่อการศึกษาดูด้วยตนเองอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.75, S.D.=0.46) แสดงให้เห็นว่าการกำหนดกิจกรรมและเนื้อหาในแต่ละช่วงมีความเหมาะสมกับระยะเวลาการเรียนรู้จริง ผู้เรียนสามารถจัดการการเรียนรู้ของตนเองได้ตามจังหวะที่ต้องการ และรู้สึกว่าการสื่อมีความเป็นมิตรต่อผู้ใช้เป็นลักษณะเด่นของการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ที่เน้นให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง นอกจากนี้ แนวคิด “ปิงปองจราจร 7 สี” ที่ใช้เป็นเครื่องมือหลักในการเรียนรู้ ยังช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจระบบการดูแลสุขภาพจิตของตนเองในมิติต่าง ๆ ได้อย่างชัดเจน ทั้งด้านอารมณ์ พฤติกรรม และสังคม¹² สำหรับขั้นการประเมินผล พบว่าผู้เรียนมีความรู้และความเข้าใจในเนื้อหามากขึ้น (ค่าเฉลี่ย 4.88, S.D.=0.35) และมีการแสวงหาความรู้ด้วย

ตนเองในระดับสูงมาก (ค่าเฉลี่ย 4.75, S.D.=0.46) ซึ่งเป็นผลลัพธ์ของการออกแบบกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วม ตั้งแต่การตั้งเป้าหมาย การกำหนดแนวทางการเรียนรู้ ไปจนถึงการสะท้อนผลทำให้เกิดการเรียนรู้เชิงรุกและการพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์อย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนถึงประสิทธิผลของนวัตกรรมที่สามารถยกระดับความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมเชิงบวกได้อย่างเป็นรูปธรรม ในด้านเจตคติและการมีส่วนร่วมของผู้เรียน ผลการประเมินในข้อที่ 9 และ 10 อยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย=4.75, S.D.=0.46291) แสดงให้เห็นว่านักศึกษาที่มีความกระตือรือร้นตื่นตัว และมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นตลอดกระบวนการเรียนรู้^{13,14} นวัตกรรมนี้จึงไม่เพียงส่งเสริมการเรียนรู้รายบุคคลเท่านั้น แต่ยังเป็นพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้ร่วมกันระหว่างผู้เรียนและผู้สอน เกิดบรรยากาศแห่งการเรียนรู้แบบร่วมมือ ที่สอดคล้องกับหลักการในขั้นการนำไปใช้และการประเมินผลของโมเดล ADDIE^{9,15}

กล่าวโดยสรุป ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐาน คือ ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลหลังได้รับโปรแกรมนวัตกรรมสื่อสร้างสรรค์ปัญญาสู่สังคมด้วยการผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล มีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าสูงกว่าก่อนเข้า

ร่วมโปรแกรม ฯ ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า

1) การออกแบบและดำเนินการตามหลัก ADDIE Model ช่วยให้การสร้างสื่อวัตกรรมการ “สรวัญญะและปิงปองจรรยา 7 สี” มีความเป็นระบบ ตั้งแต่การวิเคราะห์ความต้องการ ผู้เรียนจนถึงการประเมินผลลัพท์ ทำให้สื่อมีคุณภาพสูง ใช้งานได้จริง และส่งผลต่อการส่งเสริมการเกิดภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล ทั้งยังสะท้อนให้เห็นถึงคุณค่าของการบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นเข้ากับการส่งเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล ซึ่งสามารถนำไปขยายผลและพัฒนาเป็นแนวทางในการจัดการเรียนรู้ด้านสุขภาพจิตในบริบทอื่น ๆ ได้อย่างยั่งยืน 2) วิธีการจัดการเรียนรู้แบบสัญญาการเรียนเป็นวิธีการที่ยืดหยุ่นให้กับผู้ใช้นวัตกรรม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ 1) ในการพัฒนาโปรแกรมนวัตกรรมสื่อสร้างสรรค์ ปัญญาสู่สังคมด้วยการผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลควรปรับปรุงในเรื่องคุณภาพเสียง ดนตรีประกอบเหมาะสมชัดเจน อาจใช้ห้องบันทึกเสียงที่มีคุณภาพ และอาจปรับเป็นทำนองที่หลากหลาย 2) ควรมีการเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งต่อไปเพื่อเพิ่มโอกาสในการตรวจสอบความแตกต่างของผลลัพท์การศึกษา

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างจากวิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ให้ข้อมูลเป็นประโยชน์ในการศึกษา และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ที่สนับสนุนทุนวิจัย และทุนเผยแพร่บทความวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. รายงานสถานการณ์สุขภาพจิตของประชากรไทย ปี 2565–2568. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2565
2. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing Company; 1984.
3. ธนพล บรรดาศักดิ์, นฤมล จันทระเกษม และคณะ. การป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล.วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์. 564;13(1):62-70.
4. Wangkamhan Y, Nachaisin K, Surapinit T. Integrating local wisdom into the Thai curriculum: Enhancing student engagement and cultural awareness. Journal of Buddhist Education and Research. 2024;10(3):173-83.
5. นาดยา อยู่คง. นวัตกรรมวิธีการจัดการเรียนการสอนด้วยสัญญาการเรียน (Learning Contract) ที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนรับผิดชอบต่อการเข้าชั้นเรียน และการตรงต่อเวลาเรียนของ

- รายวิชา 400 111 สังคมข่าวสาร. Veridian E-Journal, Silpakorn University ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ. 2561; 11(1):1-18.
6. Beck AT. Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects. New York: Harper and Row; 1967.
 7. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing Company; 1984.
 8. Thongpanich P. Learning Management and Classroom Management: ADDIE Teaching Model (ADDIE Model) [Internet]. 2019 [cited 2025 May 30]. Available from: <https://url.in.th/gkNeQ>
 9. Gibbs G. Learning by doing: A guide to teaching and learning methods. Oxford: Oxford Polytechnic; 1988.
 10. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. BMC Psychiatry. 2008;8:46-52
 11. ศุภกรใจ เจริญสุข, ทัศนวิทย์ โมกขาว. ผลของโปรแกรมการดูแลด้วยป้องกัน
 จราจรชีวิต7สัปดาห์ต่อภาวะซึมเศร้าของ
 นักศึกษาพยาบาล. วารสารการ
 พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2566;39(3):65-78.
 12. สถาบันพระบรมราชชนก. แนวคิดการ
 ส่งเสริมสุขภาพป้องกันจราจร 7 สัปดาห์: การ
 ดูแลสุขภาพแบบองค์รวม. กรุงเทพฯ:
 สถาบันพระบรมราชชนก; 2565.
 13. นุชนาด แก้วมาตร. นักศึกษาพยาบาล
 กับภาวะซึมเศร้า. วารสารคณะพยาบาล
 ศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2556;21(3):14-23.
 14. World Health Organization. Depression [Internet]. 2023 [cited 2025 May 30]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
 15. Reangsing C, Moonpanane K, Pittchalard K, Schneider JK. Efficacy of a Mind Space Application intervention on psychological outcomes in Thai university students with depression: A pilot randomized controlled trial. J Affect Disord. 2024;31(2): 123-132.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test ของสตรีอายุ 30-60 ปี จังหวัดขอนแก่น

ยุภาพร ดีแป้น¹, สุพัฒน์ อาสนะ²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบ Case Control Study ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA Test ของสตรีอายุ 30-60 ปี จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 484 คน แบ่งเป็นกลุ่มศึกษา (Cases) 242 คน คือกลุ่มที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test และกลุ่มควบคุม (Controls) 242 คน คือ กลุ่มที่ไม่ได้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างเดือน กรกฎาคม 2567 ถึงมิถุนายน 2568 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณโลจิสติก ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA Test ของสตรีอายุ 30-60 ปี คือ อายุ 40-49 ปี ($OR_{adj} = 2.78$, 95%CI : 1.68 to 4.59 ; $p < 0.001$) อายุ 50-60 ปี ($OR_{adj} = 4.49$, 95% CI : 2.71 to 7.17; $p = 0.01$) อาชีพเกษตรกร/รับจ้าง/ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ($OR_{adj} = 2.40$, 95% CI : 1.35 to 4.26; $p = 0.001$) อาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานบริษัทเอกชน ($OR_{adj} = 3.20$, 95% CI : 1.67 to 6.14; $p = 0.001$), สถานภาพสมรส/คู่/อยู่ด้วยกัน ($OR_{adj} = 3.20$, 95%CI : 1.12 to 3.36; $p = 0.01$), และสถานภาพหม้าย/หย่า/แยก ($OR_{adj} = 2.49$, 95%CI : 1.17 to 5.27; $p = 0.01$) หน่วยบริการสาธารณสุขควรพัฒนาระบบบริการเชิงรุก เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก.

คำสำคัญ: การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก, HPV DNA Test, สตรีอายุ 30-60 ปี, การเข้าถึงบริการสาธารณสุข

¹นักศึกษาลัทธิสุตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

³ Corresponding author: ผศ.ดร.สุพัฒน์ อาสนะ E-mail: supataana@scphkk.ac.th

Received: November 13, 2025; Revised: December 29, 2025; Accepted: December 30, 2025

Factors associated with the utilization of cervical cancer screening using the HPV DNA test among women aged 30–60 years in Khon Kaen Province

Yupaporn deepaen¹, Supat Asana²

ABSTRACT

This analytical case-control study aimed to examine Factors associated with the utilization of cervical cancer screening using the HPV DNA test among women aged 30–60 years in Khon Kaen Province. The study involved 484 participants, comprising 242 cases (women who received HPV DNA testing) and 242 controls (women who did not). Data were collected through questionnaires between July 2024 and June 2025 and analyzed using multiple logistic regression. The results indicated that significant factors associated with cervical cancer screening were age 40–49 years ($OR_{adj} = 2.78$, 95% CI: 1.68–4.59; $p < 0.001$), age 50–60 years ($OR_{adj} = 4.49$, 95% CI: 2.71–7.17; $p = 0.01$), occupation as farmer/laborer/vendor/ self-employed ($OR_{adj} = 2.40$, 95% CI: 1.35–4.26; $p < 0.001$), occupation as government officer/state enterprise/private employee ($OR_{adj} = 3.20$, 95% CI: 1.67–6.14; $p < 0.001$), and marital status, including married/cohabiting ($OR_{adj} = 3.20$, 95% CI: 1.12–3.36; $p = 0.01$) and widowed/divorced/separated ($OR_{adj} = 2.49$, 95% CI: 1.17–5.27; $p = 0.01$). Public health service organizations should develop proactive follow-up systems through village health volunteers (VHVs), provide comprehensive one-stop cervical screening services with self-sampling options, and enhance data connectivity between referral hospitals and primary care units to improve the efficiency and coverage of cervical cancer screening services.

Key words: Cervical cancer screening, HPV DNA test, Women aged 30–60 years, Health service accessibility

¹Master of Public Health Student in Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen Faculty Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute.

²Assoc. Prof.: Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

บทนำ (Introduction)

มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของสตรีทั่วโลก มีสาเหตุหลักจากการติดเชื้อไวรัส Human papillomavirus (HPV) แบบบเรื้อรัง ซึ่งก่อให้เกิดความผิดปกติของเซลล์บริเวณปากมดลูกและพัฒนาไปสู่มะเร็ง องค์การอนามัยโลกรายงานไว้ในปี ค.ศ. 2022 พบผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 660,000 ราย และพบว่า ร้อยละ 94 ของการเสียชีวิตเกิดในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำถึงปานกลาง² สะท้อนถึงความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงบริการป้องกันและการตรวจคัดกรองโรค ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกประมาณปีละ 6.7 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน³ และพบมากในสตรีอายุ 55 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่ตรวจพบเมื่ออยู่ในระยะลุกลาม⁴ ซึ่งส่งผลกระทบต่ออัตราการรอดชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รัฐจึงให้ความสำคัญต่อการป้องกันโรคทั้งในระดับต้นและระดับทุติยภูมิ โดยองค์การอนามัยโลกได้กำหนด “กลยุทธ์เสาหลักสามประการ” เพื่อกำจัดมะเร็งปากมดลูกภายในปี ค.ศ. 2030 ได้แก่ การสร้างความครอบคลุมของวัคซีน HPV ร้อยละ 90 การตรวจคัดกรองสตรีร้อยละ 70 และการรักษารอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งระยะเริ่มต้นร้อยละ 90 ซึ่งจะช่วยลดอัตราป่วยและอัตราตายจากโรคได้อย่างมีนัยสำคัญในอนาคต

เนื่องจากมะเร็งปากมดลูก เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่สามารถป้องกันได้ และการดำเนินของโรคจนเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ องค์การอนามัยโลก จึงกำหนดกลยุทธ์เสาหลัก 3 ประการเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูกก่อนปี ค.ศ. 2030⁵ และประเทศไทยได้กำหนดนโยบายการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test ในสตรีอายุ 30–60 ปี ให้ความครอบคลุมไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70 ซึ่งเป็นวิธีที่มีความแม่นยำสูงกว่าวิธี PAP smear และ VIA อย่างไรก็ตามเมื่อถึงปี ค.ศ. 2070 คาดการณ์ว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test อย่างน้อย 2 ครั้ง ในช่วงชีวิตและเข้ารับการรักษาโดยเร็วเมื่อพบรอยโรคจะช่วยลดอัตราตายได้ร้อยละ 88.9⁶ ทั้งนี้การเข้ารับบริการยังต่ำกว่าเกณฑ์ เนื่องจากปัจจัยหลายด้าน เช่น อายุ ความกลัว ภาระทางเศรษฐกิจ ภาระดูแลครอบครัว การขาดการสนับสนุนจากครอบครัว ขาดเวลา และความรู้เกี่ยวกับโรคที่ไม่เพียงพอสำหรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกนั้น ได้มีการกำหนดนโยบายไว้ในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคมะเร็ง ยุทธศาสตร์ที่ 2 การตรวจคัดกรองและตรวจค้นหามะเร็งระยะเริ่มต้น (Screening and Early Detection) โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายในปีงบประมาณ 2567 คือ สตรีอายุ 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test $\geq$ ร้อยละ 70⁸ จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่ากลุ่มเป้าหมายเข้า

รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด เนื่องจาก 1) ความอาย ได้แก่ อายที่จะเปิดเผยอวัยวะส่วนลับให้ผู้ตรวจดู 2) ความกลัว ได้แก่ กลัวกระบวนการตรวจ และกลัวและรับไม่ได้ถ้าตนเองมีผลผิดปกติ 3) ขาดรายได้ 4) มีภาระต้องดูแลคนในครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพ 5) ครอบครัวไม่สนับสนุน และ 6) ไม่ว่าง⁹ และประเด็นสำคัญคือ ขาดความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก^{10,11} ยังพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมทางสุขภาพ มีผลต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹²

จังหวัดขอนแก่น พบอัตราป่วยตายด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก เป็นอันดับ 3 ของสตรีเฉลี่ยพบ ปีละ 7.5 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน¹³ ส่วนการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA test ระหว่างปี พ.ศ. 2564-2566 มีความครอบคลุมเพียงร้อยละ 41.31, 21.82 และ 42.81 ตามลำดับ¹⁴ และยังไม่มียุทธศาสตร์ด้านการสนับสนุนปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test ในจังหวัดขอนแก่น ดังนั้นผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาจึงได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งจากมดลูก เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนพัฒนาการจัดระบบบริการ เพื่อเพิ่มการเข้ารับบริการในกลุ่มเป้าหมาย และเป็นการค้นพบ

ผู้ป่วยได้ในระยะก่อนการเกิดโรคมะเร็ง ซึ่งจะช่วยให้สามารถรักษาผู้ป่วยได้ทันทั่วทั้งที่ เพิ่มคุณภาพชีวิต ลดอัตราค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา และเพิ่มโอกาสในการรอดชีวิตให้ผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ (Objective)

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อายุ 30-60 ปี จังหวัดขอนแก่น

วิธีการดำเนินการวิจัย (Methodology)

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบ Case

Control Study

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ สตรีอายุระหว่าง 30-60 ปี ภูมิลำเนาจังหวัดขอนแก่น กลุ่มเป้าหมายการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test ปีงบประมาณ 2567
2. กลุ่มตัวอย่าง สตรีอายุระหว่าง 30-60 ปี ภูมิลำเนาจังหวัดขอนแก่น มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ จำนวน 484 คน

3. การคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรสำหรับ Case Control Study¹⁵ โดยอ้างอิงจากงานวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในญาติสายตรงของกลุ่มเสี่ยงมะเร็งปากมดลูก อำเภอเมือง จังหวัด

มหาสารคาม¹⁶ พบว่าปัจจัยด้านการสนับสนุนให้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คือ การได้รับข่าวสารและไม่ได้รับข่าวสาร ในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก $p1 = P(\text{exposure case})$ คือ สัดส่วนของผู้ที่ได้รับข่าวสารในกลุ่มศึกษา (Case) $114/123 = 0.926$, $p2 = P(\text{exposure control})$ คือ สัดส่วนของผู้ที่ได้รับข่าวสารในกลุ่มควบคุม (Control) $104/123 = 0.845$, $q1 = 1 - 0.926 = 0.074$, $q2 = 1 - 0.845 = 0.155$, $r = 1$ หรือ อัตราส่วนระหว่างกลุ่มศึกษา (Case) และกลุ่มควบคุม (Control) เท่ากับ 1:1 $z1 - \alpha/2 = 1.96$, $z1 - \beta = 0.84$ (power 80%)¹⁶ และแทนค่าในสูตรเพื่อคำนวณขนาดตัวอย่าง ได้จำนวน 242 คน ผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) แบ่งตามพื้นที่การดำเนินงานด้านสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น คำนวน Ratio of Control to Case เท่ากับ 1:1 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง Control 242 คน Case 242 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลการวิจัย เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 4 ข้อ 2) ข้อมูลสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ และ 3) การเข้าถึงบริการสาธารณสุข จำนวน 1 ข้อ

2. แบบสอบถาม เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง ประกอบด้วย 4 ส่วน

คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 3 ข้อ 2) ข้อมูลสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ 3) การเข้าถึงบริการสาธารณสุข จำนวน 2 ข้อ 4) การสนับสนุนให้เข้ารับการตรวจคัดกรอง จำนวน 4 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ข้อคำถามทุกข้อมีค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 การวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น นำแบบบันทึกข้อมูลวิจัยและแบบสอบถามที่ผ่านการพิจารณาไป Try Out ในจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์ของความสอดคล้องภายใน ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา¹⁷ ได้ดังนี้ ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพ เท่ากับ 0.854 ส่วนที่ 3 การเข้าถึงบริการสาธารณสุข เท่ากับ 0.962 ส่วนที่ 4 การสนับสนุนให้เข้ารับการตรวจคัดกรอง เท่ากับ 0.973 และแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.976

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ในการใช้ข้อมูลกลุ่มเป้าหมายการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี จังหวัดขอนแก่น ในปี พ.ศ.2567 จากโปรแกรม Health Data Center (HDC) 43 แฟ้ม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น และ

ขออนุญาตเก็บข้อมูลจากหน่วยงาน
สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

2. ผู้วิจัยนำส่งแบบสอบถามด้วย
ตนเอง พร้อมหนังสือขอความอนุเคราะห์
เก็บข้อมูลในการทำวิจัยให้กับหน่วยงาน
สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และมอบรายชื่อ
กลุ่มตัวอย่างแต่ละอำเภอ โดยจ่าย
แบบสอบถาม จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 484
คน ด้วยตนเอง โดยให้ผู้ช่วยวิจัยที่ไม่มีความ
เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานคัดกรองมะเร็ง
ปากมดลูก พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของ
การทำวิจัย

3. รวบรวมข้อมูลที่ได้วิเคราะห์โดย
ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป STATA Released 16

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วย
สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ
ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ
เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
ด้วยวิธี HPV DNA Test วิเคราะห์ด้วยสถิติ
เชิงอนุมาน โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอย
พหุคูณ มีการแจกแจงแบบทวินาม คือ
วิเคราะห์ปัจจัยที่ละคู่ พิจารณา crude OR
และ 95% CI ของ crude OR และวิเคราะห์
แบบหลายตัวแปร นำเสนอเป็นค่า OR_{adj} และ
95% CI และ p-value

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรอง
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ วิทยาลัยการ
สาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่
HE671077 วันที่ 11 เมษายน 2568

ผลการวิจัย (Result)

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่ม
ตัวอย่าง จำนวน 484 คน

1.1 กลุ่มศึกษา จำนวน 242 คน ส่วน
ใหญ่ร้อยละ 51.65 (125 คน) อายุเฉลี่ย 48.15
ปี (SD 8.00) อายุระหว่าง 50-60 ปี ร้อยละ
61.98 (150 คน) อาชีพ เกษตรกรรม/รับจ้าง/
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 61.98 (150 คน)
การศึกษาระดับอนุปริญญา/ปวส./ปริญญาตรี/
สูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 42.56 (103 คน)
สถานภาพสมรส/คู่/อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 72.73
(176 คน) ร้อยละ 57.85 (140 คน) ลักษณะ
ที่อยู่อาศัย

1.2 กลุ่มควบคุม จำนวน 242 คน
ส่วนใหญ่ร้อยละ 44.21 (107 คน) อายุเฉลี่ย
42.79 ปี (SD= 8.97) อายุระหว่าง 30-39 ปี
อาชีพ เกษตรกรรม/รับจ้าง/ค้าขาย/ธุรกิจ
ส่วนตัว ร้อยละ 56.61 (137 คน) การศึกษา
ระดับอนุปริญญา/ปวส./ปริญญาตรี/สูงกว่า
ปริญญาตรี ร้อยละ 45.87 (111 คน) สถานภาพ
สมรส/คู่/อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 67.36 (163 คน)
ร้อยละ 52.86 (128 คน) ลักษณะที่อยู่อาศัย

2. การศึกษา ปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจคัด

กรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test
ของสตรีอายุ 30-60 ปี จังหวัดขอนแก่น

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์
แบบที่ละครู้ พบว่า มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลายปัจจัย เป็น
การวิเคราะห์ที่ละครู้และคัดเลือกตัวแปรเพื่อ
นำเข้าวิเคราะห์พหุปัจจัย คือ $p\text{-value} < 0.25$
ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี
HPV DNA Test ของสตรีอายุ 30-60 ปี จังหวัดขอนแก่น วิเคราะห์ตัวแปรที่ละครู้

ตัวแปร	Case=242 n (%)	Control=242 n (%)	Crude OR	95% CI	p-value
อายุ (ปี)					<0.001*
30-39	43 (17.77)	107(44.21)	1		
40-49	74 (30.58)	64 (26.45)	2.88	1.77 to 4.68	
50-60	125 (51.65)	71(29.34)	4.38	2.77 to 6.93	
อาชีพ					0.02*
แม่บ้าน/ไม่มีงานทำ/อื่นๆ	25 (10.33)	46 (19.01)	1		
เกษตรกรรม/รับจ้าง/ค้าขาย	150 (61.98)	137 (56.61)	2.01	1.17 to 3.45	
ธุรกิจส่วนตัว					
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ พนักงานบริษัทเอกชน	67 (27.96)	59 (24.38)	2.09	1.15 to 3.81	
สถานภาพสมรส					<0.001*
โสด	26 (10.74)	56 (23.14)	1		
สมรส/คู่/อยู่ด้วยกัน	176 (72.73)	163 (67.36)	2.32	1.39 to 3.88	
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	40 (16.53)	23 (9.50)	3.75	1.87 to 7.49	
ลักษณะที่อยู่อาศัย					<0.001*
เจ้าของบ้าน	140 (57.85)	94 (38.84)	1		
เช่าอยู่/อื่นๆ	18 (7.44)	20 (8.26)	0.60	0.30 to 1.20	
อาศัยอยู่กับครอบครัว	84 (34.71)	128 (52.89)	0.44	0.30 to 0.64	
ประวัติการสูบบุหรี่					0.02*
ไม่สูบ	240 (99.17)	233 (96.28)	1		
สูบ	2 (0.83)	9 (3.72)	0.22	0.45 to 1.00	
จำนวนการตั้งครรภ์ (ครั้ง)					<0.001*
จำนวน 0	30 (12.40)	59 (24.38)	1		
จำนวน 1-2	150 (61.98)	151 (62.40)	1.95	1.19 to 3.20	
จำนวน ≥ 3	62 (25.62)	32 (13.22)	3.81	2.07 to 7.03	

ตัวแปร	Case=242 n (%)	Control=242 n (%)	Crude OR	95% CI	p-value
จำนวนการคลอดบุตร (ครั้ง)					<0.001*
จำนวน 0	30 (12.40)	63 (26.03)	1		
จำนวน 1-2	174 (71.90)	158 (35.29)	2.31	1.42 to 3.76	
จำนวน ≥ 3	38 (15.70)	21 (8.68)	3.8	1.91 to 7.56	
จำนวนบุตรที่ยังมีชีวิต (คน)					<0.001*
ไม่มี	32 (13.22)	65 (26.86)	1		
จำนวน 1-2	160 (66.12)	154 (63.64)	2.11	1.30 to 3.40	
จำนวน ≥ 3	50 (20.66)	23 (9.50)	4.42	2.30 to 8.46	
ประวัติการคุมกำเนิดในอดีต					0.003*
ไม่เคยคุมกำเนิด	48 (37.50)	80 (62.50)	1		
ยาฉีดคุมกำเนิด/ยาเม็ด/ คุมกำเนิด/ยาฝัง/ คุมกำเนิด/ห่วงอนามัย/ ถุงยางอนามัย ทำหมัน/อื่น ๆ	155 (55.16)	126 (44.84)	2.05	1.34 to 1.34	
ประวัติการคุมกำเนิดในปัจจุบัน					0.001*
ไม่เคยคุมกำเนิด	60 (24.79)	92 (38.02)	1		
ยาฉีดคุมกำเนิด/ยาเม็ด/ คุมกำเนิด/ยาฝัง/ คุมกำเนิด/ห่วงอนามัย/ ถุงยางอนามัย ทำหมัน/อื่น ๆ	41 (16.94)	47 (19.42)	1.34	0.79 to 2.27	
สิทธิการรักษา					0.01*
หลักประกันสุขภาพ (UC)	127 (52.48)	100 (41.32)	1		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	45 (18.60)	44 (18.18)	0.81	0.49 to 1.31	
กองทุนประกันสังคม/ ชำระเงินเอง/อื่น ๆ	70 (28.93)	98 (40.50)	0.56	0.38 to 0.85	
การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่/อสม./ผู้นำชุมชน					<0.001*
ได้รับ	220 (90.91)	177 (73.14)	1		
ไม่ได้รับ	22 (9.09)	65 (26.86)	0.27	0.16 to 0.46	

ตัวแปร	Case=242 n (%)	Control=242 n (%)	Crude OR	95% CI	p-value
การได้รับข่าวสาร					<0.001*
ได้รับ	239 (98.76)	192 (79.34)	1		
ไม่ได้รับ	3 (1.24)	50 (20.66)	20.75	6.37to67.54	

* มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรพหุ โดยนำปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติจากการวิเคราะห์แบบทีละคู่มาวิเคราะห์ร่วมกัน เพื่อควบคุมตัวแปรกวนและหาปัจจัยที่มีอิทธิพลที่แท้จริงต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี

HPV DNA Test ของสตรีอายุ 30 - 60 ปี ในจังหวัดขอนแก่น พบว่า มีเพียง 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ อาชีพ และสถานภาพสมรส ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี

HPV DNA Test ของสตรีอายุ 30-60 ปี จังหวัดขอนแก่น วิเคราะห์คร่าวละหลายตัวแปร

ตัวแปร	Case=242 n (%)	Control=242 n (%)	Crude OR	OR _{adj}	(95% CI)	p-value
อายุ (ปี)						<0.001*
30-39	43 (17.77)	107 (44.21)	1	1		
40-49	74 (30.58)	64 (26.45)	2.88	2.78	1.68 to 4.59	
50-60	125 (51.65)	71 (29.34)	4.38	4.49	2.71 to 7.17	
อาชีพ						0.001*
แม่บ้าน/ไม่มีงานทำ/ อื่นๆเช่น นักศึกษา	25 (10.33)	46 (19.01)	1	1		
เกษตรกร/รับจ้าง/ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	150 (61.98)	137 (56.61)	2.01	2.40	1.35 to 4.26	
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ พนักงานบริษัทเอกชน	67 (27.69)	59 (24.38)	2.09	3.20	1.67 to 6.14	
สถานภาพสมรส						0.01*
โสด	26 (10.74)	56 (23.14)	1	1		
สมรส/คู่/อยู่ด้วยกัน	176 (72.73)	163 (67.36)	2.32	1.94	1.12 to 3.36	
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	40 (16.53)	23 (9.50)	3.75	2.49	1.17 to 5.27	

* มีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย

(Discussion and Conclusion)

จากผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test ในสตรีอายุ 30-60 ปี จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า อายุ อาชีพ และสถานภาพสมรส

อายุ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test โดยสตรีอายุ 50-60 ปี มีโอกาสเข้ารับบริการสูงกว่ากลุ่มอายุ 30-39 ปี ถึง 4.49 เท่า (95% CI = 2.71 to 7.17, $p < 0.001$) และกลุ่มอายุ 40-49 ปี มีโอกาสเข้ารับบริการสูงกว่ากลุ่มอายุ 30-39 ปี ถึง 2.78 เท่า (95% CI = 1.68 to 4.59, $p < 0.001$) ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ในตำบลหนึ่งของอำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์¹⁸ พบว่าอายุมากกว่า 44 ปีขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR_{adj} = 2.15$, 95% CI 1.273 to 3.640, $p = 0.004$) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Health Belief Model ซึ่งอธิบายว่า เมื่ออายุมากขึ้นบุคคลจะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived susceptibility) และการรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity)

สูงขึ้น ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคมากขึ้น รวมทั้งการเข้ารับการตรวจคัดกรอง

อาชีพ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสตรีที่ประกอบอาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานบริษัทเอกชน มีโอกาสเข้ารับบริการสูงกว่ากลุ่มแม่บ้าน/ไม่มียานทำ/อื่นๆ ถึง 3.20 เท่า (95% CI = 1.67 to 6.14, $p = 0.001$) และกลุ่มที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม/รับจ้าง/ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว มีโอกาสเข้ารับบริการสูงกว่าถึง 2.40 เท่า (95% CI = 1.35 to 4.26, $p = 0.001$) ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษา¹⁸ พบว่ากลุ่มอาชีพแม่บ้าน เกษตรกร และค้าขายมีความสัมพันธ์กับการมารับการตรวจคัดกรองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR_{adj} = 5.09$, 95% CI 2.515 to 10.317, $p < 0.001$) ผลการศึกษานี้สามารถอธิบายได้ตามกรอบแนวคิด Social Determinants of Health ซึ่งระบุว่าอาชีพเป็นตัวแทนของสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ อันส่งผลต่อรายได้ ความมั่นคงในการทำงาน เวลาว่าง และการเข้าถึงบริการสุขภาพ สตรีที่มีอาชีพมั่นคงหรือทำงานในระบบอาจมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ได้รับสวัสดิการหรือการสนับสนุนจากหน่วยงาน รวมถึงสามารถจัดสรรเวลาเพื่อเข้ารับบริการคัดกรองได้มากกว่าสตรีที่ประกอบอาชีพรับจ้างหรือทำงานไม่เป็นเวลา

สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสตรีที่มี

สถานภาพหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ มีโอกาสเข้ารับบริการสูงกว่ากลุ่มโสด 2.49 เท่า (95% CI = 1.17 to 5.27, $p = 0.010$) และกลุ่มที่มีสถานภาพสมรส/คู่อยู่ด้วยกัน มีโอกาสเข้ารับบริการสูงกว่ากลุ่มโสด 1.94 เท่า (95% CI = 1.12 to 3.36, $p = 0.010$) ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษา¹⁹ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยสตรีที่มีสถานภาพสมรสมีแนวโน้มเข้ารับบริการมากกว่ากลุ่มโสด ผลการศึกษาสอดคล้องกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) ซึ่งอธิบายว่าการมีคู่สมรสช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพ และได้รับการสนับสนุนในการตัดสินใจเข้ารับบริการ นอกจากนี้ สตรีที่มีคู่สมรสมักมีประวัติการตั้งครรภ์หรือการใช้บริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็ก ทำให้มีโอกาสได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากบุคลากรสาธารณสุขมากขึ้น

สรุปผลการวิจัย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA Test ของสตรีอายุ 30-60 ปี จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ อายุ อาชีพ และสถานภาพสมรส

ข้อเสนอแนะ

ปรับแนวทางการสื่อสารตามกลุ่มอายุ ข้อความช่องทางต่างกัน เช่น กลุ่มวัยทำงาน ใช้ Social media ผู้สูงอายุ ใช้บุคคลต้นแบบในชุมชน/ผู้นำชุมชน

ให้ความชัดเจนเรื่องช่วงอายุที่ควรตรวจและความถี่พร้อมจัดจุดบริการที่เหมาะสม สำหรับแต่ละช่วงอายุ ประชาสัมพันธ์วิธีการตรวจแบบ self-sampling HPV test ซึ่งเป็นการเก็บตัวอย่างส่งตรวจได้ด้วยตนเองเพื่อเพิ่มการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

จัดให้มีโปรแกรมตรวจเชิงรุกในสถานที่ทำงาน (Workplace screening) ร่วมมือกับนายจ้าง/สถานประกอบการให้มีการจัดวันตรวจ ณ สถานที่ทำงาน ทั้งโรงงานอุตสาหกรรม และแรงงานในส่วนเกษตรกรรม

จัดให้มีบริการนอกเวลาราชการ เช่น เสาร์-อาทิตย์ และเพิ่มเวลาการเข้ารับบริการ เพื่อรองรับพนักงานที่ทำงานประจำทั้งข้าราชการและเอกชน

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบพระคุณคณาจารย์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ที่กรุณาให้คำปรึกษาและคำแนะนำด้านวิชาการ หน่วยงานด้านสาธารณสุขที่ให้ความอนุเคราะห์ในการลงพื้นที่เก็บข้อมูลข้อมูล และผู้ร่วมวิจัยทุกท่านที่เสียสละเวลาตอบแบบสอบถามเพื่อให้เกิด

ประโยชน์ในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการ
จัดระบบบริการต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Silverberg SG, Ioffe OB. **Screening and prevention of uterine cervical cancer: and update.** Diagn Cytopathol. 2003;28(6):335–9.
2. World Health Organization. **Cervical cancer [Internet].** 2024 [cited 2024 May 13]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. **รายงานผลการดำเนินงาน ปี 2566.** นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข. 2566.
4. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. **ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2566 [อินเทอร์เน็ต].** กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 16 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://nci.go.th/th/File_download/D_index/ptu/
5. Bhatla N, Aoki D, Castanon A, FIGO Committee on Gynecologic Oncology, International Agency for Research on Cancer, Saraiya M. **Cervical cancer screening: setting, policy, and implementation.** Int J Gynaecol Obstet. 2021;152(S1):32–41.
6. Canfell K, Kim JJ, Brisson M, Keane A, Keane E, Sherman M, et al. **Mortality benefits of removing scale up of screening and HPV vaccination in 78 low-income and middle-income countries: A modelling study.** Lancet. 2020;395(10217):59–69.
7. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **แนวทางการให้บริการวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี (HPV) ตามนโยบายเร่งรัด 100 วัน ของกระทรวงสาธารณสุข ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 [อินเทอร์เน็ต].** 2566 [เข้าถึงเมื่อ 19 พฤษภาคม 2567]. [เข้าถึงได้จาก]: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publicsh/1484620231024>
8. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. **แนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3.** กรุงเทพฯ: โสมสิติการพิมพ์; 2566.
9. พรณี ปิ่นนาค. **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อายุ 30–60 ปี ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปูใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ.** รายงานการศึกษาระยะปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2563.

10. Johnson NL, Head KJ, Scott SF. Factors influencing the uptake of cervical cancer screening: A systematic review. J Public Health (Oxf). 2020;42(3):e249–60.
11. Thompson EL, Wheldon CW, Vamos CA, Griner SB, Daley EM. How is health literacy related to Pap testing among US women? J Cancer Educ. 2019;34(4):789–95.
12. ภูรินทร์ สีกุด, มะลิวัลย์ บางนิ่มน้อย, ชาลินี มานะยิ่ง. **ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีไทย.** วารสารกองการแพทย์ทางอากาศและเวชศาสตร์การบิน. 2563;26(2):26–38.
13. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 7. **ข้อมูลการเสียชีวิตด้วยมะเร็งปากมดลูก [อินเทอร์เน็ต].** ขอนแก่น: สำนักงานเขตสุขภาพที่ 7; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 19 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: http://203.157.185.28/health_status/index.php/report/death_disease/6
14. กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. **แผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น ระยะ 5 ปี (ปี2566-2567).** ขอนแก่น: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2565.
15. Doll R, Hill AB. Smoking and carcinoma of the lung: Preliminary report. Br Med J. 1950;2(4682):739–48.
16. นิธิภา นิธิทรัพย์สกุล, สุพจน์ คำสะอาด, ศราวุธ มิทะลา, วิศรุตดา ดีเมืองซ้าย. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในญาติสายตรงของกลุ่มเสี่ยงมะเร็งปากมดลูก อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม.** ศรีนครินทร์เวชสาร. 2565;37(5):449–57.
17. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika. 1951;16(3):297–334.
18. ปิยปราชญ์ รุ่งเรือง, รุจิรา ดวงสงค์. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30–60 ปีในตำบลหนึ่งของอำเภอเมือง จัหวัดกาฬสินธุ์.** วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 2561;21(1):48–55.
19. ภูรินทร์ สีกุด, มะลิวัลย์ บางนิ่มน้อย, ชาลินี มานะยิ่ง. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา.** วารสารสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2563;36(1):37–47.

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม โรงพยาบาลเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น

กษมา ปรตยาธรรมกุล¹ พัสวีกานต์ ประดิษฐ์ธรรม² วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม โรงพยาบาลเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วม จำนวน 60 คน ที่ขึ้นทะเบียนรักษา ระหว่างในปี 2568 ที่โรงพยาบาลเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถาม พฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t – test และ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนน ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมสูงขึ้นจากก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเฉลี่ยหลังการทดลองของกลุ่ม ทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม 13.95 คะแนน (95%CI: 10.63–17.27; $p<0.001$) และคะแนนพฤติกรรมการ ชะลอไตเสื่อมสูงกว่ากลุ่มควบคุม 20.22 คะแนน (95%CI: 16.90–23.54; $p<0.001$) สรุปได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพช่วยเพิ่มความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการชะลอไต เสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม จึงควรนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้โดยเฉพาะในโรงพยาบาล ชุมชนในจังหวัดขอนแก่น

คำสำคัญ เบาหวาน ไตเสื่อม ความเชื่อด้านสุขภาพ

¹⁻²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น

³รองศาสตราจารย์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย จังหวัดขอนแก่น

Corresponding Author; Kasama Pratyatummakul Email: kasamapratya@gmail.com

Received: November 19, 2025; Revised December 30, 2025; Accepted December 30, 2025

Effectiveness of a Health Belief Promotion Program on Behaviors for Slowing Chronic Kidney Among Diabetic Patients with Comorbidities. Khao Suan Kwang Hospital, Khon Kaen Province.

Kasama Pratyatummakul¹ Passaweekarn Pradittham² Wilawan Chomnirat³

Abstract

This quasi-experimental study which followed a two-group pretest–posttest design aimed to examine the Effectiveness of a Health Belief Promotion Program on Behaviors for Slowing Chronic Kidney Among Diabetic Patients with Comorbidities. Khao Suan Kwang Hospital, Khon Kaen Province. The sample consisted of 60 registered diabetic patients with type 2 diabetes mellitus and comorbid hypertension at Khao Suan Kwang Hospital Khon Kaen Province in 2025, divided into an experimental group and a control group with 30 participants in each group. The data were collected by a health belief questionnaire and a behaviors for Slowing Chronic Kidney questionnaire and examined by Paired t-test and Independent t-test statistic with a significance level of 0.05. The results found that after the intervention, the experimental group had significantly higher health belief and kidney disease prevention behaviors compared to before the intervention and compared to the control group. The average post-intervention health belief of the experimental group was 13.95 higher than the control group (95%CI: 10.63–17.27; $p < 0.001$), and slowing chronic kidney behaviors was 20.22 higher than the control group (95%CI: 16.90–23.54; $p < 0.001$). Conclusion, the health belief promotion program improved health beliefs and kidney Slowing Chronic Kidney behaviors among diabetic patients with comorbidities. Therefore, the program should be applied, especially in community hospitals in Khon Kaen province.

Keywords: Chronic Kidney Disease, Diabetes Mellitus, Health Beliefs

¹⁻² Professional Nursing, Khao Suan Kwang Hospital, Khon Kaen Province

³ Associate Professor, College of Asian Scholars, Khon Kaen Province

บทนำ

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) เกิดจากความผิดปกติของการผลิตฮอร์โมนอินซูลินหรือความบกพร่องในการใช้งานอินซูลิน ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ¹ สาเหตุเกิดจากภาวะดื้อต่ออินซูลินและการผลิตอินซูลินที่ไม่เพียงพอ² ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะภาวะไตเสื่อมซึ่งพบได้บ่อยและมีความรุนแรงมากขึ้นในกลุ่มที่มีโรคร่วมเช่นโรคความดันโลหิตสูง³ อย่างไรก็ตามภาวะไตเสื่อมสามารถชะลอได้⁴ องค์การอนามัยโลกรายงานว่าทั่วโลกป่วยเป็นเบาหวาน 415 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 642 ล้านคน⁵ ประเทศไทยตั้งแต่ปี 2565-2567 มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 3,485,457, 3,531,767 และ 3,640,421 ราย มีภาวะไตทำหน้าที่ผิดปกติจำนวน 276,531 266,565 และ 232,328 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.60, 15.18 และ 10.89 จังหวัดขอนแก่นมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 120,152 124,757 และ 127,433 ราย มีภาวะแทรกซ้อนทางไตจำนวน 9,405 9,247 และ 7,694 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.96 13.81 และ 10.13 ตามลำดับ ส่วนอำเภอเขาสนนกวาง จังหวัดขอนแก่น มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 2,343, 2,353 และ 2,409 ราย มีผู้ป่วยเบาหวานเสียชีวิตจากโรคไตจำนวน 13, 20 และ 19 ราย คิดเป็นร้อยละ

0.55, 0.84 และ 0.78⁶ เห็นได้ว่าการเกิดโรคเบาหวานส่งผลกระทบต่อโรคไตเรื้อรังหรือภาวะไตวายได้⁷

สำนักงานสาธารณสุขขอนแก่น มีนโยบายและแนวทางการดำเนินงานโดยการบูรณาการความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อ ป้องกันโรคไตโดยร่วมมือกับโครงการ CKDNET ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น ในปี 2568 สอดคล้องกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2568 กระทรวงสาธารณสุข โดยมีเป้าหมายคือ จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (CKD stage 5) รายใหม่ลดลงร้อยละ 10 จากปีงบประมาณที่ผ่านมา อย่างไรก็ตามนโยบายดังกล่าวไม่ได้กำหนดแนวคิดที่ชัดเจนในการปฏิบัติ โดยแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแนวคิดหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันไตเสื่อมซึ่งมุ่งเน้นการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยคำนึงถึงปัจจัยด้านความเชื่อ แรงจูงใจ และการรับรู้ของบุคคลต่อสุขภาพของตนเอง โดยเฉพาะในบริบทของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม^{8,9} จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะไตเสื่อม พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คือ ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน

ชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง มากกว่าหรือเท่ากับ 42 เดือน มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต 3.32 เท่า และผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตมากถึง 5.62 เท่า การมีโรคร่วม อายุมากกว่า 60 ปี สถานภาพสมรส การตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ ระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวาน นานกว่า 5 ปี การรับประทานยารักษาโรคเบาหวาน ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน นานกว่า 42 เดือน หรือ 5 ปีขึ้นไปจะเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะไตเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญ¹⁰⁻¹³

โรงพยาบาลเขาสวนกวาง ได้ดำเนินการในคลินิกโรคเบาหวานที่ผ่านมา ปี 2568 มีการให้คำปรึกษาแบบสั้น ใช้ระยะเวลา 5-10 นาที เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวานในการแก้ปัญหาหรือปรับพฤติกรรม ในการป้องกันภาวะไตเสื่อม แต่ผลการดำเนินงานยังไม่สามารถจัดการปัญหานี้ได้ เห็นได้จากจำนวนผู้ป่วยเบาหวานในปี 2568 จำนวน 2,408 ราย เสียชีวิตจากโรคไตจำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.41⁶ ที่ผ่านมายังไม่มีการนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาจึงทำการศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม

โรงพยาบาลเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาผู้วิจัยจะนำไปพัฒนาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยในบริบทของอำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรม การชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง
4. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรม การชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม กลุ่มทดลองหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. พฤติกรรมชะลอไตเสื่อมผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีโรคร่วมกลุ่มทดลองหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Stretcher and Rosenstock¹⁴ โดยนำมโนทัศน์คือ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ประโยชน์ 4) การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived Barriers) 5) สิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม และ 6) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาประยุกต์เป็นโปรแกรม โดยหากผู้ป่วยเบาหวานรับรู้ถึงความเสี่ยงและประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพ ลดอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น และได้รับสิ่งกระตุ้นจากสหวิชาชีพ จะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การสูบบุหรี่ และ

การจัดการกับความเครียดเพิ่มขึ้นจะทำให้สามารถลดความเสี่ยงต่อภาวะไตเสื่อมลงได้

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบสองกลุ่มเปรียบเทียบก่อน-หลัง (Two group pretest-posttest design) กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม โรงพยาบาลเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับโปรแกรมตามปกติ ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 4 สัปดาห์ โดยทำการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตามแผนการวิจัยดังนี้

กลุ่มทดลอง	O ₁	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	O ₂
สัปดาห์ที่		1	2	3	4	

กลุ่มควบคุม	O ₃					O ₄
สัปดาห์ที่		1	2	3	4	

O₁ และ O₃ หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้

แบบสอบถามที่ประกอบไปด้วยข้อมูลทั่วไป ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรม การชะลอไตเสื่อม

O₂ และ O₄ หมายถึง การเก็บ ข้อมูลหลังการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม โดยใช้แบบสอบถามความ เชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรม การชะลอไตเสื่อม กลุ่มทดลอง O1

X₁ หมายถึง สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรม กลุ่มครั้งที่ 1 ในกลุ่มทดลอง กิจกรรมการ ส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพและนำเสนอ เรื่องเล่าจากผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อม

X₂ หมายถึง สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรม กลุ่มครั้งที่ 2 ในกลุ่มทดลอง กิจกรรมเยี่ยม บ้านผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพ

X₃ หมายถึง สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรม ครั้งที่ 3 ในกลุ่มทดลอง การเยี่ยมบ้านโดย ทีมสหวิชาชีพร่วมกับการให้ความรู้แนะนำเสนอ เรื่องเล่าจากผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคไตที่ต้อง ฟอกไตผ่านคลินิกวิดีโอ

X₄ หมายถึง สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 4 ในกลุ่มทดลอง กิจกรรมเสวนากลุ่มรวบรวม สารสำคัญในการปฏิบัติ นำเสนอผลการ ประเมิน และให้กำลังใจ

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนการรักษาใน โรงพยาบาลเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น

โดยแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน รหัส ICD-10 คือ E10-E14 ระหว่าง เดือนกรกฎาคม ถึงตุลาคม ปี 2568 จำนวน 2,445 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการ

สุ่มแบบกลุ่ม โดยใช้ตำบลเป็นหน่วยของการ สุ่มดังนี้ กลุ่มควบคุม คือ ตำบลโนนสมบูรณ์ ตำบลคำม่วง และตำบลนงิ้ว กลุ่มทดลอง คือ ตำบลเขาสวนกวาง และตำบลดงเมืองแอม กำหนดขนาดกลุ่มละ 30 คนโดยใช้การสุ่ม อย่างง่าย โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้า คือ มีอายุมากกว่า 35 ปี เป็นโรคเบาหวานตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป มีโรคความดัน โลหิตสูงเป็นโรคร่วม และไม่มีโรคอื่นร่วม สามารถสื่อสารได้ และสมัครใจเข้าร่วม โครงการวิจัย **เกณฑ์ในการคัดออก** คือ

มีภาวะวิกฤตเฉียบพลันจากโรคเบาหวาน เช่น ภาวะน้ำตาลต่ำ หรือภาวะน้ำตาลสูงจน ต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน เข้าร่วม โครงการไม่ครบตามโปรแกรมอย่างน้อย 1 กิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน ผลการตรวจ ปริมาณน้ำตาลในเลือด ระดับ Hemoglobin A1C ระดับ Blood Uria Nitrogen ระดับความ ดันโลหิต ค่า Albumin ในปัสสาวะ และ ค่าอัตราการกรองของไต (Glomerular Filtration Rate) 2. แบบสอบถามความเชื่อ ด้านสุขภาพ โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้ แบบสอบถามของ นิภาดา วรโพธิ์² จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบ Likert Scale 5 อันดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยผู้วิจัยนำมา
ประยุกต์ใช้ในบริบทของผู้ป่วยเบาหวานที่มี
โรคร่วม 3. แบบสอบถามพฤติกรรมการชะลอ
ไตเสื่อมโดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถาม
ของ นิภาดา วรโพธิ์² มีจำนวน 15 ข้อ เป็น
แบบ Likert Scale 5 ระดับคือ ปฏิบัติอย่าง
สม่ำเสมอ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง
ปฏิบัติน้อยมาก และไม่ปฏิบัติเลยโดยผู้วิจัย
นำมาประยุกต์ใช้ในบริบทของผู้ป่วย
เบาหวานที่มีโรคร่วม

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้าน
สุขภาพต่อพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของ
ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมโรงพยาบาลเขา
สวนกวาง จังหวัดขอนแก่นโดยผู้วิจัย
ประยุกต์ใช้โปรแกรมของ อนันท์ เรืองบุญ
และคณะ¹⁵ ระยะเวลา 4 สัปดาห์มี
รายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินการประเมิน
ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการ
ชะลอไตเสื่อมครั้งที่ 1 กิจกรรมการส่งเสริม
การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ การ
จัดการความเครียด นำเสนอเรื่องเล่าจาก
ผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อม

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 2 ออก
ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพ

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 3 ออก
ติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมที่ 4 ดำเนินการ
ประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรม

การชะลอไตเสื่อมครั้งที่ 2 เสนอกลุ่มรวบรวม
สาระสำคัญในการปฏิบัติ นำเสนอผลการ
ประเมิน และให้กำลังใจ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้าน
สุขภาพต่อพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของ
ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม จังหวัดขอนแก่น
ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน
โดยผู้วิจัยวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือโดยหา
ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา โดยผู้วิจัย
กำหนดค่าที่ยอมรับได้โดยไม่ต่ำกว่า 0.8¹⁶
ได้เท่ากับ 1.0 แบบสอบถามความเชื่อด้าน
สุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการ
ชะลอไตเสื่อมตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ
จำนวน 3 ท่าน พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา
ภาษาที่ใช้ ความเหมาะสมและความ
ครอบคลุมของข้อคำถาม และแก้ไขตามที่
ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะ หลังจากนั้นผู้วิจัย
วิเคราะห์นำมาหาค่าดัชนีความตรงของ
เนื้อหาได้ค่า IOC (Index of Item – Objective
Congruence) ได้เท่ากับ 0.86 และ 0.92
ตามลำดับ หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความ
เที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับ
กลุ่มตัวอย่างในอำเภอที่ไม่ใช่พื้นที่ในการวิจัย
ในจังหวัดขอนแก่น ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึง
กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คำนวณค่า
สัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach ได้เท่ากับ
0.81 และ 0.86 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง โดยสถิติ Paired t-test และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยสถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิอาสาสมัคร

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่โครงการวิจัย REC 039/ 2568 เมื่อวันที่ 16 พฤษภาคม 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 อายุระหว่าง 54-70 ปี ร้อยละ 56.66 การศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา ร้อยละ 58.33 สถานภาพสมรส ร้อยละ 68.33 รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 53.33 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 58.33 ค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 ร้อยละ 70.00 ปริมาณน้ำตาลในเลือด มากกว่า 110 mg/dL ร้อยละ 68.33 ระดับ HBA1C มากกว่า 7% ร้อยละ 65.00 ค่า BUN ระหว่าง 10-20 mg/dL ร้อยละ 68.33 และ Serum Creatinine ระหว่าง 0.6-1.2 mg/dL

ร้อยละ 68.33 ระดับความดันโลหิตต่ำกว่า 140/90 mmHg ร้อยละ 61.66 ค่า Albumin ในปัสสาวะ Negative ร้อยละ 80.00 ค่าอัตราการกรองของไต มากกว่า 90 มิลลิลิตรต่อนาที ร้อยละ 53.33 และมีระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน 5-16 ปี ร้อยละ 56.66

2. คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความเชื่อสุขภาพ และพฤติกรรมรายด้าน และภาพรวมของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังทดลอง ในระยะก่อนทดลอง คะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงเท่ากับ 14.85 (SD = 2.41) ด้านการรับรู้ความรุนแรง เท่ากับ 15.12 (SD = 2.50) ด้านการรับรู้ประโยชน์ เท่ากับ 15.46 (SD = 2.33) ด้านการรับรู้อุปสรรคเท่ากับ 13.33 (SD = 2.58) ส่วนกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง Mean = 15.02 (SD = 2.37) ด้านการรับรู้ความรุนแรงเท่ากับ 14.90 (SD = 2.63) ด้านการรับรู้ประโยชน์ เท่ากับ 15.58 (SD = 2.44) ด้านการรับรู้อุปสรรคเท่ากับ 13.47 (SD = 2.41) ส่วนคะแนนค่าเฉลี่ยในภาพรวมของ กลุ่มทดลอง เท่ากับ 58.76 (SD = 6.37) และกลุ่มควบคุม เท่ากับ 59.00 (SD = 6.95) ในระยะหลังทดลองคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงเท่ากับ 18.60 (SD = 1.92) ด้านการรับรู้ความรุนแรง

เท่ากับ 18.78 (SD = 2.14) ด้านการรับรู้ประโยชน์เท่ากับ 18.95 (SD = 1.87) ด้านการรับรู้อุปสรรคเท่ากับ 17.84 (SD = 2.05) ส่วนกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง 15.35 (SD = 2.46) ด้านการรับรู้ความรุนแรงเท่ากับ 15.21 (SD = 2.71) ด้านการรับรู้ประโยชน์ เท่ากับ 15.92 (SD = 2.39) ด้านการรับรู้อุปสรรคเท่ากับ 13.70 (SD = 2.36) ส่วนคะแนนในภาพรวมของกลุ่มทดลองเท่ากับ 74.17 (SD = 5.80) และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 60.18 (SD = 6.84) ในระยะก่อนทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับประทานอาหารเท่ากับ 12.40 (SD = 2.31) พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายเท่ากับ 10.78 (SD = 2.12) ด้านพฤติกรรมด้านการใช้ยา เท่ากับ 9.68 (SD = 1.94) พฤติกรรมด้านการไม่สูบบุหรี่เท่ากับ 8.21 (SD = 1.87) พฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียด เท่ากับ 9.34 (SD = 2.09) ส่วนกลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารเท่ากับ 12.58 (SD = 2.45) ด้านพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายเท่ากับ 10.65 (SD = 2.28) พฤติกรรมด้านการใช้ยา เท่ากับ 9.72 (SD = 1.88) พฤติกรรมด้านการ

ไม่สูบบุหรี่ เท่ากับ 8.15 (SD = 1.90) พฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียด เท่ากับ 9.28 (SD = 2.16) ส่วนคะแนนในภาพรวมของกลุ่มทดลองเท่ากับ 50.41 (SD = 6.85) และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 50.38 (SD = 2.16) ในระยะหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร เท่ากับ 17.95 (SD = 1.88) พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายเท่ากับ 15.42 (SD = 2.01) พฤติกรรมด้านการใช้ยา เท่ากับ 13.85 (SD = 1.62) พฤติกรรมด้านการไม่สูบบุหรี่เท่ากับ 11.40 (SD = 1.58) พฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียด เท่ากับ 13.22 (SD = 1.75) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร เท่ากับ 12.84 (SD = 2.37) พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย เท่ากับ 10.93 (SD = 2.21) พฤติกรรมด้านการใช้ยา เท่ากับ 9.95 (SD = 1.83) พฤติกรรมด้านการไม่สูบบุหรี่เท่ากับ 8.43 (SD = 1.81) พฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียด เท่ากับ 9.47 (SD = 2.08) ส่วนคะแนนในภาพรวมของกลุ่มทดลองเท่ากับ 71.84 (SD = 5.97) และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 51.62 (SD = 2.08) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

	กลุ่มทดลอง(n = 30)				กลุ่มควบคุม (n = 30)			
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	14.85	2.41	18.60	1.92	15.02	2.37	15.35	2.46
การรับรู้ความรุนแรง	15.12	2.50	18.78	2.14	14.90	2.63	15.21	2.71
การรับรู้ประโยชน์	15.46	2.33	18.95	1.87	15.58	2.44	15.92	2.39
การรับรู้อุปสรรค	13.33	2.58	17.84	2.05	13.47	2.41	13.70	2.36
ภาพรวม	58.73	6.37	74.17	5.80	59.10	6.95	60.18	6.84
พฤติกรรมด้านการ รับประทานอาหาร	12.40	2.31	17.95	1.88	12.58	2.45	12.84	2.37
พฤติกรรมด้านการ ออกกำลังกาย	10.78	2.12	15.42	2.01	10.65	2.28	10.93	2.21
พฤติกรรมด้านการ ใช้ยา	9.68	1.94	13.85	1.62	9.72	1.88	9.95	1.83
พฤติกรรมด้าน การไม่สูบบุหรี่	8.21	1.87	11.40	1.58	8.15	1.90	8.43	1.81
พฤติกรรมด้านการ จัดการความเครียด	9.34	2.09	13.22	1.75	9.28	2.16	9.47	2.08
ภาพรวม	50.41	6.85	71.84	5.97	50.38	2.16	51.62	2.08

3. การเปรียบเทียบคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง หลังทดลอง (Mean= 74.20 SD= 12.39) สูงกว่า ก่อนทดลอง (Mean= 58.73 SD= 6.42)

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีค่าเฉลี่ยส่วนต่างเท่ากับ 9.47 คะแนน ส่วนกลุ่มควบคุม หลังทดลอง (Mean= 60.18 SD= 6.98) และก่อนทดลอง (Mean= 59.10 SD= 7.15) แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.31$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

	ก่อนทดลอง (n = 30)		หลังทดลอง (n = 30)		Mean difference	95% CI of μ_d	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
กลุ่มทดลอง	58.73	6.42	74.20	12.39	12.47	11.87, 18.54	< 0.001*
กลุ่มควบคุม	59.10	7.15	60.25	0.54	1.02	-3.97, 3.22	0.31

* นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

4. การเปรียบเทียบคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง พบว่า ก่อนทดลอง กลุ่มทดลอง (Mean= 58.73 SD= 6.42) และกลุ่มควบคุม (Mean= 59.10 SD= 7.15)

แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.83$) หลังทดลอง กลุ่มทดลอง (Mean= 74.20 SD= 12.39) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean= 60.25 SD= 0.54) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีค่าเฉลี่ยส่วนต่างกับ 13.95 คะแนน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

	ก่อนทดลอง (n = 30)		หลังควบคุม (n = 30)		Mean difference	95% CI of μ_d	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
ก่อนทดลอง	58.73	6.42	59.10	7.15	0.376	-3.88, 3.14	0.83
หลังทดลอง	74.20	5.81	60.25	6.98	13.95	10.63, 17.27	0.001*

* นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

5. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรม (p < 0.001) โดยมีค่าเฉลี่ยส่วนต่างเท่ากับ การชะลอไตเสื่อมผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม 9.92 คะแนน กลุ่มควบคุมหลังทดลอง ภายในในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (Mean = 51.62, SD = 6.89) และก่อน (Mean = 50.38, SD = 7.02) ก่อนและหลังทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง หลังทดลอง (Mean=71.84 SD=5.97) แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สูงกว่าก่อนทดลอง (Mean=50.41 SD=6.85) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.34) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

	ก่อนทดลอง (n = 30)		หลังทดลอง (n = 30)		Mean difference	95% CI of μ_d	p-value
พฤติกรรม	Mean	SD	Mean	SD			
การชะลอไตเสื่อม							
กลุ่มทดลอง	50.41	6.85	71.84	23.21	12.92	11.45, 19.33	<0.001*
กลุ่มควบคุม	50.38	7.02	51.62	0.76	1.01	-3.21, 3.65	0.34

* นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

6. เปรียบเทียบคะแนน พฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง พบว่า ก่อนทดลอง กลุ่มทดลอง (Mean= 50.41 SD= 6.85) และกลุ่มควบคุม (Mean= 50.38 SD= 7.02) แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

($p=0.98$) ภายหลังการทดลอง พบว่าคะแนนพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของกลุ่มทดลอง (Mean = 71.84, SD = 5.97) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean = 51.62, SD = 6.89) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีค่าเฉลี่ยส่วนต่าง 20.22 คะแนน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรม การชะลอ ไตเสื่อม	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		Mean difference	95% CI of μ_d	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
ก่อน ทดลอง	50.41	6.85	50.38	7.02	0.03	-3.55, 3.61	0.98
หลังทดลอง	71.84	5.97	51.62	6.89	20.22	16.90–23.54	<0.001*

* นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย

สมมุติฐานที่ 1 กล่าวว่า ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม กลุ่มทดลอง หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง

และสูงกว่ากลุ่มควบคุม สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพที่เน้นการให้ความรู้ การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนทางไต การตระหนักถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลตนเอง และการสร้างแรงจูงใจให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) มีส่วนสำคัญในการเปลี่ยนแปลงความเชื่อของผู้ป่วย

ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดของ Rosenstock¹⁴ ที่อธิบายว่า เมื่อบุคคลมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบ และตระหนักถึงประโยชน์ของการกระทำ รวมถึงมีการลดอุปสรรคในการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะเกิดขึ้นได้มากขึ้นสอดคล้องกับแนวคิด Health Promotion Model ของ Nola J. Pender⁹ ที่มองว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นผลจากความเชื่อ ความรู้สึก และแรงจูงใจที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์เดิมของบุคคล รวมทั้งอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมและสังคม โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้ในงานวิจัยนี้ได้ออกแบบกิจกรรมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ ฝึกปฏิบัติจริง และได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขและครอบครัว ซึ่งช่วยเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และ แรงจูงใจภายใน ที่เป็นปัจจัยสำคัญในการปรับเปลี่ยนและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองจึงเกิดการเรียนรู้และตระหนักถึงบทบาทของตนเองในการดูแลสุขภาพ เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับภาวะเบาหวาน การดื่มน้ำอย่างเพียงพอ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง สิ่งเหล่านี้สะท้อนว่าผู้ป่วยไม่ได้เพียงแต่มีความเชื่อเพิ่มขึ้นเท่านั้น แต่ยังเริ่มนำความเชื่อดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติจริง ซึ่งเป็น

ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางของ Pender สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษฎา หาสีงาม และลาวัลย์ บาลศิริ¹⁷ ที่พบว่า โปรแกรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ วชิรญา เห่งละคร และปัญจมาพร รัตนหน¹⁸ ที่รายงานว่าผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรมดูแลสุขภาพโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม มีคะแนนความรู้ การรับรู้ ความเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองสูงขึ้นหลังการทดลอง แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมุติฐานที่ 2 กล่าวว่า พฤติกรรม การชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม กลุ่มทดลอง หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมในกลุ่มทดลองหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอธิบายได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพที่นำมาใช้ในการวิจัยนี้มีประสิทธิผลในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทิศทางที่ดีขึ้น ผู้ป่วยสามารถตระหนักถึงถึงความสำคัญ

ของการดูแลตนเองเพื่อลดความเสี่ยงและชะลอการเสื่อมของไต เช่น การควบคุมอาหาร การดื่มน้ำอย่างเหมาะสม การรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ การลดปัจจัยเสี่ยง และการติดตามสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยได้รับการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และแรงจูงใจผ่านกิจกรรมในโปรแกรมที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการตระหนักรู้ถึงผลลัพธ์ของพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Nola J. Pender⁹ ซึ่งชี้ให้เห็นว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเกิดจากการผสมผสานระหว่างลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล กับ ความคิดและความรู้สึกเฉพาะต่อพฤติกรรม โดยมี ผลลัพธ์พฤติกรรมเป็นเป้าหมายสุดท้ายของการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ โปรแกรมที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ พร้อมทั้งลดอุปสรรคในการปฏิบัติ และเพิ่มแรงจูงใจภายในให้เกิดการลงมือทำพฤติกรรมที่ส่งผลดีต่อสุขภาพไตอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพและครอบครัวตามแนวคิดของเพนเดอร์ ซึ่งเน้นบทบาทของ สภาพแวดล้อมระหว่างบุคคล ยังมีส่วนสำคัญในการสร้างความเชื่อมั่นและแรงเสริมเชิงบวกให้ผู้ป่วยคงพฤติกรรมสุขภาพไว้ในระยะยาว

การสนับสนุนนี้ไม่เพียงแต่เพิ่มแรงจูงใจภายนอก แต่ยังช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแรงขับเคลื่อนภายในเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองอย่างยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาของสมศิลป์ จันทราช และผกาพันธ์ วรธนทัศน์¹⁹ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยเบาหวานหลังเข้าร่วมโปรแกรมการชะลอไตเสื่อมมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไตวายลดลงจากระดับเสี่ยงสูงมากเป็นระดับปานกลาง และตรวจไม่พบโปรตีนในปัสสาวะมากขึ้น สอดคล้องกับ บุชรินทร์ สุวรรณมาโจ²⁰ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลตนเองตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 พบว่าหลังการทดลองผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมสูงขึ้น และมีค่าดัชนีทางชีวภาพ เช่น ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และความดันโลหิตดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง เช่นเดียวกับ การศึกษาของ ภาสกร อุ่นคำ และศุภนิศย์ ปิ่นคำ²¹ ที่พบว่าการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานสามารถเพิ่มความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมป้องกันโรคไตเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการนำไปใช้ จากผลการวิจัยครั้งนี้ หน่วยงานด้านสาธารณสุขและท้องถิ่นอาจพิจารณาสนับสนุนให้เกิดความร่วมมืออย่างเป็นระบบระหว่างโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการนำโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อ ด้านสุขภาพไปใช้ติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยติดตามผลของ โปรแกรมในระยะยาว เพื่อประเมินความคง อยู่ของพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยได้อย่างแม่นยำ

2. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพ ควบคู่กันไป เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการ เปลี่ยนแปลงความเชื่อด้านสุขภาพและ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอย่างลึกซึ้ง เช่น อุปสรรคและแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษา รศ.ดร. วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์ และผู้ทรงคุณวุฒิ ทุกท่านที่ให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ ผู้บริหาร และบุคลากรโรงพยาบาลเขาสวน กวาง จังหวัดขอนแก่น ผู้ป่วยเบาหวานทุก ท่านที่สละเวลาเข้าร่วมการวิจัย ครอบครัว และผู้สนับสนุนทุกท่านที่ให้กำลังใจและแรง สนับสนุนจนงานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย.
**แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับ
โรคเบาหวานชนิดที่ 2 พ.ศ. 2565.**
กรุงเทพฯ: สมาคมโรคเบาหวานแห่ง
ประเทศไทย; 2565.

2. นิภาดา วรโพธิ์. **ปัจจัยที่มีผลต่อ
พฤติกรรมการป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วย
เบาหวานในอำเภอทพทัน จังหวัด
อุทัยธานี.** [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศา
สตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก:
มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2563.
3. วรวิศา สํารานนตร, นิตยา กออิสรานู
ภาพ, วลัยนารี พรหมลา. **บทบาท
พยาบาลในการชะลอไตเสื่อมใน
ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่
สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้.**
วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสาร
ส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม.
2564;15(38):456–68.
4. ปวาลินี สุขเจริญ. ผลของการให้ความรู้
เพื่อชะลอการเสื่อมของไตผู้ป่วยโรคไต
วายเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลเกาะส
มุย. Academic Research Innovation
โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี [อินเทอร์เน็ต].
2567 [เข้าถึงเมื่อ 30 ม.ค. 2568]. เข้าถึง
ได้จาก: <http://www.srth.go.th/home/research>
5. World Health Organization.
Diabetes. Geneva: World Health
Organization; 2017.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น.
ความชุกของการเกิดโรคเบาหวาน.
[อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 10
มีนาคม 68]. เข้าถึงได้จาก :

- https://kkhdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
7. รุ่งทิพย์ อรรถสุข. การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง และมีภาวะแทรกซ้อนทางไต: กรณีศึกษา. วารสารวิชาการทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2567;4(1):138–51.
 8. สุวีรัตน์ สิงห์คำ. การเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายของผู้ดูแลโรคไตเรื้อรัง. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2562;16(3):149–58.
 9. Pender NJ. Health promotion in nursing practice. 3rd ed. Stamford (CT): Appleton & Lange; 1996.
 10. ณัฐนิชา สอนรัมย์, จุฑาธิป ศีลบุตร, ชูเกียรติ วิวัฒนวงศ์เกษม, ประรณาสถิตยวิภาวี. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2566;16(4):159–70.
 11. กุลลดา เลี้ยวเสถียรวงศ์, ปัทมพร อภัยจิตต์. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์บุรีรัมย์. 2566;38(3):605–16.
 12. รัตนาพร สุวานิช, ลดา เลยหยุด, ปัทมา ล้อพงศ์พานิชย์, เจษฎา สุราวรรณ. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2565;4(2):163–76.
 13. Smith A, Brown T, Lee J. The role of home blood pressure monitoring in hypertension management: an updated review. J Clin Hypertens (Greenwich). 2019;21(5):700–8. doi:10.1111/jch.13567
 14. Stretcher V, Rosenstock IM. The health belief model. In: Glanz K, Lewis FM, Rimer BK, editors. Health behavior and health education: Theory, research and practice. San Francisco: Jossey-Bass; 1997.
 15. อนันท์ เรืองบุญ, พิรวิญญ์ พาดี, จารุวรรณ ประดิษฐ์พงษ์, เยาวลักษณ์ เรืองอิศราง, อัมภา คนชื่อ. รูปแบบการส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2562;28(2):123–59.

16. Polit DF, Beck CT. **Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice.** 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2017.
17. กฤษฎา หาสิ่งาม, ลาวัลย์ บาลศิริ. **ผลของโปรแกรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลหนองแคน อำเภอบึงสามพัน จังหวัดร้อยเอ็ด.** วารสารมนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และนวัตกรรม มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์. 2565;1(2):60–72.
18. วชิรญา เหม่าละคร, ปัญจมาพร รัตนน. **ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยหิน ตำบลหนองแวง อำเภอนานนิต จังหวัดสกลนคร.** วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2568;10(3):171–181.
19. สมศิลป์ จันทราช, ผกาพันธ์ วรรณทัศน์. **ผลของโปรแกรมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังหิน ตำบลถิ่นบุรี อำเภอถิ่น จังหวัดลำปาง.** PMJCS Phrae Medical Journal and Clinical Sciences. 2568;33(1):116–30.
20. บุชรินทร์ สุวรรณมาใจ. **ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลโพธิ์สวรรค์ จังหวัดนครพนม.** วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2567;9(1):703–13.
21. ภาสกร ชื่นคำ, ศุภนิธย์ ปิ่นคำ. **ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2.** วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2567;41(2):55–68.

ข้อแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

1. คำแนะนำสำหรับผู้เขียน (Instructions for the Authors)

วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น (Journal of Khon Kaen Provincial Health Office) จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ บทความวิจัย (Research Article) บทความวิชาการ (Academic Article) บทความปริทัศน์ (Literature Review Article) ตลอดจนองค์ความรู้ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพ การแพทย์ฉุกเฉินและคุ้มครองผู้บริโภค ระบบสุขภาพและการประเมินผลโครงการด้านสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายด้านสุขภาพ บทความวิชาการทางด้านการแพทย์โดยทุกบทความได้รับการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิจากภายในและภายนอกสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น มีกำหนดตีพิมพ์ปีละ 2 ฉบับ เพื่อเผยแพร่ผลงานการวิจัย แลกเปลี่ยนแนวคิดองค์ความรู้ด้านการวิจัยของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขออกสู่สาธารณะ

2. ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับ

2.1 ต้นฉบับหน้าเดียวบนกระดาษขนาด เอ 4 ความยาวไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ (รวมเนื้อหาทุกส่วน)

2.2 กรอบของข้อความ ขอบบน 1.5 นิ้ว ขอบล่าง 1 ซม. ขอบซ้าย 1.5 นิ้ว ขอบขวา 1 นิ้ว

2.3 ตัวหนังสือใช้ TH Sarabun ขนาด 16 point

3. การเรียงลำดับเนื้อหา

3.1 ชื่อเรื่อง (Title)

- ภาษาไทย ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง

- ภาษาอังกฤษ ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง

3.2 ชื่อผู้เขียน (Authors)

- ชื่อผู้เขียน (ทุกคน) ภาษาไทย –ภาษาอังกฤษ ชื่อวุฒิการศึกษา ขนาด 14 point
ตัวหนา จัดชิดขวา ใต้ชื่อเรื่อง

- ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน ผู้เขียน ภาษาไทย –ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point
ตัวหนา จัดชิดซ้าย ท้ายบทความย่อ

- E-mail address ของผู้รับผิดชอบประสานงาน (Corresponding author) ท้ายบทความย่อ
ต่อจากตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน

3.3 บทคัดย่อ (Abstract)

- ชื่อบทคัดย่อ และ abstract ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 16 point ตัวธรรมดา กำหนดขีดขอบ ความยาวภาษาไทยไม่เกิน 300 คำ

3.4 คำสำคัญ (Keyword)

- ให้พิมพ์ต่อท้ายบทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 5 คำ ขนาด 16 point โดยจะต้องไม่เป็นชื่อเดียวกันกับชื่อเรื่อง

3.5 บทนำ (Introduction)

- บรรยายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้า งานวิจัยของผู้ที่เกี่ยวข้องวัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

3.6 วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

- ประกอบไปด้วย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง, เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย, การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ, วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล, การวิเคราะห์ข้อมูล, สถิติที่ใช้ในการวิจัย, การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

3.7 ผลการวิจัย (Result)

- อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัยโดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์แล้วสรุปตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานที่ตั้งไว้

3.8 อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

- การเขียนอภิปรายผล ในประเด็นหลักที่ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมแสดงเหตุผลสนับสนุนผลการวิจัย
- สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะในการนำผลงานการวิจัยไปใช้ประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

3.9 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

3.10 เอกสารอ้างอิง (Reference)

- ใช้การอ้างอิงแบบตัวเลขตามระบบ Vancouver
- การอ้างอิงในเนื้อเรื่อง (In-Text citation) ใช้ตัวเลขอารบิก แทนลำดับเอกสารที่อ้างอิง โดยใส่ตัวเลขเหนือบรรทัด (Superscript) ไว้ท้ายข้อความที่ต้องการ อ้างอิง โดยไม่มีวงเล็บ หากต้องการอ้างอิงเอกสารที่เคยอ้างแล้วซ้ำอีกครั้ง ให้ใส่หมายเลขเดิมที่เคยอ้างไว้ครั้งแรก
- การอ้างอิงในเอกสารท้ายบทความ (Reference citation) เรียงตัวเลขตามลำดับที่อ้างอิง ตั้งแต่เลข 1 เป็นต้นไป จนครบทุกลำดับที่มีการอ้างอิงในเนื้อหา
- เอกสารที่อ้างอิงในเนื้อหาต้องตรงกับเอกสารอ้างอิงในเอกสารท้ายบทความ

ตัวอย่างการเขียนส่วนเอกสารอ้างอิง

1. บทความจากวารสารมาตรฐาน (Standard journal article)

1.1 กรณีผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma- ,)

- Wang R-H, Hsu H-Y, Lin S-Y, Cheng C-P, Lee S-L. Risk behaviours among early adolescents: risk and protective factors. Journal of Advanced Nursing. 2010; 66(2): 313-323.

1.2 กรณีผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma- ,)

และตามด้วย et al.

- Lister-Sharp D, Chapman S, Stewart-Brown S, et al. Health promoting schools and health promotion in schools: two systematic reviews. 1999. In: Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews [Internet]. York (UK): Centre for Reviews and Dissemination (UK); 1995-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK67984>

2. บทความที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization as author)

- World Health Organization Cancer. An overview on CALR and CSF3R mutations and a proposal for revision of WHO diagnostic criteria. Ann Oncol. 2013;24:13-17.

3. หนังสือที่ผู้แต่งเป็นบุคคล

- Atienzo EE, Campero L, Estrada F, Rouse C and Walker D. Interventions involving parents in order to impact adolescent sexual behavior. Salud publica de Mexico. 2011; 53(2): 160-171.

4. หนังสือที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization)

- World Health Organization Regional Office for the Western Pacific. Adolescent health and development: a WHO regional framework 2001-2004. Philippines: Manila; 2004.

5. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม (Conference proceeding)

- JSPS-NRCT Core University Exchange System on Pharmaceutical Sciences, National Research Council of Thailand. Advance in research on pharmacologically active substances from natural sources; 1992 Dec 3-5, Holiday Garden Hotel, Chiang Mai. Chiang Mai: The University; 1992.

6. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation)

- Cha E-S. Predictors of sexual behavior among Korean college students: Testing the theory of planned behavior [Thesis of Ph.D.]. United States - Pennsylvania: University of Pittsburgh; 2005.

7. บทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

- Centers of Disease Control and Prevention. Sexual Risk Behavior: HIV, STD, & Teen Pregnancy Prevention. Adolescent and School Health. [Internet. 2012 [Cited 10 June 2013]; Available from: <http://www.cdc.gov/healthyyouth/sexualbehaviors/index.htm>.

3.11 ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

ผู้วิจัยต้องคำนึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เคารพในบุคคล (Respect to person) เช่น การขอคำยินยอม ความเป็นส่วนตัว การเก็บรักษาความลับ

3.12 การส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์

ให้ผู้เขียน ส่ง file ต้นฉบับบทความวิชาการหรือบทความวิจัยเป็นอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ (.doc) ไปที่ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jkkpho/index> เพื่อทำการลงทะเบียนสมาชิกวารสาร และดำเนินการส่งบทความเข้าฐานข้อมูลระบบออนไลน์ของ JKKPHO (Journal of Khon Kaen Provincial Health Office: JKKPHO) ซึ่งสามารถดาวน์โหลดคำแนะนำการได้ที่ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jkkpho/about/submissions>