

2025

ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2568



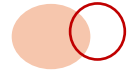
Praboromarajchanok Institute
PHAS
Faculty of Public Health and Allied Health Sciences

วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

THAI JOURNAL OF PUBLIC HEALTH AND HEALTH SCIENCES



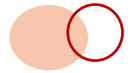
ISSN 2672-9148 (PRINT)
ISSN 2651-1711 (ONLINE)



วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
(Thai Journal of Public Health and Health Sciences)
ผ่านการรับรองคุณภาพของ Thai Citation Index (TCI) ถึง – 31 ธันวาคม 2572

สนับสนุนการจัดพิมพ์โดย

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
(เจ้าของลิขสิทธิ์)



ขอบเขตและรายละเอียดเบื้องต้นของวารสาร

วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Thai Journal of Public Health and Health Sciences; TJPHS) มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการและผลงานวิจัยทางด้านสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ ขอบเขตของวารสารครอบคลุมในสาขาต่าง ๆ ได้แก่ นโยบายสุขภาพและการจัดการการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ สุขศึกษา พฤติกรรมสุขภาพ อาชีวอนามัย อนามัยสิ่งแวดล้อม พิษวิทยา สาธารณสุขชุมชน ทันตสาธารณสุข เภสัชสาธารณสุข การพยาบาล และสาขาสุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์การแพทย์ สนับสนุนโดย คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Thai Journal of Public Health and Health Sciences (TJPHS) aims to publish original articles and contributions relevant to public health and medical sciences. The scope of the journal is broad, covering health policy and management, health care and services, health promotion, health education, behavioral health, occupational health, environmental health, toxicology, community public health, dental public health, public health pharmacy, nursing and related, and other relevant health issues of public health and medical sciences. The journal is supported by Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand.

สนับสนุนการจัดพิมพ์โดย คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข (เจ้าของลิขสิทธิ์)

กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
(Thai Journal of Public Health and Health Sciences; TJPHS)

กรรมการที่ปรึกษา

ศ. (พิเศษ) ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร	อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก
ศ.ร.อ.พญ.วนิดา ชื่นกองแก้ว	รองอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก
รศ.ดร.อรัญญา เชาวลิท	รองอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก
นพ. รามิน อโรร่า	รองอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก
รศ.ดร.ศุภกิจ เจริญสุข	รองอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก
ผศ.ดร.ณรงค์ ใจเที่ยง	รองอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก
รศ.ดร.วิทยา อยู่สุข	คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
รศ.ดร.ภูษิตา อินทรประสงค์	รองคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
ดร.อาภาพร กฤษณพันธุ์	รองคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
ดร.นพมาศ เครือสุวรรณ	รองคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
ดร.กิริติ พลเพชร	รองคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
สุนทร ปราบเขต	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
ทพ. ภาสกร ศรีไทย	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
ชัยวัฒน์ พันธุ์ศรี	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
ทพญ.ฐิติมา เดียววัฒนวิวัฒน์	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
ดร.วิชาญ ภิบาล	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
ดร. นิธิศ ธาณี	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
ผศ.ดร.เบญจวรรณ พูนอนานิวัฒน์กุล	ผู้อำนวยการวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และ สาธารณสุขกาญจนาภิเษก
ดร.ภก.บุญมี โพธิ์คำ	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

บรรณาธิการที่ปรึกษา

ศ.ดร.สฤทธกร พงศ์พานิช	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ศ.ดร.นพ. สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ศ.ดร.ดำรงศักดิ์ ฟาร์รุ่งสาธ	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ศ.ดร.พญ.เนลินี ไชยเอีย	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.สุคนธา คงศีล	มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร. ยุติ รอดจากภัย	มหาวิทยาลัยบูรพา

บรรณาธิการที่รักษานานาชาติ

Prof.Dr. Michael A. Yost	University of Washington, USA
Prof.Dr. Mark G. Robson	Rutgers, The State University of New Jersey, USA

บรรณาธิการที่รักษานานาชาติด้าน linguistics

Dr. Elizabeth K.H. Thepaksorn	Sirindhorn College of Public Health, Trang
-------------------------------	--

บรรณาธิการ

บรรณาธิการ

ผศ.ดร.พยงค์ เทพอักษร

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ผศ.ดร.สุทัศน์ เสียมไหม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

ผศ.ดร.ธวัชชัย สุนทรนนท์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

ดร.บุบผา รักษานาม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

ดร.ประวิช ขุนนิคม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.นพ.พงษ์เทพ วิวรรณเดชะ

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ศ.ดร.วงศา เล่าหศิริวงศ์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ศ.ดร.นพ.วิฑูรย์ โลหะสุนทร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศ.ดร.อนามัย เทศกะทีก

มหาวิทยาลัยบูรพา

รศ.ดร. วาริท เจาะจิตต์

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

รศ.ดร.วัฒน์สิทธิ์ ศิริวงศ์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รศ.ดร.โยธิน แสงดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.ดร.สงวน ลือเกียรติบัณฑิต

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รศ.ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมส

มหาวิทยาลัยทักษิณ

รศ.ดร. จรรยา สุวรรณบำรุง

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

รศ.ดร. จำนงค์ อนุภาพ

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ผศ.ดร.นพ.ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผศ.ดร พงศ์เทพ สุธีรัฐ

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ดร.ชาคริยา พรหมสุบรรณ

มหาวิทยาลัยนเรศวร

ดร.พิมาน ธีระรัตน์สุนทร

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ดร.ธงชัย อามาศบัณฑิต

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ดร.เกศรา แสนศิริวิสุข

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 ระบาดวิทยา

ผศ.(พิเศษ) ดร.สมตระกูล ราศิริ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

ดร.สุพัฒน์ อาสนะ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ดร.กมลนันทน์ ม่วงยิ้ม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

ดร.อุไรวรรณ ศิริธรรม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

ดร.ภคิน ไชยช่วย

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

ดร.ปริญญา จิตอร่าม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

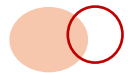
ดร.วรัญญา อรุณทายนันท์

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข

กาญจนภิเษก

สุจิตา โอภาสี

วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร



กองบรรณาธิการนานาชาติ

Prof.Dr.Richard N.Neitzel

University of Michigan, USA

Assoc.Prof.Tri Dung Phung

University of Queensland, Australia

Assoc.Prof.Dr.Petra von Heideken Wågert

Mälardalen University, Sweden

ฝ่ายจัดการ

วิภาวรรณ แก้วลาย

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

ณวัฒน์ กิตติภัทรไพบูลย์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

บรรณาธิการแถลง

การขับเคลื่อนสถาบันพระบรมราชชนก (สบช.) โดยมีเป้าหมายเป็นมหาวิทยาลัยชั้นนำของโลก ในการผลิตบุคลากรและสร้างองค์ความรู้เพื่อการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ ให้บรรลุเป้าหมายในการเป็น World-Class University for Primary Care ได้อย่างยั่งยืน ทาง สบช. ได้เป็นเจ้าภาพในการประชุม ครั้งที่ 2 Lancet Global Health Commission on People Centered Care for Universal Health Coverage ณ โรงแรม สุโกศล ราชเทวี ระหว่างวันที่ 4-7 สิงหาคม 2568

คณะกรรมการที่ปรึกษาทิติมศักดิ์ และคณะกรรมการ Lancet Global Health Commission on People Centered Care for UHC และผู้บริหารจากมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ศึกษางานระบบบริการสุขภาพ และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิต้นแบบของจังหวัดสิงห์บุรี จำนวน 70 คน ในวันอังคาร ที่ 5 สิงหาคม พ.ศ. 2568 โดยศึกษางานในพื้นที่การพัฒนาระบบบริการ รพ. สิงห์บุรี และเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิเมืองสิงห์ 4 ณ วัดโพธิ์แก้วพศุภและเยี่ยมชม สอน.เฉลิมพระเกียรติ ต.พิบูลทอง อ.ท่าช้าง จ.สิงห์บุรี เยี่ยมชมการดูแลการระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) การดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และเบาหวานในชุมชนโดย อสม. และคาดหวังว่าจังหวัดสิงห์บุรีจะได้รับการประเมินผ่านการเป็นจังหวัด ความเป็นเลิศในระบบบริการและการศึกษาระดับโลกด้านปฐมภูมิในที่สุด

อนึ่งทาง สบช. เป็นเจ้าภาพการจัดประชุมวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2568 การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิด้วยสบช.โมเดล สำหรับประเทศไทยในอนาคต เพื่อเกิดพระเกียรติสมเด็จพระบรมราชชนนีพันปีหลวง ระหว่างวันที่ 7-9 สิงหาคม 2568 โรงแรมเอเชีย แอร์พอร์ท ดอนเมือง โดยได้รับเกียรติจาก พล.อ. สุรยุทธ์ จุลานนท์ ประธานองคมนตรี และมีวิทยากร ทิติมศักดิ์จากองค์การอนามัยโลก Dr. Suraya Dalil อดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข คณะบดี คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยแห่งชาติมาเลเซีย ประเทศมาเลเซีย และ มหาวิทยาลัยแห่งชาติบรูไน ศาสตราจารย์ทิติมศักดิ์ นพ.จรัส สุวรรณเวลา นพ.โสภณ เมฆธน ประธานมูลนิธิพัฒนา สอน. และ พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ ผอ.สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล และในการประชุมได้มีการนำเสนอ ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัย และบทการดำเนินการขับเคลื่อนด้านการสร้างสุขภาวะด้วย สบช. โมเดล จาก 7 ศูนย์ความเป็นเลิศด้านสุขภาพปฐมภูมิ และจัดประชุมเชิงปฏิบัติการด้านการวิจัยสุขภาพปฐมภูมิเพื่อ พัฒนาศักยภาพอาจารย์ในการสร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพปฐมภูมิผ่านการดำเนินงาน สบช. โมเดล ในระดับนานาชาติ จากวิทยากร 5 ทวีป จาก อเมริกา ยุโรป แอฟริกา เอเชีย และ ออสเตรเลีย

ในฉบับที่ 2 (เดือนพฤษภาคม – สิงหาคม) ประจำปี 2568 มีบทความวิจัยและวิชาการ ที่ได้รับการ ตีพิมพ์ ประกอบด้วย ผลงานวิจัยและบทความวิชาการ ครอบคลุมในด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพและสาธารณสุข กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านสมาชิก คณะจารย์ นักวิจัย นักศึกษา บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ตลอดจนศิษย์เก่า และบุคคลทั่วไปที่สนใจได้รับความรู้และนำความรู้ที่ได้จากบทความดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงาน การเรียนการสอน และ ทำวิจัย ตลอดจนเป็นข้อมูลอ้างอิงในเชิงวิชาการต่อไปซึ่งท่านสามารถสืบค้นและดาวน์โหลดบทความ ในวารสารได้ที่เว็บไซต์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjph/index>

สารบัญ

เรื่อง

หน้า

บรรณาธิการ

กองบรรณาธิการ

บรรณาธิการแถลง

บทความวิจัย (Original Article)

การวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการนวัตกรรมทางการพยาบาลโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

1

Situational Analysis of Nursing Innovation Management, Nakornping Hospital,
Chiang Mai Province

ชลิดา ภาวนาเกษมแสนต์, อภิรดี นันทศิริวัฒน์, เพชรสุนีย์ ทังเจริญกุล

ภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านด้านการรักษาอาการกระดูกหักของภาคเหนือตอนบน

17

The Wisdom of Folk Healers in the Treatment of Fractures of the Upper Northern Region

สุปรียา หงสือธิ, ธัญญะ พรหมศรี, ศุภะลักษณ์ พิกคำ

ความชุกของภาวะอ้วนและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการหัวใจห้องบนเต้นเร็ว ผิดปกติซ้ำในโรงพยาบาลตรัง

30

Prevalence of Obesity and Factors Associated with Recurrent Supraventricular Tachycardia
in Trang Hospital

เสริมสุข เรืองวิทยาวงศ์

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกระทุง-พิปูนสันเกล้า อำเภอกวนกาหลง จังหวัดสตูล

41

Developing A Model for Promoting the Quality of Life of the Elderly through Family
Participation in the Area of Ban Katun-Phipun Lonklao Sub-district Health Promoting
Hospital, Khuan Kalong District, Satun Province

อมรรัตน์ ไช้เศษ, กมลวรรณ สุวรรณ

ประสิทธิภาพของค่า MCH สำหรับจำแนกคนปกติกับพาหะอัลฟาธาลัสซีเมียจากกลุ่มตัวอย่างที่มี ผลตรวจ Hb typing เป็น Normal Hb Typing, not rule out alpha-thalassemia ในโรงพยาบาล สวรรค์ประชารักษ์

54

The Efficiency of MCH Level for Differentiation between Normal and Alpha Thalassemia Trait
from the Sample Group with Normal Hb Typing, Not Rule out Alpha-thalassemia Results in
Sawanpracharak Hospital.

นเรศ พูลอนันต์



- ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับคุณค่าทางโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จากการ
ใช้บริการส่งอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4 - 6 ในจังหวัดชลบุรี 63
Health Literacy in Nutritional Value and Food Consumption Behaviors toward Food Delivery
Service among Senior High School Students in Chonburi Province
ปรเมศวร์ สิงโตทอง, ณัฐริชา แดงสวัสดิ์, เดชา วรรณพาลุล
- บทความวิชาการ 75
บทบาทของนักกายภาพบำบัดในการดูแลผู้สูงอายุและทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ
คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตากสินในสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์
Role of Physical Therapist Service for Elders Care and Working with Multidisciplinary Care
Team in Geriatric Clinic at King Taksin Memorial Hospital in Complete Aged Society
ศศิพร เกรียงเขียวชาญ, อัสพร จันทร์ขจร, เยาวนิจ ด่านวานิชกุล,
สุพิชชา วัชรรัตนกร, กรแก้ว แก้วพรรณา
- คำแนะนำการส่งบทความ 89
- จริยธรรมวิจัยและการตีพิมพ์ 93

การวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการนวัตกรรมทางการแพทย์
โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่
Situational Analysis of Nursing Innovation Management,
Nakornping Hospital, Chiang Mai Province

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received : Dec. 23, 2024

Revised : June 29, 2025

Accepted : July 15, 2025

Published : Aug. 15, 2025

ชลิดา ภาวนาเกษมสานต์, อภิรดี นันทสุวัฒน์, เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล
คณะพยาบาลศาสตร์ (การบริหารทางการแพทย์) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่
Chalida Pawanagasemsan, Apiradee Nantsupawat, Petsunee Thungjaroenkul
Faculty of Nursing (Nursing Administration), Chiang Mai University, Chiang Mai Province

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์สถานการณ์การจัดการนวัตกรรมทางการแพทย์ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ และ 2) ศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการจัดการนวัตกรรมทางการแพทย์ กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 322 คน โดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม 289 คน และการสนทนากลุ่ม 33 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามซึ่งดัดแปลงจากแนวคิดการจัดการนวัตกรรมของทิดด์และเบสเซนท์ (Tidd & Bessant, 2014) ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (S-CVI = 0.97) และมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.98 พร้อมแนวคำถามสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่าการจัดการนวัตกรรมทางการแพทย์อยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย = 3.61, S.D. = 0.62) ปัญหาและอุปสรรคที่พบ ได้แก่ การกำหนดกลยุทธ์ ความต่อเนื่องในการดำเนินงาน งบประมาณ การสื่อสาร และข้อจำกัดของโครงสร้างงาน ข้อเสนอแนะคือ ควรกำหนดนโยบายและกลยุทธ์ที่ชัดเจน พัฒนาระบบบริหารจัดการนวัตกรรม โครงสร้างกลุ่มวิจัย การเชื่อมโยงภายนอก และระบบติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การจัดการนวัตกรรม, นวัตกรรมทางการแพทย์, การวิเคราะห์สถานการณ์

Corresponding Author: ชลิดา ภาวนาเกษมสานต์, E-mail: cpchaline@gmail.com

Abstract

This descriptive research aimed to: 1) analyze the situation of nursing innovation management at Nakornping Hospital, Chiang Mai Province, and 2) explore problems, obstacles, and suggestions regarding nursing innovation management. The sample group consisted of 322 registered nurses. Data were collected through questionnaires from 289 participants and focus group discussions with 33 participants. The research instrument was a questionnaire adapted from Tidd and Bessant's (2014) innovation management framework. The instrument's content validity index (S-CVI) was 0.97, and its reliability (Cronbach's alpha) was 0.98. Focus group questions were also used. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

The results showed that the overall level of nursing innovation management was high (mean = 3.61, S.D. = 0.62). Identified problems and obstacles included unclear strategic planning, lack of continuity, limited budget, communication issues, and structural limitations. Recommendations for improvement included developing clear policies and strategies, enhancing project management processes, restructuring research and development units, strengthening external collaboration, and establishing a continuous monitoring and data management system to enhance the efficiency of nursing innovation management.

Keywords: Innovation Management, Nursing Innovation, Situation Analysis

Corresponding Author: Chalida Pawanagasemsan, E-mail: cpchaline@gmail.com

บทนำ

ประเทศไทยกำลังพัฒนาไปสู่ความมั่นคง และยั่งยืนตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) โดยยึดหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง และมีการนำเทคโนโลยีและนวัตกรรมมาใช้ตามโมเดลประเทศไทย 4.0 เพื่อขับเคลื่อนเศรษฐกิจและสังคม (Thai government gazette, 2018) โดยมีเป้าหมายสำคัญคือการพัฒนาาระบบสาธารณสุขให้มีความทันสมัยและมีประสิทธิภาพสูงสุด เพิ่มขีดความสามารถด้านสาธารณสุข เสริมสร้างบทบาทของนวัตกรรมด้านสุขภาพ เพื่อการบรรลุวัตถุประสงค์ของนโยบายสุขภาพแห่งชาติและความท้าทายด้านสาธารณสุขที่สำคัญ (Ministry of Public Health, 2021) โรงพยาบาลในกระทรวงสาธารณสุขจึงมีการกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ ในการพัฒนาการบุคลากร และผลิตบุคลากรทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ (People Excellence) โดยใช้กลยุทธ์พัฒนาศักยภาพ และการส่งเสริมสนับสนุน ให้มีการพัฒนาเทคโนโลยี และนวัตกรรมบริการสุขภาพในองค์กรอย่างต่อเนื่อง (Nakornping Hospital, 2022) จึงเป็นความท้าทายขององค์กรพยาบาล ซึ่งเป็นองค์กรสำคัญในโรงพยาบาล ที่ต้องมีการตื่นตัวและปรับตัวกับยุทธศาสตร์ชาติ

ปัจจุบันนวัตกรรมทางการแพทย์มีความสำคัญในการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย โดยการพัฒนาเทคโนโลยี เครื่องมือ และเทคนิคใหม่ๆ ที่ช่วยปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย และยังบ่งชี้ถึงคุณภาพการพยาบาล ส่งผลดีต่อการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพทั้งหมด ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการยกระดับมาตรฐานการพยาบาล (Kaya et al., 2015) นวัตกรรมทางการแพทย์ หมายถึง การประดิษฐ์อุปกรณ์ วิธีการ หรือระบบบริการพยาบาลที่มีความทันสมัย หรือการปรับปรุงสิ่งเดิมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและการลดค่าใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพ (Khlangthamniem, K., 2011) นอกจากนั้นนวัตกรรมทางการแพทย์ ยังช่วยส่งเสริม ให้พยาบาลเกิดกระบวนการพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ มีการพัฒนาตนเอง ทั้งด้านความรู้ และทักษะในการคิดค้นและพัฒนาสิ่งใหม่ๆ รวมถึงการพัฒนาความสามารถทางการพยาบาล ทำให้พยาบาลมีความเชี่ยวชาญ และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการจัดการนวัตกรรมที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้องค์กรสามารถบริหารทรัพยากรนวัตกรรมที่มีอยู่ได้อย่างประสบความสำเร็จ สามารถสร้างวัฒนธรรมในองค์กรที่สนับสนุนการสร้างสรรค์ และนวัตกรรมทำให้บุคลากรรู้สึกมีส่วนร่วมและกล้าที่จะนำเสนอแนวคิดใหม่ ๆ สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถติดตามประเมินผลนวัตกรรมอย่างต่อเนื่อง ช่วยในการตรวจสอบ และรับรองคุณภาพของนวัตกรรม ที่นำมาใช้ในองค์กร ทำให้เกิดประโยชน์จากนวัตกรรมสูงสุด (Cooper, R. G., 2019) และเพื่อให้ นวัตกรรมทางการแพทย์ที่มีการพัฒนา สามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดจำเป็นต้องมีการจัดการนวัตกรรมที่มีคุณภาพ โดยการจัดการนวัตกรรม หมายถึง กระบวนการบริหารจัดการภายในองค์กรที่มุ่งส่งเสริมและพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ รวมถึงการจัดการทรัพยากรที่เกี่ยวข้องกับนวัตกรรมอย่างมีระบบและประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดการประยุกต์ใช้นวัตกรรมในการสร้างมูลค่าและเพิ่มขีดความสามารถขององค์กรอย่างยั่งยืน แนวคิดของ Tidd และ Bessant (2014) ได้เสนอกรอบแนวคิดการจัดการนวัตกรรมที่ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบสำคัญ ซึ่งแนวคิดการจัดการนวัตกรรมนี้สามารถประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสมกับบริบทขององค์กรพยาบาล ซึ่งมีลักษณะเป็นองค์กรภาคบริการที่ต้องอาศัยทั้งองค์ความรู้และการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การบริหารจัดการนวัตกรรมจึงมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนองค์กรพยาบาลให้สามารถตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลง สร้างสรรค์แนวทางการดูแลใหม่ ๆ และบรรลุผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาการจัดการนวัตกรรมที่ประยุกต์ใช้แนวคิดของ Tidd and Bessant ทั้งในระดับสากลและในประเทศไทย โดยในต่างประเทศ Ferreira et al. (2015) ได้ศึกษาปัจจัยขับเคลื่อนการจัดการนวัตกรรมในบริษัทของประเทศโปรตุเกส โดยใช้โมเดลของ Tidd and Bessant (2009) ผลการวิจัยพบว่าผู้บริหารส่วนใหญ่เห็นว่าบริษัทมีประสิทธิภาพด้านการจัดการนวัตกรรมอยู่ในระดับต่ำ ในขณะที่ Bay and Çil (2016) ศึกษาการจัดการนวัตกรรมในอุตสาหกรรมที่ใช้

เทคโนโลยีต่ำ พบว่าแต่ละองค์ประกอบของนวัตกรรมอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาโดย Adro et al. (2022) พบว่าองค์ประกอบทั้งห้าของนวัตกรรมตามแนวคิด Tidd and Bessant ส่งผลอย่างมีนัยสำคัญต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานขององค์กรไม่แสวงหากำไรในโปรตุเกส

ในประเทศไทย การศึกษาที่เกี่ยวข้อง เช่น งานวิจัยของ Limcharoen et al. (2021) ได้พัฒนาแบบวัดการจัดการนวัตกรรมทางการพยาบาลสำหรับผู้บริหารในโรงพยาบาลทั่วไป โดยพบว่าระดับการรับรู้ของผู้บริหารต่อการจัดการนวัตกรรมอยู่ในระดับมาก ขณะที่งานวิจัยของ Prasertsak et al. (2023) ที่ศึกษารูปแบบการจัดการนวัตกรรมในโรงพยาบาลเอกชนจังหวัดนครปฐม พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการจัดการนวัตกรรม ได้แก่ การมีส่วนร่วมของบุคลากรและการสนับสนุนจากผู้บริหาร ส่วนการศึกษาของ Mokekhaow et al. (2017) ในโรงพยาบาลชุมชน พบว่าภาวะผู้นำ การสร้างความรู้ และการดำเนินงานนวัตกรรมมีความสัมพันธ์เชิงบวกและอยู่ในระดับสูง สรุปจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ายังไม่มีการศึกษาเรื่องการจัดการนวัตกรรมทางการพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ โดยเฉพาะโรงพยาบาลนครพิงค์ อีกทั้งการศึกษาในโรงพยาบาลทั่วไปส่วนใหญ่จำกัดเฉพาะกลุ่มผู้บริหาร ยังขาดข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพทั้งองค์กร ดังนั้น จึงเป็นช่องว่างขององค์ความรู้ที่ควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติม เพื่อพัฒนาแนวทางการจัดการนวัตกรรมที่เหมาะสมกับบริบทขององค์กรพยาบาลระดับศูนย์อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

โรงพยาบาลนครพิงค์ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้บริการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟูสุขภาพประชาชนในเขตสุขภาพที่ 1 มีการขับเคลื่อนนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายในการสนับสนุนการใช้นวัตกรรมในองค์กร เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง ในด้านการจัดการองค์การนวัตกรรม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพิงค์ มีความมุ่งมั่นในการเปลี่ยนแปลงองค์การเพื่อให้เกิดการพัฒนา โดยมีนโยบายในการสนับสนุนให้องค์การมีการเอื้อต่อการสร้างสรรค์นวัตกรรม นอกจากนั้นโรงพยาบาลนครพิงค์ยังเป็นศูนย์การเรียนรู้ของบุคลากรทางการแพทย์หลากหลายสาขา ทั้งแพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล ในส่วนของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลที่รับผิดชอบในการจัดการนวัตกรรมทางการพยาบาล มีการจัดตั้งกลุ่มงานการพยาบาลวิจัยและพัฒนาการพยาบาล เป็นกลุ่มงานการพยาบาลสาขาใหม่ ที่เพิ่มขึ้นใหม่ ตามภารกิจด้านการพยาบาล ของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ที่ทางสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ในคำสั่งโครงสร้างของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เมื่อฉบับวันที่ 14 มิถุนายน 2560 และได้เริ่มดำเนินงานครั้งแรกในเดือนมกราคม 2561 โดยได้กำหนดพันธกิจในการดำเนินงาน เป็นกลุ่มงานที่มีการดำเนินงานโดยวางระบบเพื่อพัฒนาศักยภาพการพยาบาลในทุกมิติทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ โดยใช้องค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ทางการพยาบาลเพื่อให้การดูแลสุขภาพและการพยาบาลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและมีความก้าวหน้าทันสมัย อยู่ภายใต้การบริหารจัดการของงานภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลนครพิงค์ (Nursing Mission Group, Nakhonping Hospital, 2020) ปัจจุบันกลุ่มงานนี้มีบุคลากร 1 คนคือหัวหน้ากลุ่มงาน ที่ทำหน้าที่หลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านนวัตกรรมทางการพยาบาล ทำให้ไม่สามารถดำเนินการได้ตามแผน ซึ่งในโครงสร้างของกลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล ตามเกณฑ์การกำหนดกรอบอัตรากำลังของ กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้มีโครงสร้างบุคลากรในกลุ่มงานได้ 4-6 คน ตามบริบทขององค์กรพยาบาล (Division of Nursing, 2024)

นอกจากนี้แม้ว่าในภาพรวมของภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลนครพิงค์จะสามารถผลิตผลงานวิชาการที่สอดคล้องกับตัวชี้วัดด้านนวัตกรรมได้ตามเป้าหมาย โดยในปี 2565 มีผลงานด้านวิจัยและนวัตกรรมจำนวน 33 เรื่อง ทว่าเมื่อลงลึกในรายละเอียด กลับพบว่านวัตกรรมทางการพยาบาลที่ได้รับการพัฒนาและเผยแพร่มีเพียง 3 เรื่องเท่านั้น (Nakhonping Hospital, 2022) สะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดของการพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบในองค์กรพยาบาลระดับศูนย์ และจากข้อมูลย้อนหลัง

ระหว่างปี 2563–2565 พบว่ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนักและกลุ่มงานการพยาบาลอายุรกรรม เป็นหน่วยงานที่มีการผลิตผลงานวิจัยและนวัตกรรมมากที่สุด (ร้อยละ 30) รองลงมาคือกลุ่มงานผู้ป่วย ศัลยกรรม (ร้อยละ 20) ขณะที่อีกหลายกลุ่มงาน เช่น กุมารเวชกรรม ห้องผ่าตัด วิสัญญี และกลุ่มบริการ พิเศษ (CHC) กลับไม่พบการสร้างสรรค์นวัตกรรมเลยในช่วงสามปีที่ผ่านมา การกระจายของนวัตกรรม จึงไม่ทั่วถึงทั้งองค์กร มักเกิดเฉพาะในบางหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานที่มีบุคลากรซึ่งมีความสนใจและ ความสามารถเฉพาะตัวเท่านั้น และแม้ในปี 2566 องค์กรจะมีการกำหนดยุทธศาสตร์ใหม่ โดยกำหนดให้ แต่ละกลุ่มงานการพยาบาลต้องพัฒนานวัตกรรมอย่างน้อย 2 เรื่อง แต่จากการติดตามผลปรากฏว่า ยังคงมีนวัตกรรมทางการพยาบาลเพียง 3 เรื่องเช่นเดิม (Nakornping Hospital, 2023) ซึ่งเป็นสัญญาณ ชัดเจนว่าการพัฒนาเชิงโครงสร้างและระบบยังไม่บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ และจากการสัมภาษณ์หัวหน้า กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาลชี้ให้เห็นว่า ส่วนใหญ่ผลงานที่ได้รับการจัดเก็บอย่างเป็นทางการคือ "งานวิจัย" ในขณะที่ "นวัตกรรม" จำนวนหนึ่งที่เกิดขึ้นจริงในหน่วยงานกลับไม่ได้รับการรวบรวมอย่าง เป็นระบบหรือเผยแพร่ในระดับองค์กร ส่งผลให้การเรียนรู้และขยายผลไม่สามารถเกิดขึ้นได้อย่างยั่งยืน อีกทั้งยังระบบติดตามและประเมินผลที่สามารถชี้ให้เห็นถึงคุณค่าและการนำไปใช้จริงของนวัตกรรม เหล่านั้นอาจยังต้องการการพัฒนา ในด้านโครงสร้างองค์กร แม้จะมีการจัดตั้งกลุ่มงานวิจัยและ พัฒนาการพยาบาลเพื่อสนับสนุนการจัดการนวัตกรรม และมีผู้นำที่เปิดโอกาสให้บุคลากรเสนอแนวคิด อย่างอิสระ แต่ข้อจำกัดด้านเวลาของบุคลากรพยาบาลที่ต้องทำงานเป็นกะ รวมถึงการใช้ชีวิตที่ไม่ปกติ กลับเป็นอุปสรรคสำคัญในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การให้รางวัลหรือแรงจูงใจมักเกิดเฉพาะช่วงงาน มหกรรมคุณภาพซึ่งจัดเพียงปีละ 1 ครั้ง จึงไม่เพียงพอต่อการสร้างวัฒนธรรมด้านนวัตกรรมในระยะ ยาว นอกจากนี้ การสร้างความเชื่อมโยงกับหน่วยงานภายนอก เช่น สถาบันการศึกษา แม้จะมีการส่ง นักศึกษามาฝึกงาน แต่ความร่วมมือในการพัฒนานวัตกรรมร่วมกันยังมีน้อย สะท้อนให้เห็นถึงโอกาสใน การพัฒนาที่ควรถูกนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ซึ่งการวิเคราะห์สถานการณ์ทางคลินิก (clinical situational analysis) มีความเหมาะสมในการนำมาใช้ในการศึกษานี้ โดยเป็นการศึกษารายละเอียด ของ สถานการณ์ ผลกระทบ ตามความเห็นหรือการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้มีประสบการณ์ตรง หรือมีส่วน เกี่ยวข้อง ในสถานการณ์ที่ศึกษาในช่วงเวลาที่ศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์และกระบวนการที่ชัดเจน และ ผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินการ สามารถนำไปสู่การตัดสินใจเชิงนโยบายหรือการแก้ไขปัญหาต่อไปได้ (Nantachaipan, P., 2008)

ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นในการวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการ นวัตกรรมทางการพยาบาล โรงพยาบาลนครพิงค์ เพื่อให้ทราบถึง ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับการจัดการ นวัตกรรมทางพยาบาลของ โรงพยาบาลนครพิงค์ ตามองค์ประกอบการจัดการนวัตกรรมตามแนวคิด การจัดการนวัตกรรมของ Tidd and Bessant (2014) ทั้ง 5 ด้าน รวมถึงปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ ในการจัดการนวัตกรรมทาง การพยาบาล

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการนวัตกรรมทางการพยาบาล โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่
- 2) เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการจัดการนวัตกรรมทางการพยาบาล โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการนวัตกรรมทางการพยาบาล ใช้แนวคิดการวิเคราะห์ สถานการณ์ทางคลินิก (clinical situational analysis) และใช้แนวคิดการจัดการนวัตกรรมของ Tidd and Bessant (2014) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ 1) การจัดการการกำหนดกลยุทธ์และแผน กลยุทธ์ 2) การจัดการกระบวนการนวัตกรรมและทรัพยากรนวัตกรรม 3) การจัดการองค์กรนวัตกรรม 4) การจัดการความเชื่อมโยงกับภายนอก และ 4) การจัดการกระบวนการจัดการความรู้

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการวิเคราะห์สถานการณ์ การจัดการนวัตกรรมทางการพยาบาล โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 926 คน (Nursing Research and Development Group, Nakhonping Hospital, 2023)

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร ทาโร ยามาเน่ (Rathachatrannon, W., 2019) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 279 คน และเพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายและการได้รับแบบสอบถามกลับคืนที่ไม่สมบูรณ์ จึงจะเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมจากที่กำหนดไว้ ร้อยละ 20 (Srisatidnarakul, B., 2010) คือจำนวน 56 คน ซึ่งคิดเป็นกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 335 คน

2. กลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่ม คือ (1) กลุ่มตัวอย่างสนทนากลุ่มผู้บริหารทางการพยาบาล กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 25 % (Srisatidnarakul, B., 2010) เท่ากับ 16 คน โดยแบ่งกลุ่มสนทนากลุ่มออกเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 8 คน โดยคำนวณสัดส่วนกลุ่มตัวอย่าง ต่อกลุ่มจากกลุ่มประชากรที่มี และ (2) กลุ่มตัวอย่างสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพ จาก 17 กลุ่มงาน ซึ่งมีลักษณะงานแตกต่างกัน โดยแบ่งการสนทนากลุ่มออกเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 8-9 คน ซึ่งขนาดของกลุ่มในการทำสนทนากลุ่มที่เหมาะสมควรอยู่ระหว่าง 6-12 คน (Theerawitayalert, P., 2016)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ชุด คือ

1. แบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา ตำแหน่งงานในปัจจุบัน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนครพิงค์ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานปัจจุบัน และประสบการณ์ในการจัดการนวัตกรรมทางการพยาบาล โดยข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการจัดการนวัตกรรมทางการพยาบาล ซึ่งผู้ศึกษาได้นำแบบประเมินการจัดการนวัตกรรมของ (Tidd & Bessant, 2009) ข้อคำถามเป็นแบบวัดประมาณค่า rating scale 5 ระดับ โดยให้เลือกตอบตามการรับรู้ของผู้ตอบ จากนั้นนำมาหาค่าเฉลี่ยของแต่ละองค์ประกอบ และหาค่าเฉลี่ย ของผลรวม นำค่าเฉลี่ยที่ได้เทียบกับเกณฑ์การประเมิน และการแปลความหมายแบบมาตราประมาณค่าแบบ Likert (Srisa-ard, B., 1992)

2. แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ วุฒิการศึกษาสูงสุด ตำแหน่งหน้าที่รับผิดชอบ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนครพิงค์ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานปัจจุบัน และประสบการณ์ในการเกี่ยวข้องกับนวัตกรรมทางการพยาบาล

ส่วนที่ 2 แนวคำถามการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดการนวัตกรรมทางการพยาบาล เป็นแนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง ที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ (Tidd and Bessant, 2014)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงของแบบสอบถาม (Content Validity)

แบบประเมินการจัดการนวัตกรรมการพยาบาล ผู้วิจัยแปลร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และดัดแปลงจากแนวคิดของทิดด์ และ เบสเซนท์ (Tidd & Bessant, 2009) จากนั้นนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบคุณภาพความครอบคลุมทั้งด้านความตรงตามเนื้อหา (content validity) ความชัดเจนของคำถาม (clarity) ความเหมาะสมของคำถาม (appropriateness) ภายหลังจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านได้พิจารณาและลงความเห็นแล้ว ได้รวบรวมความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือทั้งฉบับ ($S - CVI$) เท่ากับ 0.97 ที่ยอมรับได้คือ 0.80 ขึ้นไป และค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือรายข้อ ($I - CVI$) มากกว่า 0.8 ทุกข้อ ที่ยอมรับได้คือ 0.70 ขึ้นไป (Davis, 1992, as cited in Srisatitnarakoon, B., 2010)

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการจัดการนวัตกรรมการพยาบาลที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ไปทดลองใช้กับพยาบาลโรงพยาบาลนครพิงค์ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยแบบสอบถามการจัดการนวัตกรรมการพยาบาลได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.98 ซึ่งอยู่ในระดับความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ยอมรับ โดยค่าที่ได้ต้องไม่น้อยกว่า 0.70 (Srisatitnarakul, B., 2010)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลแบบสอบถาม

1. ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพิงค์ และภารกิจด้านการพยาบาล เพื่อแนะนำตนเอง และขออนุญาตรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลเพื่อขอข้อมูลจำนวนและรายชื่อของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครพิงค์ ทั้งหมด เพื่อนำมาเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย และเข้าพบผู้ประสานงานวิจัยกลุ่มงานการพยาบาลละ 1 คน เพื่อดำเนินการมอบแบบสอบถามและแจ้งให้ทราบถึงขั้นตอน และแจ้งการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง
2. ผู้วิจัยเข้าไปเก็บแบบสอบถามของพยาบาลวิชาชีพคืนจากผู้ประสานงานวิจัยของแต่ละกลุ่มงานการพยาบาลหลังจากครบ 2 สัปดาห์ นำแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์ พบว่ามีแบบสอบถามที่ครบถ้วนสมบูรณ์จำนวน 289 ฉบับ จากการได้รับข้อมูลตอบกลับจากกลุ่มตัวอย่างที่สมบูรณ์ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การรวบรวมข้อมูลการสนทนากลุ่ม

1. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างการสนทนากลุ่มที่กำหนดไว้ และเข้าพบกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ขององค์กรพยาบาลในงานวิจัยที่จะได้รับ รวมถึงชี้แจงข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยจะนำไปสรุปผลและรายงานทางวิชาการเป็นภาพรวม และขออนุญาตบันทึกเสียงขณะการสนทนากลุ่ม เมื่อได้รับความยินยอมในการเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม จึงได้นัดหมายวันและเวลาในการสนทนากลุ่มตามกำหนดเวลาที่เหมาะสม หากไม่ได้รับความยินยอม จะคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใหม่
2. ผู้วิจัยได้ดำเนินการสนทนากลุ่มโดย แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้
 - 2.1 การเตรียมจัดสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลาในการสนทนากลุ่มทั้ง 4 กลุ่ม อุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินการสนทนากลุ่ม ได้แก่ โทรศัพท์สำหรับบันทึกเสียงจำนวน 2 เครื่อง แบตเตอรี่สำรอง สมุดสำหรับจดบันทึก และฝึกปฏิบัติด้านเทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยนำแนวคำถามที่สร้างขึ้น ไปศึกษานำร่องในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 4 ราย ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง

เพื่อศึกษาความเข้าใจ ปัญหา อุปสรรค ข้อบกพร่องต่าง ๆ ในการใช้แนวคำถาม จากนั้นนำมาปรับแนวคำถาม ก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริง

2.2 การดำเนินการจัดสนทนากลุ่ม กลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่มในระดับกลุ่มผู้บริหารทาง การพยาบาลจำนวน 16 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 8 คน กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 17 คน จาก 17 กลุ่มงาน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน 1 กลุ่ม และกลุ่มละ 9 คน 1 กลุ่ม ทำการขออนุญาตกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเริ่มทำการบันทึกเสียงการสนทนาของกลุ่มตัวอย่าง และจัดบันทึกบรรยากาศระหว่างการสนทนา กลุ่มด้วยตนเอง

2.3 เมื่อสิ้นสุดการสนทนากลุ่ม ผู้ศึกษาทำการถอดเสียงการสนทนา และจัดเตรียมข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์ตามหลักสถิติ วิเคราะห์เนื้อหาและจัดหมวดหมู่ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามและจากข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มการสนทนากลุ่ม มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ สถิติที่ใช้ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการนวัตกรรมการรายนามวิเคราะห์ สถิติที่ใช้ ได้แก่ การหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ข้อมูลปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยแสดงความคิดเห็นในการสนทนากลุ่ม นำมาสรุป และจัดหมวดหมู่ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเสนอร่างวิจัยแก่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครพิงค์เชียงใหม่ เพื่อขอรับรองจริยธรรมในการทำวิจัยและได้รับอนุญาตตามเอกสารเลขหนังสือ 004/2567 และโรงพยาบาลนครพิงค์ เชียงใหม่ ผ่านการรับรองตามเอกสารหนังสือ NKP No.081/67

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างแบบสอบถาม จำแนกตาม เพศ อายุ การศึกษา ตำแหน่งหน้าที่ รับผิดชอบ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนครพิงค์ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานปัจจุบัน แผนกที่ปฏิบัติงานประสบการณ์ในการจัดการนวัตกรรมการพยาบาล และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับนวัตกรรมทางการพยาบาล (n=289)

ลักษณะของข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	278	96.19
ชาย	11	3.81
อายุ		
20-30 ปี	92	31.83
30-40 ปี	88	30.45
41-50 ปี	79	27.34
มากกว่า 50 ปี	30	10.38

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างแบบสอบถาม จำแนกตาม เพศ อายุ การศึกษา ตำแหน่งหน้าที่ รับผิดชอบ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนครพิงค์ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานปัจจุบัน แผนกที่ปฏิบัติงานประสบการณ์ในการจัดการนวัตกรรมทางการแพทย์ และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับนวัตกรรมทางการแพทย์ (n=289) (ต่อ)

ลักษณะของข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การศึกษา	267	92.39
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า		
ปริญญาโท	22	7.61
ตำแหน่งหน้าที่รับผิดชอบ		
พยาบาลวิชาชีพมีตำแหน่งบริหาร	16	5.54
พยาบาลวิชาชีพไม่มีตำแหน่งบริหาร	273	94.46
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนครพิงค์		
1-5 ปี	77	26.64
6-10 ปี	48	16.61
มากกว่า 10 ปี	164	56.75
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานปัจจุบัน (Mean = 9.9 ปี, SD= 7.4, Max=35 ปี, Min=1 ปี)		
1-5 ปี	106	36.68
5-10 ปี	133	46.02
มากกว่า 10 ปี	50	17.30
แผนกที่ปฏิบัติงาน		
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	17	5.88
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก	22	7.61
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก	48	16.61
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด	24	8.30
กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี	18	6.23
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม	47	16.26
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม	34	11.76
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติรีเวช	8	2.77
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม	12	4.15
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออโรปิดิกส์	25	8.65
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก จักษุ	10	3.46
กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อหน่วยจ่ายกลาง	2	0.69
กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ	18	6.23
งานการพยาบาลชุมชน (เวชกรรมสังคม)	2	0.69
งานการพยาบาลอาชีวอนามัย (แพทย์แผนไทย)	1	0.35
งานการพยาบาลจิตเวช	1	0.35
ประสบการณ์ในการจัดการนวัตกรรมทางการแพทย์		
มีประสบการณ์	145	50.17
ไม่มีประสบการณ์	144	49.83

จากตารางที่ 1 พบว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 289 คน เป็นเพศหญิงมากที่สุดร้อยละ 96.19 โดยกลุ่มอายุ 20 - 30 ปี มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.83 โดยมีอายุเฉลี่ย 37.63 ปี เมื่อพิจารณา ระดับการศึกษา พบว่าร้อยละ 92.39 จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี เป็นพยาบาลวิชาชีพไม่มี ตำแหน่งบริหาร มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 94.46 ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนครพิงค์มานาน มากกว่า 10 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.75 และมีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานปัจจุบัน อยู่ในช่วง 5-10 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.02 และกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาล ผู้ป่วยหนักมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 16.61 รองลงมาคือกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม และกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วย ศัลยกรรม คิดเป็นร้อยละ 16.26, 11.76 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมี และไม่มีประสบการณ์ในการจัดการ นวัตกรรมทางการพยาบาลใกล้เคียงกันโดยเป็นผู้มีประสบการณ์ ในการจัดการนวัตกรรมทางการ พยาบาลคิดเป็นร้อยละ 50.17 และส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรม เกี่ยวกับนวัตกรรมทางการพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 68.86

2. ข้อมูลการจัดการนวัตกรรมทางการพยาบาล โรงพยาบาลนครพิงค์

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการจัดการนวัตกรรมทางการพยาบาล (n=289)

องค์ประกอบการจัดการนวัตกรรม	ผลการศึกษา		
	$\bar{x}$	S. D	ระดับ
การจัดการการกำหนดกลยุทธ์และแผนกลยุทธ์	3.64	0.57	สูง
การจัดการกระบวนการนวัตกรรมและทรัพยากร นวัตกรรม	3.57	0.61	สูง
การจัดการองค์การนวัตกรรม	3.62	0.63	สูง
การจัดการความเชื่อมโยงกับภายนอก	3.60	0.64	สูง
การจัดการกระบวนการจัดการความรู้	3.65	0.64	สูง
โดยรวม	3.61	0.62	สูง

จากตารางที่ 2 พบว่าค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการจัดการนวัตกรรมทางการ พยาบาล จำแนกตามองค์ประกอบของการจัดการนวัตกรรมทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง

3. ข้อมูลปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะการจัดการนวัตกรรมทางการพยาบาล โรงพยาบาล นครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มผู้บริหารทางการพยาบาลร่วมสนทนากลุ่ม

พบว่า จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 16 คน เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 100 โดยกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในกลุ่มอายุ 41 - 50 ปี และ กลุ่มอายุมากกว่า 50 ปี มีจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 50 โดยมีอายุเฉลี่ย 49.81 ปี เมื่อพิจารณาระดับการศึกษาพบว่าร้อยละ 56.25 จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนครพิงค์มานาน 21 - 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.75 และส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในหน่วยงานปัจจุบันอยู่ในช่วง 10-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.00 เป็นผู้ปฏิบัติงาน ในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนักและกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรมมากที่สุด โดยมี จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 18.75 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการจัดการ นวัตกรรมทางการพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 93.75 และส่วนใหญ่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับนวัตกรรม ทางพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 68.75

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพร่วมสนทนากลุ่ม

พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 17 คน เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 100 โดยกลุ่มอายุ 30 - 40 ปี มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.94 เมื่อพิจารณาระดับการศึกษาพบว่าเป็นร้อยละ 82.35 สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาล นครพินค้อยกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.06 และมีระยะเวลาปฏิบัติงานในหน่วยงานปัจจุบัน น้อยกว่า 10 ปีคิดเป็นร้อยละ 52.94 กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจาก 17 กลุ่มงานการพยาบาล กลุ่มงานละ 1 คน ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการจัดการนวัตกรรมการพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 58.82 และส่วนใหญ่ไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับนวัตกรรมทางการแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 64.71

ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะจากการสนทนากลุ่ม

ในการปรับปรุงการจัดการนวัตกรรม ทางพยาบาล โรงพยาบาลนครพินค้อย จังหวัดเชียงใหม่

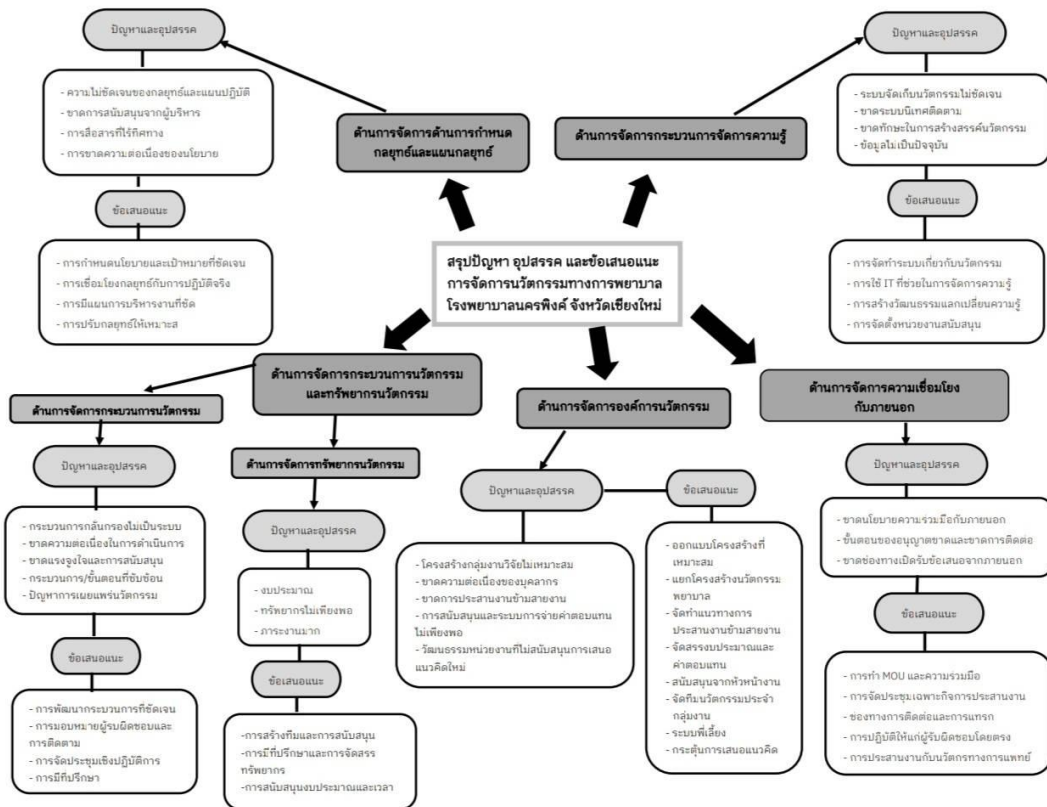
ด้านการจัดการการกำหนดกลยุทธ์และแผนกลยุทธ์ พบว่ามีปัญหาในเรื่องการกำหนดแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติที่ไม่ชัดเจน รวมถึงการสื่อสารนโยบายจากระดับบนลงสู่การปฏิบัติที่ขาดความชัดเจน ขาดการสนับสนุนทั้งในด้านบุคลากรและทรัพยากร ข้อเสนอแนะคือ ควรกำหนดนโยบายให้ชัดเจน สื่อสารให้เข้าถึงทุกระดับ และปรับกลยุทธ์ให้เหมาะสมกับสถานการณ์จริง พร้อมทั้งสร้างการเชื่อมโยงจากแผนสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

ด้านการจัดการกระบวนการนวัตกรรมและทรัพยากรนวัตกรรม พบว่ามีกระบวนการกลั่นกรองที่ไม่ชัดเจน ขั้นตอนการดำเนินงานซับซ้อน ขาดระบบติดตามผลการดำเนินงาน และไม่มีแรงจูงใจในการเผยแพร่วัตกรรม ข้อเสนอแนะคือ ควรบูรณาการนวัตกรรมเข้ากับระบบประกันคุณภาพ จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการ ดึงบุคลากรรุ่นใหม่เข้ามามีส่วนร่วม แต่งตั้งผู้รับผิดชอบ จัดทีมที่ปรึกษา และกำหนดขั้นตอนการดำเนินงานให้ชัดเจน และพบปัญหาการขาดแคลนงบประมาณ เวลา และวัสดุอุปกรณ์ รวมถึงภาระงานที่มากเกินไป และขาดแรงสนับสนุนจากผู้เกี่ยวข้อง ข้อเสนอแนะคือ ควรจัดตั้งทีมนวัตกรรมที่มีความรับผิดชอบชัดเจน และสนับสนุนทั้งในด้านวัสดุ อุปกรณ์ เวลา และงบประมาณอย่างเพียงพอ

ด้านการจัดการองค์การนวัตกรรม พบว่าโครงสร้างของกลุ่มงานวิจัยและนวัตกรรมยังไม่เหมาะสม การประสานงานข้ามสายงานมีข้อจำกัด ขาดการสนับสนุนจากระบบค่าตอบแทนและวัฒนธรรมองค์กรที่ส่งเสริม ข้อเสนอแนะคือ ควรออกแบบโครงสร้างกลุ่มงานใหม่ให้เหมาะสม แยกบทบาทหน้าที่ของกลุ่มงานนวัตกรรมออกจากกลุ่มงานวิจัย จัดสรรงบประมาณเพื่อรางวัลที่เหมาะสม จัดตั้งทีมนวัตกรรมในแต่ละกลุ่มงาน และกำหนดแนวทางการประสานงานข้ามสายงานอย่างชัดเจน พร้อมทั้งส่งเสริมให้หัวหน้างานให้การสนับสนุนและกระตุ้นให้บุคลากรมีส่วนร่วมเสนอแนวคิด

ด้านการจัดการความเชื่อมโยงกับภายนอก พบว่าขาดผู้ประสานงานที่ชัดเจน กระบวนการติดต่อกับภายนอกมีความซับซ้อน และองค์กรยังไม่เปิดรับแนวคิดหรือนวัตกรรมจากบุคคลภายนอก ข้อเสนอแนะคือ ควรสร้างความร่วมมือกับองค์กรภายนอก จัดให้มีขั้นตอนการเข้าถึงที่ไม่ซับซ้อน กำหนดผู้รับผิดชอบและประสานงานอย่างชัดเจน รวมถึงมีระบบเปิดรับข้อเสนอแนวคิดจากผู้รับบริการ และนวัตกรรมจากองค์กรภายนอกอย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านการจัดการกระบวนการจัดการความรู้ พบว่าขาดความรู้เกี่ยวกับนวัตกรรม ไม่มีระบบจัดเก็บข้อมูลนวัตกรรมที่ชัดเจนและทันสมัย ขาดการติดตามการเผยแพร่ และบุคลากรยังขาดทักษะทางภาษาอังกฤษ ข้อเสนอแนะคือ ควรจัดทำระบบฐานข้อมูลนวัตกรรมที่ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเผยแพร่นวัตกรรม จัดเวทีนำเสนอนวัตกรรมระดับโรงพยาบาล และจัดประชุมเชิงปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับนวัตกรรมทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง



ภาพที่ 1 แผนภาพสรุปปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะการจัดการนวัตกรรมทางการแพทย์ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

อภิปรายผล

จากการวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการนวัตกรรมทางการแพทย์ของโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า โดยภาพรวมการจัดการนวัตกรรมอยู่ในระดับสูงในทุกองค์ประกอบ ซึ่งสะท้อนถึงความตระหนักและการให้ความสำคัญขององค์กรต่อการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์อย่างเป็นระบบ อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดบางประการที่ควรได้รับการปรับปรุงเพื่อเสริมสร้างความยั่งยืนและประสิทธิภาพในการบริหารจัดการนวัตกรรมอย่างแท้จริง

ในด้านการกำหนดกลยุทธ์และแผนกลยุทธ์ พบว่า โรงพยาบาลนครพิงค์มีการวางแผนยุทธศาสตร์ 10 ปี (พ.ศ. 2566–2575) ที่ชัดเจน และมีกลยุทธ์ด้านการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์หลักของกลุ่มการพยาบาล โดยมีการกำหนดตัวชี้วัดให้แต่ละกลุ่มงานต้องมีผลงานวิจัยและนวัตกรรมประจำปีอย่างน้อยกลุ่มละ 2 เรื่อง (Nakornping Hospital, 2022) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Tidd & Bessant (2014) ที่ระบุว่า การจัดการนวัตกรรมจะมีประสิทธิภาพเมื่อมีการกำหนดกลยุทธ์ที่สอดคล้องกับเป้าหมายหลักขององค์กร อย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษาพบปัญหาการสื่อสารนโยบายไปสู่การปฏิบัติ การปรับกลยุทธ์ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ และในด้านความมุ่งมั่นในการจัดการและการจัดสรรงบประมาณ อยู่ในระดับต่ำสุด ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการเพิ่มการสนับสนุนเชิงงบประมาณและทรัพยากรบุคคลจากผู้บริหาร เพื่อให้การดำเนินนวัตกรรมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (Yan et al., 2022)

ด้านการจัดการกระบวนการนวัตกรรมและทรัพยากร แม้โรงพยาบาลจะมีการกำหนดขั้นตอนการดำเนินงาน มีการวางระบบบริหารจัดการ อย่างไรก็ตามพบปัญหาในการดำเนินโครงการให้สำเร็จตรงตามเวลาและงบประมาณที่วางไว้ ซึ่งอาจเกิดจากการวางแผน การจัดสรรทรัพยากร และการติดตามที่ยังขาดประสิทธิภาพ (Ferreira et al., 2015) นอกจากนี้ กระบวนการกลั่นกรองแนวคิด

กระบวนการติดตามนวัตกรรมยังไม่มีความเป็นระบบที่ชัดเจนและครอบคลุม ส่งผลให้เกิดการทำงานซ้ำซ้อน และบุคลากรมีภาระงานมากเกินไปซึ่งอาจทำให้ขาดแรงจูงใจในการพัฒนานวัตกรรมใหม่ (Bach-Mortensen et al., 2018; Sawatsingh, 2020)

ด้านการจัดการองค์การนวัตกรรม พบว่าองค์กรมีโครงสร้างที่เอื้อต่อการสร้างสรรค์และพัฒนา นวัตกรรม แต่ยังมีข้อจำกัดในเรื่องการแต่งตั้งคณะกรรมการส่งเสริมนวัตกรรมที่ไม่ครอบคลุมทุก หน่วยงาน รวมทั้งกลุ่มงานวิจัยและนวัตกรรมมีบุคลากรไม่เพียงพอ โดยมีเพียง 1 คน ทำให้ขาดความ ต่อเนื่องในการดำเนินงาน (Damanpour, F., 1991) ส่งผลให้การขับเคลื่อนนวัตกรรมอาจชะงักและไม่สามารถดำเนินไปอย่างเต็มศักยภาพ

ด้านการจัดการความเชื่อมโยงกับภายนอก พบว่าโรงพยาบาลมีบทบาทเป็นแหล่งฝึกของ สถาบันการศึกษาหลายแห่ง ซึ่งสะท้อนถึงความสามารถในการเชื่อมโยงกับองค์กรภายนอก อย่างไรก็ตาม ความร่วมมือเหล่านี้ยังไม่มี ความชัดเจนในเชิงโครงสร้างหรือระบบการประสานงาน ทำให้การทำงานร่วมกับเครือข่ายการศึกษายังไม่ต่อเนื่อง และขั้นตอนในการขอความร่วมมือยังมีความซับซ้อน (Alshwayat et al., 2023) ดังนั้นควรมีการจัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) กับหน่วยงาน ภายนอก เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ยั่งยืนและเอื้อต่อการแลกเปลี่ยนทรัพยากรด้านนวัตกรรม (Luangpirom et al., 2007)

ด้านการจัดการความรู้ พบว่าโรงพยาบาลมีศักยภาพในการบริหารจัดการความรู้ระดับดี โดยเฉพาะในกระบวนการถ่ายทอดองค์ความรู้ระหว่างทีมงาน อย่างไรก็ตาม ระบบการจัดเก็บข้อมูลและ นวัตกรรมยังไม่มี ความชัดเจน ทำให้เกิดการกระจัดกระจายของข้อมูล และขาดการเผยแพร่อย่างเป็น ระบบ (Weng et al., 2013) ทั้งนี้ การไม่มีระบบการประเมินผลและติดตามนวัตกรรมอย่างต่อเนื่อง อาจ ส่งผลให้ ความพยายามในการพัฒนานวัตกรรมไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์จริงได้อย่างเต็มที่ (Udomtanateera, K., 2020)

จากข้อมูลทั้งหมดข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่าแม้โรงพยาบาลนครพิงค์จะมีความพร้อมในด้าน แนวทางและนโยบายการจัดการนวัตกรรมในระดับสูง แต่ยังคงต้องมีการพัฒนาในเชิงโครงสร้าง บุคลากร ทรัพยากร และระบบสนับสนุนต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งและความยั่งยืนของระบบนวัตกรรม ทางโรงพยาบาลในระยะยาว

การนำผลวิจัยไปใช้

1. การกำหนดกลยุทธ์และแผนกลยุทธ์ ผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้นำทางการพยาบาลควร กำหนดกลยุทธ์และแผนกลยุทธ์ด้านการจัดการนวัตกรรมทางการพยาบาลที่ชัดเจนและสอดคล้องกับ วิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล โดยการสร้าง Roadmap และแผนปฏิบัติการที่สามารถดำเนินการได้จริง รวมถึงการจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอสำหรับการพัฒนานวัตกรรม และการสื่อสารกลยุทธ์ให้ บุคลากรเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามได้

2. การจัดการกระบวนการนวัตกรรมและทรัพยากรนวัตกรรม องค์กรพยาบาลควรพัฒนาระบบ การจัดการนวัตกรรมและทรัพยากรนวัตกรรม โดยการปรับปรุงกระบวนการนวัตกรรม เช่น การคัด กรอง การดำเนินการ และการติดตามความก้าวหน้า รวมถึงการใช้เครื่องมือการจัดการโครงการที่มี ประสิทธิภาพ และส่งเสริมการพัฒนาระบบการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการของ ผู้รับบริการ เพื่อให้การพัฒนานวัตกรรมตรงตามความต้องการและเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ

3. การจัดการองค์การนวัตกรรม องค์กรพยาบาลควรสนับสนุนการสร้างนวัตกรรมอย่าง ต่อเนื่อง โดยการส่งเสริมการเสนอแนวคิดใหม่ ๆ ผ่านกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การประชุมสร้างสรรค์ หรือ เว็รค์ช็อป และควรมีระบบรางวัลและค่าตอบแทนที่มีประสิทธิภาพ เพื่อกระตุ้นให้บุคลากรมีความ กระตือรือร้นในการเสนอแนวคิดใหม่ ๆ

4. การจัดการความเชื่อมโยงกับภายนอก องค์กรพยาบาลควรรักษาและขยายความสัมพันธ์กับ องค์กรภายนอกและสถาบันการศึกษา โดยการจัดกิจกรรมร่วมมือและพัฒนาพันธมิตรที่เป็นประโยชน์ ระยะยาว รวมถึงการใช้ช่องทางออนไลน์เพื่อรับข้อเสนอแนะใหม่ ๆ และพัฒนาระบบการจัดการ นวัตกรรมที่ดี เพื่อคัดเลือกโครงการจากภายนอกที่มีศักยภาพ และควบคุมความปลอดภัยและประโยชน์ จากการทำงานร่วมกัน

5. การจัดการกระบวนการจัดการความรู้ของโรงพยาบาล ควรรักษาและพัฒนาระบบฐานข้อมูล และความรู้ด้านนวัตกรรมทางการแพทย์ที่มีอยู่ให้เป็นปัจจุบันและสามารถเข้าถึงได้ง่าย โดยการใช้ แนวปฏิบัติที่ดีในการพัฒนาและจัดสรรทรัพยากรเพื่อพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลรวมถึงการใช้ ซอฟต์แวร์หรือแพลตฟอร์มออนไลน์สำหรับการจัดการและแชร์ข้อมูลนวัตกรรมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการ จัดการความรู้ และฝึกอบรมบุคลากรเพื่อเพิ่มทักษะในการใช้งานระบบใหม่

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. การศึกษาการจัดการนวัตกรรมในหน่วยงานอื่นๆของโรงพยาบาลนครพิงค์
2. ศึกษาโครงการพัฒนาและส่งเสริมองค์ประกอบของการจัดการนวัตกรรมทางการแพทย์ โรงพยาบาลนครพิงค์

References

- Alshwayat, D., Elrehail, H., Shehadeh, E., Alsalhi, N., Shamout, M. D., & Rehman, S. U. (2023). An exploratory examination of the barriers to innovation and change as perceived by senior management. *International Journal of Innovation Studies*, 7(2), 159-170.
<https://doi.org/10.1016/j.ijis.2022.12.005>
- Bach-Mortensen, A. M., Lange, B. C. L., & Montgomery, P. (2018). Barriers and facilitators to implementing evidence-based interventions among third sector organisations: A systematic review. *Implementation Science*, 13(103), 1-19. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0789-7>
- Cooper, R. G. (2019). *Winning at new products: Creating value through innovation*. Basic Books.
- Damanpour, F. (1991). Organizational innovation: A meta-analysis of effects of determinants and moderators. *Academy of Management Journal*, 34(3), 555-590.
- Division of Nursing. (2024). Criteria for determining staffing framework of the Bureau of Human Resource Management, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health.
- Ferreira, J. J. M., Fernandes, C. I., Alves, H., & Raposo, M. L. (2015). Drivers of innovation strategies: Testing the Tidd and Bessant (2009) model. *Journal of Business Research*, 68(7), 1395-1403.
<https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2015.01.021>
- Kaya, N., Turan, N., & Aydin, G. Ö. (2015). A Concept analysis of innovation in nursing. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 195, 1674-1678. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.06.244>
- Khlangthamniem, K., (2011). Nursing service innovation. *Journal of Prabormarajchanok Institute of Nursing, Chanthaburi*, 22(2), 71-79.
- Limjaron, K., Singchungchai, P., (2021). Development of Nursing Innovation Management Scale for First-line Nurse Managers, General Hospital Ministry of Public Health. *Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute*, 15(1), 49-59.
- Luangpirom, N., (2007). Innovation Management: The Development of the Innovative Capability Model of the Researchers. A Dissertation Presented to Ramkhamhaeng University in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Philosophy of Public Administration, Ramkhamhaeng University.
- Prasertsak, A., Piriyaongrat, P., & Trakoonchokamnuey, K., (2023). *Innovation management model of private hospitals in Nakhon Pathom province*. Journal of Humanities and Social Sciences, Rajapruk University, 9(1), 56-74.
- Ministry of Public Health. (2021). Digital Health Strategy, Ministry of Public Health 2021 - 2025. <https://ict.moph.go.th/assets/ebooks/WPHE9LIK3fyymJmABYOPGa7qr88laXmV.html>
- Moekhaow, K., Rattanachot, S., Pankhong, T. (2017). The Relationship Model among Transformational Leadership, Knowledge Creation and Innovation Management Performance in Nursing Unit at Community Hospitals. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 13(2), 75-89.
- Nakornping Hospital. (2022). Nakornping Hospital Strategic Plan, Fiscal Year 2022 and Strategic Implementation Project for Fiscal Year 2022 by the Nakornping Hospital Executive Board. Nakornping Hospital, Chiang Mai Province. (in Thai)
- Nantachaipan, P. (2008). Guidelines for clinical situational analysis study. Supporting document for the meeting of the Master's Degree Program Committee in Adult Nursing, Plan B (Special Program). Faculty of Nursing, Chiang Mai University.

- Naranjo-Gil, D. (2009). The influence of environmental and organizational factors on innovation adoptions: Consequences for performance in public sector organizations. *Technovation*, 29(12), 810-818. <https://doi.org/10.1016/j.technovation.2009.07.003>
- Nonaka, I., & Takeuchi, H. (1995). *The knowledge-creating company: How Japanese companies create the dynamics of innovation*. Oxford University Press.
- Nursing Mission Group, Nakhonping Hospital. (2020). Nursing Mission Group Strategic Plan. (in Thai)
- Nursing Research and Development Group, Nakornping Hospital. (2023). Nursing practice in nursing research and development of the Nursing Research and Development Group, nursing missions, Nakornping Hospital. Nakornping Hospital. Retrieved 6, 2024 from https://mis.nkp-hospital.go.th/institute/admInstitute/nFile/sID2023-01-01_104251.pdf
- Porter, M. E. (1996). What is strategy? *Harvard Business Review*, 74(6), 61-78. <https://hbr.org/1996/11/what-is-strategy>
- Rathachatrannon, W., (2019). Determining an Appropriate Sample Size for Social Science Research: The Myth of using Taro Yamane and Krejcie & Morgan Method. *Journal of Interdisciplinary Research: Graduate Studies*, 8(1): 11-28.
- Sawatsingh, T., (2020). Public health innovations and strategies. Faculty of Nursing Chaiyaphum Rajabhat University Retrieved 6, 2024 from <http://course.cpru.ac.th/wpcontent/uploads/2020/03/บทที่-3-และ5.pdf>
- Srisa-ard, B., (1992). Introduction to Research. Suweerivasarn company limited.
- Srisatidnarakul, B., (2010). The Methodology in Nursing Research. U & I media company limited.
- Thai government gazette. (2018). 20-year National Strategy (2018-2037). Retrieved 6, 2024 from <http://nsc.nesdc.go.th/ns/>
- Theerawitayalert, P. (2016). Effective focus group techniques. *Journal of Yan Song Wor Research Institute*, 7(2), 284-289.
- Tidd, J., & Bessant, J. (2009). *Managing innovation: Integrating technological, market, and organizational change*. John Wiley & Sons.
- Tidd, J., & Bessant, J. (2014). *Managing innovation: Integrating technological, market and organizational change* (6th ed.). Wiley.
- Thongthip, S., Chatdokmaiprai, K., Singchungchai, P., (2022). Workplace innovation management of nurse managers in University Hospitals: A phenomenological study. *Chula Medical Journal*, 66(4), 429-439.
- Udomtanateera, K., (2020). Obstacles to innovation. Retrieved 6, 2024 from <https://www.iok2u.com/article/innovation/innovation-008-obstacles-to-innovation?highlight>
- Weng, R.-H., Huang, C.-Y., & Lin, T.-E. (2013). Exploring the cross-level impact of market orientation on nursing innovation in hospitals. *Health Care Management Review*, 38(2), 125-136. <https://doi.org/10.1097/HMR.0b013e31824b1c84>
- Yan, D., Li, M., Zhang, Y., & Zhang, Y. (2022). A qualitative study of facilitators and barriers to nurses' innovation at work. *Journal of Nursing Management*, 30(7), 3449-3456. <https://doi.org/10.1111/jonm.13811>
- Zhang, C., & Dhaliwal, J. (2009). An investigation of resource-based and institutional theoretic factors in technology adoption for operations and supply chain management. *International Journal of Production Economics*, 120(1), 252-269. <https://doi.org/10.1016/j.ijpe.2008.07.023>

ภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านด้านการรักษาอาการกระดูกหักของภาคเหนือตอนบน

The Wisdom of Folk Healers in the Treatment of Fractures of the Upper Northern Region

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received : Feb. 27, 2025

Revised : July 27, 2025

Accepted : Aug. 15, 2025

Published : Aug. 30, 2025

สุปรียา หงส์สี, ธัญญา พรหมสร, ศุภะลักษณ์ พักคำ
สาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
Supriya Hongsit, Thanya Promsorn and Supalak Fakkham
Applied Thai Traditional Medicine, Suan Sunandha Rajabhat University

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการรักษาอาการกระดูกหักของหมอพื้นบ้านในภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย และการผสมผสานกับแนวทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพโดยเก็บข้อมูลจากเอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตทั้งแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างได้จากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วยหมอพื้นบ้านที่มีชื่อเสียงด้านการรักษาอาการกระดูกหักใน 6 จังหวัด ได้แก่ ลำปาง ลำพูน เชียงราย น่าน พะเยา และแพร่ ซึ่งมีประสบการณ์รักษาผู้ป่วยไม่ต่ำกว่า 10 ปี และยังคงให้บริการอยู่ในปัจจุบัน จากการดำเนินการวิจัยผลการวิจัยมีหมอพื้นบ้านที่รักษาอาการกระดูกหักที่มีคุณสมบัติตามที่ระบุ และยินยอมเปิดเผยข้อมูลจำนวน 6 ท่าน ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสังเกตทั้งแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) และไม่มีส่วนร่วม (Non-Participant Observation) ถูกนำมาวิเคราะห์และจัดหมวดหมู่ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา

จากผลการศึกษาพบว่า 1) ภูมิหลังและภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้านแต่ละท่านมีภูมิหลังที่หลากหลายทั้งด้านการศึกษา อาชีพ และวิถีการเรียนรู้ โดยส่วนใหญ่มักได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้จากบรรพบุรุษหรือครูหมอผ่านประสบการณ์ตรงและพิธีกรรมตามความเชื่อในท้องถิ่น สะท้อนให้เห็นถึงความหลากหลายของแหล่งที่มาของภูมิปัญญาที่มีรากฐานมั่นคงและลึกซึ้งในชุมชน 2) กระบวนการรักษาอาการกระดูกหักของหมอพื้นบ้านมีลักษณะเฉพาะตัวที่ผสมผสานศาสตร์และศิลป์ของการแพทย์ดั้งเดิม โดยมีขั้นตอนที่ชัดเจน ได้แก่ การบูชาครูเพื่อความเป็นสิริมงคล การซักประวัติ ตรวจร่างกาย ทาน้ำมันงา จัดกระดูก ใช้เฝือกไม้ไผ่หรือท่อพีวีซี และให้คำแนะนำเกี่ยวกับข้อห้ามต่าง ๆ หลังการรักษา อีกทั้งยังมีการติดตามอาการผ่านเครือข่ายชุมชนแม้จะไม่ใช่ระบบทางการ แต่แสดงถึงความใส่ใจและผูกพันของหมอพื้นบ้านต่อผู้ป่วย และ 3) ตำรับยาที่ใช้ในการรักษาอาการกระดูกหักพบว่า “น้ำมันงา” เป็นองค์ประกอบสำคัญ โดยมีทั้งวิธีการสกัดแบบเย็นและแบบนึ่ง บางรายมีการปรุงแต่งเพิ่มเติมด้วยสมุนไพรเฉพาะตนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการปวดและเร่งการประสานกระดูก ตำรับเหล่านี้ถือเป็นองค์ความรู้ที่สั่งสมมานาน แต่ยังขาดการบันทึกอย่างเป็นระบบ ทำให้มีความเสี่ยงต่อการสูญหายจากการเปลี่ยนผ่านรุ่นของหมอพื้นบ้าน ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการเก็บรวบรวม บันทึก และถ่ายทอดภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านอย่างเป็นระบบอันจะเป็นแนวทางในการส่งเสริมองค์ความรู้ดั้งเดิมให้สามารถพัฒนาและเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพไทยในปัจจุบันได้อย่างยั่งยืน และสอดคล้องกับปรัชญาการแพทย์แผนไทยที่ยึดโยงธรรมชาติ ชุมชน และจริยธรรมเป็นแกนกลาง

คำสำคัญ: หมอพื้นบ้าน, กระดูกหัก, ภาคเหนือตอนบน, กระบวนการรักษา

Corresponding Author: สุปรียา หงส์สี, E-mail: supriya.yoan03@gmail.com

Abstract

This study aimed to investigate the bone fracture treatment process of traditional healers in the Upper Northern Region of Thailand and its integration with modern medical approaches. A qualitative research methodology was employed, involving document analysis, in-depth interviews, and both participant and non-participant observations. The participants were selected through purposive sampling and included traditional healers renowned for their expertise in bone fracture treatment across six provinces: Lampang, Lamphun, Chiang Rai, Nan, Phayao, and Phrae. All selected healers had a minimum of ten years of experience and were still actively providing treatment at the time of the study. As a result of the research process, six traditional healers who met the inclusion criteria and consented to share their knowledge were included in the study. The data collected through in-depth interviews and various forms of observation were analyzed and categorized in accordance with the research objectives.

The findings revealed that 1) The backgrounds and traditional knowledge of healers were diverse in terms of education, occupation, and learning pathways. Most acquired their knowledge through intergenerational transmission or apprenticeship with a master healer, often embedded in ritual and cultural contexts. This reflects a deeply rooted and community-based body of knowledge. 2) The bone fracture treatment process demonstrated a distinctive integration of traditional medical science and art. The procedures generally involved ritual offerings to the ancestral teachers, patient history-taking, physical examination, application of sesame oil, bone realignment, splinting with bamboo or PVC tubes, and post-treatment dietary and activity restrictions. While formal follow-up systems were lacking, healers often monitored patient outcomes informally through community networks, reflecting strong healer-patient relationships. 3) The core remedy used was sesame oil, prepared via cold-press or steaming techniques. Some healers enriched the oil with specific herbs to enhance pain relief and bone healing. Despite its long-standing efficacy, this traditional formula remains at risk of being lost due to the lack of systematic documentation and limited knowledge transmission across generations. This study underscores the importance of systematically documenting, preserving, and transmitting traditional healing knowledge. Such efforts can help safeguard this cultural heritage while promoting its integration into the modern Thai healthcare system in alignment with the holistic principles of Thai traditional medicine—rooted in nature, community, and ethical practice.

Keywords: Folk Healers, Bone Fracture, Upper Northern Region, Treatment

Corresponding Author: Supriya Hongsit, E-mail: supriya.yoan03@gmail.com

บทนำ

ความเจ็บป่วยเป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติของมนุษย์ซึ่งเกิดขึ้นในทุกยุคทุกสังคมคู่กับประวัติศาสตร์อันยาวนานมนุษย์ มีการต่อสู้ดิ้นรนเพื่อความอยู่รอดเกิดการเรียนรู้การดูแลสุขภาพมีการทดลอง เลือกรับ ปรับใช้ และสะสมประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพจากบรรพบุรุษมีรากฐานทางวัฒนธรรม มีการใช้ทรัพยากรในชุมชนหล่อหลอมชุดประสบการณ์จนเกิดองค์ความรู้ของท้องถิ่นบูรณาการอยู่ในวิถีชีวิตหลายชั่วอายุคนกลายเป็นรากฐานภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมตามบริบทสังคมวัฒนธรรมในแต่ละท้องถิ่นทำให้มีความหลากหลายของระบบการดูแลสุขภาพที่เรียกว่าระบบการแพทย์พื้นบ้านซึ่งมีองค์ประกอบ 3 อย่างที่สำคัญ คือ หมอพื้นบ้าน ผู้ป่วย และบริบทชุมชน ระบบการแพทย์พื้นบ้านเป็นทุนทางสังคมวัฒนธรรม และทุนทางปัญญาของสังคมไทยทำให้สังคมสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพเป็นระบบการรักษาโรคแบบประสบการณ์ของชุมชนที่ได้รับการสั่งสมและสืบทอดตามบรรพบุรุษซึ่งมีความหลากหลายแตกต่างกันไปในแต่ละสังคมวัฒนธรรม และกลุ่มชาติพันธุ์ การแพทย์พื้นบ้านเป็นระบบการแพทย์แบบองค์รวมที่มองปัญหาสุขภาพทุกองค์ประกอบในระบบที่เชื่อมโยงกันโดยได้นำมิติทางวัฒนธรรมเข้ามาร่วมพิจารณาการเจ็บป่วย เข้าใจวิถีคิดและเข้าใจระบบการดูแลสุขภาพของท้องถิ่นซึ่งถือกำเนิดขึ้นด้วยปัจจัยภายในของแต่ละสังคมมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดกับเครือข่ายของชุมชนมาเป็นเวลานาน (คนากร สุรการกุล, ทวีช บุญแสง และดารารวรรณ รองเมือง, 2558) เนื่องจากเป็นภูมิปัญญาที่ได้ถ่ายทอดสืบต่อกันมาจนถึงปัจจุบันเป็นที่ยอมรับจากประชาชน โดยเฉพาะประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ชนบทห่างไกลซึ่งนิยมมาใช้บริการเมื่อยามประสบอุบัติเหตุจนกระดูกหักหรือแตกหัก ซึ่งได้รับความสะดวกเพราะหมอพื้นบ้านรักษาโรคกระดูกแทบจะอยู่ในทุกชุมชนแต่เป็นที่น่าเสียดายว่าในปัจจุบันหมอพื้นบ้านมีจำนวนลดน้อยลง จากผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2522 ของศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ ยงยุทธ วัชรดุลย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พบว่ามีหมอพื้นบ้านรักษากระดูกหักจำนวนกว่า 20,000 คนทั่วประเทศแต่ในปี พ.ศ. 2549 กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้สำรวจอีกครั้งพบว่า ทั่วประเทศเหลือ เพียงประมาณ 2,000 คน เท่านั้น หรือลดลงมากกว่าร้อยละ 90 ภายในเวลาเพียง 27 ปี แต่เมื่อโลกมีการเปลี่ยนแปลงความเจริญก้าวหน้าและวิวัฒนาการทางการแพทย์มีการพัฒนาขึ้นเกิดการเข้ามาของการแพทย์แผนตะวันตกสู่สังคมไทยทำให้วิธีการรักษาโรคแบบดั้งเดิมได้รับความนิยมลดลงการแพทย์แผนตะวันตกจึงเข้ามาแทนที่เกือบจะทั้งหมด เนื่องจากเหตุผลหลายประการ เช่น ผลการบำบัดรักษาโรคแบบการแพทย์แผนตะวันตกได้ผลรวดเร็วขั้นตอนการวินิจฉัยโรคที่ง่ายเชื่อถือและวิธีการบำบัดรักษาโรคทำได้ง่ายจนเป็นที่ยอมรับว่าการแพทย์แผนตะวันตกนั้นมีบทบาทสำคัญสำหรับคนไทยอีกทั้งสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการที่ยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนว่าผลการรักษากระดูกหักของหมอพื้นบ้านได้ผลดีมาน้อยเพียงใดเพราะหมอพื้นบ้านไม่มีการบันทึกผลการรักษาไว้อย่างชัดเจนจึงทำให้แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐไม่ยอมรับในผลการรักษาเพราะมีวิถีคิดและขาดหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ อีกทั้งหมอพื้นบ้านเองมักจะถ่ายทอดองค์ความรู้ให้เฉพาะบุคคลในวงศ์ตระกูลการถ่ายทอดนั้นอาศัยการเรียนรู้ตัวต่อตัวกับหมอพื้นบ้านเท่านั้น ไม่มีการบันทึกองค์ความรู้ไว้เป็นลายลักษณ์อักษร (ธนิดา ขุนบุญจันทร์ และคณะ, 2557) จากการศึกษาของสิริรัตน์ จันทรมโน และคณะ ทำการศึกษาเรื่องภูมิปัญญาของหมอกระดูกพื้นบ้านในการรักษาผู้สูงอายุกระดูกหักพบว่า ภูมิปัญญาหรือความรู้เรื่องการรักษาภาวะกระดูกหักของหมอกระดูกพื้นบ้านได้รับมาจากการสืบทอดของบรรพบุรุษจากครู (ผู้ล่งลับ) และจากสัมผัสที่หัดจึงไม่มีตำราเรียนได้รับการสอนแบบตัวต่อตัวรวมทั้งการใช้ประสบการณ์ของผู้สอนจากการรักษาในการอธิบายให้กับผู้ที่ต้องการศึกษาแบบแบบ Learning By Doing (สิริรัตน์ จันทรมโน และคณะ, 2559) จากการศึกษาของชวนชม ขุนเอียด และคณะเรื่องภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านรักษากระดูกหักกรณีศึกษาหมอดนรอรุณ การดี อำเภอกงเทพา จังหวัดสงขลาพบว่า หมอดนรอรุณ ได้รับวิชาการถ่ายทอดความรู้การรักษากระดูกหักจากบิดา (ชวนชม ขุนเอียด

และคณะ, 2562) จากการทบทวนวรรณกรรมด้านการถ่ายทอดองค์ความรู้ของหมอพื้นบ้านส่วนมากจะเป็นการถ่ายทอดกันแบบตัวต่อตัวหรือถ่ายทอดให้กับลูกหลาน

ปัจจุบันถึงแม้ว่าบทบาทของหมอพื้นบ้านและภูมิปัญญาดั้งเดิมจะถูกลดบทบาทลงจนเกือบจะสูญหายไปก็ตาม แต่เนื่องจากการแพทย์แผนตะวันตกมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการเนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบทยากต่อการเดินทางประกอบกับค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูงจึงทำให้ชาวบ้านในเขตชนบทห่างไกลที่บริการทางการแพทย์ยังไม่ทั่วถึงยังมีการสืบทอดความรู้ทางการแพทย์พื้นบ้าน และนำมาปฏิบัติใช้กันอยู่จนถึงทุกวันนี้รวมทั้งในชุมชนระบบสุขภาพภาคประชาชนก็ยังคงมีหมอพื้นบ้านให้การรักษาและปรากฏให้เห็นอยู่ทั่วทุกแห่ง และเป็นทางเลือกหนึ่งในการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพของคนไทยมาอย่างต่อเนื่อง (สำนักการแพทย์พื้นบ้านไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

ผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญการศึกษาและรวบรวมภูมิปัญญาการรักษาอาการกระดูกหักของหมอพื้นบ้านเพื่อไม่ให้วิชาความรู้สูญหายไปตามกาลเวลา วิชาความรู้เหล่านี้ยังมีประโยชน์ในแง่ของการรวบรวมและฟื้นฟูองค์ความรู้ทางการแพทย์พื้นบ้านไว้เป็นหลักฐานซึ่งเป็นประโยชน์ต่อวงการแพทย์แผนไทย อีกทั้งมีการติดตามและบันทึกผลการรักษาผู้ป่วยของหมอพื้นบ้านไว้เป็นหลักฐานเพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือและเกิดการยอมรับมากขึ้น ผู้วิจัยได้คัดเลือกหมอพื้นบ้านที่รักษาอาการกระดูกหัก คือ หมอพื้นบ้านที่อาศัยอยู่ในพื้นที่กลุ่มจังหวัดภาคเหนือตอนบน ซึ่งมีทั้งหมด 8 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน จังหวัดลำปาง จังหวัดลำพูน จังหวัดเชียงราย จังหวัดน่าน จังหวัดพะเยา และจังหวัดแพร่ ซึ่งเป็นหมอพื้นบ้านที่มีชื่อเสียงในด้านการรักษาอาการกระดูกหักซึ่งเป็นที่รู้จักและได้รับการยอมรับจากคนในชุมชนมีประสบการณ์ในการรักษาอาการกระดูกหักมาไม่น้อยกว่า 10 ปี และในปัจจุบันยังเปิดทำการรักษาอยู่ยังคงมีผู้ป่วยมารับการรักษาเป็นจำนวนมากทั้งที่อาศัยอยู่ในพื้นที่และในจังหวัดใกล้เคียงอีกทั้งเพื่อไม่ให้วิชาความรู้สูญหายไปตามกาลเวลาวิชาความรู้เหล่านี้ยังมีประโยชน์ในแง่ของการรวบรวม และฟื้นฟูองค์ความรู้ทางการแพทย์พื้นบ้านไว้เป็นหลักฐานซึ่งเป็นประโยชน์ต่อวงการแพทย์แผนไทยเพื่อเกิดการยอมรับมากขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาภูมิปัญญาและภูมิหลังความเป็นมาของหมอพื้นบ้าน
2. เพื่อศึกษากระบวนการรักษาอาการกระดูกหักของหมอพื้นบ้าน
3. เพื่อศึกษาตำรายาที่ใช้ในการรักษาอาการกระดูกหักของหมอพื้นบ้าน

ระเบียบวิธีวิจัย

ขอบเขตการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ที่มุ่งเน้นการศึกษาภูมิปัญญากระบวนการรักษา และตำรายาที่ใช้ในการรักษาอาการกระดูกหักของหมอพื้นบ้านในภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความครอบคลุม (Holistic) และมีความเชื่อถือได้ (Reliability) ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดประเด็นศึกษา และแนวทางการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ขอบเขตด้านประชากรของการวิจัย การศึกษาภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านด้านการรักษาอาการกระดูกหักของภาคเหนือตอนบน ผู้วิจัยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ด้วยวิธีการเก็บข้อมูลแบบผสมผสาน ได้แก่ วิธีการเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลจากบุคคลที่เกี่ยวข้องอย่างครบถ้วนกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในงานวิจัยเชิงคุณภาพหมอพื้นบ้านที่ทำการศึกษาคือ หมอพื้นบ้านที่อาศัยอยู่ในพื้นที่กลุ่มจังหวัดภาคเหนือตอนบน ซึ่งมีทั้งหมด 8 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน

จังหวัดลำปาง จังหวัดลำพูน จังหวัดเชียงราย จังหวัดน่าน จังหวัดพะเยา และจังหวัดแพร่ซึ่งเป็นหมอพื้นบ้านที่มีชื่อเสียงในด้านการรักษาอาการกระดูกหักซึ่งเป็นที่รู้จักและได้รับการยอมรับจากคนในชุมชนมีประสบการณ์ในการรักษาอาการกระดูกหักไม่น้อยกว่า 10 ปี และในปัจจุบันยังเปิดทำการรักษาอยู่ยังคงมีผู้ป่วยมารับการรักษาเป็นจำนวนมากทั้งที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ และในจังหวัดใกล้เคียงระยะเวลาการดำเนินการวิจัยตั้งแต่วันที่ 1 เดือนมีนาคม – 31 เดือนสิงหาคม 2565 เนื้อหาที่ใช้ใน

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มเป้าหมายการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหมอพื้นบ้านที่มีความเชี่ยวชาญในการรักษาอาการกระดูกหักในพื้นที่กลุ่มจังหวัดภาคเหนือตอนบน ซึ่งประกอบด้วย 6 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดลำปาง จังหวัดลำพูน จังหวัดเชียงราย จังหวัดน่าน จังหวัดพะเยา และจังหวัดแพร่ในการคัดเลือกหมอพื้นบ้านเข้าร่วมการศึกษาผู้วิจัยใช้หลักเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) และสำหรับเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ดังนี้

- เป็นหมอพื้นบ้านที่มีชื่อเสียงหรือได้รับการยอมรับจากคนในชุมชนในด้านการรักษาอาการกระดูกหัก
- มีประสบการณ์ในการรักษาอาการกระดูกหักไม่น้อยกว่า 10 ปี
- ยังประกอบวิชาชีพหรือให้การรักษาอย่างต่อเนื่อง ณ เวลาที่ทำการศึกษา
- ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาและสามารถให้ข้อมูลได้อย่างครบถ้วน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

- หมอพื้นบ้านที่ไม่สามารถติดต่อได้หรือไม่สามารถให้ข้อมูลได้
- หมอพื้นบ้านที่ได้ยุติการประกอบวิชาชีพแล้ว
- หมอพื้นบ้านที่เสียชีวิต หรือมีปัญหาด้านสุขภาพจนไม่สามารถสื่อสารข้อมูลได้
- หมอพื้นบ้านที่ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยหรือไม่ให้ความยินยอม

จากข้อมูลของหมอพื้นบ้านในพื้นที่ภาคเหนือตอนบนทั้งหมดจากการลงพื้นที่เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า หมอพื้นบ้านบางรายไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้เนื่องจากเสียชีวิตหรือยุติการรักษาไปแล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการคัดกรองผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์ข้างต้น และสามารถคัดเลือกหมอพื้นบ้านที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกและให้ความร่วมมือในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้จากพื้นที่รวมจำนวน 6 คน ซึ่งยังคงให้การรักษาอาการกระดูกหักอยู่ในปัจจุบัน และยินยอมให้ข้อมูลในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยทำการทบทวนวรรณกรรมและออกแบบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบใช้ในการสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง แบ่งข้อคำถามเป็น 7 ส่วน

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลบรรยายเกี่ยวกับหมอพื้นบ้าน
- ส่วนที่ 2 ประวัติทั่วไป (ภูมิหลังการศึกษา, อาชีพ)
- ส่วนที่ 3 ประวัติการเป็นหมอพื้นบ้าน
- ส่วนที่ 4 ความรู้และประสบการณ์ของหมอพื้นบ้าน
- ส่วนที่ 5 การถ่ายทอดองค์ความรู้
- ส่วนที่ 6 วิธีการรักษาอาการกระดูกหัก
- ส่วนที่ 7 การบูชาครู (ค่าใช้จ่ายในการรักษา)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ Item Objective Congruence Index ผู้วิจัยได้ทำการนำเครื่องมือที่ออกแบบไปตรวจสอบกับผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน การตรวจสอบเครื่องมือความตรง

(Validity) จากผลการประเมินคุณภาพเครื่องมือทั้ง 5 ส่วน พบว่า ผลการประเมินอยู่ระหว่าง 0.67–1.00 โดยค่าเฉลี่ยรวมของเครื่องมือเท่ากับ 0.67

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพนำข้อมูลเชิงลึกที่ได้จากการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth interview) กลับมาวิเคราะห์อีกครั้ง โดยใช้วิธี การวิเคราะห์แบบสามเส้า (Triangulation) เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูลและลดความเอนเอียงจากแหล่งข้อมูลใดแหล่งข้อมูลหนึ่ง โดยทำการเปรียบเทียบข้อมูลจาก 3 แหล่ง ได้แก่ ข้อมูลจากหมอพื้นบ้าน ข้อมูลจากผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษา และข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์หรือสาธารณสุขในพื้นที่

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยส่งโครงร่างงานวิจัยเข้ารับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา เมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2565 เลขที่อนุมัติ COA. 1-125/2022 Study Code: 65-157-1-2 หลังจากผ่านการอนุมัติ ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลทราบวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอม และขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงสิทธิที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใด ๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่างที่ทำการวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยจะไม่เสียผลประโยชน์จากการรักษาพยาบาลและการเข้าร่วมเป็นสมาชิกของกลุ่มต่าง ๆ โดยผู้วิจัยเสนอการวิจัยในภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยมีหมอพื้นบ้านที่รักษากระดูกหักที่ยินยอมเปิดเผยข้อมูล จำนวน 6 ท่าน จากหมอพื้นบ้านในเขตภาคเหนือ 8 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน จังหวัดลำปาง จังหวัดลำพูน จังหวัดเชียงราย จังหวัดน่าน จังหวัดพะเยา และจังหวัดแพร่ จังหวัดละ 1 ท่าน ดังนี้



ภาพที่ 1 หมอเสาร์แก้ว คุ่มครอง



ภาพที่ 2 หมอคำ กระพันสีลา



ภาพที่ 3 หมอสุพัฒน์ สายยี่ด



ภาพที่ 4 หมอหลวน พูเตพ



ภาพที่ 5 หมอองุ่น ไชยวิฑูรย์



ภาพที่ 6 พระอาคม เชิงเร็ว

1) ผลการศึกษาภูมิปัญญาและภูมิหลังความเป็นมาของหมอพื้นบ้าน

1.1) ผลการศึกษาส่วนที่ 1 ข้อมูลบรรยายเกี่ยวกับหมอพื้นบ้าน

หมอเสาร์แก้ว คุ่มครอง กล่าวว่า “รักษากระดูกหักมากกว่า 30 ปี เน้นรักษากระดูกแขน ข้อมือ นิ้วมือ และขา อุบัติเหตุเป็นสาเหตุหลัก ผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้จักจากการบอกต่อและประสบการณ์ตรง”

หมอคำ กระพันลีลา กล่าวว่า “รักษาอาการกระดูกหักที่ไม่เป็นแผลเปิด มีพื้นฐานจากการบวชเรียนและใช้สมุนไพร ปัจจุบันคนใช้น้อยลงเพราะผู้ป่วยไปโรงพยาบาล”

หมอสุพัฒน์ สายยิด กล่าวว่า “รักษาในจังหวัดแพร่และใกล้เคียง เชื่อมโยงกับการแพทย์แผนปัจจุบันและได้รับการอบรมจากกรมการแพทย์แผนไทย”

หมอหลวน พูเตพ กล่าวว่า “รักษากระดูกหักทุกชนิด (ยกเว้นแผลเปิด) ให้บริการในลำปางและพื้นที่ใกล้เคียง ใช้น้ำมันงาเป็นหลัก”

หมอองุ่น ไชยวิฑูรย์ กล่าวว่า “ใช้ทั้งคาถาและสมุนไพรในการรักษา ยกเว้นกรณีกระดูกหักโผล่จากผิวหนัง ให้บริการในแม่ฮ่องสอน”

พระอาคม เชิงเร็ว กล่าวว่า “เป็นพระภิกษุและหมอพื้นบ้าน รักษาทุกชนิดของอาการกระดูกหัก โดยใช้คาถาและน้ำมันงา”

1.2) ผลการศึกษาส่วนที่ 2 ประวัติทั่วไป (ภูมิเล่าเนการศึกษา, อาชีพ)

หมอเสาร์แก้ว คุ่มครอง ภูมิเล่าเนาอาศัยที่บ้านเลขที่ 41/1 หมู่ 4 ตำบลหางดง อำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่มีพื้นเพเป็นชาวเหนือโดยกำเนิด ประกอบอาชีพหลักคือเกษตรกร มีความผูกพันกับพื้นที่มาอย่างยาวนานระดับการศึกษาไม่ได้รับวุฒิปริญญา แต่มีประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพตามภูมิปัญญาพื้นบ้านยาวนานกว่า 30 ปี

หมอคำ กระพันลีลา ภูมิเล่าเนาอาศัยที่บ้านเลขที่ 195 หมู่ 10 ตำบลหางดง อำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ เช่นเดียวกับหมอเสาร์แก้วไม่ประกอบอาชีพประจำ แต่มีบทบาทหลักในชุมชนในฐานะหมอพื้นบ้านที่มีชื่อเสียงด้านการรักษากระดูกหัก ระดับการศึกษาไม่ได้รับวุฒิปริญญา แต่มีภูมิปัญญาจากทั้งการเรียนรู้จากพระอาจารย์และหมอพม่าในอดีต

หมอสุพัฒน์ สายยิด ภูมิเล่าเนาอาศัยที่บ้านเลขที่ 15/1 หมู่ 6 ตำบลบ้านเหล่า อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัวและมีบทบาทเป็นผู้ช่วยในการจัดการระบบบริการสุขภาพดั้งเดิมจบการศึกษาระดับปริญญาตรี และยังคงพัฒนาองค์ความรู้ต่อเนื่องโดยเข้าร่วมอบรมกับหน่วยงานรัฐ

หมอหลวน พูเตพ ภูมิเล่าเนาอาศัยที่บ้านเลขที่ 281 หมู่ 3 ตำบลเสริมงาม อำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปางมีอายุ 87 ปี เป็นหมอพื้นบ้านรุ่นอาวุโสที่สุดในการศึกษา มีประสบการณ์รักษามากกว่า 70 ปีจบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 2 อาชีพหลักในอดีตคือเกษตรกรปัจจุบันอุทิศเวลาให้กับการรักษาเต็มตัว

หมอบองปัน ไชยวิฑูรย์ ภูมิลำเนาอาศัยที่บ้านเลขที่ 49/1 หมู่ 2 ตำบลเมืองปอน อำเภอขุนยวม จังหวัดแม่ฮ่องสอนปัจจุบันอายุ 67 ปี ประกอบอาชีพหลักเป็นช่างจักรสาน และควบคู่กับการรักษาอาการกระดูกหักในชุมชนได้รับความนับถือในฐานะหมอพื้นบ้านที่รักษาแบบดั้งเดิมโดยใช้คาถาและสมุนไพรจากท้องถิ่น

พระอาคม เชียงเร็ว ภูมิลำเนาอาศัยที่บ้านเลขที่ 1 หมู่ 8 ตำบลร่องเคาะ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง ปัจจุบันเป็นพระภิกษุในพุทธศาสนา อายุ 48 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ใช้ความรู้ความคู่ทั้งศาสตร์แห่งธรรมะและภูมิปัญญาพื้นบ้านในการรักษากระดูกหักแก่ชาวบ้าน

1.3) ผลการศึกษาส่วนที่ 3 ประวัติการเป็นหมอพื้นบ้าน

หมอเสาร์แก้ว คุ่มครอง กล่าวว่า “เรียนรู้จากบิดาผ่านการปฏิบัติจริงกับคนไข้”

หมอคำ กระพันลีลา กล่าวว่า “เรียนจากพระและหมอพื้นบ้านพม่า เริ่มจากการรักษาคนใกล้ชิด”

หมอสุพัฒน์ สายยิด กล่าวว่า “ติดตามบิดาไปดูแลคนไข้ ผูกพันจนชำนาญแล้วรับช่วงต่อ”

หมอหลวน พุเตพ กล่าวว่า “เริ่มเรียนจากบิดาหลังหายจากอุบัติเหตุกระดูกหัก”

หมอบองปัน ไชยวิฑูรย์ กล่าวว่า “ฝึกจากบิดาที่เป็นหมอพื้นบ้านเริ่มรักษาผู้ป่วยเองเมื่ออายุ 25 ปี”

พระอาคม เชียงเร็ว กล่าวว่า “ได้รับการถ่ายทอดวิชาจากคุณตาที่เป็นหมอพื้นบ้านผ่านพิธีขึ้นครู”

1.4) ผลการศึกษาส่วนที่ 4 ความรู้และประสบการณ์ของหมอพื้นบ้าน

หมอเสาร์แก้ว คุ่มครอง กล่าวว่า “ประสบการณ์กว่า 30 ปี รักษาผู้ป่วยเดือนละ 4-5 ราย”

หมอคำ กระพันลีลา กล่าวว่า “มีประสบการณ์กว่า 60 ปี รักษากระดูกแขนหักได้ผลดีที่สุด”

หมอสุพัฒน์ สายยิด กล่าวว่า “ประสบการณ์กว่า 30 ปี ปัจจุบันรักษาผู้ป่วยเดือนละ 30 ราย”

หมอหลวน พุเตพ กล่าวว่า “มีประสบการณ์กว่า 70 ปี ถนัดรักษากระดูกแขน”

หมอบองปัน ไชยวิฑูรย์ กล่าวว่า “ประสบการณ์กว่า 50 ปี ใช้คาถาและสมุนไพรคู่กัน”

พระอาคม เชียงเร็ว กล่าวว่า “มีความชำนาญทุกชนิดกระดูกหักปัจจุบันรักษาเดือนละ 2-3 ราย”

1.5) ผลการศึกษาส่วนที่ 5 การถ่ายทอดองค์ความรู้

หมอเสาร์แก้ว คุ่มครอง ขณะนี้ยังไม่มีผู้สืบทอดองค์ความรู้ของ กล่าวว่า “ตอนนี้อย่างไม่มีคนมาขอเรียน เพราะเด็กรุ่นใหม่ไม่ค่อยสนใจ”

หมอคำ กระพันลีลา เคยถ่ายทอดความรู้บางส่วนให้กับหลาน กล่าวว่า “ถ่ายทอดองค์ความรู้ให้กับหลาน แต่ผู้ที่รับสืบทอดไปต้องไม่รับประทานอาหารได้แก่ ปลาสด, ปลาสด, ปลาหมึกหนวดทุกชนิด, เนื้อวัว และเนื้อควาย”

หมอสุพัฒน์ สายยิด ขณะนี้ยังไม่มีผู้สืบทอดองค์ความรู้ กล่าวว่า “ผมไม่หวังวิชา ถ้ามีคนสนใจก็สอนให้ ขอแค่จริงจังและตั้งใจ”

หมอหลวน พุเตพ ขณะนี้ยังไม่มีผู้สืบทอดองค์ความรู้ กล่าวว่า “ถ้ามีคนตั้งใจมาจริง ๆ ก็จะสอนให้หมดที่รู้” แสดงถึงความยินดีในการถ่ายทอดวิชาแต่ยังขาดผู้สืบทอดที่มุ่งมั่นจริงจัง

หมอบองปัน ไชยวิฑูรย์ ขณะนี้ยังไม่มีผู้สืบทอดองค์ความรู้ กล่าวว่า “ยังไม่เจอคนอยากเรียน ถ้ามีจะถ่ายทอดให้” เป็นอีกหนึ่งตัวอย่างของการที่ภูมิปัญญาอาจสูญหายได้หากขาดการสืบทอด

พระอาคม เชียงเร็ว ขณะนี้ยังไม่มีผู้สืบทอดองค์ความรู้ กล่าวว่า “ใครมีใจรักก็มาเรียนได้ ไม่หวังของ ขอให้มีความสุข”

2) ผลการศึกษาระบบการรักษาอาการกระดูกหักของหมอพื้นบ้าน

2.1) ผลการศึกษาส่วนที่ 6 วิธีการรักษาอาการกระดูกหัก

หมอเสาร์แก้ว คุ่มครอง มีแนวทางการรักษาเริ่มจากการสัมภาษณ์ซักถามผู้ป่วย เพื่อประเมินอาการเบื้องต้น จากนั้นจะจัดกระดูกให้เข้าที่และเข้าเฝือกด้วยไม้ไผ่แบบดั้งเดิม พร้อมทั้งใช้ยาสมุนไพรและน้ำมันทาเส้นเพื่อช่วยบรรเทาอาการปวดและอักเสบ กล่าวว่า “การจัดกระดูกต้องอาศัยความแม่นยำและสมาธิ การทาน้ำมันสมุนไพรช่วยให้กระดูกประสานเร็วขึ้น”

หมอคำ กระพันลีลา เริ่มต้นด้วยการทำน้ำมันตสำหรับล้างมือก่อนการรักษา แล้วจึงทำการจัดกระดูกและใช้ท่อพีวีซีเป็นเฟือก เขาจะประคบด้วยสมุนไพรก่อนจัดกระดูกและทายาน้ำมันสมุนไพรหลังการจัด กล่าวว่า *“ต้องใช้มือคลำและจับอย่างละเอียด แล้วกระดูกจะเข้าที่เอง น้ำมันก็ช่วยประสานดี”* หมอคำยังเชื่อว่าการถือศีลกินเจของผู้ป่วยจะช่วยให้กระดูกประสานได้ดีขึ้น

หมอสุพัฒน์ สายยิด มีขั้นตอนรักษาที่ชัดเจน โดยเริ่มจากการพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อประเมินตำแหน่งและความรุนแรงของการหัก จากนั้นจะใช้มือจัดกระดูกแล้วพันด้วยผ้าร่วมกับไม้ไผ่หรือวัสดุยืดหยุ่นอื่น ๆ เช่น ท่อน้ำ PVC พร้อมทายาสมุนไพรที่เตรียมเอง *“ต้องใจเย็นและให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายก่อนจะลงมือจัดกระดูก”*

หมอหลวง พุเตพ มีวิธีการรักษาที่สืบทอดมาจากบรรพบุรุษ โดยใช้สมุนไพรทาบริเวณที่หักก่อนจะใช้ไม้ไผ่จัดทำเฟือกแบบเฉพาะ จากนั้นทาน้ำมันงาและสมุนไพรผสมเพื่อช่วยในการประสานกระดูก กล่าวว่า *“วิธีของข้าเรียนจากพ่อ ข้ารักษากระดูกหักมาเกือบห้าสิบปีแล้ว คนแถวนี้รู้จักกันหมด”*

หมอบึง ไซวิทยุรย์ ใช้กรรมวิธีที่ผสมผสานทั้งเวทมนตร์และวิธีเชิงช่าง โดยทอกระดาษประกอบขณะจัดกระดูกและใช้ไม้ไผ่เข้าเฟือกพร้อมกับให้คำแนะนำผู้ป่วยอย่างละเอียดเกี่ยวกับอาหารต้องห้ามและการพักผ่อน กล่าวว่า *“เวลารักษาต้องตั้งใจให้แน่นและอธิษฐานก่อน ทำอะไรก็จะดีขึ้นเอง”*

พระอาคม เชิงเร็วพระอาคม มีความเชี่ยวชาญทั้งกระดูกหักเล็กน้อยจนถึงกรณีรุนแรง ใช้การจัดกระดูกที่ผสมผสานระหว่างพลังจิต สมาธิ และศาสตร์ช่าง พร้อมทั้งมีการใช้สมุนไพรเฉพาะตัวที่ปรุงเองกล่าวว่า *“มีความชำนาญทุกชนิดกระดูกหัก ปัจจุบันรักษาเดือนละ 2-3 ราย”* และ *“ก่อนจะจัดกระดูกต้องสวดคาถาเพื่อให้มือแม่นยำ และใจนิ่ง”*

2.2) ผลการศึกษาส่วนที่ 7 การบูชาครู (ค่าใช้จ่ายในการรักษา)

หมอเสาร์แก้ว คุ่มครอง ประกอบพิธีบูชาครูเป็นประจำก่อนเริ่มการรักษา โดยใช้รูป เทียน และดอกไม้ เพื่อแสดงความเคารพต่อครูบาอาจารย์ และเป็นการตั้งใจให้มันก่อนทำการรักษา สำหรับค่าใช้จ่ายในการรักษา ไม่ได้เรียกเก็บเป็นตัวเงิน แต่ให้ผู้ป่วยพิจารณาตามศรัทธา กล่าวว่า *“ไม่ได้คิดค่ารักษา ขอแค่ให้คนไข้กลับมาแข็งแรงก็พอ”*

หมอคำ กระพันลีลา มีการบูชาครูด้วยบทสวดและเครื่องบูชาเรียบง่าย เช่น ดอกไม้และน้ำเปล่า เป็นการขออนุญาตและขอพลังในการรักษาจากครูบาอาจารย์ที่เคารพ ส่วนค่ารักษาไม่มีกำหนดแน่นอน ผู้ป่วยให้ตามความศรัทธา กล่าวว่า *“การรักษาไม่ใช้การค่า เอาบุญมากกว่าเงิน”*

หมอสุพัฒน์ สายยิด จัดพิธีบูชาครูโดยใช้เครื่องบูชาตามแบบที่ได้รับการสืบทอดมา ได้แก่ รูป เทียน ดอกไม้ และบทสวดเฉพาะ โดยประกอบพิธีเฉพาะครั้งแรกของการรักษาแต่ละราย ค่าใช้จ่ายในการรักษาไม่มีการกำหนดแน่นอน และพร้อมช่วยเหลือผู้ป่วยที่ขาดแคลน กล่าวว่า *“ถ้าคนไม่มีเงินก็รักษาให้ฟรีเพราะสุขภาพคนสำคัญกว่า”*

หมอหลวง พุเตพ ยังคงประกอบพิธีบูชาครูเป็นประจำ โดยจะจุดรูปเทียน และกล่าวคำขอมาครูตามธรรมเนียมเดิม ทั้งนี้การรักษาไม่ได้คิดค่าบริการ ผู้ป่วยจะมอบสิ่งของหรือเงินตามความเหมาะสมกล่าวว่า *“ไม่เคยตั้งราคา รักษาให้เพราะอยากช่วย”*

หมอบึง ไซวิทยุรย์ ให้ความสำคัญกับการบูชาครู โดยจัดเครื่องบูชาครูทุกครั้งก่อนการรักษา อาทิ ขันธ 5 รูปเทียน และใช้บทสวดคาถาที่ได้รับถ่ายทอดจากครูหมอ สำหรับค่าใช้จ่าย ไม่มีการเรียกเก็บ ผู้ป่วยสามารถให้ตามความสมัครใจ กล่าวว่า *“บางคนให้ข้าวสาร บางคนให้กล้วยกองก็พอใจแล้ว”*

พระอาคม เชิงเร็ว ในฐานะพระภิกษุใช้การสวดมนต์และอธิษฐานจิตเป็นการบูชาครู โดยไม่ใช้เครื่องบูชาทางฆราวาส ไม่รับค่ารักษาแต่เปิดโอกาสให้ญาติโยมทำบุญตามศรัทธา กล่าวว่า *“การรักษาคนก็เหมือนการสร้างกุศล ยินดีรักษาให้ไม่เรียกเงิน”*

จากการศึกษาค้นคว้าพบว่าหมอฟันบ้านมีบทบาทสำคัญในการรักษาอาการกระดูกหักในชุมชน โดยใช้วิธีการรักษาที่ผสมผสานระหว่างภูมิปัญญาดั้งเดิมและการพัฒนาอุปกรณ์ช่วยรักษา กระบวนการรักษาของหมอฟันบ้านเน้นการใช้คาถา น้ำมันงา และเปลือกไม้ไผ่หรือท่อ PVC นอกจากนี้ยังมีข้อห้ามทางอาหารและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังการรักษา การบูชาครูเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยรักษาคุณค่าและสืบทอดภูมิปัญญาท้องถิ่น อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันหมอฟันบ้านบางท่านไม่มีผู้สืบทอดความรู้ ซึ่งอาจทำให้ภูมิปัญญานี้สูญหายไปในอนาคต

ผลการวิเคราะห์ตำรับยาที่ใช้ในการรักษาอาการกระดูกหักของหมอฟันบ้าน

ตำรายาที่ใช้ในการรักษาอาการกระดูกหักของหมอฟันบ้านพบว่า ตำรับยาที่ใช้หลักมีอยู่ 3 ตำรับ สรุปได้ดังนี้

1) ตำรับยาน้ำมันงาดำสกัดเย็น

วิธีใช้ ทาบริเวณที่มีอาการกระดูกหัก เข้า-เย็น

สรรพคุณ เพื่อลดอาการปวด และทำให้กระดูกสมานได้เร็วขึ้น

ตำรับยา หมอเสาร์แก้ว คุ่มครอง หมอคำ กระพันลีลา หมอสุพัฒน์ สายยัด และหมอหลวง พูเตพ

2) ตำรับยาน้ำงาดำ/น้ำมันงาขาวสกัดเย็น

วิธีใช้ ทาบริเวณที่มีอาการกระดูกหัก เข้า-เย็น

สรรพคุณ เพื่อลดอาการปวด และทำให้กระดูกสมานได้เร็วขึ้น

ตำรับยา หมอองุ่น ไชยวิฑูรย์

3) ตำรับยาน้ำงาดำสกัดด้วยการนึ่ง

วิธีใช้ ทาบริเวณที่มีอาการกระดูกหัก เข้า-เย็น

สรรพคุณ เพื่อลดอาการปวด และทำให้กระดูกสมานได้เร็วขึ้น

ตำรับยา พระอาคม เชียงเร็ว

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยภูมิปัญญาหมอฟันบ้านด้านการรักษาอาการกระดูกหักของภาคเหนือตอนบน พบว่า หมอฟันบ้านมีบทบาทสำคัญในการรักษาอาการกระดูกหักในชุมชนโดยสะท้อนถึงความเชื่อมโยงระหว่างภูมิปัญญาดั้งเดิมกับการดำรงชีวิตของผู้คนในภาคเหนือหมอฟันบ้านสอดคล้องกับจิรัชญา เหล่าคมพญาจารย์ และคณะที่กล่าวภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพถือเป็นมรดกทางวัฒนธรรมที่มีคุณค่ามากซึ่งเป็นสิ่งที่บรรพบุรุษได้คิดค้นและถ่ายทอดผ่านประสบการณ์ให้กับรุ่นหลังโดยมีการผสมผสานความเชื่อและวัฒนธรรมของคนในชุมชนเข้าด้วยกันและมีวิธีการนำองค์ความรู้เหล่านี้ไปใช้ในชีวิตประจำวันเพื่อรักษาสุขภาพและป้องกันโรค(จิรัชญา เหล่าคมพญาจารย์ และคณะ, 2566) หมอฟันบ้านแต่ละท่านมีภูมิหลังที่แตกต่างกันทั้งในด้านการศึกษา อาชีพสอดคล้องกับปิยนุช ยอดสมสวย และสุพิมพ์ วงษ์ทองแท้ ที่กล่าวว่า หมอฟันบ้านส่วนใหญ่มีการศึกษาและมีอาชีพหลักเป็นเกษตรกร ร่วมกับการเป็นหมอฟันบ้าน (ปิยนุช ยอดสมสวย และสุพิมพ์ วงษ์ทองแท้, 2552) และแหล่งที่มาของความรู้ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความหลากหลายของการสืบทอดภูมิปัญญาอย่างไรก็ตามจุดร่วมสำคัญคือทุกท่านมีความรู้และทักษะที่ได้รับการสั่งสมมาจากบรรพบุรุษหรืออาจารย์ที่เป็นหมอฟันบ้านมาก่อน สอดคล้องกับสายจิต สุขหนู ที่กล่าวว่า การสืบทอดองค์ความรู้และภูมิปัญญาการรักษาโรคกระดูกส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่สำคัญมาจากบรรพบุรุษที่เป็นหมอฟันบ้านและมีความสนใจอยากช่วยเหลือ(สายจิต สุขหนู, 2564) ผู้ป่วยและมีแนวทางการรักษาที่ผสมผสานทั้งเวทมนตร์คาถา สมุนไพรน้ำมันงา และอุปกรณ์ช่วยรักษาเช่น เปลือกไม้ไผ่หรือท่อ PVC สอดคล้องกับสิริรัตน์ จันทรมโน และคณะที่กล่าวว่า การรักษาโรคกระดูกหักจะมีการใช้สมุนไพรร่วมกับน้ำมันประสานกระดูกที่มีสูตรเฉพาะ คาถากำกับ และการใช้เปลือกไม้ไผ่หรือประยุกตืใช้ท่อพีวีซี(สิริรัตน์ จันทรมโน และคณะ, 2559)

ด้านประสบการณ์ในการรักษามายาวนานตั้งแต่ 30-60 ปี ชี้ให้เห็นถึงความเชื่อมั่นของชุมชนต่อศาสตร์การรักษานี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักได้รับการรักษาจากหมอพื้นบ้านตามคำแนะนำของคนรู้จักหรือเคยได้รับการรักษามาก่อน และบางรายเข้ารับการรักษาเพิ่มเติมหลังจากได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลแล้วสอดคล้องกับประจักษ์วัตร สุขสำราญ ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยมักไปรับการรักษาที่สถานอนามัยหรือโรงพยาบาลก่อนแล้วจึงจะให้หมอพื้นบ้านทำการรักษา (ประจักษ์วัตร สุขสำราญ, 2551) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์พื้นบ้านยังคงมีบทบาทร่วมกันในการดูแลสุขภาพของประชาชน

ด้านองค์ความรู้พบว่าหมอพื้นบ้านส่วนมากมีความรู้เกี่ยวกับยาสมุนไพร เวทมนตร์คาถา และการจัดกระดูกเป็นหลัก บางท่านมีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านเช่น การเข้าเฝือกและการนวดซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยเสริมให้กระบวนการรักษามีประสิทธิภาพอย่างไรก็ตามองค์ความรู้เหล่านี้ยังขาดกระบวนการบันทึกอย่างเป็นระบบและการถ่ายทอดความรู้ยังคงจำกัดอยู่ในวงแคบโดยหมอพื้นบ้านบางท่านไม่ได้ถ่ายทอดความรู้ให้ผู้อื่นหรือมีข้อกำหนดเกี่ยวกับคุณสมบัติของผู้ที่จะรับการถ่ายทอดซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้ภูมิปัญญาสูญหายไปในอนาคตสอดคล้องกับพวงผกา ต้นกิจจานนท์ และอดิศักดิ์ สุมาลี ที่กล่าวว่า หมอพื้นบ้านที่มีความเชี่ยวชาญก็มีอายุมากขึ้นเรื่อย ๆ และหลายคนได้เสียชีวิตไปแล้ว ทำให้องค์ความรู้เหล่านี้อาจจะสูญหายไปพร้อมกับตัวหมอ นอกจากนี้ยังมีปัญหาการขาดการสืบทอดองค์ความรู้ที่ต่อเนื่องรวมถึงการขาดการบันทึกข้อมูลการรักษาอย่างเป็นระบบ อีกทั้งการบันทึกข้อมูลด้วยภาษาที่เก่าแก่ทำให้ยากแก่การเข้าใจของคนรุ่นใหม่ ซึ่งเป็นอุปสรรคในการเรียนรู้และการสืบทอดองค์ความรู้เหล่านี้ (พวงผกา ต้นกิจจานนท์ และอดิศักดิ์ สุมาลี, 2565)

ด้านกระบวนการรักษาพบว่า หมอพื้นบ้านทุกท่านมีกระบวนการรักษาที่คล้ายคลึงกันโดยมีการบูชาครูก่อนและหลังการรักษาซึ่งสะท้อนถึงความศรัทธาและจริยธรรมของหมอพื้นบ้านการรักษาเริ่มต้นจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ทาน้ำมันงา และให้คำแนะนำเกี่ยวกับข้อห้ามด้านอาหาร นอกจากนี้ หมอพื้นบ้านบางท่านยังมีการติดตามอาการของผู้ป่วยผ่านญาติหรือการพบปะในชุมชนแต่ยังไม่มีระบบติดตามผลที่เป็นมาตรฐานสอดคล้องกับจรินทร์ธร พักคำ และคณะ ที่กล่าวว่าการรักษาในระบบการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทยประกอบด้วยกระบวนการหลายขั้นตอน ได้แก่ การซักประวัติ โดยการสอบถามอาการจากผู้ป่วยหรือญาติ การตรวจร่างกายเพื่อสังเกตอาการและความผิดปกติ การวินิจฉัยโรคตามหลักทฤษฎีการแพทย์แผนไทย รวมถึงการดูแลสุขภาพผ่านภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มีการใช้สมุนไพรหรือวิธีการทางธรรมชาติในการรักษาเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (จรินทร์ธร พักคำ และคณะ, 2564)

ด้านตำรายาที่ใช้ในการรักษาพบว่า น้ำมันงาเป็นองค์ประกอบสำคัญโดยมีการสกัดทั้งแบบเย็นและแบบนึ่งซึ่งเป็นเทคนิคที่ได้รับการสืบทอดกันมาและยังคงได้รับการใช้อย่างแพร่หลาย หมอพื้นบ้านบางท่านอาจเพิ่มสมุนไพรเฉพาะตัวเข้าไปเพื่อเสริมสรรพคุณในการรักษาสอดคล้องกับกษมน ฮานาชาวา และคณะ ที่ทำการศึกษาวิจัยการเปรียบเทียบประสิทธิผลและความปลอดภัยในการกักน้ำมันงาและน้ำมันหอยขัดมอนในการบรรเทาอาการปวดเข่าของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบเข่ากล่าวว่าน้ำมันงามีสรรพคุณช่วยบำรุงกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น และกระดูก ลดอาการปวดได้ (กษมน ฮานาชาวา, 2565)

จากการศึกษาภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านด้านการรักษาอาการกระดูกหักของภาคเหนือตอนบนอย่างไรก็ตามการขาดแคลนผู้สืบทอดองค์ความรู้และการบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบอาจทำให้ศาสตร์การรักษานี้เสี่ยงต่อการสูญหายในอนาคตดังนั้นการส่งเสริมให้มีการจดบันทึกองค์ความรู้การสนับสนุนการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้าน และการสร้างเครือข่ายการถ่ายทอดภูมิปัญญาจึงเป็นแนวทางที่ควรได้รับการพิจารณาเพื่อรักษาคุณค่าขององค์ความรู้ดั้งเดิมนี้ให้คงอยู่ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าองค์ความรู้ของหมอพื้นบ้านมีความหลากหลายและลึกซึ้ง จึงควรนำไปจัดทำฐานข้อมูลหรือคลังความรู้ เพื่อบันทึกอย่างเป็นระบบ อันจะช่วยป้องกันการสูญหายของภูมิปัญญาในอนาคต และส่งเสริมให้มีการถ่ายทอดไปยังคนรุ่นใหม่
2. ผลการศึกษสามารถส่งเสริมระบบสุขภาพชุมชนหมอพื้นบ้านมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล การสนับสนุนให้หมอพื้นบ้านมีพื้นที่ในระบบสุขภาพชุมชน เช่น การทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จะช่วยเพิ่มความครอบคลุมและเข้าถึงบริการด้านสุขภาพมากขึ้น
3. ผลการศึกษสามารถพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์สมุนไพรพื้นบ้านจากสูตรตำรับที่ใช้ เช่น น้ำมันงาหรือสมุนไพรเฉพาะทางของแต่ละหมอ สามารถนำไปวิจัยต่อยอดเพื่อพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่มีมาตรฐาน ปลอดภัย และเป็นที่ยอมรับทั้งในเชิงพาณิชย์และทางวิชาการ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การสำรวจและศึกษาผลกระทบจากการรักษาของหมอพื้นบ้านควรมีการสำรวจความคิดเห็นจากผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจากหมอพื้นบ้าน เพื่อประเมินผลกระทบจากการรักษาในระยะยาวทั้งในด้านสุขภาพและความพึงพอใจจากการรักษา
2. การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนปัจจุบันควรมีการศึกษาทางวิทยาศาสตร์เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการรักษาด้วยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนปัจจุบันในด้านต่าง ๆ เช่น ความเร็วในการฟื้นตัว, อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน, และความพึงพอใจของผู้ป่วย
3. การสร้างและพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมหมอพื้นบ้านควรพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมหมอพื้นบ้านที่มีการผสมผสานองค์ความรู้จากการแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อให้หมอพื้นบ้านสามารถใช้วิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยในสังคมปัจจุบันได้ดียิ่งขึ้น

References

- Kanakorn, S., Thawat, B., & Darawan, R. (2015). Indigenous wisdom of traditional bone healers in Plaipraya District, Krabi Province. *Journal of Community Health Development*, 3(2), 321–341.
- Thanida, K., Chantana, K., Sirilada, P., Arpakorn, T., Krisana, K., Napatsakorn, K., Laitian, P. (2014). *Effectiveness of traditional healers in treating bone fracture patients*. Bangkok: Department of Thai Traditional and Alternative Medicine.
- Siritat, C., Jenrawee, S., & Thanida, K. (2016). Indigenous wisdom of traditional bone healers in treating elderly patients with fractures. *Journal of Nursing and Education*, 9(1), 15–29.
- Khun-iad, C., Nuiden, N., Songrak, S., Sannahu, A., Deen-namao, O., & Maprasit, A. (2019). Indigenous wisdom of traditional bone healers: A case study of Norohman Kardi, Thepha District, Songkhla Province. *Journal of Social Sciences and Humanities Research in Asia*, 25(2), 159–184.
- Department of Thai Traditional and Alternative Medicine. (2016). *Thai public health report on traditional medicine, folk medicine, and alternative medicine 2014–2016*.
- Laokhompruttajan, J., Laokhompruttajan, T., Kanjanasit, W., & Wongwai, N. (2023). Local wisdom in health: Integrations to learning management in caring for postpartum mothers. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 17(2), 618–630.
- Piyanuch, Y., & Supim, W. (2009). *A study of the traditional knowledge of folk healers in Ongkharak district, Nakhon Nayok province*. Faculty of Allied Health Sciences, Srinakharinwirot University.
- Saychit, S. (2021). A study of the traditional knowledge of folk healers in Khlong Nam Lai subdistrict, Khlong Lan district, Kamphaeng Phet province. *Southern Network Journal of Nursing and Public Health*, 8(3), 213.
- Chantharumno, S., Jenaravee, S., Areerak, A., & Thanida, K. (2016). Traditional knowledge of folk bone healers in treating elderly patients with bone fractures. *Journal of Nursing and Education*, 9(1), 27–28.
- Suksamran, P. (2008). Health care and treatment of patients with traditional medicine in Mueang district, Khon Kaen province. *Journal of Thai Traditional & Alternative Medicine*, 6(1), 62–63.
- Puangpaka, T., & Adisak, S. (2021). Existing roles and existence of folk healers in Pathum-Thani province to community health care. *PTU Journal of Science and Technology (PJST)*, 2(1), 88–89.
- Fakkham, J., Sangwichian, S., & Fakkham, S. (2021). Health care with local wisdom in Lom Sak district, Phetchabun province. *Mor Ya Thai Research Journal*, 7(2), 132.
- Hanachawa, K., Fakkham, S., Sangwichian, S., Chinnakhan, T., & Anmanee, P. (2022). A comparison of the efficacy and safety of sesame oil and Kudmon grass oil in alleviating knee pain in patients with knee osteoarthritis. *Mor Ya Thai Research Journal*, 8(1), 69.

ความชุกของภาวะอ้วนและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการ หัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติซ้ำในโรงพยาบาลตรัง

Prevalence of Obesity and Factors Associated with Recurrent Supraventricular Tachycardia in Trang Hospital

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received : April 30, 2025

Revised : July 23, 2025

Accepted : Aug. 15, 2025

Published : Aug. 30, 2025

เสริมสุข เรืองวิทยาวงค์

อายุรศาสตร์โรคหัวใจ โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง

Sermusuke Ruengwittayawong

Department of Internal Medicine , Trang Hospital, Trang province

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง เพื่อศึกษาความชุกของภาวะอ้วนและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติซ้ำในโรงพยาบาลตรัง เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทันทีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลตรังในช่วง 1 มกราคม พ.ศ. 2562 – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 โดยการทบทวนแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยโปรแกรม HOSxP ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 363 ราย โดยเก็บข้อมูลของผู้ป่วยเช่น เพศ อายุ น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว และยาที่ใช้ นำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ (Multiple Logistic Regression Analysis)

ผลการศึกษาพบว่าความชุกของภาวะอ้วนของผู้ป่วยโรคหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติในโรงพยาบาลตรังคือร้อยละ 41.6 ดัชนีมวลกายสูงที่สุดที่พบคือ 41.62 ดัชนีมวลกายเฉลี่ยของผู้ป่วยทั้งหมดอยู่ที่ 24.68 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือโรคไขมันโลหิตสูงร้อยละ 49.6 รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 44.9 และโรคเบาหวานร้อยละ 18.5 ในช่วงการติดตามการรักษามีผู้ป่วยที่มีอาการหัวใจเต้นเร็วผิดปกติซ้ำที่ต้องมาโรงพยาบาลร้อยละ 29.8 ซึ่งจำนวนที่มีอาการซ้ำมีตั้งแต่ 1 ครั้งถึงมากที่สุดจำนวน 7 ครั้ง เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ Univariable analysis พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดหัวใจเต้นผิดปกติซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวาน (Odds Ratio (OR) = 1.79; 95% Confidence Interval(CI) : 1.03-3.11; P-value = 0.037) ผู้ป่วยที่มีโรคไขมันโลหิตสูง (OR = 1.74; 95% CI: 1.11-2.75; P-value = 0.016) และการใช้ยากกลุ่ม Calcium channel blocker (OR = 2.09; 95% CI: 1.32-3.30; P-value = 0.001) เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ Multivariable logistic regression analysis พบว่าการใช้ยากกลุ่ม Calcium channel blocker เป็นปัจจัยเดียวที่มีผลต่อการเกิดอาการหัวใจเต้นเร็วผิดปกติซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted OR = 2.11; 95% CI: 1.32-3.36; P-value = 0.002) ผลจากการศึกษานี้สามารถนำไปแนะนำผู้ป่วยเรื่องการดูแลตัวเองได้ โดยการลดน้ำหนักและการเลือกใช้ยากกลุ่ม Beta blocker แทนยากกลุ่ม Calcium channel blocker มีโอกาสลดการเกิดอาการหัวใจเต้นเร็วผิดปกติซ้ำได้

คำสำคัญ : ภาวะอ้วน, ดัชนีมวลกาย, โรคหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติ, ความชุก

Corresponding Author : เสริมสุข เรืองวิทยาวงค์ E-mail: Sermusuker@gmail.com

Abstract

This study is a retrospective descriptive study to examine the prevalence of obesity and factors associated with recurrent supraventricular tachycardia (SVT) in Trang Hospital. Data were collected by reviewing patient records using the HOSxP program of patients who visited Trang Hospital from January 2019 to December 2024. A total sample size consisted of 363 patients. Data collected included sex, age, weight, body mass index (BMI), comorbidities, and medications. Data were analyzed using statistics such as frequency, percentage, and mean, along with multiple logistic regression analysis.

The results showed that the prevalence of obesity among patients with SVT in Trang Hospital was 41.6%. The highest BMI recorded was 41.62, and the average BMI of all patients was 24.68. The most common comorbidity was dyslipidemia (49.6%), followed by hypertension (44.9%) and diabetes mellitus (18.5%). During the follow-up period, 108 patients (29.8%) had recurrent episodes of SVT, with the number of recurrent episodes ranging from one to seven times. Univariable analysis showed that the following factors were significantly associated with recurrent SVT: diabetes mellitus (Odds Ratio [OR] = 1.79; 95% Confidence Interval [CI]: 1.03–3.11; $P = 0.037$), dyslipidemia (OR = 1.74; 95% CI: 1.11–2.75; $P = 0.016$), and the use of calcium channel blocker (OR = 2.09; 95% CI: 1.32–3.30; $P = 0.001$). Multivariable logistic regression analysis showed that the use of a calcium channel blocker was the only significant predictive factor associated with recurrent SVT (Adjusted OR = 2.11; 95% CI: 1.32–3.36; $P = 0.002$). The findings of this study can be used to educate patients on self-care, such as encouraging weight reduction and considering the use of a beta-blocker instead of a calcium channel blocker, which may potentially reduce the recurrence of SVT.

Keywords: Obesity, Body Mass Index, Supraventricular Tachycardia, Prevalence

Corresponding Author : Sermsuke Ruengwittayawong E-mail: Sermsuker@gmail.com

บทนำ

ภาวะอ้วนเป็นภาวะที่ร่างกายมีการสะสมไขมันมากผิดปกติ ซึ่งส่งผลเสียต่อสุขภาพ วินิจฉัยจากการมีดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่า 25 กก./ตร.เมตร เป็นภาวะที่พบมากขึ้นทั่วโลก ในปี พ.ศ.2565 พบว่ามีประชากรโลกที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 2.5 พันล้านคนมีภาวะน้ำหนักตัวเกิน ในจำนวนนี้ 890 ล้านคนมีภาวะอ้วน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 43 และร้อยละ 16 ของประชากรโลกทั้งหมดตามลำดับ (World Health Organization, 2025)

ในประเทศไทยจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 ในปี พ.ศ.2562-2563 โดยมหาวิทยาลัยมหิดล พบว่าความชุกของภาวะอ้วนในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 37.8 ในเพศชาย และร้อยละ 46.4 ในเพศหญิง (Aekplakorn, Puckcharern, Satheannoppakao, 2021)

ภาวะอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน จึงมีผลสำคัญต่อคุณภาพชีวิตทั้งทางกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม (World Health Organization, 2025) มีหลายการศึกษาพบว่าภาวะอ้วนทำให้เกิดการสะสมของเนื้อเยื่อไขมันและเนื้อเยื่อพังพืดในหัวใจ ทำให้หัวใจมีขนาดโตขึ้น ส่งผลต่อการนำไฟฟ้าในหัวใจ นำไปสู่การเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดหัวใจห้องบนเต้นพลิ้วมากยิ่งขึ้น (Pathak, Mahajan, Lau, Sanders, 2015), (Patel, Reddy, Sau, Sivanandarajah, Ardissino, Ng, 2022)

โรคหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติชนิด Supraventricular Tachycardia (SVT) คือ ภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติที่เกิดจากความผิดปกติของกระแสไฟฟ้าจากหัวใจห้องบน ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเร็วเพิ่มขึ้น ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการใจสั่นและเหนื่อยได้ ปัจจุบันอุบัติการณ์ของโรคหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติชนิด SVT พบเพิ่มมากขึ้นประมาณ 35 คนต่อประชากรแสนคน และมีความชุกประมาณ 2.29 คน ต่อประชากร 1,000 คน (Hafeez, Rodriguez, Ahmed, Grossman, 2024), (Patti, Horenstein, Ashurst, 2025) โดยที่ผ่านมายังไม่พบรายงานการศึกษาถึงความชุกของโรคหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติชนิด SVT ที่ชัดเจนในประเทศไทย (Taiwong, Sanchan, Talerd, Somprom, Peangjai, 2018), (Prasopsantawee, Uwattanasakul, 2023)

โรคหัวใจห้องบนเต้นผิดปกติชนิด SVT ประกอบด้วย Atrioventricular Nodal Re-entry Tachycardia (AVNRT) พบได้บ่อยที่สุดเกิดหัวใจเต้นเร็วผิดปกติโดยมีวงจรไฟฟ้าหมุนวนภายใน AV node, Atrioventricular Re-entry Tachycardia (AVRT) พบได้รองลงมาเกิดจากไฟฟ้าหมุนวนระหว่างหัวใจห้องบนและห้องล่างผ่านทาง Bypass track และ Atrial Tachycardia (AT) พบได้น้อยที่สุดเกิดจากจุดไฟฟ้าลัดวงจรทำงานผิดปกติในหัวใจห้องบน (Brugada, Katritsis, Arbelo, Arribas, Bax, Lundqvist et al., 2020)

มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่ม AVNRT และ AVRT มีความชุกของภาวะไขมันโลหิตสูงมากกว่าประชากรกลุ่มที่ไม่มีไขมันโลหิตสูง (Zeljko, Dula, Babacanli, Kruljac, Mustapic, Brkljacic et al., 2019) ซึ่งอธิบายจากการที่ผู้ป่วยภาวะไขมันโลหิตสูงมักจะมีหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial premature beat มากกว่าปกติ ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด SVT ต่อไป (Conen, Adam, Roche, Barthelemy, Dietrich, Imboden et al., 2012), (McCully, Hasan, Streiff, Houle, Woodward, Giraud et al., 2013)

มีการศึกษาในเด็กอายุน้อยกว่า 9 ปี พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติได้แก่การเป็นโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Wolff-Parkinson-White Syndrome (WPW), การได้รับวินิจฉัยโรคเมื่ออายุมากกว่า 1 ปี และการต้องใช้ยาควบคุมอาการมากกว่า 1 ชนิด (Bah, Zahari, Boparam, Sapian, 2024) แต่ยังไม่มีการศึกษาในผู้ป่วยผู้ใหญ่อย่างชัดเจน

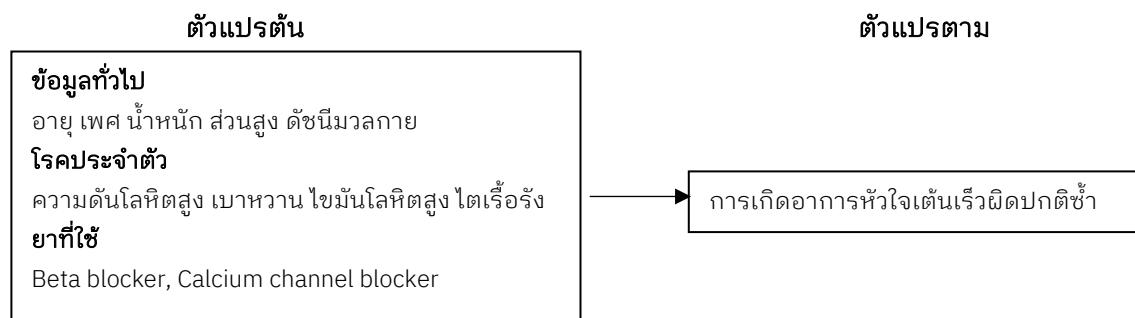
ปัจจุบันโรงพยาบาลตรังได้เปิดให้บริการแผนกสรีรวิทยาหัวใจหัวใจในปีพ.ศ. 2566 เพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะโดยให้บริการรักษาผู้ป่วยจังหวัดตรังและจังหวัดใกล้เคียง

ผู้ดำเนินการวิจัยในฐานะที่เป็นแพทย์เฉพาะทางสรีระไฟฟ้าหัวใจประจำโรงพยาบาลตรังจึงต้องการศึกษาความชุกของภาวะอ้วนและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติซ้ำในโรงพยาบาลตรัง เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการให้ข้อมูลผู้ป่วยและใช้วางแผนป้องกันการเกิดอาการซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงได้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาหาความชุกของภาวะอ้วนในผู้ป่วยโรคหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติซ้ำในโรงพยาบาลตรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวความคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective Descriptive Study) เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติซ้ำในโรงพยาบาลตรัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นกลุ่มเดียวกันคือผู้ป่วยโรคหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติชนิด SVT ทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตรัง ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในช่วง 1 มกราคม พ.ศ. 2562 – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 โดยมีจำนวนทั้งสิ้น 363 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า :

-ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่เป็นโรคหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติชนิด SVT

เกณฑ์การออก :

- ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติชนิด Atrial Fibrillation (AF)
- ผู้ป่วยที่ไม่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง
- ผู้ป่วยที่มีข้อมูลสำคัญไม่ครบ เช่น น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว และยาที่ใช้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกการศึกษา (Case record form) เพื่อรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยจากแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยโปรแกรม HOSxP โดยการเก็บข้อมูลด้านต่างๆของผู้ป่วยได้แก่ข้อมูลทั่วไป โรคประจำตัว ยาที่ใช้ และการเกิดอาการหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติซ้ำ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติชนิด SVT ที่เข้ารับการรักษากันทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลตรังในช่วง 1 มกราคม พ.ศ. 2562 – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 โดยการทบทวนแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยโปรแกรม HOSxP ซึ่งในโปรแกรมจะสามารถค้นหารายชื่อผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตรังและได้รับการวินิจฉัยโรคหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติชนิด SVT ในช่วงเวลาที่ต้องการได้ทั้งหมด และมีข้อมูลทั่วไปและประวัติการเข้ารักษาหากมีการเกิดอาการหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติซ้ำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้จาก Case Record Form มาวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อหาความชุกของภาวะอ้วนในผู้ป่วยโรคหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติซ้ำที่ต้องการศึกษาประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปเช่น เพศ อายุ น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว และยาที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรม IBM SPSS Statistics Version 29

ข้อมูลทั่วไปพื้นฐานวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) นำเสนอในรูปแบบตาราง โดยข้อมูลเชิงกลุ่ม (Categorical data) จะถูกรายงานโดยจำนวน ร้อยละ วิเคราะห์โดยใช้ Chi-square test ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณแบบต่อเนื่อง (Continuous data) จะถูกรายงานด้วยค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และค่าเฉลี่ย วิเคราะห์โดยใช้ Independent t-test

ปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับการมีอาการหัวใจเต้นเร็วผิดปกติซ้ำ วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบตัวแปรเดียว (Univariable analysis) และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ (Multiple logistic regression analysis) โดยแสดงผลความสัมพันธ์เป็น Crude Odds Ratio (cOR), Adjusted Odds Ratio (aOR) และค่า 95% Confidence Interval (95%CI) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (P-Value) ที่ระดับ 0.05

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลตรัง ลงวันที่ 24 ก.พ. 2568 เลขที่ 013/02-2568

ผลการวิจัย

จากการทบทวนแฟ้มเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกด้วยโปรแกรม HOSxP ของโรงพยาบาลตรัง ในช่วงวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2562 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติชนิด SVT จำนวน 623 ราย หลังจากตัดผู้ป่วยที่ไม่เข้าเกณฑ์คัดเลือกเข้าและผู้ป่วยที่มีข้อมูลไม่ครบออก เหลือผู้ป่วยที่เข้าการศึกษาทั้งหมดจำนวน 363 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 34.2 และเพศหญิงร้อยละ 65.8 อายุของผู้ป่วยที่พบอยู่ในช่วง 15 ถึง 98 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 55 ปี น้ำหนักเฉลี่ยของผู้ป่วยอยู่ที่ 62.84 กิโลกรัม จากผู้ป่วยทั้งหมดมีผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนร้อยละ 41.6 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือโรคไขมันโลหิตสูงร้อยละ 49.6 รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 44.9 และโรคเบาหวานร้อยละ 18.5 ยาที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อควบคุมอาการหัวใจเต้นเร็วผิดปกติได้แก่ยากลุ่ม Calcium channel blocker ร้อยละ 44.6 และยากลุ่ม Beta blocker ร้อยละ 32.2 ในช่วงการติดตามการรักษามีผู้ป่วยที่มีอาการหัวใจเต้นเร็วผิดปกติซ้ำที่ต้องมาโรงพยาบาลร้อยละ 29.8 ซึ่งจำนวนที่มีอาการซ้ำมีตั้งแต่ 1 ครั้ง ถึงมากที่สุดจำนวน 7 ครั้ง ดังแสดงตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางแสดงข้อมูลทั่วไป (n=363)

ข้อมูลทั่วไป	Mean(SD)	n(%)
อายุ (ปี)	55.43(17.35)	
Min 15, Max 98		
อายุ ≥ 65 ปี		113(31.1)
เพศหญิง		239(65.8)
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	62.84(14.59)	
Min 32, Max 117		
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	159.69(8.33)	
Min 140, Max 188		
ดัชนีมวลกาย (กก./ตร.เมตร)	24.68(5.30)	
Min 15.06, Max 41.62		
ดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ตร.เมตร		151(41.6)
โรคประจำตัว		
ความดันโลหิตสูง		163(44.9)
เบาหวาน		67(18.5)
ไขมันโลหิตสูง		180(49.5)
โรคไตเรื้อรัง		57(15.7)
ยาที่ใช้		
Beta blocker		117(32.2)
Calcium channel blocker		162(44.6)
การเกิด SVT ช้ำ		108(29.8)
จำนวนการเกิด SVT ช้ำ	0.66(1.31)	
Min 0, Max 7		

เมื่อแบ่งผู้ป่วยตามผลลัพธ์ทางคลินิกคือกลุ่มที่มีอาการหัวใจเต้นเร็วผิดปกติซ้ำและกลุ่มที่ไม่มีอาการซ้ำ พบว่าค่าเฉลี่ยอายุ น้ำหนัก ส่วนสูง และดัชนีมวลกายของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการหัวใจเต้นเร็วผิดปกติซ้ำจะมีสัดส่วนมีโรคประจำตัวคือเบาหวานและไขมันโลหิตสูงมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 25 และร้อยละ 59.3 ตามลำดับ เทียบกับกลุ่มที่ไม่มีอาการซ้ำ ร้อยละ 15.7 และร้อยละ 45.5 ตามลำดับ ผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการหัวใจเต้นเร็วผิดปกติซ้ำมีสัดส่วนที่ใช้ยาควบคุมอาการกลุ่ม Calcium channel blocker มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 57.4 เทียบกับกลุ่มที่ไม่มีอาการซ้ำร้อยละ 39.2 ดังแสดงตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วย แบ่งตามผู้ป่วยที่มีอาการหัวใจเต้นเร็วผิดปกติซ้ำ

ข้อมูลทั่วไป	Recurrent SVT		P-value
	Yes (n=108)	No (n=255)	
อายุ (mean $\pm$ SD)	57 $\pm$ 18	55 $\pm$ 17	0.178
อายุ ≥ 65 ปี (%)	37 (34.3)	76 (29.8)	0.403
เพศหญิง (%)	73 (67.6)	166 (65.1)	0.648
น้ำหนัก (mean $\pm$ SD)	63 $\pm$ 13	63 $\pm$ 15	0.803
ส่วนสูง (mean $\pm$ SD)	159 $\pm$ 8	160 $\pm$ 8	0.398
ดัชนีมวลกาย (mean $\pm$ SD)	24.71 $\pm$ 4.97	24.66 $\pm$ 5.44	0.934
ดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ตร.เมตร (%)	44 (40.7)	107 (42.0)	0.829

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วย แบ่งตามผู้ป่วยที่มีอาการหัวใจเต้นเร็วผิดปกติซ้ำ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	Recurrent SVT		P-value
	Yes (n=108)	No (n=255)	
โรคประจำตัว			
ความดันโลหิตสูง (%)	55 (50.9)	108 (42.4)	0.133
เบาหวาน (%)	27 (25.0)	40 (15.7)	0.037*
ไขมันโลหิตสูง (%)	64 (59.3)	116 (45.5)	0.016*
โรคไตเรื้อรัง (%)	22 (20.4)	35 (13.7)	0.112
ยาที่ใช้			
Beta blocker (%)	41 (38.0)	76 (29.8)	0.128
Calcium channel blocker (%)	62 (57.4)	100 (39.2)	0.001*

หมายเหตุ ใช้สถิติ Chi-square test และ Independent t-test

จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Univariable analysis พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดหัวใจเต้นผิดปกติซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวาน (cOR = 1.79; 95% CI: 1.03-3.11; P-value = 0.037) ผู้ป่วยที่มีโรคไขมันโลหิตสูง (cOR = 1.74; 95% CI: 1.11-2.75; P-value = 0.016) และการใช้ยาในกลุ่ม Calcium channel blocker (cOR = 2.09; 95% CI: 1.32-3.30; P-value = 0.001) เมื่อวิเคราะห์ด้วย Multivariable logistic regression analysis พบว่าการใช้ยาในกลุ่ม Calcium channel blocker เป็นปัจจัยเดียวที่มีผลต่อการเกิดอาการหัวใจเต้นเร็วผิดปกติซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (aOR = 2.11; 95% CI: 1.32-3.36; P-value = 0.002) ปัจจัยอื่นๆ เช่น เพศ น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย และโรคประจำตัวไม่ได้มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตารางแสดงการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (Univariable analysis) และการถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ (Multiple logistic regression analysis)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	Crude OR	95% CI	P-value	Adjusted OR	95% CI	P-value
เพศหญิง	1.12	0.69-1.8	0.647	0.99	0.5-1.80	0.987
น้ำหนัก	0.99	0.98-1.01	0.803	0.99	0.96-1.03	0.764
ดัชนีมวลกาย	1.00	0.96-1.04	0.934	1.01	0.89-1.13	0.937
ดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ตร.เมตร	0.95	0.60-1.50	0.829	0.84	0.39-1.83	0.668
เบาหวาน	1.79	1.03-3.11	0.037*	1.49	0.79-2.80	0.217
ไขมันโลหิตสูง	1.74	1.11-2.75	0.016*	1.55	0.91-2.62	0.107
Calcium channel blocker	2.09	1.32-3.30	0.001*	2.11	1.32-3.36	0.002*

อภิปรายผล

ในต่างประเทศมีการศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะอ้วนกับการเกิดโรคหัวใจเต้นพลิ้วหลายการศึกษา แต่การศึกษาภาวะอ้วนกับโรคหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติชนิด SVT ยังมีน้อย ส่วนในประเทศไทยมีการศึกษาที่พบความสัมพันธ์ของภาวะอ้วนกับภาวะหัวใจวาย (Sakboonyarat, Pooviang, Rangsin, 2024) จากการทบทวนในฐานข้อมูล PubMed และ ฐานข้อมูล Thai journals online (ThaiJO) ไม่พบว่ามีงานตีพิมพ์การศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับภาวะอ้วนและโรคหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติ

ชนิด SVT มาก่อน การศึกษานี้จึงเป็นการศึกษาแรกในประเทศไทยเกี่ยวกับภาวะอ้วนและโรคหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติชนิด SVT

การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติชนิด SVT ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวนร้อยละ 65.8 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาจากโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีที่พบเพศหญิงร้อยละ 70 จากผู้ป่วยหัวใจเต้นเร็วผิดปกติที่เข้ารับการรักษาด้วยไฟฟ้าคลื่นความถี่สูงผ่านสายสวนหัวใจในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในปี พ.ศ. 2557 (Aroonsiriwattana, 2015) สาเหตุที่เพศหญิงมักจะมีโรคหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติชนิด SVT มากกว่าเพศชาย มีหลายการศึกษาได้อธิบายไว้ว่าสัมพันธ์กับระดับฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนที่สูงขึ้นในช่วงประจำเดือน จะกระตุ้นให้เกิดหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติชนิด SVT ได้ง่ายขึ้น (Gowd, Thompson, 2012), (Schreuder, Sunamura, Lennep, 2019)

จากการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนจำนวนร้อยละ 41.6 ซึ่งถือว่าเป็นสัดส่วนที่สูงกว่า สัดส่วนภาวะอ้วนของประชากรทั้งหมดในประเทศไทย โดยภาวะอ้วนจะเพิ่มโอกาสการเกิดโรคหัวใจเต้นผิดปกติจากการที่มีชีพจรที่เร็วขึ้น และภาวะอ้วนยังเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น ซึ่งล้วนแต่เป็นสาเหตุที่ทำให้การนำไฟฟ้าในหัวใจผิดปกติ นำไปสู่การเกิดหัวใจเต้นผิดปกติมากขึ้น และการศึกษานี้ก็พบว่ามีส่วนผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันโลหิตสูง ได้แก่ร้อยละ 44.9, 18.5 และ 49.6 ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ Univariable analysis พบว่าผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานสัมพันธ์กับการเกิดหัวใจเต้นผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมากกว่าคนที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน 1.79 เท่า และผู้ป่วยที่มีโรคไขมันโลหิตสูงสัมพันธ์กับการเกิดหัวใจเต้นผิดปกติซ้ำมากกว่าคนปกติ 1.74 เท่า ซึ่งอธิบายได้จากผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มักจะมีหัวใจเต้นผิดปกติชนิด Atrial premature beat ได้มากกว่าปกติ ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดหัวใจเต้นผิดปกติชนิด SVT ได้มากขึ้น (Brady, 2016), (Finn, Fraser, O'Connell, 2018), (Patel, Reddy, Sau, Sivanandarajah, Ardissino, Ng, 2022)

ด้านการรักษาโรคหัวใจเต้นเร็วผิดปกติด้วยยา หลายการศึกษาพบว่ายาทั้งกลุ่ม Beta blocker และ Calcium channel blocker มีประสิทธิภาพที่ดีในการควบคุมอาการได้ดีเท่ากันโดยยากลุ่ม Beta blocker อาจจะมีผลข้างเคียงน้อยกว่า ในการศึกษาพบว่าเมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ Multivariable logistic regression analysis การใช้ยา Calcium channel blocker เป็นปัจจัยเดียวที่มีผลต่อการเกิดอาการหัวใจเต้นเร็วผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจจะเป็นผลมาจากการที่ยากลุ่ม Calcium channel blocker อาจจะมีผลข้างเคียงที่ทำให้หัวใจเต้นเร็วผิดปกติได้ (Reflex tachycardia) อาจส่งผลให้เกิดหัวใจเต้นผิดปกติชนิด SVT ได้ ร่วมกับการบริหารยาที่ต้องกินยา 3 เวลาต่อวัน อาจส่งผลต่อการลืมกินยา ทำให้ควบคุมอาการได้น้อยกว่าผู้ป่วยที่ใช้ยา Beta blocker ที่บริหารยาด้วยการกินยาวันละ 1-2 เวลา อย่างไรก็ตามการศึกษาประสิทธิภาพของยาควรมีการศึกษาแบบการทดลองสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial) เพิ่มเติมในอนาคต (Rech, Gottlieb, 2023), (Stambler, 2023)

จุดเด่นของการศึกษานี้คือเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลตรัง ในช่วงระยะเวลา 5 ปี โดยสามารถเก็บข้อมูลได้อย่างครบถ้วน จึงสามารถใช้เป็นตัวแทนข้อมูลของประชากรในจังหวัดได้

ข้อจำกัดในการศึกษานี้คือเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังจึงทำให้มีอคติในการแปลผลปัจจัยต่างๆได้ และเป็นการเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลเดียวทำให้อาจไม่สามารถนำไปแปลผลแทนประชากรทั้งประเทศได้

การนำผลวิจัยไปใช้

ในทางคลินิกสามารถนำไปแนะนำผู้ป่วยเรื่องการดูแลตัวเองได้ โดยการลดน้ำหนักและการควบคุมโรคประจำตัวเช่นโรคเบาหวานและโรคไขมันโลหิตสูง แม้ว่าภาวะอ้วนจะไม่ได้เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเกิดอาการหัวใจเต้นเร็วผิดปกติซ้ำแต่การพบความชุกของภาวะอ้วนที่สูงในกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา

การลดภาวะอ้วนจึงอาจจะมีผลต่อการควบคุมอาการได้ และการพิจารณาเลือกใช้ยากลุ่ม Beta blocker แทนยา Calcium channel blocker มีโอกาสลดการเกิดอาการหัวใจเต้นเร็วผิดปกติซ้ำได้

ในด้านการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ทำให้เห็นถึงความสำคัญในการดูแลโรคประจำตัวทั้งหมดของผู้ป่วย จะมีผลให้การดูแลรักษาโรคหลักดีขึ้นได้

ในด้านสังคม สามารถเห็นความชุกของภาวะอ้วนในจังหวัดตรังที่จะส่งผลให้มีโรคหัวใจเต้นเร็วผิดปกติได้ การให้ความรู้แก่ประชาชนในกลุ่มเสี่ยง สนับสนุนการดูแลสุขภาพ การปรับพฤติกรรม การกินอาหารและการออกกำลังกาย

ในด้านวิชาการ สามารถใช้อ้างอิงในการศึกษาเกี่ยวกับภาวะอ้วนและโรคหัวใจห้องบนเต้นผิดปกติได้ เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาในประเทศไทยมาก่อน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งต่อไปที่เป็นการศึกษาแบบการทดลองสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมโดยมีกลุ่มประชากรจากหลายโรงพยาบาลทั่วประเทศจะให้ข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือได้มากยิ่งขึ้น และสามารถนำไปใช้เป็นตัวแทนข้อมูลของประชากรทั้งประเทศได้
2. ศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการรักษาโรคหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ เช่น ผลตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ หรือผลตรวจจากการจับไฟฟ้าหัวใจ
3. ศึกษาถึงผลการลดน้ำหนักว่าสามารถมีผลต่อการรักษาโรคหัวใจเต้นเร็วผิดปกติได้ดีขึ้นหรือไม่

บทสรุป

ผู้ป่วยโรคหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตรังในช่วง 1 มกราคม พ.ศ. 2562 – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนจำนวนร้อยละ 41.6 และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดหัวใจเต้นผิดปกติซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การใช้ยา Calcium channel blocker ผลจากการศึกษานี้สามารถนำไปแนะนำผู้ป่วยและดูแลรักษาผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

References

- Aroonsiriwattana, S. (2015). Treatment of Radiofrequency Ablation of Cardiac Arrhythmia in Surattani Hospital. *Region 11 Medical Journal*, 29(1), 137–143.
- Bah,MNM., Zahari,N., Boparam,BK., Sopian,MH. (2024). The Incidence and Factors Associated with the Recurrence of Supraventricular Tachycardia in Children: 15 Years Experience from Middle-Income Country. *Pediatr Cardiol*. 2024 Feb;45(2):292-299.
- Brady,TM. (2016). The Role of Obesity in the Development of Left Ventricular Hypertrophy Among Children and Adolescents. *Curr Hypertens*,18(1):3.
- Conen,D., Adam,M., Roche,F., Barthelemy,JC., Dietrich,DF., Imboden,M. et al. (2012). Premature atrial contractions in the general population: frequency and risk factors. *Circulation*. 126, 2302–8.
- Finn,BP., Fraser,B., O'Connell,SM. (2018) Supraventricular tachycardia as a complication of severe diabetic ketoacidosis in an adolescent with new-onset type 1 diabetes. *BMJ Case Rep*. 2018 Mar 15;2018:bcr2017222861.
- Gowd,BM., Thompson,PD. (2012). Effect of female sex on cardiac arrhythmias. *Cardiol Rev*. Nov-Dec, 20(6):297-303.
- Hafeez,Y., Rodriguez, BSQ., Ahmed,I., Grossman,SA. (2024). Paroxysmal Supraventricular Tachycardia. Retrieved December 1,2024, from://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507699/
- Brugada,J., Katritsis,DG., Arbelo,E., Arribas,F., Bax,JJ., Lundqvist,CB. et al. (2020). ESC Guidelines for the management of patients with supraventricular tachycardia. *European Heart Journal*, 41(5), 1 February,655–720.
- McCully,BH., Hasan,W., Streiff,CT., Houle,JC., Woodward,WR., Giraud,GD et al. (2013). Sympathetic cardiac hyperinnervation and atrial autonomic imbalance in diet-induced obesity promote cardiac arrhythmias. *Am J Physiol Heart Circ Physiol*. 305, H1530–7.
- Patel,K., Reddy,R., Sau,A., Sivanandarajah,P., Ardissino,M., Ng,F. (2022) - Obesity as a risk factor for cardiac arrhythmias: *BMJ Medicine* 2022;1:e000308.
- Pathak,RK., Mahajan,R., Lau,DH., Sanders,P. (2015). The implications of obesity for cardiac arrhythmia mechanisms and management. *Can J Cardiol*.;31:203–210
- Patti, L., Horenstein, MS., Ashurst, JV. (2025). Supraventricular Tachycardia. Retrieved July 7,2025, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441972/>
- Prasopsantawee,D., Uwattanasakul, W. (2023). A Case Study of the Care of a Patient Receiving Adenosine Injection for Supraventricular Tachycardia (SVT). *Thai Pharm Health Sci J Vol*. 18No. 3, Jul. –Sep.2023.
- Rech,MA., Gottlieb,M. (2023). Calcium Channel Blockers Should be First-Line Treatment for Hemodynamically Stable Supraventricular Trachycardia *Ann Emerg Med*. 2024 Apr;83(4):394-395.
- Sakboonyarat, B., Poovieng, J. & Rangsin, R. (2024). Association between obesity and new-onset heart failure among patients with hypertension in Thailand. *J Health Popul Nutr* 43, 33.
- Schreuder,MM., Sunamura,M., Lennep,JE. (2019). Supraventricular tachycardia and the menstrual cycle. *Case Rep Womens Health*. 2019 Oct 22;24:e00153.

- Stambler,BS. (2023). Self-administered intranasal etripamil using a symptom-prompted, repeat-dose regimen for atrioventricular-nodal-dependent supraventricular tachycardia (RAPID): A multicentre, randomised trial. *Lancet* 2023 Jul 8; 402:118.
- Taiwong,A., Sanchan,M., Talerd,W., Somprom,S., Peangjai,R. (2018). Supraventricular tachycardia (SVT): Nurse Role's in Assessment and Care. *Mahasarakham Hospital Journal*, 15(2) (May - August) 2018
- World Health Organization.(2025). Obesity and overweight. Retrieved July 7,2025, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Zeljko, I., Dula, K., Babacanli, A., Kruljac, I., Mustapic, V., Brkljacic, D.C. et al. (2019). High prevalence of hyperlipidaemia in patients with AV re-entry tachycardia and AV nodal reentry tachycardia. *Sci Rep* 9, 11502.

การพัฒนาแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว
ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกระทูน-พิปูนล้นเกล้า
อำเภอควนกาหลง จังหวัดสตูล

Developing A Model for Promoting the Quality of Life of the Elderly through
Family Participation in the Area of Ban Katun-Phipun Lonklao Sub-district Health
Promoting Hospital, Khuan Kalong District, Satun Province

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received : May 13, 2025

Revised : July 29, 2025

Accepted : Aug. 15, 2025

Published : Aug. 30, 2025

อมรรัตน์ ไช้เศษ¹, กมลวรรณ สุวรรณ²

Amonrat Khaisat¹, Kamonwan suwan²

¹โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกระทูน-พิปูนล้นเกล้า อำเภอควนกาหลง จังหวัดสตูล

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Ban Ban Katun-Phipun Lonklao Sub-district Health Promoting Hospital,
Khuan Kalong District, Satun Province

²Boromarajonani College of Nursing Yala, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกระทูน-พิปูนล้นเกล้า อำเภอควนกาหลง จังหวัดสตูล ดำเนินการ 2 ระยะ คือ 1 ระยะเตรียมการ ศึกษาสถานการณ์ชุมชน และความต้องการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และ 2 ระยะการดำเนินการพัฒนาแบบ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน 2) การปฏิบัติการ 3) การสังเกตการณ์ และ 4) การสะท้อนผล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 84 คน คัดเลือกแบบอย่างง่าย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และแบบประเมินความพึงพอใจโดยมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา .90 และ .81 ตามลำดับ และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .89 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนาและ Paired-sample t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า แบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 1) วางแผนโดยการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้สูงอายุ และตัวแทนครอบครัว กำหนดกิจกรรมครอบคลุม 5 องค์ประกอบหลักของ KATUN Model ได้แก่ K-Knowledge, A-Activity, T-Togetherness, U-Understanding, และ N-Network 2) ปฏิบัติการเน้นสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในทุกกิจกรรม และ 3) ติดตามผล เมื่อดำเนินโครงการแล้วพบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 3.790$) และระดับความพึงพอใจหลังเข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 72.62)

คำสำคัญ: แบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ, การมีส่วนร่วมของครอบครัว

Corresponding Author: กมลวรรณ สุวรรณ E-mail: kamonwan@bcnyala.ac.th

Abstract

This research was an action research study to develop a model for promoting the quality of life of the elderly through family participation in the Ban Kratun-Phiphun Lon Klao Subdistrict Health Promoting Hospital, Khuan Kalong District, Satun Province. The study conducted two phases: 1) preparation, which studied the community situation and needs for promoting the quality of life of the elderly; and 2) implementation, which developed the model through a four-step process: 1) planning, 2) implementation, 3) observation, and 4) reflection. The sample consisted of 84 elderly individuals, selected using a simple random sample. Data were collected using an Elderly Quality of Life Assessment and a satisfaction assessment, with content validity values of .90 and .81, respectively, and a Cronbach's alpha coefficient of .89. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and a paired-sample t-test, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The results revealed that the model for promoting the quality of life of the elderly consists of three steps: 1) planning, with the participation of community leaders, public health officials, the elderly, and family representatives. The activities covered the 5 main components of the KATUN Model: K-Knowledge, A-Activity, T-Togetherness, U-Understanding, and N-Network. 2) The operations emphasized that family members were actively involved in all activities, and 3) the results were followed up. After the project was implemented, it was found that the overall quality of life of the elderly was significantly higher at the .05 level ($t = 3.790$), and the satisfaction level after participating in the project was mostly high (72.62 %).

Keywords: Model for Promoting the Quality of Life of the Elderly, Family Participation

Corresponding Author: Kamonwan Suwan E-mail: kamonwan@bcnyala.ac.th

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงวัย โดยในปี พ.ศ. 2566 มีผู้สูงอายุจำนวน 12,814,778 คน คิดเป็นร้อยละ 19.40 ของประชากรทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มจากร้อยละ 5 ในปี พ.ศ. 2493 เป็นประมาณร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2563 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็นประมาณร้อยละ 30 ในปี พ.ศ. 2583 ในขณะที่สัดส่วนประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป เพิ่มจากร้อยละ 3 เป็นประมาณร้อยละ 16 และคาดว่าจะเพิ่มเป็นประมาณร้อยละ 26 ในช่วงเวลาเดียวกัน (Department of Older Persons, 2023) การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลให้ประเทศต้องเตรียมการเพื่อรองรับสถานการณ์สังคมสูงอายุซึ่งเป็นประเด็นสำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพและส่งผลกระทบต่องบประมาณด้านการรักษาพยาบาล เพื่อรับมือกับสถานการณ์นี้ สำนักงานผู้สูงอายุ กรมอนามัย ได้จัดสรรงบประมาณประจำปีงบประมาณ 2565 ประมาณ 9 ล้านบาท สำหรับดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและดูแลผู้สูงอายุในชุมชน รวมถึงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในชุมชนอย่างเท่าเทียม (Department of Older Persons, 2023; Bureau of Elderly Health, Department of Health, 2023) จากผลกระทบดังกล่าว รัฐบาลไทยจึงให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุ เพื่อให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมุ่งเน้นแผนงานด้านผู้สูงอายุแบบบูรณาการร่วมกับชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และมีการเตรียมความพร้อมของประชากรสูงอายุอย่างมีทิศทางที่สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566-2580) (Department of Older Persons, 2023)

จังหวัดสตูล มีผู้สูงอายุทั้งหมด 47,514 คน คิดเป็นร้อยละ 14.54 ของจำนวนประชากรทั้งหมดของจังหวัด (Department of Older Persons, 2023) โดยอำเภอควนกาหลงเป็นอำเภอที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และในปี พ.ศ. 2566 พบว่ามีผู้สูงอายุจำนวน 4,235 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุในตำบลควนกาหลงถึง 1,928 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 45.53 ของผู้สูงอายุทั้งหมดในอำเภอควนกาหลง จากการสำรวจจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกระทูน – พิบูลันเกล้า พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุจำนวน 536 คน ซึ่งกระจายอยู่ใน 3 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 5 บ้านพรุ 160 คน หมู่ที่ 6 บ้านเขาไคร 161 คน และหมู่ที่ 9 บ้านวังผาสามัคคี 215 คน (Department of Health, Ministry of Public Health, 2024) ข้อมูลนี้แสดงให้เห็นว่าพื้นที่ดังกล่าวได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มโครงสร้างประชากรของประเทศไทย และส่งผลให้อัตราการพึ่งพิงสูงขึ้น อันนำไปสู่ผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ จากข้อมูลการสำรวจและคัดกรองภาวะสุขภาพในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกระทูน – พิบูลันเกล้า ปีงบประมาณ 2566 พบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 54.7 มีโรคเรื้อรังประจำตัวอย่างน้อย 1-2 โรค เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ หอบหืด หรือมีอาการแสดงจากกล้ามเนื้อกระดูกข้อและเส้นเอ็น ซึ่งภาวะเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อการดำรงตนอยู่ได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นประกอบไปด้วย 4 ด้านได้แก่ 1) ด้านร่างกายได้แก่โครงสร้างทางร่างกายและสุขภาพร่างกายรวมถึงบุคลิกภาพด้วย 2) ด้านจิตใจได้แก่สภาพจิตใจและสุขภาพจิตรวมถึงด้านคุณธรรมและจริยธรรม 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมได้แก่การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อมได้แก่การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต (The WHOQOL Group, 1993)

ครอบครัวมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ครอบครัวหรือผู้ดูแลต้องให้การดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ (Wangsana, Worachina & Prom-in, 2024) การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุบางรายอาจถูกทอดทิ้งขาดการดูแลจากญาติ เนื่องจากญาติไม่มีเวลาเพียงพอ นอกจากนี้ บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ยังไม่เพียงพอต่อการให้บริการ และขาดการ

ติดตามดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุในวัยนี้ต้องการการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวในด้านกิจวัตรประจำวัน ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน และค่ารักษาพยาบาล ซึ่งบทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวสามารถตอบสนองความต้องการเหล่านี้ได้ครบถ้วน (Palaseuk & Thanomchayathawat, 2017) การส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถปฏิบัติบทบาทหน้าที่ในการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมืออย่างจริงจังจากทุกภาคส่วน ตั้งแต่ตัวผู้สูงอายุเอง สมาชิกในครอบครัว สังคม ไปจนถึงหน่วยงานภาครัฐและเอกชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สถาบันครอบครัวต้องตระหนักถึงบทบาทและความสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุยังคงรักษาสุขภาพกายและใจ และรู้สึกว่าคุณค่ายังมีคุณค่า มีศักยภาพ และเป็นส่วนสำคัญของครอบครัวและสังคม (Kas-udom, Aphianlangkar, Chanjaroen & Wae, 2018) แม้จะมีการตระหนักถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุและการพัฒนาคุณภาพชีวิต แต่ยังขาดการพัฒนาในรูปแบบที่ชัดเจนและเป็นระบบซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวในบริบทเฉพาะของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกระทุง-พิปูนล้นเกล้า อำเภอดงควายหลวง จังหวัดสตูล งานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่เน้นไปที่การดูแลผู้สูงอายุในภาพรวม หรือศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต แต่ยังไม่มีการศึกษาเชิงปฏิบัติการที่มุ่งเน้นการสร้างรูปแบบโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ครอบครัว และบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่โดยเฉพาะ เพื่อให้ได้รูปแบบที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงและสอดคล้องกับบริบทของท้องถิ่นอย่างยั่งยืน ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกระทุง-พิปูนล้นเกล้า อำเภอดงควายหลวง จังหวัดสตูล โดยใช้วิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAOR) ตามแนวคิดของเคมมิสและแม็คแท็กการ์ด (Kemmis & McTaggart, 2005) เพื่อให้ครอบครัวร่วมคิดวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ วางแผนการดำเนินการ และสรุปบทเรียนร่วมกัน การพัฒนารูปแบบนี้คาดว่าจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกระทุง-พิปูนล้นเกล้า ทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุขตามศักยภาพ มีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืนในอนาคต

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกระทุง-พิปูนล้นเกล้า อำเภอดงควายหลวง จังหวัดสตูล

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้กรอบการศึกษาวิจัยแบบวงจรการวิจัยปฏิบัติการแบบ PAOR ตามแนวคิดของเคมมิสและแม็คแท็กการ์ด (Kemmis & McTaggart, 2005) โดยแบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ และระยะที่ 2 ระยะดำเนินการพัฒนารูปแบบ แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้ 1)การวางแผน (Planning) 2)การปฏิบัติการ (Action) 3)การสังเกตการณ์ (Observation) และ 4)การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มติดสังคม (กลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้ทั้งหมด) จำนวน 506 คน (จากการสำรวจ ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2566)

2) กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 ระยะตามรูปแบบการวิจัย ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ ศึกษาสถานการณ์บริบทของชุมชน วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพสำรวจปัญหาการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้นำชุมชนจำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 3 คน ผู้สูงอายุ จำนวน 5 คน ตัวแทนบุคคลในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน รวมจำนวน 20 คน และทำการสำรวจคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำนวน 84 คน จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Yamane, 1970 (Khunno, 2021) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% โดยใช้ความคลาดเคลื่อนในการสุ่ม 10% โดยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple random sampling) จับฉลากแล้วไม่ใส่คืน

(Sampling without replacement) โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีทะเบียนบ้าน และพักอาศัยอยู่ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกระทุน-พิปูนล้นเกล้า อำเภอดงควายหลวง จังหวัดสตูล 2) มีสติสัมปชัญญะดี คะแนน TMMSE 25-30 คะแนน 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและสามารถให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยได้ 4) ไม่มีโรคประจำตัว หรือมีโรคประจำตัวเรื้อรังที่สามารถควบคุมได้ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมและตอบแบบสอบถาม ส่วนเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) เสียชีวิต 2) มีคะแนน TMMSE ต่ำกว่า 25 คะแนน และ 3) ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยหรือไม่สามารถให้ข้อมูลได้

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการพัฒนารูปแบบ ในขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) ประกอบด้วย ผู้สูงอายุจำนวน 10 คน, ตัวแทนบุคคลในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 3 คน, และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 10 คน รวมจำนวน 33 คน ในขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) 3 การสังเกตการณ์ (Observation) และ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) กำหนดกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมกิจกรรมที่กำหนด เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีทะเบียนบ้านและพักอาศัยอยู่ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกระทุน-พิปูนล้นเกล้า อำเภอดงควายหลวง จังหวัดสตูล ในปี พ.ศ.2566 จำนวน 84 คน โดยเป็นกลุ่มเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างใน ระยะที่ 1

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ แหล่งที่มาของรายได้ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของ รายได้ต่อเดือน การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การมีโรคประจำตัว สิทธิการรักษา ผู้ดูแลยามเจ็บป่วย การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และลักษณะครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) (Mahatnirankul, et al, 1997) จำนวน 26 ข้อ ประกอบด้วย องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม แต่ละข้อเป็น มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ประกอบด้วย มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย และน้อยเลย การแปลค่าคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม ตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้ คะแนน 26 – 60 คะแนน หมายถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 61 - 95 คะแนนแสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลางๆ และคะแนน 96 - 130 คะแนนแสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ส่วนที่ 3 แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus group) สำหรับระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ ผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพสำรวจปัญหาการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (Palaseuk & Thanomchayathawat, 2017; Kas-udom, Aphianlangkar, Chanjaroen & Wae, 2018) ประกอบด้วย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่เป็นอุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดูแลตนเอง/ดูแลผู้สูงอายุ ความต้องการการดูแลจากครอบครัว บทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสม ปัญหาและความยากลำบากในการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของครอบครัว ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 14 ข้อ โดยเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนสูง แสดงถึงมีความพึงพอใจมาก จำแนกคะแนน ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 อยู่ในระดับต่ำที่สุด คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 มีอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 อยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 อยู่ในระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus group) และแบบประเมินความพึงพอใจผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.93 และ 1.00 ตามลำดับ ส่วนแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชุดย่อฉบับภาษาไทย

(WHOQOL-BREF-THAI) เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ในการวิจัย และมีการนำไปใช้ในงานวิจัยที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวนมาก จึงไม่ได้ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา แต่ด้วยกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มใหญ่ ผู้วิจัยจึงนำไปตรวจสอบความเที่ยงตรงโดยใช้แบบสอบถามกับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย คำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบประเมินคุณภาพชีวิต และแบบประเมินความพึงพอใจโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90 และ 0.81 ตามลำดับ รูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้วิจัยหาความเที่ยงตรงเนื้อหาโดยให้กลุ่มผู้ร่วมพัฒนารูปแบบฯ ร่วมแสดงความคิดเห็น ตรวจสอบความตรง ความสอดคล้องของเนื้อหาตามแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ และลงมติเลือกรูปแบบฯ ที่สามารถปฏิบัติได้จริงและทุกคนยอมรับ หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ และระยะที่ 2 ระยะดำเนินการพัฒนารูปแบบ โดยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1)การวางแผน (Planning) 2)การปฏิบัติการ (Action) 3)การสังเกตการณ์ (Observation) และ 4) การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ ศึกษาสถานการณ์บริบทของชุมชน วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพสำรวจปัญหาการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจากผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้สูงอายุ และตัวแทนบุคคลในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน และประสานงานกับพื้นที่เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตทั่วไปของผู้สูงอายุ (WHOQOL-BREF-THAI) กับผู้สูงอายุจำนวน 84 คน

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการพัฒนารูปแบบ ตามขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ของเคมมิสและแม็คแท็กการ์ท (Kemmis & McTaggart, 2005) ในลักษณะวงจร 4 ขั้นตอน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) ผู้วิจัยและผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ ประชุมวางแผนเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว สังเคราะห์สถานการณ์ และสภาพปัญหาตามการรวบรวมข้อมูลตามข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ในระยะที่ 1 ร่วมวางแผนในการหารูปแบบในการดำเนินงานส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan) การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) ผู้วิจัย และผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ และกลุ่มตัวอย่าง ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) ผู้วิจัยสังเกตการณ์มีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างใน และติดตามการปฏิบัติกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการระหว่างการทำกิจกรรม ประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไปของผู้สูงอายุ (WHOQOL-BREF-THAI) กลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมกิจกรรม 4 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) ผู้วิจัยและผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ วิเคราะห์และสรุปผลการดำเนินกิจกรรม นำผลทั้งหมดมาสรุปผลการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุหลังการดำเนินงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) สถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ใช้สถิติ Paired sample t-test ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่าข้อมูลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และความพึงพอใจในการใช้รูปแบบมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Shapiro-Wilk test, p -value = .095, .055 ตามลำดับ)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านกระบวนการพิจารณารับรองการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา รหัสจริยธรรมการวิจัย SCPHYLIRB-2566/365 ลงวันที่ 23 มกราคม 2567 และผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดให้กลุ่มตัวอย่างวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตามความต้องการ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ตลอดจนให้ความมั่นใจแก่กลุ่มตัวอย่างว่า ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเป็นความลับและรายงานผลการวิจัยเป็นภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกระทุน-พิปูนล้นเกล้า อำเภอกวนกาหลง จังหวัดสตูล รับผิดชอบ 3 หมู่บ้านประกอบด้วย หมู่ที่ 5 บ้านพรุ หมู่ที่ 6 บ้านเขาไคร และหมู่ที่ 9 บ้านวิสาหมัคคี มีจำนวนผู้สูงอายุในการดูแลจำนวน 536 คน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 84 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.20 อายุมากกว่า 70 ปี ร้อยละ 35.70 สถานภาพสมรส ร้อยละ 72.60 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 71.40 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 48.80 รายได้จากเบี้ยผู้สูงอายุ ร้อยละ 64.30 รายได้เฉลี่ย 1,000 – 5,000 บาท รายได้เพียงพอ ร้อยละ 54.80 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 86.90 ไม่สูบบุหรี่ 82.10 ไม่มีโรคประจำตัว 58.30 ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท ร้อยละ 82.10 ไม่มีผู้ดูแลยามเจ็บป่วย ร้อยละ 51.20 เข้าร่วมร่วมกิจกรรมในชุมชน ร้อยละ 89.30 เป็นลักษณะครอบครัวเดี่ยว และขยาย ลักษณะละร้อยละ 50 มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 92.73$, $SD = 9.3$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 23.71 ($SD = 2.8$) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 22.47 ($SD = 2.1$) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 9.83 ($SD = 1.8$) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 29.37 ($SD = 3.5$) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 1 และพบประเด็นปัญหาและความต้องการจากการสนทนากลุ่ม ดังนี้ ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวไม่ทราบว่าจะจัดทำอาหารเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ เข้าใจว่าการจัดอาหารเฉพาะทำกรณีป่วยเท่านั้น รวมถึงไม่ทราบว่าจะสามารถเติมเครื่องปรุงในอาหารได้ปริมาณเท่าใด และต้องการประเมินสุขภาพเบื้องต้นในผู้สูงอายุด้วยตนเอง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการมีความรู้ในเรื่องแพทย์แผนไทยเพื่อนำมาปรับใช้ในการดูแลตนเอง และอยากให้ชุมชนจัดกิจกรรมส่งเสริมอาชีพสำหรับผู้สูงอายุ

ตารางที่ 1 ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (N = 84)

องค์ประกอบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	Mean	SD	ระดับ
ด้านสุขภาพกาย	23.71	2.8	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	22.47	2.1	ปานกลาง
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	9.83	1.8	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม	29.37	3.5	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตโดยรวม	92.73	9.3	ปานกลาง

2. รูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกระทุง-พิปูนลั่นเกล้า อำเภควนกาหลง จังหวัดสตูล

จากการดำเนินการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกระทุง-พิปูนลั่นเกล้า อำเภควนกาหลง จังหวัดสตูล ได้ดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมของตัวแทนผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้สูงอายุ และตัวแทนครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ ซึ่งนำไปสู่การสร้าง KATUN Model ที่ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) K - Knowledge (ความรู้) 2) A - Activity (กิจกรรม) 3) T - Togetherness (ความใกล้ชิด) 4) U - Understanding (ความเข้าใจ) และ 5) N - Network (เครือข่าย) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว หรือ KATUN Model

และได้กำหนดรูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่เหมาะสมสำหรับพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกระทุง-พิปูนลั่นเกล้า อำเภควนกาหลง จังหวัดสตูล ไว้ 3 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1. วางแผน ดำเนินการ ดังนี้ 1.1 ศึกษา และวิเคราะห์ปัญหาผู้สูงอายุโดยดำเนินการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้เครื่องมือคือแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และสนทนากลุ่ม เพื่อให้ทราบถึงจุดที่ต้องได้รับการพัฒนาและส่งเสริม โดยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ขาดการทำกิจกรรมทางสังคม รู้สึกโดดเดี่ยว ขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน มีปัญหาโภชนาการเกี่ยวกับการรับประทานอาหารไม่เพียงพอ ไม่เหมาะสมตามช่วงวัย และอยากให้มีการแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างปลอดภัย และการดูแลสุขภาพตามภูมิปัญญาและวัฒนธรรมท้องถิ่น จากข้อมูลดังกล่าวนำไปสู่ 1.2 จัดประชุมเพื่อหาแนวทาง และวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างตัวแทนผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้สูงอายุ และตัวแทนบุคคลในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาที่พบ และระดมสมองเพื่อหาแนวทางการแก้ไข รวมถึงวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน และ 1.3 กำหนดกิจกรรมโครงการ โดยกิจกรรมเหล่านั้นจะต้องครอบคลุมและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุใน 5 องค์ประกอบหลักของ KATUN Model ได้แก่ (1) กิจกรรมส่งเสริมความรู้แก่ครอบครัว (K – Knowledge) วางแผนกิจกรรมที่มุ่งเน้นการให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ เช่น ภาวะสุขภาพ โภชนาการ การดูแลด้านจิตใจ และการเข้าใจการเปลี่ยนแปลงตามวัย (2) กิจกรรมส่งเสริมการมีกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว (A - Activity) วางแผนกิจกรรมที่เน้นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีและความใกล้ชิดระหว่างผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว เช่น การพูดคุย การรับฟัง การให้กำลังใจ และการแสดงความรักความ

ห่วงใย (3) กิจกรรมส่งเสริมความใกล้ชิดในครอบครัว (T - Togetherness) วางแผนกิจกรรมที่เน้นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีและความใกล้ชิดระหว่างผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว เช่น การพูดคุย การรับฟัง การให้กำลังใจ และการแสดงความรักความห่วงใย (4) กิจกรรมส่งเสริมความเข้าใจความต้องการผู้สูงอายุ (U - Understanding) วางแผนกิจกรรมที่ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวเข้าใจถึงความต้องการความรู้สึก และมุมมองของผู้สูงอายุ รวมถึงการเคารพการตัดสินใจของผู้สูงอายุ และ (5) กิจกรรมส่งเสริมการสร้างเครือข่ายสนับสนุน (N - Network) วางแผนกิจกรรมที่สร้างและสนับสนุนเครือข่ายระหว่างครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน หน่วยงานภาครัฐ และองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ และการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ขั้นตอนที่ 2 ปฏิบัติการในขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมตามแผนที่วางไว้ จะต้องให้สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมอย่างจริงจัง เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ การสร้างความสัมพันธ์ และการดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยมีตัวแทนผู้นำชุมชนติดตามและกำกับดูแลการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ให้เป็นไปตามแผนที่วางไว้ รวมถึงให้การสนับสนุนและประสานงานในกรณีที่เกิดปัญหา และ ขั้นตอนที่ 3 ติดตามผล เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการดำเนินโครงการ โดยจะมีการติดตามและประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อดูว่าบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัวอย่างไร รวมถึงมีข้อเสนอแนะใดบ้างเพื่อปรับปรุงการดำเนินงานในอนาคต

โดยในปีงบประมาณ 2567 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกระทุง-พิปูนล้นเกล้า อำเภอดงหลวง จังหวัดสตูล ได้วางแผนโครงการเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวตาม 5 องค์ประกอบของ KATUN Model จำนวน 3 โครงการ ดังนี้ 1)โครงการผู้สูงอายุบ้านกระทุงฯ ไม่ลืม ไม่ล้า กินข้าวได้ 2)โครงการอุ่นไอรักในบ้าน: ครอบครัวผาสุก ชีวีมีพลัง และ 3)โครงการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย เมื่อดำเนินการตามแผนโดยจัดเป็นกิจกรรมในโครงการจำนวน 3 โครงการแล้ว พบว่าหลังเข้าร่วมโครงการ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 3.790$) และพบว่าองค์ประกอบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านสุขภาพกาย และด้านสัมพันธภาพทางสังคม สูงขึ้นมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.026$ และ 75.735 ตามลำดับ) ส่วนองค์ประกอบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อม สูงขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 1.685$ และ 1.348ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ (n=84)

องค์ประกอบคุณภาพชีวิต	Mean	SD	Mean	SD	t	p-value
ผู้สูงอายุ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง			
ด้านสุขภาพกาย	23.71	2.84	24.32	1.71	2.026	.046*
ด้านจิตใจ	22.47	2.12	22.92	1.71	1.685	.096
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	9.83	1.80	10.65	1.35	75.735	.000*
ด้านสิ่งแวดล้อม	29.37	3.59	29.40	3.55	1.348	.181
คุณภาพชีวิตโดยรวม	92.73	9.34	94.73	7.21	3.790	.000*

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0.05, * ใช้สถิติ Paired sample t-test

อีกทั้งยังพบว่าระดับความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ตาม 5 องค์ประกอบของ KATUN Model หลังเข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72.62) มีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงระดับความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว หลังเข้าร่วมโครงการ (n=84)

ระดับความพึงพอใจ	หลังเข้าร่วมโครงการ	
	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	0	0
ปานกลาง	23	27.38
สูง	61	72.62

อภิปรายผล

การพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกระทุง-พิบูลย์เกล้า อำเภอกวนกาหลง จังหวัดสตูล โดยใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามขั้นตอนการวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกต และการสะท้อนผล ในการดำเนินกิจกรรมพัฒนาการดำเนินงานการพัฒนา โดยมีการวางแผนร่วมกันระหว่างตัวแทนผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้สูงอายุ และตัวแทนบุคคลในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการดำเนินงานแก้ไขปัญหาและพัฒนาการพัฒนารูปแบบตามแผนปฏิบัติการโดยการถอดบทเรียนหลังการดำเนินกิจกรรมเสนอแนะแนวคิดและแนวทางการ ปฏิบัติ พบว่า การนำ KATUN Model ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1)ความรู้ (Knowledge) 2)กิจกรรม (Activity) 3)ความใกล้ชิด (Togetherness) 4)ความเข้าใจ (Understanding) และ 5)เครือข่าย (Network) มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงาน 3 โครงการนำร่อง ได้แก่ โครงการผู้สูงอายุบ้านกระทุงฯ ไม่ลืม ไม่ล้า กินข้าวได้, โครงการอุ่นไอรักในบ้าน: ครอบครัวผาสุก ชีวีมีพลัง และโครงการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การที่คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุดีขึ้นนั้น สะท้อนให้เห็นว่า รูปแบบการส่งเสริมที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวตามองค์ประกอบของ KATUN Model สามารถตอบสนองต่อความต้องการและแก้ไขปัญหาของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วย K-Knowledge การได้รับความรู้ส่งผลให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีความเข้าใจในการดูแลตนเองมากขึ้น นำไปสู่สุขภาพกายที่ดีขึ้น A-Activity และการทำกิจกรรมร่วมกันและการสร้างความใกล้ชิดในครอบครัวส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า ได้รับการดูแล ไม่โดดเดี่ยว นำไปสู่สัมพันธภาพทางสังคมที่ดี U-Understanding ส่งเสริมความเข้าใจในความต้องการของผู้สูงอายุของสมาชิกในครอบครัวช่วยให้การดูแลมีประสิทธิภาพและตรงจุดมากขึ้น ซึ่งอาจส่งผลต่อทั้งสุขภาพกายและจิตใจ และ N-Network เมื่อมีการสร้างเครือข่ายสนับสนุนทำให้ผู้สูงอายุมีช่องทางขอความช่วยเหลือและเข้าถึงทรัพยากรต่างๆ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม สอดคล้องกับผลการพัฒนาโครงการส่งเสริมคุณภาพชีวิต โดยมีครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านสุขภาพกายและด้านสัมพันธภาพทางสังคม ที่พบว่าการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน การที่คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายของผู้สูงอายุดีขึ้นอาจเป็นผลมาจากการที่ผู้สูงอายุ และครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลด้านสุขภาพมากขึ้น จากการเข้าร่วมกิจกรรมโครงการ ยิ่งไปกว่านั้น (Wilawan, et al, 2022; Makateppong, Naenudon & Phuangsamai, 2022) อีกทั้งยังพบว่าการจัดกิจกรรมให้ความรู้ที่หลากหลายเช่น อาหารเพื่อสุขภาพ การชะลอภาวะสมองเสื่อม การป้องกันปัญหาการกลืนปัสสาวะ การแก้ไขการนอนไม่หลับ การใช้ยาอย่างปลอดภัย การทำงานอดิเรกเชิงวัฒนธรรมท้องถิ่น และวิธีการป้องกันภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้คุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Wilawan, et al, 2022) ในส่วนของ สัมพันธภาพทางสังคม ที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อาจเป็นผลจากการที่ KATUN Model เน้นย้ำถึงความใกล้ชิด การมีกิจกรรมร่วมกัน และการสร้างเครือข่ายสนับสนุน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกได้รับการใส่ใจ ดูแล และไม่โดดเดี่ยว ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการมี

คุณภาพชีวิตที่ดีด้านสัมพันธภาพทางสังคม (Wangsan, Worachina & Prom-in 2024) ทั้งนี้ผลลัพธ์ดังกล่าวสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ซึ่งเสนอว่า ผู้สูงอายุที่ยังคงมีบทบาทและเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนหรือสังคม จะสามารถรักษามโนทัศน์ที่ดีเกี่ยวกับตนเองและรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งนำไปสู่สภาวะที่ดีขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ที่พบว่าการมีกลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุในชุมชนสามารถร่วมทำนาคณะแผนคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าการมีเพื่อนในวัยเดียวกันที่สามารถปรึกษาพูดคุยและทำกิจกรรมร่วมกัน จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการความเครียดและมีโอกาสในการเข้าสังคมมากขึ้น ซึ่งนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Huaysai & Chusuton, 2023) นอกจากนี้การศึกษานี้ยังพบว่าการมีเพื่อนผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้าน อำเภอลองชล จังหวัดกำแพงเพชร พบว่าการมีส่วนร่วมทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ซึ่งสนับสนุนแนวคิดที่ว่า การเข้าสังคม พบปะพูดคุย ช่วยเหลือพึ่งพา กัน จะสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันและส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Konkaew, Thongliam & Subprasert, 2019)

อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า คุณภาพชีวิตด้านจิตใจและด้านสิ่งแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเนื่องมาจากระยะเวลาในการดำเนินโครงการอาจยังไม่ยาวนานพอที่จะเห็นการเปลี่ยนแปลงในด้านจิตใจและสิ่งแวดล้อมอย่างชัดเจน หรืออาจมีปัจจัยภายนอกอื่นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกและสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุในระหว่างการจัดกิจกรรม ทั้งนี้ผู้สูงวัยเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมถอยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมถึงการปรับเปลี่ยนบทบาทที่อาจต้องพึ่งพิงบุตรหลาน ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลง การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุอย่างมาก ทำให้เกิดความเครียดหรือภาวะซึมเศร้าได้ง่าย ในส่วนของสภาพแวดล้อมนั้น เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักประสบปัญหาด้านสายตาและการทรงตัว ทำให้ความสามารถในการจัดการสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยลดลง เป็นผลให้ต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม ไม่สะอาด และไม่เป็นระเบียบ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและอันตรายต่าง ๆ เช่น อากาศไม่บริสุทธิ์ สิ่งกีดขวาง สัตว์มีพิษ เชื้อรา และเชื้อโรค ซึ่งส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลงตามมา (Kongmaneekean, Sirilak & Nusorn, 2020) ปัจจัยเหล่านี้จึงอาจเป็นอุปสรรคสำคัญในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุในระยะเวลาอันสั้นของโครงการที่จัดขึ้น

นอกจากนี้ ผลการสำรวจความพึงพอใจยังแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับสูงต่อรูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งเป็นสัญญาณที่ดีว่าแนวทางนี้ได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่าจากผู้ที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากหลังเข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการตามรูปแบบบทบาทครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว (Makateppong, Naenudon & Phuangsamai, 2022)

การนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำรูปแบบและองค์ประกอบของ KATUN Model ที่พัฒนาแล้ว ไปขยายผลในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียง โดยอาจสร้างกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ (community of practice) ในเครือข่าย เพื่อเป็นแบบอย่างในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และนำไปสู่การจัดการความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการติดตามระยะยาวเกี่ยวกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั้งด้านจิตใจและสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ควรศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นโดยติดตามและประเมินผลในลักษณะเปรียบเทียบกับช่วงเวลาที่แตกต่างกันเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานต่อไป

References

- Bureau of Elderly Health. (2023). Bureau of Elderly Health Annual Report 2024. Bureau of Elderly Health, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Retrieved 11, 2023 from <https://online.fliphtml5.com/cyqny/hmox/#p=1>
- Health Data Center, Satun Provincial Health Office. (2024). Population by Sex, Age Group, Annual, Satun Province, Fiscal Year 2024. Retrieved 11, 2023 from <https://hdc.moph.go.th/stn/public/main>
- Department of Older Persons. (2023). Elderly Statistics June 2023. Retrieved 11, 2023 from https://www.dop.go.th/th/statistics_side?content=1&sub=2
- Department of Older Persons. (2023). The 3rd National Plan of Action for Older Persons (B.E. 2566-2580). Retrieved 11, 2023 from https://www.dop.go.th/download/laws/th1653553501-843_0.pdf
- Huaysai, W., & Chusuton, S. (2023). Factors Predicting the Quality of Life of Older Adults in the Elderly Club of Bang Nok Kwaek Subdistrict, Bang Khonthi District, Samut Songkhram Province. *Journal of Public Health*, 32(1), 63-72.
- Kas-udom, P., Aphianlangkar, K., Chanjaroen, K., & Wae, N. (2018). Family Roles in Promoting the Quality of Life of Older Adults in a Changing Situation. *Journal of Nursing and Public Health Network Southern Region*, 5(3), 300-310.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (2005). Participatory Action Research: Communicative Action and the Public Sphere. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The Sage Handbook of Qualitative Research* (3rd ed., pp. 559-603). Sage Publications.
- Khunno, J. (2021). Basic Research Methods for Health Sciences. Chulalongkorn University Press.
- Kongmaneean, J., Sirilak, P., & Nusorn, N. (2020). Environmental Management for Older Adults Health Promotion. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit*, 12(1), 28-38.
- Konkaew, K., Thongliam, P., & Subprasert, S. (2019). Predictive Factors of Quality of Life in Homebound Elderly, Khlong Khlung District, Kamphaeng Phet Province. *Journal of Public Health*, 28(3), 394-401.
- Mahatnirankul, S., Tantipivattanakul, V., Phompaisanchai, V., Wongsuwan, K., & Promanarangkul, V. (1997). World Health Organization Quality of Life Indicators Thai version (WHOQOL – BREF – THAI) . Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Retrieved 11, 2023 from <https://dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf>
- Makateppong, W., Naenudon, A., & Phuangsamai, P. (2022). The Development of a Family Role Model in Caring for Elderly Patients with Hypertension through Family Participation. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 33(2), 101-116.
- Palaseuk, R., & Thanomchayathawat, B. (2017). Family Models in Caring for the Elderly. *Journal of Nursing and Public Health Network Southern Region*, 4(3), 135-150.
- Wangsan, R., Worachina, K., & Prom-in, C. (2024). Family and Promoting the Quality of Life of Older Adults. *Journal of Health Education*, 47(2), 1-14.

- Wilawan, J., Laokhompruttajan, J, Laokhompruttajan, T., Boonao, Y., & Boonserm, P. (2022). The Effect of Socio-Cultural Program for Promoting Quality of Life and Depressive Prevention in The Elderly, Na Fai Subdistrict, Mueang Chaiyaphum District, Chaiyaphum Province. *Journal of Health Systems Research*, 15(1), 181-195.
- The WHOQOL Group. (1993). The Development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (The WHOQOL). In J. Orley & W. Kuyken (Eds.), *Quality of life assessment: International perspectives: Proceedings of the joint meeting organized by the World Health Organization and the Foundation IPSEN in Paris, July 2-3 1993* (pp.41-57). Springer-Verlag. Retrieved 11, 2023 from https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-642-79123-9_4

ประสิทธิภาพของค่า MCH สำหรับจำแนกคนปกติกับพาหะอัลฟาธาลัสซีเมีย
จากกลุ่มตัวอย่างที่มีผลตรวจ Hb typing เป็น Normal Hb Typing, not rule out
alpha-thalassemia ในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

The Efficiency of MCH Level for Differentiation between Normal and Alpha
Thalassemia Trait from the Sample Group with Normal Hb Typing,
Not Rule out Alpha-thalassemia Results in Sawanpracharak Hospital.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received : June 25, 2025

Revised : July 22, 2025

Accepted : Aug. 15, 2025

Published : Aug. 30, 2025

นเรศ พูลอนันต์

กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก รพ.สวรรค์ประชารักษ์ จ.นครสวรรค์

Nares Poonanan

Medical Technology and Clinical Pathology Department, Sawanpracharak Hospital, Nakhon Sawan, Thailand

บทคัดย่อ

อัลฟาธาลัสซีเมียเป็นภาวะโลหิตจางที่สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรม เกิดจากความผิดปกติของยีนในการสังเคราะห์ฮีโมโกลบินสร้างสายอัลฟาโกลบินได้ลดลง ส่งผลให้การสร้างเม็ดเลือดแดงไม่มีประสิทธิภาพและถูกทำลายจนเกิดภาวะโลหิตจาง การตรวจ Hb Typing เพื่อหาความเสี่ยงพบว่ามีข้อจำกัดของเครื่องมือที่ไม่สามารถตรวจแยกคนปกติออกจากอัลฟาธาลัสซีเมียในรายที่เป็น A2A และมีขนาดของเม็ดเลือดแดงตัวเล็ก จึงรายงาน Normal Hb Typing, not rule out alpha-thalassemia เพื่อให้ส่งตรวจยืนยันทางอณูชีววิทยาต่อ บางรายผลตรวจยืนยันไม่มีภาวะพาหะ ทำให้สิ้นเปลืองงบประมาณ เพิ่มระยะเวลารอคอยผล เพื่อประเมินความสามารถของค่าเฉลี่ยฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง (Mean Corpuscular Hemoglobin: MCH) ในการจำแนกคนปกติออกจากกลุ่มที่มีผลตรวจ Hb Typing ปกติแต่ยังไม่สามารถตัดโอกาสการเป็นพาหะของโรคอัลฟาธาลัสซีเมีย เพื่อช่วยลดการส่งตรวจยืนยันทางอณูชีววิทยาที่ไม่จำเป็น ศึกษาข้อมูลย้อนหลัง โดยรวบรวมค่า RBC parameters ของคนที่มีผลตรวจ Hb Typing เป็น A2A Normal Hb typing, Not rule out alpha-thalassemia และส่งตรวจยืนยันทางอณูชีววิทยาตั้งแต่กันยายน 2566 ถึง ตุลาคม 2567 จำนวน 137 ราย

ค่าเฉลี่ยฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง ≥ 22.2 pg สามารถใช้เป็นเกณฑ์คัดกรองเพื่อแยกบุคคลปกติออกจากกลุ่มที่มีผล Hb Typing แบบไม่สามารถตัดพาหะอัลฟาธาลัสซีเมียออกได้ โดยมีค่าความไว 98.1% ความจำเพาะ 96.4% ค่าทำนายผลบวก 94.6% ค่าทำนายผลลบ 98.8% และประสิทธิภาพรวม 97.1% ค่า MCH ≥ 22.2 pg สามารถจำแนกคนปกติออกมาจากกลุ่ม Normal Hb Typing, not rule out alpha-thalassemia ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางการคัดกรองเบื้องต้นในโรงพยาบาลทั่วไปที่ไม่มีเครื่องมือทางอณูชีววิทยา

คำสำคัญ: ฮีโมโกลบิน, ค่าเฉลี่ยของอนุภาค, ธาลัสซีเมีย, อัลฟา, การวินิจฉัย, ดัชนีเม็ดเลือดแดง

Corresponding author: นเรศ พูลอนันต์ Email: kanava@hotmail.com

Abstract

Alpha-thalassemia is an inherited hemoglobin disorder characterized by reduced synthesis of alpha-globin chains, leading to ineffective erythropoiesis and anemia. Hb typing is routinely used to screen at-risk couples. However, standard Hb typing may not distinguish normal individuals from alpha-thalassemia traits, especially in cases with A2A pattern and microcytosis. These are often reported as “normal Hb typing, cannot rule out alpha-thalassemia,” requiring further confirmation by molecular testing, which may lead to unnecessary costs and delays when results are eventually normal. To evaluate the diagnostic performance of mean corpuscular hemoglobin (MCH) level in distinguishing normal individuals from those with inconclusive Hb typing results. It could decrease the unnecessary confirmation by molecular testing. A retrospective study was conducted at a regional referral hospital in Thailand between September 2023 and October 2024. The medical records of 137 pregnant women and their partners with A2A hemoglobin typing results and inconclusive alpha-thalassemia carrier status were reviewed.

MCH $\geq$ 22.2 pg showed 98.1% sensitivity, 96.4% specificity, 94.6% positive predictive value, 98.8% negative predictive value, and an overall diagnostic accuracy of 97.1% in identifying non-carriers. MCH $\geq$ 22.2 pg may serve as an effective tool for excluding normal individuals from patients with inconclusive Hb typing results.

Keywords: Hemoglobin, Mean Corpuscular, Thalassemia, Alpha, Diagnosis, Erythrocyte Indices

Corresponding author: Nares Poonanan E-mail: kanava@hotmail.com

บทนำ

อัลฟาธาลัสซีเมีย (Alpha-thalassemia) เป็นโรคโลหิตจางที่เกิดจากความผิดปกติของยีนที่ควบคุมการสร้างสายอัลฟาโกลบิน (alpha-globin chain) ซึ่งเป็นส่วนประกอบสำคัญของฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง ความผิดปกตินี้ทำให้เกิดการสร้างเม็ดเลือดแดงที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Kuwatjanukul, 2024) เนื่องจากมีโครงสร้างผิดปกติและแตกง่าย นำไปสู่ภาวะโลหิตจาง (Iam-arunthai et al., 2024) อัลฟาและเบต้าธาลัสซีเมียเป็นชนิดที่พบบ่อยในประเทศไทย (Department of Medical Science, 2024) ทำให้กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้มีการควบคุมและป้องกันการเกิดทารกสายใหม่ที่เป็นธาลัสซีเมีย ชนิดรุนแรง 3 ประเภท ได้แก่ Homozygous alpha-thalassemia, Homozygous beta-thalassemia และ Beta-thalassemia/HbE (Leckngam, 2023) จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขพบความชุกโรคธาลัสซีเมียประมาณ 600,000 รายหรือร้อยละ 1 ของประชากร ผู้ป่วยชนิดที่มีอาการโลหิตจางรุนแรงต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิต ส่วนการรักษาให้หายขาดยังมีข้อจำกัดเฉพาะการปลูกถ่ายไขกระดูกเท่านั้น จึงเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข เศรษฐกิจและสังคม (Paiboonsukwong et al., 2022)

การป้องกันการเกิดโรคชนิดรุนแรงในการจำแนกต้องอาศัยการตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ และคู่สมรส โดยการพิจารณาค่าขนาดเม็ดเลือดแดงเฉลี่ย (MCV) ร่วมกับผลการตรวจฮีโมโกลบิน อี (Hb E screening) สำหรับหญิงตั้งครรภ์และสามีที่มีผลการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเป็นบวก จะดำเนินการตรวจแยกชนิดฮีโมโกลบิน (Hb typing) ต่อไป ผู้ที่มีผล Hb Typing เป็น A2A และค่า MCV < 80 fl มักจะถูกรายงานว่าเป็น Normal Hb Typing, not rule out alpha-thalassemia ซึ่งหมายถึงไม่สามารถแยกภาวะพาหะอัลฟาธาลัสซีเมียออกจากคนปกติได้ด้วยวิธี Hb Typing เพียงอย่างเดียว (Thiamkaew and Piyamongkol, 2024) ต้องส่งตรวจยืนยันทางอณูชีววิทยาภายนอกโรงพยาบาล บางรายผลการตรวจยืนยันพบว่าไม่มีภาวะพาหะ ทำให้สิ้นเปลืองงบประมาณ เพิ่มค่าใช้จ่ายและระยะเวลารอผล เนื่องจาก กระบวนการนี้ใช้ระยะเวลานานถึง 30 วัน ซึ่งก่อให้เกิดความล่าช้า โดยเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์อาจเพิ่มขึ้นจนเกินเกณฑ์ที่เหมาะสมสำหรับการพิจารณาทางเลือกในการตั้งครรภ์หากพบความเสี่ยงสูง

จากปัญหาดังกล่าวจึงมีการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษาเบื้องต้น พบว่าการศึกษาค่าดัชนีเม็ดเลือด เช่น Mean Corpuscular Hemoglobin (MCH) มีแนวโน้มที่จะเป็นตัวบ่งชี้ที่มีศักยภาพในการช่วยจำแนกกลุ่มที่มีผลการตรวจ Hb typing ปกติออกจากกลุ่มที่สงสัยพาหะอัลฟาธาลัสซีเมีย แต่ยังไม่สามารถยืนยันสถานะพาหะได้ (Zheng, L et al., 2022) หากสามารถใช้ MCH เป็นเกณฑ์เบื้องต้น จะช่วยลดจำนวนการส่งตรวจยืนยันทางอณูชีววิทยาที่ไม่จำเป็นได้

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความสามารถของค่า MCH ในการจำแนกคนปกติจากกลุ่มที่มีผลตรวจ Hb Typing ปกติแต่ไม่สามารถตัดโอกาสอัลฟาธาลัสซีเมียได้ ณ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เพื่อสนับสนุนแนวทางการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพและประหยัดมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินความสามารถของค่าเฉลี่ยฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง ในการจำแนกบุคคลที่มีภาวะปกติ ออกจากกลุ่มที่มีผลตรวจ Hb Typing ปกติแต่ยังไม่สามารถตัดโอกาสการเป็นพาหะของโรคอัลฟาธาลัสซีเมียได้ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรส ณ แผนกสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

ระเบียบวิธีวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective data) ของหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรส ที่มาฝากครรภ์ ณ แผนกสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ มีจำนวน 137 ราย แบ่งเป็นตัวอย่างของกลุ่มยืนยันผลว่าปกติ 84 ราย และตัวอย่างของกลุ่มยืนยันว่าเป็นพาหะ 53 ราย โดยจำนวนตัวอย่างทั้งหมดคิดมาจากผู้มารับบริการตรวจพาหะอัลฟาธาลัสซีเมียที่มีผลตรวจ Hb Typing เป็น A2A Normal Hb Typing, not rule out α -thalassemia ณ. กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อปีประมาณ 160 ราย กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์ของ Yamane จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อปีถูกนำมาใช้ในการประมาณการขนาดประชากรเพื่อคำนวณขนาดตัวอย่างที่เหมาะสม งานวิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 137 ราย ซึ่งเกินกว่าจำนวนขั้นต่ำที่คำนวณได้ (114 ราย)

ระยะเวลาการศึกษา: กันยายน 2566 – ตุลาคม 2567

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผลการตรวจ Hb Typing เป็น A2A(Normal Hb Typing) แต่ระบุ “not rule out alpha-thalassemia”
2. ได้รับการตรวจยืนยันสถานะพาหะอัลฟาธาลัสซีเมียด้วยวิธีทางอณูชีววิทยา(Molecular diagnostic)
3. มีค่าพารามิเตอร์ RBC ครบถ้วน ได้แก่ MCV, MCH, MCHC, RDW, Hb, Hct, RBC

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. หญิงตั้งครรภ์หรือคู่สามี มีอายุ ≥ 18 ปี
2. ผลตรวจ Hb Typing ตามเงื่อนไขข้างต้น
3. ส่งตรวจยืนยัน alpha-thalassemia ทางอณูชีววิทยา
4. มีข้อมูลพารามิเตอร์เม็ดเลือดแดงครบสมบูรณ์

เกณฑ์การยกเว้น (Exclusion Criteria)

1. ผู้ที่มีโรคโลหิตจางอย่างอื่นหรือพาหะฮีโมโกลบินผิดปกติชนิดอื่น เช่น β -thalassemia trait, HbE carrier
2. ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการไม่ครบถ้วน หรือสูญหาย
3. มีประวัติได้รับเลือดภายใน 3 เดือนก่อนการตรวจ
4. โรคประจำตัวที่อาจส่งผลต่อค่าพารามิเตอร์ MCH เช่น ภาวะขาดธาตุเหล็กรุนแรง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูล(Data Extraction Form) : ใช้ในการรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐาน เช่น อายุ เพศ ผลการตรวจ Hb Typing, ค่าพารามิเตอร์ของเม็ดเลือดแดง ได้แก่ Hb, Hct, RBC count, MCV, MCH, MCHC, RDW และผลการตรวจยืนยันทางอณูชีววิทยา

เครื่องตรวจวิเคราะห์โลหิตวิทยาอัตโนมัติ(Automated Hematology Analyzer) :ใช้เครื่องตรวจวิเคราะห์เม็ดเลือดอัตโนมัติ Mindray CAL6000 ตรวจหาค่าดัชนีของเม็ดเลือดแดง ซึ่งพารามิเตอร์ของเม็ดเลือดแดงที่นำมาใช้คือ Hb, Hct, RBC count, MCV, MCH, MCHC และ RDW

เครื่องมือสำหรับตรวจแยกชนิดฮีโมโกลบิน (Hb Typing) : ใช้เครื่องตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติ BIO-Rad variant II ซึ่งใช้เทคนิค HPLC และเครื่องตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติ Sebia capillary electrophoresis ซึ่งใช้เทคนิค capillary electrophoresis ในการตรวจหาปริมาณและชนิดของ

ฮีโมโกลบินในเลือด ซึ่งจะได้เปอร์เซ็นต์ฮีโมโกลบินแต่ละชนิดออกมาแล้วนำไปแปลผลการตรวจวิเคราะห์

ผลการตรวจทางอณูชีววิทยา(Molecular Diagnostics) : ใช้ยืนยันสถานะพาหะอัลฟาธาลัสซีเมีย เช่น PCR for alpha-thalassemia -1 ชนิด SEA and Thai deletion

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องตรวจวิเคราะห์เม็ดเลือดอัตโนมัติ Mindray CAL6000 ทำการควบคุมคุณภาพภายในด้วยสารควบคุมคุณภาพจำนวน 3 ระดับ คือสารควบคุมคุณภาพระดับต่ำ ระดับปกติ และระดับสูง ให้ผลอยู่ในช่วงที่ยอมรับได้ทั้งหมด ซึ่งมีการควบคุมคุณภาพ 2 รอบต่อวัน โดยทำในช่วงเช้าและช่วงเย็น และมีการควบคุมคุณภาพโดยองค์กรภายนอก (External Quality Assessment Scheme: EQAS) จากมหาวิทยาลัยมหิดล ความถี่ 4 ครั้งต่อปี

2. เครื่องตรวจแยกชนิดฮีโมโกลบิน (Hb Typing) รุ่น BIO-Rad variant II ซึ่งใช้เทคนิค HPLC และเครื่องตรวจวิเคราะห์รุ่น Sebia capillary electrophoresis ซึ่งใช้เทคนิค capillary electrophoresis ทำการควบคุมคุณภาพภายในด้วยสารควบคุมคุณภาพจำนวน 2 ระดับ คือสารควบคุมคุณภาพระดับปกติ และระดับสูง ให้ผลอยู่ในช่วงที่ยอมรับได้ทั้งหมด ซึ่งมีการควบคุมคุณภาพทุกครั้งที่เปิดเครื่อง และมีการควบคุมคุณภาพโดยองค์กรภายนอก (External Quality Assessment Scheme: EQAS) จากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และมหาวิทยาลัยขอนแก่น ความถี่ 3 ครั้งต่อปี

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป(Descriptive Statistics) :

ใช้แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลประชากรและค่าพารามิเตอร์ของเม็ดเลือดด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS Version 25 เปรียบเทียบความแตกต่างของพารามิเตอร์ต่าง ๆ ของเม็ดเลือดแดงทั้งสองกลุ่มด้วยสถิติ Independent t-test ที่ระดับความเชื่อมั่นทางสถิติ P-value < 0.05

การประเมินความสามารถในการจำแนกของค่า MCH :

วิเคราะห์โดยใช้ ROC Curve(Receiver Operating Characteristic Curve)จากโปรแกรม MedCalc เพื่อหาค่าตัด(Cut-off point) ที่เหมาะสม

- พิจารณาค่า AUC(Area Under the Curve) ที่เข้าใกล้ 1 มากที่สุด เพื่อประเมินความแม่นยำของ MCH
- หาค่า cut-off ที่ให้ Sensitivity, Specificity, PPV, NPV และ Accuracy สูงสุด

จริยธรรมวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เอกสารรับรองเลขที่ COE.No. 19/2568 เมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาประกอบด้วยคู่สามีภรรยาที่มาฝากครรภ์และได้รับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมีย ณ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ระหว่างเดือนกันยายน 2566 ถึงตุลาคม 2567 โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวนทั้งสิ้น 137 ราย ซึ่งแบ่งเป็นหญิงตั้งครรภ์ 98 ราย และคู่สมรส (สามี) 39 ราย กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 21-48 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย (Mean $\pm$ SD) เท่ากับ 35.7 ± 16.9 แยกเป็นกลุ่มยืนยันผลว่าปกติ 84 ราย และกลุ่มยืนยันผลว่าเป็นพาหะ 53 ราย ผลการศึกษาพบว่าพารามิเตอร์

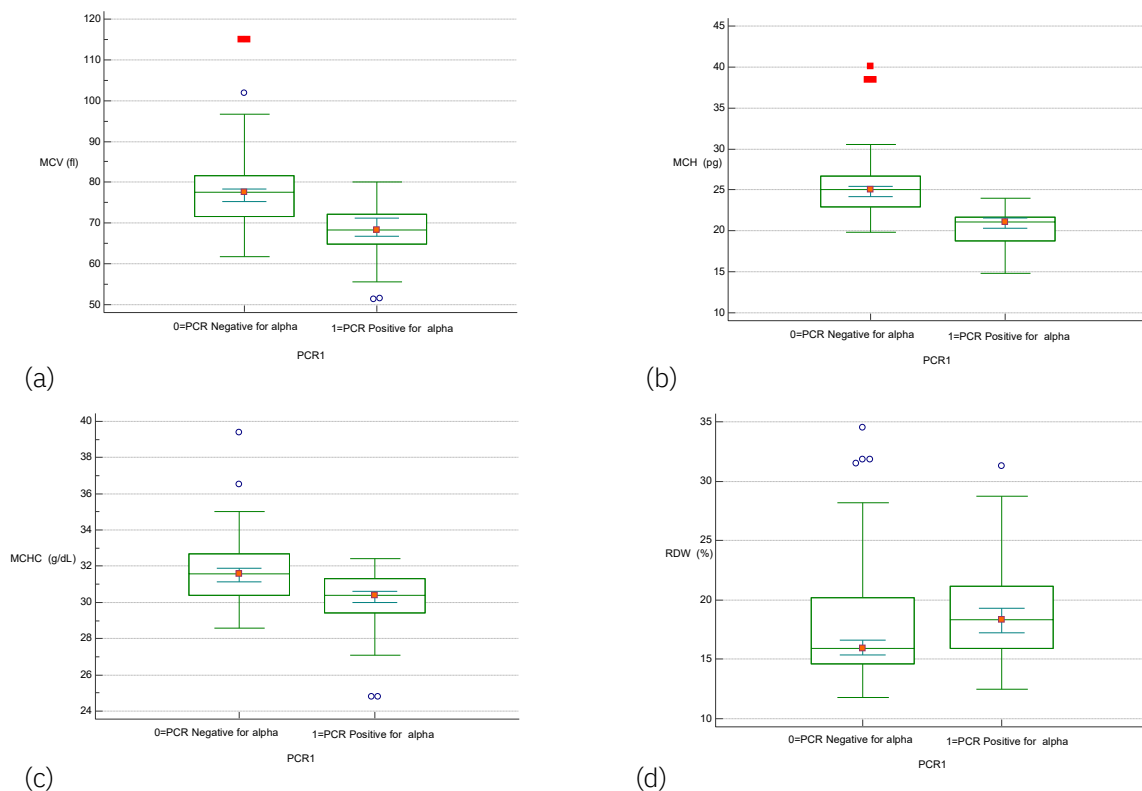
ของเม็ดเลือดแดงทั้งหมด 4 พารามิเตอร์ ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรส มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติทุกตัว ($P\text{-value} > 0.05$) (ตารางที่ 1) ส่วนในกลุ่มยืนยันผลว่าปกติและกลุ่มยืนยันผลว่าเป็นพาหะ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกตัว ($P\text{-value} < 0.05$) (ภาพที่ 1 และตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 Comparison of RBC parameters in pregnant women and their partners with A2A hemoglobin Typing results and inconclusive alpha-thalassemia carrier.

Group	Mean $\pm$ SD			
	MCV (fl)	MCH (pg)	MCHC (g/dL)	RDW (%)
Pregnant Women	69.8 $\pm$ 8.9	21.8 $\pm$ 3.3	31.2 $\pm$ 2.3	18.4 $\pm$ 10.3
Her partners (men)	70.7 $\pm$ 7.4	22.1 $\pm$ 3.0	31.5 $\pm$ 2.2	16.4 $\pm$ 3.9
<i>P-value</i>	0.21	0.59	0.26	0.13

ตารางที่ 2 Comparison of RBC parameters in the Negative for PCR group and Positive for PCR group

Group	Mean $\pm$ SD			
	MCV (fl)	MCH (pg)	MCHC (g/dL)	RDW (%)
Group of A2A Typing and Negative for PCR α -thal-1	77.9 $\pm$ 9.7	25.4 $\pm$ 3.5	31.6 $\pm$ 1.9	17.9 $\pm$ 5.0
Group of A2A Typing and Positive for PCR α -thal-1	68.5 $\pm$ 7.3	20.3 $\pm$ 2.0	30.1 $\pm$ 1.6	19.1 $\pm$ 4.2
<i>P-value</i>	< 0.01	< 0.01	< 0.01	< 0.01



ภาพที่ 1 Box plots of MCV(a), MCH(b), MCHC(c) และ RDW(d) in the study group and Comparison Group.

เมื่อนำค่าพารามิเตอร์ของเม็ดเลือดแดงในกลุ่มยืนยันผลว่าปกติเทียบกับกลุ่มยืนยันผลว่าเป็นพาหะ เพื่อหาจุดจำแนกของคนปกติจาก Normal Typing not rule out alpha-thalassemia ด้วย ROC curve พบว่าค่าพารามิเตอร์ของเม็ดเลือดแดงให้ผลการวิเคราะห์ความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) แตกต่างกัน พื้นที่ใต้กราฟ ROC แตกต่างกัน โดยพิจารณาเลือกค่าจุดจำแนก (cut-off) จะพิจารณาจากพื้นที่ใต้กราฟ ROC ซึ่งแสดงในค่า AUC ถ้ามีค่าเข้าใกล้ 1 มากที่สุดจะเป็นค่าที่ดีที่สุด (Sarakarn and Mumpolsri, 2021) โดยพบว่าค่าพารามิเตอร์ของเม็ดเลือดแดง Mean Corpuscular Hemoglobin (MCH) ที่ค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 22.2 pg ให้ค่า sensitivity ที่ร้อยละ 98.1 และให้ค่า specificity ที่ร้อยละ 96.4 จึงเป็นค่า cut-off ของพารามิเตอร์ของเม็ดเลือดแดงที่ใช้จำแนกคนปกติออกจากกลุ่มคนที่มีผล Hb Typing ปกติแต่ไม่สามารถตัดโอกาสอัลฟาธาลัสซีเมียได้ (ตารางที่ 3 และตารางที่ 4) และค่า ROC curve จะพบว่าเข้าใกล้ 1 มากที่สุด

ตารางที่ 3 Sensitivity and specificity of RBC parameters cut-off values for differentiation of normal from Normal Hb Typing, not rule out α -thalassemia from a pregnant woman and husband.

RBC parameters (unit)	Cut off	Sensitivity (%)	Specificity (%)	AUC	95%CI
MCV (fl)	≥ 71.9	75.5	70.2	0.789	0.711-0.854
MCH (pg)	≥ 22.2	98.1	96.4	0.975	0.932-0.994
MCHC (g/dL)	≥ 31.4	88.7	57.1	0.738	0.657-0.810
RDW (%)	< 14.9	94.3	36.9	0.640	0.554-0.721

ตารางที่ 4 The presentation of MCH for diagnostic exam results is often in 2x2 tables.

	Disease Present	Disease Not Present
Test Result Positive	52 (TP)	3 (FP)
Test Result Negative	1 (FN)	81 (TN)

% sensitivity = $[TP / (TP + FN)] \times 100 = [52 / (52+1)] \times 100 = 98.1 \%$

% specificity = $[TN / (TN + FP)] \times 100 = [81 / (81+3)] \times 100 = 96.4 \%$

% Predictive Value of a Positive Result (PPV) = $[TP / (TP+FP)] \times 100 = [52/(52+3)] \times 100 = 94.6 \%$

% Predictive Value of a Negative Result (NPV) = $[TN/(FN+ TN)] \times 100 = [81/(1+81)] \times 100 = 98.8 \%$

% Efficiency of Result (Accuracy) = $[(TP+TN)/(TP+TN+FP+FN)] \times 100 = [52+81/(52+81+3+1)] \times 100 = 97.1 \%$

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์และสามี ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล สวรรค์ประชารักษ์ พบว่าค่าเฉลี่ยฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง (MCH) ≥ 22.2 pg สามารถใช้เป็นเกณฑ์คัดกรอง เพื่อแยกบุคคลปกติออกจากกลุ่มที่มีผล Hb Typing แบบไม่สามารถตัดพาหะอัลฟาธาลัสซีเมีย ออกได้ โดยมีค่าความไวและความจำเพาะที่ร้อยละ 98.1 และ 96.4 ตามลำดับ ซึ่งงานวิจัยนี้ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ไม่เป็นโรคโลหิตจางหรือพาหะฮีโมโกลบินผิดปกติชนิดอื่น เช่น β - thalassemia trait, Hb E carrier ไม่มีประวัติรับเลือดภายใน 3 เดือน ตามเกณฑ์การยกเว้นที่ระบุไว้ในระเบียบการวิจัยเพื่อเป็นการควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจส่งผลต่อค่า RBC indices ของพาหะอัลฟาธาลัสซี

เมื่อนำมาศึกษา ปัจจุบันมีการศึกษาวิจัยหาวิธีการคัดกรองพาหะของโรคธาลัสซีเมียหลากหลายวิธี เช่น งานวิจัยของสุพรรณ ปาโต๊ะ และคณะ (Pata et al., 2019) ใช้สตริปอิมมูโนโครมาโตกราฟี ในการคัดกรองพาหะอัลฟาธาลัสซีเมีย โดยมีความไวและความจำเพาะร้อยละ 100 และ 65.2 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามวิธีการดังกล่าวยังไม่เป็นวิธีที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย เนื่องจากมีต้นทุนเพิ่มขึ้น ซึ่งต่างจากงานวิจัยในครั้งนี้ที่ศึกษาจากข้อมูลพารามิเตอร์ของเม็ดเลือดในการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดที่เป็นข้อมูลพื้นฐานอยู่แล้ว ไม่มีค่าใช้จ่ายหรือการใช้เครื่องมือพิเศษอย่างอื่นเพิ่มเติม ซึ่งคล้ายกับงานวิจัยของ Raghda Hameed Jasim และ Rasha Hussain Aouda (Jasim and Aouda, 2025) ที่ใช้ค่า RBC Indices ที่มีอยู่ในข้อมูลพื้นฐานร่วมกับค่า Mentzer Index ในการจำแนกพาหะเบต้าธาลัสซีเมียกับคนที่ เป็นโลหิตจางชนิด Iron deficiency โดยมีความไวและความจำเพาะร้อยละ 95.6 และ 72.7 ตามลำดับ และงานวิจัยของเบญชญา พานทองและคณะ (Phanthong, 2025) ที่ใช้ค่า MCH 26 pg และค่า MCV 80 fl เป็นค่า cut-off ในการคัดกรองพาหะอัลฟาธาลัสซีเมีย โดยมีความไวร้อยละ 100 ทั้งคู่ และมีความจำเพาะร้อยละ 88.5 และ 86.8 ตามลำดับ แต่สามารถใช้คัดกรองได้เฉพาะในเพศชายเท่านั้น ซึ่งต่างจากงานวิจัยในครั้งนี้ที่สามารถนำค่า MCH ≥ 22.2 pg ใช้คัดกรองคนปกติออกจากกลุ่มที่สงสัยพาหะอัลฟาธาลัสซีเมียได้ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ข้อจำกัดของงานวิจัยนี้ยังขาดข้อมูลเกี่ยวกับอายุครรภ์หรือภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งอาจส่งผลต่อค่าเม็ดเลือดแดง หากได้ข้อมูลดังกล่าวเพิ่มเติม ผลการวิจัยจะสมบูรณ์ยิ่งขึ้น จากการติดตามการประยุกต์ใช้จริงในครั้งนี้ถือว่าการค้นพบที่มีประโยชน์มาก เนื่องจากในปัจจุบันค่า MCV ที่นำมาแทนการตรวจ OF test เป็นการคัดกรองคนเป็นพาหะเบต้าธาลัสซีเมียและอัลฟาธาลัสซีเมียส่วนหนึ่งแล้ว (Department of Medical Science, 2024) เมื่อผลเป็นบวก จะตรวจแยกชนิดของฮีโมโกลบินต่อด้วยเครื่องอัตโนมัติ ซึ่งเครื่องอัตโนมัติที่ใช้ตรวจแยกชนิดของฮีโมโกลบินในปัจจุบันมีความสามารถในการตรวจแยกชนิดของพาหะเบต้าธาลัสซีเมียได้ ส่วนพาหะอัลฟาธาลัสซีเมียยังมีข้อจำกัด จึงรายงานผลเป็น not rule out alpha-thalassemia ต่อท้ายในรายที่ไม่สามารถตัดพาหะอัลฟาธาลัสซีเมียออกได้ ต้องส่งตรวจทางอณูชีววิทยายืนยันพาหะอัลฟาธาลัสซีเมีย-1 ชนิด SEA และ THAI deletion หากใช้แนวทางการคัดกรองเบื้องต้นตามงานวิจัยนี้ สามารถรายงานผลได้ในโรงพยาบาลทั่วไปที่ไม่มีเครื่องมือทางอณูชีววิทยา ทำให้ลดการส่งตรวจยืนยันทางอณูชีววิทยาในรายที่ไม่จำเป็นได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

- 1) ใช้เป็นแนวทางในการแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับพาหะธาลัสซีเมียได้เร็วขึ้น แพทย์ทำการวินิจฉัยและรักษาคนไข้ได้ทันทั่วทั้งที่ ลดระยะเวลาการรอคอยผลการตรวจธาลัสซีเมียของหญิงตั้งครรภ์และสามีที่มาฝากครรภ์ได้
- 2) ใช้จำแนกคนปกติออกจากคนที่เป็นพาหะอัลฟาธาลัสซีเมียที่มีผลตรวจ Hb typing เป็น A2A Normal Hb Typing, not rule out alpha-thalassemia
- 3) ใช้เป็นแนวทางในการลดค่าใช้จ่ายจากการส่งตรวจยืนยันทางอณูชีววิทยาหาพาหะอัลฟาธาลัสซีเมีย-1 ชนิด SEA and THAI deletion จากห้องปฏิบัติการภายนอกได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ผลการศึกษาครั้งนี้ ได้จากการศึกษาประชากรในเขตบริการสุขภาพที่ 3 ซึ่งค่าความถูกต้องแม่นยำของค่าที่ใช้ในการจำแนก จะเหมาะสมสำหรับประชากรในกลุ่มนี้ หากได้มีโอกาสเก็บข้อมูลของประชากรทั้งประเทศ จะทำให้ได้ค่าที่ใช้จำแนกสองกลุ่มนี้ สามารถนำไปใช้กับประชากรของประเทศไทยได้

References

- Iam-arunthai, K., Suwanban, T., Thungthong, P., Chamnanchanunt, S., Fucharoen, S. (2024). Predicting factors of survival rates among alpha- and beta-thalassemia patients: a retrospective 10-year data analysis. *Front. Hematol.*3: 1339026.doi: 10.3389/frhem.2024.1339026
- Department of Medical Science. (2024). Laboratory Guide for the Diagnosis of Thalassemia and abnormal Hemoglobin (9thEd). Premier marketing solution. <https://online.fliphtml5.com/ccksq/yamx/#p=22> (in Thai)
- Jasim, R. H., & Aouda, R. H. (2025). Evaluation of RBC Indices and Significance of Mentzer Index for Differentiation Between Iron Deficiency Anemia and Beta Thalassemia Trait. *Al-Mustaqbal Journal of Pharmaceutical and Medical Sciences*, 3(1), 1.
- Kuwatjanukul, P., Waikaew, N., Kamchai, S. (2024). Study of service system model for patients with transfusion-dependent thalassemia for community hospitals in Udon Thani Province. *Thai journal of pediatrics*, 63(4), 70–84. <https://he04.tci-thaijo.org/index.php/TJP/article/view/2246> (in Thai)
- Leckngam, P. (2023). Thalassemia and Hemoglobinopathies in Thailand: A Systematic Review. *J Health Sci Altern Med*, 5(3), 104-13. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jhealth-scialternmed/article/view/262338/180838>
- Paiboonsukwong, K., Jopang, Y., Winichagoon, P., Fucharoen, S. (2022). Thalassemia in Thailand. *Hemoglobin J*, 46(1), 53–7. <https://doi.org/10.1080/03630269.2022.2025824>
- Pata, S., Laopajon, W., Pongpaiboon, M., Thongkum, W., Polpong, N., Munkongdee, T et al. (2019). Impact of the detection of ζ -globin chains and hemoglobin Bart's using immunochromatographic strip tests for α^0 -thalassemia (--SEA) differential diagnosis. *PloS one*, 14(10), e0223996. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223996>
- Phanthong, B., Charoenkwan, P., Kamlungkuea, T., Luewan, S., & Tongsong, T. (2025). Accuracy of Red Blood Cell Parameters in Predicting α^0 -Thalassemia Trait Among Non-Anemic Males. *Journal of clinical medicine*, 14(10), 3591. <https://doi.org/10.3390/jcm14103591>
- Sarakarn, P., Mulpolsri, P. (2021). Optimal Cut-off points for receiver operating characteristic (ROC) Curve analysis in developing tools of health innovations: Example using STATA. *J Thai Bull Pharm Sci*, 16(1), 93-108. <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/tbps/article/view/248029/171563>
- Thiamkaew, A., Piyamongkol, W. (2024). *Thalassemia Screening and Prenatal Diagnosis* [Unpublished manuscript]. Department of Obstetrics and Gynaecology, Chiang Mai University. <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/news/latest-news/52681>
- Zheng, L., Huang, H., Wu, X., Shen, Q., Chen, M., Wang, M., Su, L., & Xu, L. (2022). Erythrocyte Indices and Hemoglobin Analysis for α -Thalassemia Screening in an Area with High Carrying Rate. *Indian journal of hematology & blood transfusion* : an official journal of Indian Society of Hematology and Blood Transfusion, 38(2), 352–358. <https://doi.org/10.1007/s12288-021-01449-2>

ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับคุณค่าทางโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จากการใช้บริการส่งอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4 - 6 ในจังหวัดชลบุรี

Health Literacy in Nutritional Value and Food Consumption Behaviors toward Food Delivery Service among Senior High School Students in Chonburi Province

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received : Jan.10, 2025

Revised : July 30, 2025

Accepted : Aug. 15, 2025

Published : Aug. 30, 2025

ปรเมศวร์ สิงโตทอง, ณัฐธิชา แดงสวัสดิ์, เดชา วรณพาสกุล

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Paramet Singtothong, Natthicha Daengsawat, Decha Wunnaphakul

Sirindhorn College of Public Health, Chonburi,

Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับคุณค่าทางโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารจากการใช้บริการส่งอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4 - 6 โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในโรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวโกรก จำนวน 96 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามชนิดถามตอบด้วยตนเอง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ($r = 0.26$) ทักษะการเข้าถึงและตรวจสอบข้อมูลสุขภาพ ($r = 0.25$) ทักษะความสามารถในการโต้ตอบ ชักถามเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ($r = 0.29$) และทักษะการให้คำแนะนำ ($r = 0.33$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารจากการใช้บริการส่งอาหารโดยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05 ดังนั้น ควรมีการส่งเสริมและพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพผ่านการให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเข้าถึงง่าย พร้อมทั้งสนับสนุนให้ผู้บริโภคโดยเฉพาะในกลุ่มเด็กวัยเรียนมีทักษะในการตรวจสอบและตัดสินใจเลือกอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้บริโภคมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีขึ้นจากการใช้บริการส่งอาหาร ซึ่งจะช่วยลดผลกระทบเชิงลบต่อสุขภาพในระยะยาว

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, บริการส่งอาหาร

Corresponding Author: ปรเมศวร์ สิงโตทอง E-mail: demonix7642@gmail.com

Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to investigate the relationship between health literacy in nutritional value and food consumption behaviors toward food delivery service among senior high school students (Grades 10-12). The study sample consisted of 96 senior high school students from a school located in the service area of Ban Hua Krok Sub-district Health Promoting Hospital. Data were collected using a self-administered questionnaire. Statistics were used to analyse data, including descriptive statistics, such as percentage, mean, and standard deviation, along with inferential statistics, namely Pearson's correlation coefficient, with a statistical significance level set at 0.05.

The results showed that health literacy, including behavioral modification skills ($r = 0.26$), skills accessing and verifying health information skills ($r = 0.25$), ability to interact and inquire to verify accuracy skills ($r = 0.29$), and advisory skills ($r = 0.33$), were significantly correlated with food consumption behaviors from food delivery service at a significance level of < 0.05 .

Therefore, it is recommended to promote and develop health literacy through accurate and easily accessible information. It is also important to support consumers, especially students, in developing the skills to verify and make their own healthy food choices. This will lead to improved food consumption behaviors from food delivery service, which in turn will help reduce long-term negative health impacts.

Key words: Health Literacy, Food Consumption Behaviors, Food Delivery

Corresponding Author: Paramet Singtothong E-mail: demonix7642@gmail.com

บทนำ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา หรือ COVID-19 ในประเทศไทย ทำให้รัฐบาลต้องใช้มาตรการที่เข้มข้นเพื่อควบคุมการระบาดของไวรัสโคโรนา ซึ่งมาตรการต่าง ๆ ที่รัฐบาลกำหนดออกมาใช้นั้น นอกจากจะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของประชาชนแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อภาคธุรกิจและเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศไทยอีกด้วย ธุรกิจที่ได้รับผลกระทบหนัก คือ ธุรกิจร้านอาหาร ธุรกิจสายการบิน และธุรกิจโรงแรม อยู่ในภาวะที่ยากลำบาก โดยคาดว่าจำนวนผู้ประกอบการร้านอาหารที่ไม่สามารถชำระหนี้ได้จะเพิ่มขึ้นร้อยละ 39 จากช่วงก่อนมีการระบาด ซึ่งผลกระทบดังกล่าวทำให้ธุรกิจร้านอาหารต้องปรับตัวมาใช้วิธีการแบบบริการส่งอาหาร (Food Delivery) เพื่อพยุงยอดขายให้อยู่รอดได้ และในภายหลังสถานการณ์การระบาดของไวรัสโคโรนา ทำให้การส่งอาหารแบบบริการส่งอาหารได้รับความนิยมเป็นอย่างมาก (Manprasert, 2020)

การใช้บริการส่งอาหาร มีการเติบโตอย่างเห็นได้ชัด โดยธุรกิจบริการส่งอาหาร เป็นแนวคิดที่ใช้เทคโนโลยีในการสร้างแพลตฟอร์ม (Platform) โดยเข้ามาตอบโจทย์ในการส่งอาหารให้กับผู้บริโภคอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ร้านอาหารไม่ต้องจัดส่งอาหารด้วยตนเอง และผู้บริโภคได้รับความสะดวกสบาย เสียค่าใช้จ่ายต่ำกว่าการซื้อผ่านช่องทางเดิม โดยกระบวนการเริ่มจากผู้บริโภคส่งคำสั่งซื้อ ชำระเงิน ตลอดจนรับอาหาร ภายในเวลาที่กำหนด (Buntanapeerat, 2017) ปัจจัยสำคัญที่ผู้บริโภคตัดสินใจเลือกใช้บริการส่งอาหารคือ การรับรู้การใช้งานง่ายในประเด็นความคล่องตัวในการใช้งาน ความสะดวกสบายรวดเร็ว ช่องทางการชำระเงิน และภาพลักษณ์ ซึ่งการเลือกใช้บริการส่งอาหารนั้นเป็นการตัดสินใจของผู้บริโภค (Petpradubsook, 2020) เนื่องจากมีปัจจัยที่หลากหลายในการเลือกใช้บริการส่งอาหารที่ส่งผลให้ผู้บริโภคตัดสินใจในการเลือกใช้บริการ โดยการตัดสินใจนั้นจะเป็นกระบวนการในการเลือกที่จะกระทำการใดสิ่งหนึ่งจากทางเลือกต่าง ๆ ที่มีอยู่ ซึ่งผู้บริโภคมักจะตัดสินใจในทางเลือกต่าง ๆ ของสินค้าและบริการอยู่เสมอ โดยผู้บริโภคจะเลือกสินค้าหรือบริการตามข้อมูลและข้อจำกัดของสถานการณ์ การตัดสินใจจึงเป็นกระบวนการที่สำคัญและอยู่ภายในจิตใจของผู้บริโภค (Lowantha et al., 2021)

จากการศึกษาของ Kantar Worldpanel ในช่วงวันที่ 10 – 16 เมษายน พ.ศ. 2563 ซึ่งดำเนินการสำรวจกลุ่มตัวอย่างผู้บริโภคชาวไทย จำนวน 1,638 ราย ที่มีอายุระหว่าง 15 – 49 ปี และมีถิ่นที่อยู่ในเขตเมือง พบว่า พฤติกรรมการสั่งอาหารผ่านระบบจัดส่งอาหาร มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 38 เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงก่อนหน้า ซึ่งมีแนวโน้มบริโภคอาหารจานด่วน (Fast food) มากขึ้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงการปรับตัวของพฤติกรรมผู้บริโภคในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (Kantar Worldpanel, 2020) โดยอาหารจานด่วนยอดนิยม ได้แก่ พิซซ่า ไก่ทอด เป็นต้น ซึ่งอาหารจานด่วนที่ได้รับความนิยมจากการสั่งผ่านบริการส่งอาหาร แบ่งออกเป็น 1) อาหารประเภทกินอิ่ม (Full Meal Fast Food) โดยในหนึ่งชุดอาจประกอบไปด้วยอาหารประเภทแป้ง ได้แก่ ขนมปัง มันฝรั่งทอด ข้าวโพดแผ่น ส่วนเนื้อสัตว์ก็แปรรูปเป็นไส้กรอก แฮม เบคอน ไก่ย่าง ไก่ทอด ประดับด้วยแตงดอง ผักกาดหอม มะเขือเทศ มีทั้งชุดเล็กและชุดใหญ่ตามความต้องการของผู้บริโภค และ 2) อาหารประเภทกินขนม (Snack Fast Food) ถือเป็นอาหารว่างระหว่างมื้อ หรือเป็นอาหารหวาน เช่น ไอศกรีม ขนมเค้ก โดนัท กรอบเค็ม ข้าวเกรียบ ปอเปี๊ยะ ลูกชิ้นปิ้ง หรือขนมไทยอื่น ๆ อาหารประเภทนี้มักมีปริมาณไขมันอิ่มตัวมาก เกลือโซเดียมสูง มีเส้นใยอาหารต่ำ และจะจำหน่ายควบคู่กับน้ำอัดลม ซึ่งให้พลังงานที่ได้จากน้ำตาล การรับประทานอาหารประเภทนี้เป็นประจำ จึงอาจทำให้เกิดโรคอ้วน มีผลเสียต่อสุขภาพในระยะยาว มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคอ้วน โรคหัวใจ ไขมันอุดตันในเส้นเลือด ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน เป็นต้น แต่ในทางกลับกัน การบริโภคอาหารจานด่วนที่เป็นพวกเนื้อสัตว์หรือขนมปัง ฯลฯ หากเลือกรับประทานอย่างถูกต้องและถูกหลักโภชนาการ ก็สามารถทำให้ได้คุณค่าทางโภชนาการหรือสารอาหารได้ครบถ้วนตามปริมาณที่ร่างกายต้องการในแต่ละวันและพอเหมาะกับร่างกาย ซึ่งสารอาหารที่ร่างกายได้รับเช่น โปรตีน แร่ธาตุ และวิตามินบางชนิด

โดยทั้งนี้การตัดสินใจบริโภคขึ้นอยู่กับความรู้ ความเข้าใจของตัวผู้บริโภคเองด้วย (Food and Agriculture Organization of the United Nations and World Health Organization, 2024)

ในปัจจุบันกลุ่มคนที่มีการสั่งอาหารจานด่วน โดยการใช้บริการส่งอาหารมากที่สุดก็คือวัยรุ่น และเยาวชนที่มีอายุ 10 - 24 ปี หรือกลุ่มวัยรุ่นและนักศึกษา โดยวัยรุ่นส่วนมากเลือกตัดสินใจในการสั่งอาหารด้วยบริการส่งอาหาร เนื่องจากความสะดวกสบายในการสั่งอาหาร รวมถึงความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพโดยเป็นกระบวนการทางปัญญา และความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพตนเอง หากวัยรุ่นและเยาวชนขาดความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพจะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยไม่คำนึงถึงเวลา และพฤติกรรมการกินอาหารที่ไม่มีประโยชน์หรืออาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง เป็นต้น ซึ่งจะส่งผลเสียต่อสุขภาพในระยะยาว โดยจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ เช่น โรคอ้วน ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน เป็นต้น (Chachvarat et al., 2018)

สถานการณ์ปัญหาสุขภาพวัยรุ่นในจังหวัดชลบุรีพบว่า กลุ่มวัยรุ่นระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เนื่องจากในช่วงวัยรุ่นมีการเข้าถึงเทคโนโลยีที่ทันสมัยและมีความสามารถในการเลือกสั่งอาหารจานด่วนผ่านบริการจัดส่งอาหารได้อย่างอิสระ ซึ่งส่งผลให้เกิดการบริโภคอาหารที่มีรสหวาน มัน และเค็มในปริมาณที่เกินความจำเป็นของร่างกายในแต่ละวัน ซึ่งปัญหาดังกล่าวอาจนำไปสู่ภาวะทุพโภชนาการและโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการในระยะยาว (World Health Organization, 2006) ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงได้นำทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพแบบจำลอง V-shape ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบการเข้าถึง การเข้าใจ การตอบโต้ ชักถามและแลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ (Department of Health, 2020) รวมถึงทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ (Nutbeam, 2000) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ โดยคาดหวังว่าผลการศึกษจะสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญในการวางแผนพัฒนาแนวทางการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่นในจังหวัดชลบุรี เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการที่เกิดจากการบริโภคอาหารที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ และส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมตามหลักโภชนาการอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับคุณค่าทางโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารจากการใช้บริการส่งอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4 - 6 ในจังหวัดชลบุรี

ระเบียบการวิจัย

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) โดยดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ.2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้แก่ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4-6 ในโรงเรียนแห่งหนึ่งใน ตำบลหนองรี อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวนทั้งสิ้น 126 คน การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ทางคณะผู้วิจัยใช้สูตรเพื่อกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณได้จากสูตรเครซีและมอร์แกน (Srisa-ard, 2010)

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

*หมายเหตุ n = จำนวนตัวอย่างที่ต้องการ

N = จำนวนประชากรนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4-6 ในโรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านห้วยโกรก จำนวน 126 คน

e = ค่าคลาดเคลื่อนของการประมาณค่า

(ในที่นี้ข้อกำหนดค่าคลาดเคลื่อนของการประมาณร้อยละ 5)

χ^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% ($\chi^2=3.841$)

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร ($P = 0.5$)

ผลการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 96 คน ซึ่งคณะผู้วิจัยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดำเนินการโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ขั้นตอนแรกเป็นการเลือกสถานศึกษาแบบสำรวจครบถ้วน (Census) โดยเลือกโรงเรียนทุกแห่งในตำบลห้วยโกรกที่มีระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ขั้นตอนที่สองเป็นการคัดเลือกนักเรียนจากสถานศึกษาที่ได้รับการคัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็น (Non-probability sampling) ด้วยเทคนิคการสุ่มตัวอย่างตามความสะดวก (Convenience sampling) (Bhandari, 2021) โดยเลือกนักเรียนที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าสู่การศึกษา

ทางคณะผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบไม่ใช้ความน่าจะเป็น (Non-probability Sampling) โดยพิจารณาจากลักษณะของกลุ่มที่เลือกเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยโดยมีเกณฑ์ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าสู่การศึกษา (Inclusion Criteria)

- (1) นักเรียนได้รับการอนุญาตจากผู้ปกครองในการเข้าร่วมการวิจัย
- (2) นักเรียนมีความยินดีในการเข้าร่วมการวิจัย
- (3) นักเรียนมีประสบการณ์ใช้บริการส่งอาหารที่บ้านตนเองหรือที่โรงเรียน

เกณฑ์การคัดเลือกออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

- (1) นักเรียนแสดงความไม่สะดวกใจในการตอบแบบสอบถามหรือประสบปัญหาในการเข้าร่วมกิจกรรมวิจัย
- (2) นักเรียนต้องการออกจากการศึกษาระหว่างการทำวิจัย
- (3) นักเรียนไม่คืนแบบสอบถามในช่วงระยะเวลาที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถามวิจัยใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้กรอกข้อมูลด้วยตนเอง (Self-administer Questionnaire) ที่คณะผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้มาประยุกต์เพื่อนำมาสร้างแบบสอบถามโดยกำหนดโครงสร้างเนื้อหาให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับกรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4 – 6 เป็นแบบสอบถามข้อมูลเรื่องความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับคุณค่าทางโภชนาการ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารทางวิชาการ ตำราต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพตามแนวทาง V-Shape ของกรมอนามัย (Bureau of Dental Health, 2018) โดยประยุกต์เป็นแบบสอบถามงานวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วย 6 ตอน คือ 1) ความรู้ ความเข้าใจ 2) การเข้าถึงข้อมูล 3) การโต้ตอบ ชักถาม 4) ทักษะในการตัดสินใจ 5) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ 6) การให้คำแนะนำหรือบอกต่อ โดยตอนที่ 1 เป็นคำถามประเภทเลือกคำตอบ คือ ถูก – ผิด จำนวน 10 ข้อ โดยมีคำถามเชิงบวกจำนวน 6 ข้อ และมีคำถามเชิงลบจำนวน 4 ข้อ และตอนที่ 2 – 6 เป็นคำถามประเภทมาตรวัดประมาณค่า (Likert Scale) 4 ระดับ กรณีคำถามเชิงบวกให้คะแนนดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ (4 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (2 คะแนน) และไม่เคยปฏิบัติ (1 คะแนน) คำถามเชิงลบให้คะแนนกลับกัน

(1 – 4 คะแนน) และแบ่งกลุ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มวิจารณ์ญาณ (คะแนนเฉลี่ย 3.01 – 4.00) กลุ่มปฏิสัมพันธ์ (คะแนนเฉลี่ย 2.01 – 3.00) และกลุ่มพื้นฐาน (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.00)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้บริการสั่งอาหารและชนิดของอาหารที่สั่งผ่านบริการส่งอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4 – 6 ซึ่งทางผู้วิจัยได้ทำการสร้างเครื่องมือแบบสอบถามนี้จากการศึกษาตำรา เอกสารทางวิชาการและการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความถี่ของการใช้บริการสั่งอาหาร ชนิดของอาหารที่สั่งผ่านบริการส่งอาหาร และจำนวนความถี่ของการใช้บริการส่งอาหาร พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่สั่งจากการใช้บริการส่งอาหาร และนำมาประยุกต์เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการสั่งอาหารและชนิดของอาหารที่สั่งผ่านบริการส่งอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4 – 6 จำนวน 14 ข้อ โดยแบ่งเป็น 2 ตอน คือ 1) แบบสอบถามเกี่ยวกับชนิดของอาหารที่สั่งผ่านบริการส่งอาหารและความถี่ของการใช้บริการส่งอาหาร ซึ่งเป็นคำถามแบบหลายตัวเลือก และแบบเติมคำในช่องว่าง 2) แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่สั่งจากการใช้บริการส่งอาหาร เป็นคำถามประเภทมาตรวัดประมาณค่า (Likert Scale) 4 ระดับ โดยกรณีคำถามเชิงบวกให้คะแนน ดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ (4 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (2 คะแนน) และไม่เคยปฏิบัติ (1 คะแนน) คำถามเชิงลบให้คะแนนกลับกัน (1 – 4 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทั้งหมดปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษา และผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในแบบสอบถาม และปรับแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ พร้อมทั้งหาค่าดัชนีสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence: IOC) โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาระหว่าง 0.67 – 1.00

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability Test)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบค่าดัชนีสอดคล้องของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และปรับปรุงแก้ไขเป็นที่เรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยจำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) และค่า KR-20 (Kuder-Richardson 20) โดยแบบสอบถามฉบับนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับเท่ากับ 0.85 และมีค่า KR-20 ของส่วนที่วัดระดับความรู้ เท่ากับ 0.71

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรีแล้ว ทางคณะผู้วิจัยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ขั้นตอนก่อนการเก็บข้อมูล

1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวโกรก เพื่อขอความร่วมมือในการติดต่อประสานงานกับโรงเรียน ในการส่งหนังสือขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงเรียนในพื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวโกรก

2. เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงเรียนแล้ว ผู้วิจัยจึงเข้าพบครูประจำชั้นและนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 – 6 ในแต่ละห้องเพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยให้นักเรียนได้รับทราบ และแจกใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยให้นักเรียนเพื่อให้ผู้ปกครองของนักเรียนได้ลงนามยินยอมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

1. หลังจากนั้น คณะผู้วิจัยได้เข้าพบครูประจำชั้นและนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 – 6 แต่ละห้องเพื่อเก็บรวบรวมใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยและตรวจสอบความยินยอมของนักเรียนในการเป็นกลุ่มตัวอย่าง

2. ภายหลังจากการตรวจสอบว่านักเรียนคนใดยินยอมเป็นกลุ่มตัวอย่างแล้ว คณะผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงและแจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยกำหนดเวลาประมาณ 30 นาที

3. หลังจากกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว คณะผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน ถูกต้อง และสมบูรณ์

ขั้นตอนหลังการเก็บข้อมูล

ตรวจสอบแบบสอบถามที่มีข้อมูลครบถ้วน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์ค่าสถิติในโปรแกรมสำเร็จรูปต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับคุณค่าทางโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารจากการใช้บริการส่งอาหาร กับตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการใช้บริการส่งอาหารและชนิดของอาหารที่สั่งผ่านบริการส่งอาหาร โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product - moment correlation) ซึ่งเป็นสถิติที่ใช้สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล ในกรณีที่ตัวแปรมีการวัดด้วยมาตราวัดแบบช่วง (Interval Scale) และมาตราวัดแบบอัตราส่วน (Ratio Scale) (Hinkle et al., 2003) ซึ่งแบ่งการวัดระดับความสัมพันธ์เป็น 5 ระดับคือ มีความสัมพันธ์กันสูงมาก (0.91 – 1.00) ระดับสูง (0.71 – 0.90) ระดับปานกลาง (0.51 – 0.70) ระดับต่ำ (0.31 – 0.50) ระดับต่ำมาก (0.00 – 0.30)

จริยธรรมการวิจัย

คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี เลขที่ 2023/S08 เมื่อวันที่ 26 มกราคม พ.ศ. 2566 โดยการวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยที่มีความเสี่ยงที่กระทำต่อผู้ที่เข้าร่วมการวิจัยอยู่ในระดับต่ำ โดยคณะผู้วิจัยได้ทำการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยให้แก่กลุ่มตัวอย่างทราบ หลังจากนั้นขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย โดยการแจกใบยินยอมให้กลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างได้ลงนามยินยอม ทั้งนี้การวิจัยครั้งนี้ได้ให้อิสระแก่กลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยนั้นจะไม่ได้รับผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น ส่วนข้อมูลจากแบบสอบถามที่กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บไว้เป็นความลับที่สุด และหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัยข้อมูลจากแบบสอบถามจะถูกทำลาย โดยคณะผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และจะไม่นำเสนอโดยปรากฏชื่อของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยทั้งสิ้น

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 96 คน จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.80 มีอายุ 18 ปี ร้อยละ 35.40 โดยอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 16.94 ปี (S.D.= 0.94) น้ำหนักของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 41-50 กิโลกรัม ร้อยละ 46.90 โดยมีน้ำหนักเฉลี่ยเท่ากับ 53.79 กิโลกรัม (S.D.= 11.11) ส่วนสูงของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ

ตั้งแต่ 165 เซนติเมตรขึ้นไป ร้อยละ 42.70 โดยมีส่วนสูงเฉลี่ย เท่ากับ 162.39 เซนติเมตร (S.D.= 8.94) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 41.70

ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ (1) ทักษะการเข้าถึงและตรวจสอบข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับชนิดของอาหารที่ส่งผ่านบริการส่งอาหาร และการเข้าถึงข้อมูลอาหารหวาน มัน เค็ม ที่บอกถึงคุณค่าและผลเสียต่อสุขภาพ นักเรียนส่วนใหญ่อยู่ในระดับพื้นฐาน ร้อยละ 55.20 (2) ทักษะในการโต้ตอบ ชักถามเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของคุณค่าและผลเสียต่อสุขภาพในการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม นักเรียนส่วนใหญ่อยู่ในระดับพื้นฐาน ร้อยละ 57.30 (3) ทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแสดงพฤติกรรมในการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็มที่ไม่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ นักเรียนส่วนใหญ่มีอยู่ในระดับปฏิสัมพันธ์ ร้อยละ 56.30 และ (4) ทักษะการให้คำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมในการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็มไม่ส่งผลเสียต่อสุขภาพแก่บุคคลอื่น นักเรียนส่วนใหญ่อยู่ในระดับปฏิสัมพันธ์ ร้อยละ 44.8 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้านของกลุ่มตัวอย่าง (n = 96)

ตัวแปร	ระดับพื้นฐาน		ระดับปฏิสัมพันธ์		ระดับวิจารณ์ญาณ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ทักษะการเข้าถึงและตรวจสอบข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับชนิดของอาหารที่ส่งผ่านบริการ Food Delivery และการเข้าถึงข้อมูลอาหารหวาน มัน เค็ม ที่บอกถึงคุณค่าและผลเสียต่อสุขภาพ	53	55.20	35	36.50	8	8.30
ทักษะในการโต้ตอบ ชักถามเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของคุณค่าและผลเสียต่อสุขภาพในการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม	55	57.30	33	34.40	8	8.30
ทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแสดงพฤติกรรมในการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ที่ไม่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ	14	14.60	54	56.30	28	29.20
ทักษะการให้คำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมในการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็มที่ไม่ส่งผลเสียต่อสุขภาพแก่บุคคลอื่น	14	14.60	43	44.80	39	40.60

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับคุณค่าทางโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารจากการใช้บริการส่งอาหารกับพฤติกรรมการใช้บริการส่งอาหารและชนิดของอาหารที่ส่งผ่านบริการส่งอาหารโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่า ทักษะการให้คำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมในการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็มไม่ส่งผลเสียต่อสุขภาพแก่บุคคล

อื่น มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการใช้บริการสั่งอาหารและชนิดของอาหารที่สั่งผ่านบริการสั่งอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05 ($r = 0.33$, $P\text{-value} = 0.01$) ส่วนทักษะความสามารถในการโต้ตอบคำถามเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของคุณค่าและผลเสียต่อสุขภาพในการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ($r = 0.29$ $P\text{-value} = 0.004$) ทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแสดงพฤติกรรมในการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ที่ไม่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ ($r = 0.26$ $P\text{-value} = 0.01$) และทักษะการเข้าถึงและตรวจสอบข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับชนิดของอาหารที่สั่งผ่านบริการสั่งอาหารและการเข้าถึงข้อมูลอาหารหวาน มัน เค็ม ที่บอกถึงคุณค่าและผลเสียต่อสุขภาพ ($r = 0.25$ $P\text{-value} = 0.01$) มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการใช้บริการสั่งอาหารและชนิดของอาหารที่สั่งผ่านบริการสั่งอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05 ส่วนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเกี่ยวกับคุณค่าและผลเสียอันตรายของอาหารหวาน มัน เค็ม ($r = -0.16$, $P\text{-value} = 0.132$) และทักษะในการตัดสินใจที่จะนำไปสู่พฤติกรรมในการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม อย่างเหมาะสมและไม่เกิดผลเสียต่อสุขภาพ ($r = 0.16$, $P\text{-value} = 0.12$) พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการสั่งอาหารและชนิดของอาหารที่สั่งผ่านบริการสั่งอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับคุณค่าทางโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารจากการใช้บริการสั่งอาหาร กับพฤติกรรมการใช้บริการสั่งอาหารและชนิดของอาหารที่สั่งผ่านบริการสั่งอาหารของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 96$)

ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับคุณค่าทางโภชนาการ กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารจากการใช้บริการ สั่งอาหาร	พฤติกรรมการใช้บริการสั่งอาหารและ ชนิดของอาหารที่สั่งผ่านบริการสั่งอาหาร		
	r	P-value	ระดับความสัมพันธ์
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเกี่ยวกับคุณค่าและผลเสีย อันตรายของอาหารหวาน มัน เค็ม	-0.16	0.132	ไม่มีความสัมพันธ์
ทักษะการเข้าถึงและตรวจสอบข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับ ชนิดของอาหารที่สั่งผ่านบริการสั่งอาหารและการ เข้าถึงข้อมูลอาหารหวาน มัน เค็ม ที่บอกถึงคุณค่าและ ผลเสียต่อสุขภาพ	0.25	0.01*	มีความสัมพันธ์กัน ในระดับต่ำมาก
ทักษะความสามารถในการโต้ตอบ ชักถามเพื่อ ตรวจสอบความถูกต้องของคุณค่าและผลเสียต่อ สุขภาพในการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม	0.29	0.004*	มีความสัมพันธ์กัน ในระดับต่ำมาก
ทักษะในการตัดสินใจที่จะนำไปสู่พฤติกรรมในการ บริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม อย่างเหมาะสมและไม่ เกิดผลเสียต่อสุขภาพ	0.16	0.12	ไม่มีความสัมพันธ์
ทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแสดงพฤติกรรม ในการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ที่ไม่ส่งผลเสียต่อ สุขภาพ	0.26	0.01*	มีความสัมพันธ์กัน ในระดับต่ำมาก
ทักษะการให้คำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมในการ บริโภคอาหารหวาน มัน เค็มไม่ส่งผลเสียต่อสุขภาพแก่ บุคคลอื่น	0.33	0.001*	มีความสัมพันธ์กัน ในระดับต่ำ

* $P\text{-value} < 0.05$

อภิปรายผล

ระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับคุณค่าทางโภชนาการโดยอ้างอิงจากแบบจำลอง V-shape ของกรมอนามัย มี 6 องค์ประกอบที่ประยุกต์จากแนวคิดของนัทบีม (Nutbeam, 2000) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารจากการใช้บริการส่งอาหารของกลุ่มตัวอย่าง โดยตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ 1) ทักษะการเข้าถึงและตรวจสอบข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับชนิดของอาหารที่ส่งผ่านบริการส่งอาหารและการเข้าถึงข้อมูลอาหารหวาน มัน เค็มที่บอกถึงคุณค่าและผลเสียต่อสุขภาพ 2) ทักษะความสามารถในการโต้ตอบคำถามเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของคุณค่าและผลเสียต่อสุขภาพในการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม 3) ทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแสดงพฤติกรรมในการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็มที่ไม่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ และ 4) ทักษะการให้คำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมในการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็มไม่ส่งผลเสียต่อสุขภาพแก่บุคคลอื่น โดยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05 โดยอธิบายเป็นรายปัจจัยได้ดังต่อไปนี้

1. ความสามารถในการเข้าถึงและตรวจสอบข้อมูลสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่านักเรียนร้อยละ 55.2 มีระดับการเข้าถึงและตรวจสอบข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับอาหารผ่านบริการส่งอาหารอยู่ในระดับพื้นฐาน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดในทักษะการแสวงหาข้อมูลทางสุขภาพของกลุ่มวัยรุ่น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของนัทบีม (Nutbeam, 2000) ที่ระบุว่าความรู้สุขภาพในระดับพื้นฐานหมายถึงความสามารถในการอ่านและเข้าใจข้อมูลสุขภาพเบื้องต้นเท่านั้น แต่ยังขาดทักษะในการวิเคราะห์และประเมินคุณภาพของข้อมูลเมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยของรัตนกรณ์ สาธิทา และคณะ (Sasitha et al., 2022) ที่ศึกษานักศึกษาระดับปริญญาตรี พบว่าการเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร แต่ในการศึกษานี้กลับพบว่านักเรียนมีข้อจำกัดในด้านนี้อาจเนื่องจากความแตกต่างของกลุ่มประชากร โดยนักศึกษามหาวิทยาลัยมีประสบการณ์และทักษะในการค้นหาข้อมูลมากกว่านักเรียนระดับมัธยมศึกษาปัจจัยที่อาจส่งผลต่อข้อจำกัดนี้ได้แก่ การขาดการฝึกอบรมด้านความรู้ดิจิทัล (Digital Literacy) การไม่มีแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ และการขาดทักษะในการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลออนไลน์ นอกจากนี้ ในยุคดิจิทัลที่ข้อมูลมีมากมายแต่คุณภาพไม่เท่ากัน นักเรียนจึงต้องการทักษะในการแยกแยะข้อมูลที่ต้องการจากข้อมูลที่บิดเบือนหรือเป็นเท็จ

2. ความสามารถในการโต้ตอบและซักถามข้อมูลสุขภาพ ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่านักเรียนร้อยละ 57.3 มีความสามารถในการโต้ตอบและซักถามข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับพื้นฐาน ซึ่งหมายถึงการไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์เชิงลึกกับข้อมูลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ข้อค้นพบนี้แตกต่างจากการศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่และนักศึกษาที่มีทักษะการสื่อสารและการตั้งคำถามที่ดีกว่าตามแนวคิดของโซเรนเซนและคณะ (Sørensen et al., 2012) ซึ่งความสามารถในการโต้ตอบกับข้อมูลสุขภาพเป็นองค์ประกอบสำคัญของความรู้สุขภาพระดับสื่อสาร (Communicative Health Literacy) ที่ต้องการทักษะการคิดวิเคราะห์และการสื่อสารที่ซับซ้อนกว่าการอ่านและเข้าใจข้อมูลเพียงอย่างเดียว การที่นักเรียนไม่สามารถโต้ตอบและซักถามข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ อาจเกิดจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ระบบการศึกษาที่เน้นการท่องจำมากกว่าการคิดวิเคราะห์ การขาดความมั่นใจในการตั้งคำถาม วัฒนธรรมที่ไม่ส่งเสริมการตั้งคำถามต่อผู้ใหญ่หรือผู้เชี่ยวชาญ และการขาดแบบอย่างในการสื่อสารเชิงสุขภาพที่ดี

3. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผลการศึกษาในด้านนี้แตกต่างจากสองด้านก่อนหน้า โดยพบว่านักเรียนร้อยละ 56.3 มีความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอยู่ในระดับปฏิสัมพันธ์ ซึ่งหมายถึงความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผนได้ในระดับหนึ่ง ผลลัพธ์นี้แสดงให้เห็นว่าแม้นักเรียนจะมีข้อจำกัดในการเข้าถึงและประมวลผลข้อมูลสุขภาพ แต่เมื่อได้รับข้อมูลแล้วสามารถนำไปปรับใช้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ การค้นพบนี้สะท้อนให้เห็นถึงลักษณะเฉพาะของวัยรุ่นที่มีความยืดหยุ่นและสามารถปรับตัวได้รวดเร็ว ซึ่งแตกต่างจากผู้ใหญ่ที่อาจมีพฤติกรรมที่ฝังรากลึกและยากต่อการเปลี่ยนแปลง ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning

Theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1977) ที่พบว่าวัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะเรียนรู้และเลียนแบบพฤติกรรมใหม่ได้ง่ายกว่าวัยอื่นอย่างไรก็ตาม การที่นักเรียนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เพียง "บางครั้ง" แสดงให้เห็นถึงความไม่สม่ำเสมอในการปฏิบัติ ซึ่งอาจเกิดจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม เช่น อิทธิพลของเพื่อน การโฆษณา และความสะดวกสบายในการสั่งอาหารผ่านแอปพลิเคชัน

4. การให้คำแนะนำแก่บุคคลอื่น ผลการศึกษาพบว่านักเรียนร้อยละ 44.8 มีทักษะการให้คำแนะนำอยู่ในระดับปฏิสัมพันธ์ ซึ่งหมายถึงความสามารถในการสื่อสารและโน้มน้าวบุคคลอื่นได้ในบางครั้ง ผลลัพธ์นี้แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของนักเรียนในการเป็นตัวแทนส่งเสริมสุขภาพในหมู่เพื่อน เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่น ๆ พบว่าความสามารถในการให้คำแนะนำสุขภาพมักจะพัฒนาไปพร้อมกับ การเพิ่มขึ้นของอายุและประสบการณ์ การที่นักเรียนมีทักษะนี้อยู่ในระดับปฏิสัมพันธ์แล้ว ถือเป็นสิ่งที่น่าสนใจ เนื่องจากแสดงให้เห็นถึงการนำความรู้ที่มีอยู่มาประยุกต์ใช้ในการสื่อสารกับผู้อื่นตามแนวคิดของคิกเบิร์ช (Kickbusch, 2001) ซึ่งเกี่ยวกับความรอบรู้สุขภาพระดับวิกฤต (Critical Health Literacy) การสามารถวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพและนำไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพของชุมชนเป็นระดับสูงสุดของความรอบรู้สุขภาพ แม้ว่านักเรียนยังไม่ถึงระดับนี้ แต่การมีทักษะการให้คำแนะนำแสดงให้เห็นถึงศักยภาพในการพัฒนาต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. ควรเน้นการส่งเสริมให้นักเรียนมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการเลือกอาหารที่ดีต่อสุขภาพ เพื่อให้สามารถเป็นผู้แนะนำหรือให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่คนรอบข้างได้ เช่น จัดอบรมเชิงปฏิบัติการหรือสร้างสื่อดิจิทัลที่เข้าถึงง่าย
2. ควรส่งเสริมให้นักเรียนมีความกล้าที่จะตั้งคำถามและตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับอาหารที่สั่ง เช่น คุณค่าทางโภชนาการ ส่วนประกอบ หรือปริมาณแคลอรี ซึ่งอาจทำได้โดยการให้แพลตฟอร์มบริการสั่งอาหารแสดงข้อมูลเหล่านี้อย่างชัดเจน และมีช่องทางให้ผู้บริโภคสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ง่าย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรมีมาตรการที่ช่วยให้ผู้บริโภคสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่น่าเชื่อถือได้ง่ายขึ้น เช่น การสร้างฐานข้อมูลร้านอาหารเพื่อสุขภาพ การจัดทำป้ายสัญลักษณ์โภชนาการบนเมนูอาหาร หรือการร่วมมือกับผู้ให้บริการสั่งอาหารในการคัดเลือกร้านที่มีข้อมูลโภชนาการครบถ้วน
2. ควรมีการรณรงค์และให้ความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อช่วยให้ผู้บริโภคสามารถนำความรู้ที่ได้รับมาปฏิบัติจริงได้ เช่น การตั้งเป้าหมายการบริโภคอาหารที่ทำได้จริง การวางแผนการสั่งอาหารล่วงหน้า หรือการเลือกเมนูที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพจากตัวเลือกที่มีอยู่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ต่อยอดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่มีพฤติกรรมการสั่งอาหารที่ไม่มีประโยชน์ต่อร่างกาย หรืออาหารรสชาติหวาน มัน เค็ม ผ่านการใช้บริการสั่งอาหาร
2. ศึกษาในกลุ่มประชากรที่หลากหลาย เพื่อผลการศึกษาคouldสามารถนำไปใช้ หรืออธิบายในกลุ่มประชากรอื่นๆ ได้อย่างครอบคลุมยิ่งขึ้น เนื่องจากประชากรในการศึกษาคครั้งนี้เป็นเพียงประชากรกลุ่มเดียว
3. ศึกษาเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารจากการใช้บริการสั่งอาหารให้เหมาะสมต่อภาวะโภชนาการ

References

- Bandura, A. (1977). Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215.
- Bhandari, P. (2021, August 16). Multistage sampling : introductory guide & examples.
<https://www.scribbr.com/methodology/multistage-sampling/>
- Buntanapeerat, P. (2017). Factors affecting consumer choice of food delivery services in the Bangkok metropolitan area, Thailand [Unpublished master's thesis]. Thammasat University. (in Thai)
- Bureau of Dental Health. (2018). Health literate society. Bureau of Dental Health.
- Chachvarat, T., Phawong, W., & Nunta, S. (2018). Teenagers health behaviors. *Nursing Public Health and Education Journal*, 19(3), 107-120. (in Thai)
- Department of Health. (2020). Guidelines for developing health literate school: HLS. Department of Health. (in Thai)
- Food and Agriculture Organization of the United Nations and World Health Organization. (2024). What are healthy diets? World Health Organization and Food and Agriculture Organization of the United Nations.
- Hinkle, D. E., Wiersma, W., & Jurs, S. G. (2003). *Applied statistics for the behavioral sciences* (5th ed.). Houghton Mifflin.
- Kantar Worldpanel. (2020). COVID-19: Vietnam's consumer changes and retail movements.
<https://www.kantar.com/inspiration/coronavirus/covid-19-vietnam-consumer-changes-and-retail-movements/>
- Kickbusch, S. (2001). Health literacy: Addressing the health and education divide. *Health Promotion International*, 16(3), 289–297.
- Lowantha, P., Maneepun, P., Thechatakerng, P., & Srinaruewan, P. (2021, February 5). The consumer decision making on food delivery service in Chiang Mai [Paper presentation]. Business transition to the new normal, Chiang Mai. (in Thai)
- Manprasert, S. (2020). Coronavirus outbreak impact on Thai economy.
<https://www.krungsri.com/th/krungsri-the-coach/investments/investment-knowledge/economic-covid-impact> (in Thai)
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267.
- Petpradubsook, T. (2020). Factors influencing the behavior of using food ordering services via smartphone applications of consumers in Bangkok [Unpublished master's thesis]. Srinakharinwirot University.
- Sasitha, R., Ivanovitch, K., & Boonshuyar, C. (2022). Nutrition literacy and eating behavior of undergraduate students of faculty of public health, Thammasat University. *The Public Health Journal of Burapha University*, 17(1), 28-43. (in Thai)
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80–93.
- Srisa-ard, B. (2010). *Basic research* (8th ed.). Suweeriyasarn. (in Thai)
- World Health Organization. (2006). Adolescent nutrition: a review of the situation in selected South-East Asian countries. World Health Organization.

บทบาทของนักกายภาพบำบัดในการดูแลผู้สูงอายุและทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตากสินในสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์

Role of Physical Therapist Service for Elders Care and Working with Multidisciplinary Care Team in Geriatric Clinic at King Taksin Memorial Hospital in Complete Aged Society

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received : July 1, 2025

Revised : July 22, 2025

Accepted : Aug. 15, 2025

Published : Aug. 30, 2025

ศศิพร เกรียงเขียวชาญ¹, อัปสร จันทร์ขจร¹, เยาวนิจ ด่านวานิชกุล¹,

สุพิชชา วังรัตนกร¹, กรแก้ว แก้วพรรณนา²

¹กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลตากสิน สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

²กลุ่มงานเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตากสิน สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

Sasiporn Kriangchieocharn¹, Absorn Chankhachorn¹, Yaowanij Danwanichakul¹,

Supitcha Wangrattanakorn¹, Kornkaew Kaewpanna²

¹Department of Physical Medicine and Rehabilitation, King Taksin Memorial Hospital, Medical Service Department, Bangkok, Thailand

²Department of Geriatric Medicine, King Taksin Memorial Hospital, Medical Service Department, Bangkok, Thailand

บทคัดย่อ

ปัจจุบันประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ คลินิกผู้สูงอายุนับเป็นจุดเริ่มต้นในการพัฒนาการบริการดูแลรักษาผู้สูงอายุในโรงพยาบาล นักกายภาพบำบัดปฏิบัติงานที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตากสิน ดูแลผู้สูงอายุแบบตั้งรับการส่งปรึกษาเฉพาะราย ตรวจประเมินปัญหาทางกายภาพบำบัด ให้คำแนะนำและการรักษาอย่างง่าย ซึ่งไม่ครอบคลุมกับสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความซับซ้อนเกิดจากหลายพยาธิสภาพ ต้องดูแลแบบองค์รวมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี นักกายภาพบำบัดจึงได้พัฒนารูปแบบและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุม โดยดูแลผู้สูงอายุแบบเชิงรุก 2 ด้านทั้งการคัดกรอง/ ตรวจประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มและตรวจประเมินปัญหาทางกายภาพบำบัด ในรายที่ได้รับการคัดกรอง/ ตรวจประเมินความเสี่ยงภาวะหกล้ม จะมีการแจ้งผลการประเมิน ให้คำแนะนำและฝึกการทรงตัว ส่วนในรายที่มีปัญหาทางกายภาพบำบัด จะได้รับคำแนะนำปฏิบัติตัว รักษาอย่างง่ายที่คลินิกผู้สูงอายุและส่งต่อการรักษาในกรณีจำเป็น โดยนัดติดตามผลการรักษา ประชุมปัญหาผู้สูงอายุแยกตามกลุ่มอาการและเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ จึงได้จัดทำแนวทางการปฏิบัติงานบริการกายภาพบำบัดในการทำงานร่วมกับคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตากสิน เพื่อให้ นักกายภาพบำบัดดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นมาตรฐานเดียวกัน ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและปลอดภัยตามมาตรฐานวิชาชีพกายภาพบำบัด ทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพได้สิ้นไหลคล่องตัว จัดทำและเผยแพร่หนังสือและหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่อง คู่มือออกกำลังกาย “รู้ทันกาย ก่อนวัยสูง...สูงวัย” เพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้สนใจได้รับความรู้การออกกำลังกายที่มีรูปภาพชัดเจน คำอธิบายที่ละเอียดและนำไปปฏิบัติตามได้ง่าย บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุซึ่งประยุกต์จากการนำความรู้และประสบการณ์ที่นักกายภาพบำบัดปฏิบัติงานที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตากสินตลอดสิบปีที่ผ่านมา ใช้เป็นแนวทางแก่นักกายภาพบำบัดโรงพยาบาลอื่นหรือบุคลากรทางการแพทย์ที่สนใจนำไปปรับใช้ในการดูแลผู้สูงอายุและนำสื่อหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ไปใช้หรือเผยแพร่แก่ผู้สนใจต่อไป

คำสำคัญ: นักกายภาพบำบัด, สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์, คลินิกผู้สูงอายุ

Corresponding author: ศศิพร เกรียงเขียวชาญ Email: sasipt22@gmail.com

Abstract

Thailand has officially entered a complete aged society. At King Taksin Memorial Hospital, physical therapists at the Geriatric Clinic initially provided reactive care based on referrals-focusing on assessment, basic treatment, and advice. However, this limited approach was not sufficient for elderly patients with complex health issues requiring holistic and multidisciplinary care to maintain quality of life. To solve this, physical therapists developed a proactive care model covering two key areas: falling risk screening and physical therapy assessment. Those who were at risk of falling receive feedback, advice and balance training. Patients with physical therapy-related problems are given self-care advice, basic treatment, and referred when necessary. Follow-ups are scheduled, and case conferences are held with the multidisciplinary team, including home visits. A guideline for physical therapy services in collaboration with the Geriatric Clinic was established to support consistent, effective collaboration within the clinic. This ensures elderly patients receive appropriate and safe care with professional standards. Additionally, a book and e-book “Know Before You Grow... Old ”were produced to educate the elderly with pictures and practical instructions. This article aims to present a framework for elderly care derived from the knowledge and experience of physical therapists who have worked at the Geriatric Clinic of King Taksin Memorial Hospital over the past ten years. The objective is to offer a guideline for other physical therapists, as well as medical personnel interested in applying these insights to improve elderly care services. Additionally, the article introduces an electronic book as a supporting material, which can be utilized or disseminated to those interested in the subject.

Keyword: Physical Therapist, Complete Aged Society, Geriatric Clinic

Corresponding author: Sasiporn Kriangchieocharn Email: sasipt22@gmail.com

บทนำ

ประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สังคมสูงวัย (Aged society) ตั้งแต่ปีพ.ศ.2548 ปัจจุบันได้เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society) ซึ่งหมายถึงสังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุในพื้นที่เดียวกันและมีอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 20 หรือมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุในพื้นที่เดียวกัน อัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 14 (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, 2014) จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่าปี พ.ศ. 2567 มีประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และเมื่อแบ่งประชากรผู้สูงอายุตามกลุ่มช่วงวัยพบว่าผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) ร้อยละ 59.3 ผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี) ร้อยละ 29.8 และผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 10.9 โดยมีจำนวนผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าเพศชายทุกกลุ่ม (National Statistical Office, 2024)

พระราชบัญญัติวิชาชีพกายภาพบำบัด พ.ศ.2547 บัญญัติว่า “วิชาชีพกายภาพบำบัด หมายความว่า วิชาชีพที่กระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจประเมิน การวินิจฉัยและการบำบัดภาวะบกพร่องของร่างกายซึ่งเกิดเนื่องจากภาวะของโรคหรือการเคลื่อนไหวที่ไม่ปกติ การป้องกัน การแก้ไข และการฟื้นฟูความเสื่อมสภาพความพิการของร่างกาย รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจ ด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัดหรือการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่รัฐมนตรีประกาศโดยคำแนะนำของคณะกรรมการให้เป็นเครื่องมือหรืออุปกรณ์กายภาพบำบัด” และ “ผู้ประกอบการวิชาชีพกายภาพบำบัด หมายความว่า บุคคลซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัดจากสภากายภาพบำบัด” ซึ่งสภากายภาพบำบัดได้มีประกาศ “เรื่อง ข้อนแนะนำการจัดบริการด้านกายภาพบำบัดในการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ พ.ศ. 2568” เพื่อให้การดูแลด้วยศาสตร์กายภาพบำบัดแก่ผู้สูงอายุเป็นมาตรฐานและมีความปลอดภัย สภากายภาพบำบัดตระหนักถึงบทบาทสำคัญของนักกายภาพบำบัดในการช่วยส่งเสริมสุขภาพที่ดีให้กับประชาชน โดยเฉพาะนักกายภาพบำบัดที่ดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการจะต้องมีความรู้ความเข้าใจหลักพื้นฐานทางเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ทักษะการประเมินและจัดการทางกายภาพบำบัด องค์ความรู้เพื่อทำงานร่วมกับสหวิชาชีพและมีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndromes) อันประกอบด้วยภาวะไม่มั่นคง (Instability) การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว (Immobility) อาการปัสสาวะหรืออุจจาระราด (Incontinence) ภาวะซึมสับสนเฉียบพลันและภาวะสมองเสื่อม (Intellectual impairment) โรคที่เกิดจากการปฏิบัติทางการแพทย์โดยเฉพาะเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยา (Iatrogenesis) และภาวะขาดสารอาหาร (Inanition) พบบ่อยในผู้สูงอายุไม่จำเพาะเจาะจงความผิดปกติกับระบบอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งชัดเจนเป็นภาวะซับซ้อนเกิดจากหลายพยาธิสภาพ จึงต้องการการดูแลรักษาแบบองค์รวม (Holistic Care) ได้แก่การดูแลทางเวชกรรมประสานระหว่างปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตในเวลาเดียวกันการฟื้นฟูบำบัดตั้งแต่ในระยะแรกของโรค การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคการดูแลทางด้านสังคมรวมทั้งคำนึงถึงปัจจัยจิตสังคม สิ่งแวดล้อม พฤติกรรม การเข้าถึงบริการทางการแพทย์และเศรษฐฐานะ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี (Criss, Wingood, Staples, Southard, Miller, Norris et al, 2022)

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทยมีประวัติความเป็นมายาวนาน ตั้งแต่องค์การสหประชาชาติจัดการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุเป็นครั้งแรกในปีพ.ศ.2525 แม้ว่าจะมีอุปสรรคในระยะเริ่มแรกเนื่องจากไม่มีหน่วยงานใดที่ให้ความสนใจ แต่ด้วยโครงสร้างประชากรของประเทศไทยที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทำให้เกือบทุกภาคส่วนเริ่มให้ความสนใจ โดยเฉพาะการมีพระราชบัญญัติผู้สูงอายุพ.ศ.2546 ที่ทำให้เกิดการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุให้ดีขึ้นในอนาคต (Assantachai, 2016) ในปี พ.ศ.2558 องค์การอนามัยโลกได้รณรงค์แนวคิดภาวะสูงวัยสุขภาพดี (Healthy ageing) หมายถึง กระบวนการพัฒนาและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดำเนินกิจกรรม (Functional ability) เพื่อการมีสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยแนะนำว่าการที่ประชากรมีอายุยืนยาวอย่างเดียวยังไม่เพียงพอ จำเป็นต้องมีสุขภาพที่ดีควบคู่กันไปด้วย (World Health Organization, 2015) ด้วยเหตุ

นี้จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาระบบการบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพพร้อมรับมือกับสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์นี้

คลินิกผู้สูงอายุเป็นจุดเริ่มต้นในการพัฒนาการบริการดูแลรักษาผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุได้รับบริการแบบองค์รวมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งปัจจุบันโรงพยาบาลมีจำนวนผู้สูงอายุที่มารับบริการเพิ่มขึ้นและพบว่าผู้สูงอายุบางรายมีโรคเรื้อรังหลายโรค ดังนั้นจึงต้องประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาครบทุกมิติ ซึ่งต้องอาศัยความรู้ความชำนาญและทักษะจากบุคลากรหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องจึงจะประสบความสำเร็จ ทำให้เกิดทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team) เพื่อดูแลผู้ป่วยสูงอายุ (Campbell & Cole, 1987) โดยนักกายภาพบำบัดมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและการทำงานแบบสหวิชาชีพร่วมกับผู้เชี่ยวชาญหลากหลายสาขา ทำให้เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุ (Rakkamon, Chueahor, 2025)

ภาวะหกล้มในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสุขภาพที่พบมากขึ้นทั่วโลก ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุโดยไม่ได้ตั้งใจอันดับสองของโลก ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากภาวะหกล้มประมาณ 684,000 รายทั่วโลกและต้องใช้ค่ารักษาพยาบาลค่อนข้างสูง โดยผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีจะมีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มมากที่สุด ดังนั้นจึงควรมีกิจกรรมการป้องกันเพื่อลดความเสี่ยงนี้ (World Health Organization, 2021) การคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มซึ่งเป็นการประเมินเพื่อระบุความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (Criter & Honaker, 2016) เพื่อนำไปสู่การป้องกันและลดความเสี่ยงนี้ (Ganz & Latham, 2020) โดยการ ใช้ Timed Up and Go test เป็นการทดสอบที่นิยมใช้ เพื่อประเมินความสามารถในการทรงตัวขณะเดิน (Podsiadlo & Richardson, 1991) (Kim, Gimmom, Millar, Brewer, Serrador, Schubert, 2021) เนื่องจากใช้ได้ง่าย ไม่เสียเวลา มีความน่าเชื่อถือในการวัดและความแม่นยำในเกณฑ์ดี (Christopher, Kraft, Olenick, Kiesling, Doty, 2021)

บทความวิชาการฉบับนี้ได้นำเสนอบทบาทของนักกายภาพบำบัดในการดูแลผู้สูงอายุที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตากสิน ซึ่งมาจากการประยุกต์ความรู้ทางกายภาพบำบัด อบรมและหาความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุร่วมกับประสบการณ์การทำงานที่คลินิกผู้สูงอายุซึ่งแตกต่างจากการทำงานที่งานกายภาพบำบัดที่เน้นการรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยระบบต่าง ๆ ได้แก่ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบประสาท ระบบหายใจและระบบหัวใจหลอดเลือด ขณะที่การดูแลผู้สูงอายุที่มีความซับซ้อนเกิดจากหลายพยาธิสภาพ ดังนั้นเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุได้ครอบคลุมจึงมีการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุเป็นระยะ เริ่มจากรับการส่งปรึกษาเฉพาะรายเป็นการตรวจประเมินปัญหาทางกายภาพบำบัดทุกรายเพื่อลดการปวด เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหรือใช้เครื่องช่วยเดินได้ถูกต้องและเหมาะสม เพิ่มการดูแลเชิงรุก การคัดกรอง/ ประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มด้วย Timed Up and Go test เพื่อประเมินความสามารถในการทรงตัวขณะเดิน เพิ่มการคัดกรอง/ ประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มเป็น 6 วิธีเพื่อให้ครอบคลุมการประเมินตั้งแต่การทรงตัวขณะเดิน ความแข็งแรงทนทานของกล้ามเนื้อขาแต่ละข้าง ความคล่องตัว การทรงตัวทิศทางไปด้านหน้า-หลัง ด้านข้างและฐานรองรับที่แคบ มีการแจ้งผลการประเมินและแนะนำฝึกการทรงตัวเพื่อเพิ่มหรือรักษาความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุรายนั้น มีการส่งต่อผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องรักษาโดยใช้เครื่องมือไปรักษาที่งานกายภาพบำบัด มีการประชุมทีมนักกายภาพบำบัดเพื่อติดตามภาวะหกล้มของผู้สูงอายุ ประชุมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเกี่ยวกับปัญหาของผู้สูงอายุแยกเป็นกลุ่มอาการทุกเดือนเพื่อพิจารณาผู้สูงอายุที่ควรเยี่ยมบ้าน โดยเยี่ยมบ้านแบบโทรภาคี (สำนักการแพทย์ สำนักอนามัยและสำนักงานเขต) ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตากสินพร้อมกับพยาบาลหรือนักกายภาพบำบัด สำนักอนามัยเพื่อติดตามอาการและการรักษาและเจ้าหน้าที่สำนักงานเขตดูแลสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย จัดทำ เอกสารที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุและปฏิบัติงานที่คลินิกผู้สูงอายุ ทำแผนพับเพิ่มนอกเหนือจากที่นำมาจากงานกายภาพบำบัด เรื่อง ระวัง!!! ระวังหกล้มเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุด้วยและเรื่อง ฝึกการทรงตัวและลดความเสี่ยงต่อการล้มเพื่อใช้ใน

การให้คำแนะนำปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เอกสารที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุและปฏิบัติงานที่คลินิกผู้สูงอายุ โดยรวบรวมเอกสารทั้งหมดจัดทำเป็นแนวทางการปฏิบัติงานบริการกายภาพบำบัดในการทำงานร่วมกับคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตากสิน เพื่อพัฒนางานบริการกายภาพบำบัดในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัยตามมาตรฐานวิชาชีพ นักกายภาพบำบัดดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นมาตรฐานเดียวกัน นักกายภาพบำบัดอัตราจ้างใหม่สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางและทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพได้สิ้นไหลคล่องตัวรวมทั้งรองรับการตรวจประเมินคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพและการประเมินมาตรฐานบริการกายภาพบำบัด โดยจัดทำทั้งแบบเอกสารเผยแพร่แบบเอกสารแก่นักกายภาพบำบัด โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์และกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง และแบบ QR Code เพื่อสะดวกในการนำไปใช้งานและเผยแพร่แก่นักกายภาพบำบัดหรือบุคลากรการแพทย์ที่สนใจ จัดทำหนังสือเรื่อง คู่มือออกกำลังกาย “รู้ทันกาย ก่อนวัยสูง...สูงวัย” พิมพ์เมื่อ ธันวาคม พ.ศ.2562 จำนวน 1,500 เล่มเพื่อเป็นแนวทางให้ผู้สูงอายุในคลินิก ผู้ป่วยกายภาพบำบัดและผู้สนใจนำไปปฏิบัติตามได้และหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เพื่อเพิ่มช่องทางในการส่งเสริมสุขภาพเผยแพร่แก่ผู้สนใจ โดยทำเป็น QR Code เริ่มเผยแพร่เมื่อวันที่ 19 กันยายน พ.ศ.2565 ปัจจุบันมีผู้เข้าชมประมาณ 2,400 ราย ซึ่งทีมนักกายภาพบำบัดได้พัฒนาการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องเพื่อดำเนินงานตามเป้าหมายที่ตั้งไว้และมุ่งหวังให้ผู้สูงอายุรู้จักดูแลรักษาสุขภาพร่างกายและจิตใจ มีอายุยืนยาว พึ่งพาตนเองได้และใช้ชีวิตอย่างมีความสุขในสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์นี้

บทบาทของนักกายภาพบำบัดในการดูแลผู้สูงอายุที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตากสิน

นักกายภาพบำบัดได้เริ่มดูแลผู้สูงอายุและทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตากสินเมื่อวันที่ 19 มกราคม พ.ศ.2559 โดยมีบทบาทในการรับปรึกษาปัญหาผู้สูงอายุ เฉพาะรายทุกวันอังคารที่ 3 ของเดือน ต่อมาเมื่อวันที่ 5 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2561 ได้เริ่มดูแลผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 2 ครั้ง/สัปดาห์และได้รับการแต่งตั้งเป็นคณะทำงานคลินิกผู้สูงอายุ ครบวงจรโรงพยาบาลตากสินเพื่อให้ปฏิบัติงานและพัฒนางานบริการกายภาพบำบัดในการดูแลผู้สูงอายุ และเมื่อตุลาคม พ.ศ.2561 ได้อัตราจ้างตำแหน่งนักกายภาพบำบัดห้วงเวลา 1 อัตราประจำที่คลินิกผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ จะได้รับการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุเบื้องต้น โดยพยาบาลประจำคลินิก เข้าพบแพทย์ในคลินิกเพื่อประเมินและรักษาตามปัญหาของผู้สูงอายุและส่งต่อทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อประเมินผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ โดยปัจจุบันนักกายภาพบำบัดดูแลผู้สูงอายุที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตากสิน ดังนี้

1. ลงทะเบียนผู้ป่วยและจัดทำแบบประเมินผู้ป่วยทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยใหม่
2. ชักประวัติและบันทึกลงในแบบประเมินผู้ป่วยทางกายภาพบำบัด
3. คัดกรอง/ตรวจประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (Fall) โดยใช้เกณฑ์คัดเข้าผู้ป่วย (Inclusion criteria) และเกณฑ์คัดออกผู้ป่วย (Exclusion criteria) เพื่อคัดกรอง/ ไม่คัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม

3.1 เกณฑ์คัดเข้าผู้ป่วยเพื่อคัดกรอง/ ประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม 10 ข้อ ได้แก่ เดินด้วยตนเองต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 10 เมตร ระดับความเจ็บปวด (Pain scale) ไม่เกินระดับ 5 กำลังกล้ามเนื้อลำตัวและขาไม่ต่ำกว่าเกรด 3 สมอง/ ความจำ/ การสื่อสารดีสามารถเข้าใจวิธีคัดกรอง/ ประเมินและปฏิบัติตามได้ การได้ยินต้องสามารถสื่อสารเข้าใจวิธีคัดกรอง/ ประเมินและปฏิบัติตามได้ ตามมองเห็นเส้นทางที่ใช้ในการประเมินได้ สภาพจิตใจพร้อมรับคัดกรอง/ ประเมิน ในรายที่มีประวัติกระดูกหักของส่วนขาหรือกระดูกสันหลังต้องได้รับความเห็นจากแพทย์ว่าสามารถเดินลงน้ำหนักแบบเต็มที่ได้ (Full weight bearing) ได้แล้ว ในรายที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียมต้องได้รับความเห็นจากแพทย์ว่าสามารถเดินลงน้ำหนักแบบเต็มที่ได้แล้วและต้องไม่มีอาการผิดปกติ เช่น อาการมีน็หรือ/เวียนศีรษะ

มึนงง เหนื่อย หน้ามืด ตาลาย ใจสั่นเจ็บ แน่นหน้าอก อ่อนเพลีย เหงื่อออกมากผิดปกติ ท้องเสียรวมทั้งมี
แผลที่เท้าหรือขา ซึ่งส่งผลทำให้ไม่ปลอดภัยในการประเมิน

3.2 เกณฑ์คัดออกผู้ป่วย เพื่อไม่คัดกรอง/ประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม 4 ข้อ ได้แก่ผู้ป่วย
ติดเตียง ผู้ป่วยมีภาวะทางการแพทย์แย่งที่ส่งผลต่อคัดกรอง/ ประเมิน ผู้ป่วยไม่สมัครใจรับการคัด
กรอง/ประเมินและญาติหรือผู้ดูแลไม่สมัครใจให้ผู้ป่วยรับการคัดกรอง/ ประเมิน

4. ในรายที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้า 10 ข้อและเกณฑ์คัดออก 4 ข้อจะได้รับคัดกรอง/ประเมินความ
เสี่ยงต่อภาวะหกล้ม แจ้งผลและให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว

4.1 คัดกรอง/ ประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม โดยใช้วิธีทดสอบ 6 วิธี

4.1.1 Timed Up and Go test เป็นการทดสอบเพื่อประเมินความสามารถในการทรงตัว
ขณะเดินด้วยการให้ผู้สูงอายุลุกขึ้นจากเก้าอี้เดินด้วยความเร็วปกติเป็นเส้นตรงระยะทาง 3 เมตรหมุนตัว
และเดินกลับมานั่งที่เดิม ให้หลังแตะพนักเก้าอี้ จับเวลาที่ใช้ในการเดินหน่วยเป็นวินาที (Podsiadlo &
Richardson, 1991) (Kim, Gimmom, Millar, Brewer, Serrador, Schubert, 2021) ทำ 2 ครั้ง บันทึกค่าที่ดี
ที่สุด ถ้าใช้เวลา ≥ 12 วินาที แปลผลว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (Bischoff, Stahelin, Monsch, Iversen,
Weyh, Dechend et al, 2003)

4.1.2 ยืนขาเดียว (Single Leg Stance Test) เป็นการทดสอบเพื่อประเมินการทรงตัวและ
ความแข็งแรงทนทานของกล้ามเนื้อขาแต่ละข้างด้วยการให้ผู้สูงอายุยืนตรงบนขาข้างหนึ่งและยกขาอีก
ข้างหนึ่งขึ้นให้สะโพกเหยียดตรงเข่างอ 90 องศา จับเวลาที่ยืนขาเดียวหน่วยเป็นวินาที ทำข้างละ 2 ครั้ง
บันทึกค่าที่ดีที่สุด ถ้าใช้เวลา ≤ 10 วินาที แปลผลว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (Chomiak, Pereira, Hu,
2015) เพื่อดูการทรงตัวและความแข็งแรงทนทานของกล้ามเนื้อขาแต่ละข้าง

4.1.3 ยืนย่อเท้าอยู่กับที่ (Step Test) เป็นการทดสอบด้วยการให้ผู้สูงอายุยืนย่อเท้าเป็น
เวลา 2 นาทีและนับจำนวนครั้งจากเข่าขาที่ยกขึ้นถึงระดับสะโพก ถ้าได้ < 65 ครั้ง แสดงถึงความทนทาน
ของระบบหัวใจและหายใจต่ำ (Jones, Rikli, 2002) และนำมาประยุกต์ใช้เพื่อดูการทรงตัว ความคล่องตัว
และความแข็งแรงทนทานของกล้ามเนื้อขาาร่วมด้วย

4.1.4 เดินหน้าและถอยหลัง (Forward and Backward Walking) เป็นการทดสอบเพื่อ
ประเมินความสามารถในการทรงตัวขณะเดินทิศทางไปด้านหน้า-หลังด้วยการให้ผู้สูงอายุเดินไปข้างหน้า
เป็นเส้นตรง ระยะทาง 3 เมตรและเดินถอยหลังกลับมาระยะทาง 3 เมตร ถ้าเดินไม่ได้ตามที่กำหนดถือว่า
ทำไม่ได้แปลผลว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (Fritz, Worstell, Kloos, Siles, White & Kegelmeyer, 2013)
(Carter, Jain, James, Cornwall, Aldrich & Heer, 2019)

4.1.5 เดินด้านข้าง (Side Walking) เป็นการทดสอบเพื่อประเมินความสามารถในการ
ทรงตัวขณะเดินทิศทางไปด้านข้างด้วยการให้ผู้สูงอายุเดินด้านข้างไปข้างขวาเป็นระยะทาง 3 เมตรและ
เดินกลับมาข้างซ้ายระยะทาง 3 เมตร ถ้าเดินไม่ได้ตามที่กำหนดถือว่าทำไม่ได้ แปลผลว่ามีความเสี่ยงต่อ
ภาวะหกล้ม (Lark, McCarthy, Rowe, 2011)

4.1.6 เดินต่อเท้า (Heel to Toe Walking) เป็นการทดสอบเพื่อดูการทรงตัวขณะเดินใน
ฐานรองรับที่แคบลงด้วยการให้ผู้สูงอายุเดินต่อส้นเท้าไปข้างหน้าเป็นเส้นตรงระยะทาง 3 เมตรและเดิน
ต่อส้นเท้าถอยหลังกลับระยะทาง 3 เมตร ถ้าเดินไม่ได้ตามที่กำหนดถือว่าทำไม่ได้ แปลผลว่ามีความเสี่ยง
ต่อภาวะหกล้ม (Lark, Pasupuleti, 2009)

4.2 แจ้งผลการคัดกรอง/ ประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มให้ผู้สูงอายุทราบถึงภาวะเสี่ยง/
ไม่เสี่ยงของตนเอง

4.3 ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวพร้อมแผ่นพับ 2 เรื่อง ดังนี้

4.3.1 เรื่อง ระวัง!!! จังหวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ

4.3.2 เรื่อง ฝึกการทรงตัว ลดความเสี่ยงต่อการล้ม

5. ตรวจประเมินปัญหาทางกายภาพบำบัดในรายที่ไม่ผ่านเกณฑ์คัดเข้า 10 ข้อและเกณฑ์คัดออก 4 ข้อ เช่น อาการปวด (Pain) อ่อนแรง (Weakness) กิจกรรมประจำวัน (ADL) การเดิน (Ambulation) และแนะนำการใช้เครื่องช่วยเดิน เป็นต้น ให้การรักษาตามเป้าหมายที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย โดยให้การรักษาอย่างง่ายและ/หรือให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว

5.1 ให้การรักษาทางกายภาพบำบัดอย่างง่ายโดยนักกายภาพบำบัดใช้เทคนิคการรักษาด้วยมือ (Manual Physical Therapy) ซึ่งสะดวกและรักษาได้ทันทีที่คลินิกผู้สูงอายุ

5.2 ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว 2 เรื่อง ดังนี้

5.2.1 ปัญหาทางกายภาพบำบัด โดยให้คำแนะนำอย่างเหมาะสมกับปัญหาและสภาพผู้ป่วยแต่ละราย

5.2.2 เรื่อง ระวัง !!! จังหวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ พร้อมแผ่นพับเพื่อใช้ประกอบการให้คำแนะนำและผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติตามด้วยตนเองได้ง่ายและสะดวกขึ้น

5.3 ส่งต่อรักษาที่งานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู ในรายที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องหรือต้องใช้เครื่องมือกายภาพบำบัด เพื่อให้การรักษาและคำแนะนำการปฏิบัติตัวทางกายภาพบำบัดอย่างเหมาะสมกับปัญหาและสภาพผู้ป่วยแต่ละราย

5.4 นัดติดตามผล/ FU (ทุก 3 เดือน/ ตามแพทย์นัด)

5.4.1 คัดกรอง/ ประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มซ้ำและประเมินผล

5.4.2 ตรวจประเมินปัญหาทางกายภาพบำบัดและอาการที่เปลี่ยนแปลง

5.5 กรณีผู้ป่วยมีประวัติเกิดอุบัติเหตุการพลัดตก/ หกล้มใน 3 เดือนที่ผ่านมา

5.5.1 บันทึกในรายงานผู้ป่วยกายภาพบำบัดในคลินิกผู้สูงอายุที่มีประวัติเกิดอุบัติเหตุการพลัดตก/ หกล้ม

5.5.2 ประชุมเพื่อร่วมกันค้นหาสาเหตุ แก้อาการและติดตามผลผู้ป่วย

บทบาทนักกายภาพบำบัดในการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตากสิน

นักกายภาพบำบัดทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตากสิน เมื่อวันที่ 19 มกราคม พ.ศ.2559และได้รับการแต่งตั้งเป็นคณะทำงานคลินิกผู้สูงอายุครบวงจรโรงพยาบาลตากสินเพื่อให้ปฏิบัติงานและพัฒนางานบริการกายภาพบำบัดในการดูแลผู้สูงอายุรวมทั้งรองรับการตรวจประเมินคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพมาตรฐานที่ 12 คัดกรองภาวะหกล้มด้วย Timed Up and Go test (TUGT)และเยี่ยมบ้านผู้ป่วย Basic ADL (Barthel ADL index) ≤ 11 ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและไทรภาคี (สำนักงานแพทย์ สำนักงานมัยและสำนักงานเขต) ตามนโยบายกรุงเทพมหานคร

1. ติดตามผลการรักษา/ FU ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (ทุก 3 เดือน/ ตามแพทย์นัด)

1.1 คัดกรอง/ ประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มซ้ำและประเมินผลการทดสอบที่วัดได้

1.2 ตรวจประเมินปัญหาทางกายภาพบำบัดและอาการที่เปลี่ยนแปลง

2. เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

2.1 ประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพเกี่ยวกับปัญหาของผู้สูงอายุแยกเป็นกลุ่มอาการทุกเดือน คัดเลือกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโดยพิจารณาจากประวัติผู้ป่วย Basic ADL ≤ 11 หรือปัญหาอื่น เช่น หกล้ม บ่อย จัดยาผิด เป็นต้น

2.2 เยี่ยมบ้านผู้ป่วยแบบไทรภาคี (สำนักงานแพทย์ สำนักงานมัยและสำนักงานเขต) โดยเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตากสินพร้อมกับพยาบาล/นักกายภาพบำบัด ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานมัยเพื่อติดตามการรักษาและเจ้าหน้าที่สำนักงานเขตเพื่อดูแลสภาพแวดล้อม จัดงบประมาณปรับปรุงที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ

2.3 สรุปการเยี่ยมบ้านและติดตามผลผู้สูงอายุผ่านนักกายภาพบำบัด/พยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุข

3. งานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ได้รับมอบหมาย เช่น วิทยากร คณะกรรมการประกวดสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นต้น

ผลการดำเนินงานในการดูแลผู้สูงอายุที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตากสิน

นักกายภาพบำบัดมีผลการดำเนินงาน โดยคัดกรอง/ตรวจประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มและตรวจประเมินปัญหาทางกายภาพบำบัดดังนี้

1. คัดกรอง/ ประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มผู้สูงอายุ โดยการทดสอบ Timed Up and Go Test ยืนขาเดียว (ขวา) ยืนขาเดียว (ซ้าย) ยืนย่อเท้าอยู่กับที่ เดินหน้าและถอยหลัง เดินด้านข้างและเดินต่อเท้า โดยรวบรวมผลการคัดกรองในครั้งแรกที่เข้าเป็นผู้ป่วยคลินิกผู้สูงอายุตั้งแต่ประมาณปี 2561 – ปี 2568 (ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ.2568) จำนวน 292 ราย แบ่งตามช่วงอายุและเพศพบว่าช่วงอายุ ≥ 80 ปีมีความเสี่ยงมากที่สุด รองลงมาเป็นช่วงอายุ 70-79 ปีและช่วงอายุ 60-69 ปี มีความเสี่ยงน้อยสุด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของการคัดกรอง/ ประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มของผู้สูงอายุ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลและวิธีการทดสอบ

ข้อมูลส่วนบุคคล	วิธีการทดสอบ N(%)						
	TUGT	ยืนขาเดียว ขวา	ยืนขาเดียว ซ้าย	ยืนย่อเท้า อยู่กับที่	เดินหน้า และถอย หลัง	เดิน ด้านข้าง	เดินต่อเท้า
อายุ							
60 - 69 ปี	23	49	51	89	0	0	39
(106 ราย)	(21.7)	(46.23)	(48.11)	(83.96)			(36.79)
70 - 79 ปี	69	96	97	123	0	0	85
(136 ราย)	(50.74)	(70.59)	(71.32)	(90.94)			(62.5)
≥ 80 ปี	35	41	46	50	0	0	42
(50 ราย)	(70)	(82)	(92)	(100)			(84)
เพศ							
ชาย	53	76	81	104	0	0	66
(119 ราย)	(44.54)	(63.87)	(68.07)	(87.4)			(55.46)
หญิง	74	110	113	158	0	0	102
(173 ราย)	(42.77)	(63.58)	(65.32)	(91.33)			(58.96)

2. ตรวจประเมินปัญหาทางกายภาพบำบัด เช่น อาการปวด (Pain) อ่อนแรง (Weakness) กิจกรรมประจำวัน (ADL) การเดิน(Ambulation)และแนะนำการใช้เครื่องช่วยเดิน ตั้งแต่ประมาณปี 2561 – ปี 2568 (ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ.2568) จำแนกจำนวนผู้สูงอายุแยกตามปัญหาเป็นรายปี พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องอาการปวด ซึ่งนักกายภาพบำบัดให้การรักษาคำแนะนำ ทำให้มีจำนวนลดลง ขณะที่จะมีปัญหาการเดินเพิ่มขึ้นและจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยเดิน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางกายภาพบำบัด เช่น อาการปวด อ่อนแรง กิจวัตรประจำวัน การเดินและแนะนำการใช้เครื่องช่วยเดิน ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561 – 2568 (ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ.2568) จำแนกเป็นปีงบประมาณ

ปัญหาทางกายภาพบำบัด	ปีงบประมาณ							
	2561	2562	2563	2564	2565	2566	2567	2568
อาการปวด	42	84	102	125	100	113	92	32
อ่อนแรง	8	8	44	64	39	102	26	14
กิจวัตรประจำวัน	12	20	42	43	31	6	8	0
การเดิน	14	15	24	12	3	28	85	63
แนะนำการใช้เครื่องช่วยเดิน	21	17	22	10	3	20	39	54

ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตากสิน

ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุที่ปฏิบัติได้ จำแนกเป็นปีงบประมาณ นักกายภาพบำบัดสามารถปฏิบัติได้ใกล้เคียง/ บรรลุเป้าหมาย ดังตารางที่ 3

1. คัดกรอง/ประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มด้วยวิธี TUGT (Rt.) TUGT (Lt.) ยืนขาเดียว (Rt.) ยืนขาเดียว (Lt.) และยืนย่อเท้าอยู่กับที่ แฉ่งผล แนะนำปฏิบัติตัว 2 เรื่อง ระวังจังหวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุและฝึกการทรงตัว เพื่อให้ผลลัพธ์ใน visit ถัดไปบรรลุเป้าหมายของตัวชี้วัด

* ผู้ป่วยเก่าที่ได้รับคำแนะนำฝึกการทรงตัว อาการดีขึ้นและคงเดิมในvisit ถัดไป เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ60

2. ตรวจประเมินปัญหาทางกายภาพบำบัด แนะนำการปฏิบัติตัว 2 เรื่อง ระวังจังหวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุและปัญหาทางกายภาพบำบัด ให้การรักษาอย่างง่าย ส่งต่อรักษาที่งานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู ในรายที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องและสะดวกเดินทาง เพื่อให้ผลลัพธ์การรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดบรรลุเป้าหมายของตัวชี้วัด

* ผู้ป่วยมีอาการปวดที่ได้รับการรักษาอย่างง่าย มีอาการดีขึ้นในvisit ถัดไป เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ60

* ผู้ป่วยมีอาการปวดที่ส่งต่อรักษางานกายภาพบำบัด มีอาการดีขึ้นใน 1 คอร์ส เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ80

3. อัตราการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย Basic ADL $\leq$ 11 เป้าหมาย = 100

ตารางที่ 3 ร้อยละของตัวชี้วัดของนักกายภาพบำบัดในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561 – 2568 (ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ.2568) จำแนกเป็นปีงบประมาณ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ปีงบประมาณ							
		2561	2562	2563	2564	2565	2566	2567	2568
ผู้ป่วยเก่าที่ได้รับคำแนะนำฝึกการทรงตัว อาการดีขึ้นและคงเดิมในvisit ถัดไป									
TUGT (Rt.)	≥ 60	74.66	59.04	52.12	59.4	62.5	84.75	63.03	57.14
TUGT (Lt.)	≥ 60	-	62.59	58.05	58.42	62.5	83.05	61.34	56.86
ยืนขาเดียว (Rt.)	≥ 60	73.82	61.16	59.66	62.24	62.5	72.41	65.38	63.41
ยืนขาเดียว (Lt.)	≥ 60	62.48	64.72	59.66	61.22	62.5	68.97	63.46	62.20
ยืนย่อเท้าอยู่กับที่	≥ 60	-	65.25	67.67	65.3	62.5	64.81	61.54	59.72

ตารางที่ 3 ร้อยละของตัวชี้วัดของนักกายภาพบำบัดในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561 – 2568 (ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ.2568) จำแนกเป็นปีงบประมาณ (ต่อ)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ปีงบประมาณ							
		2561	2562	2563	2564	2565	2566	2567	2568
ผู้ป่วยมีอาการปวดที่ได้รับ การรักษาอย่างง่าย มี อาการดีขึ้นใน visit ถัดไป	≥ 60	59.17	77.90	65.49	61.48	62.75	68.57	63.07	58.73
ผู้ป่วยมีอาการปวดที่ส่งต่อ รักษางานกายภาพบำบัด มี อาการดีขึ้นใน 1 คอร์ส	≥ 80	83.33	85.71	76	73.68	83.33	100	82.14	80
อัตราการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย Basic ADL ≤ 11	100	100	100	100	100	100	100	100	100

ผลผลิตการทำงานของนักกายภาพบำบัดในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุและปฏิบัติงานที่คลินิกผู้ป่วยสูงอายุ

นักกายภาพบำบัดมีผลผลิตจากการพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุและปฏิบัติงานที่คลินิกผู้ป่วยสูงอายุ จัดทำเป็นแบบเอกสารและแบบ QR Code ดังนี้

1. แนวทางการปฏิบัติงานบริการกายภาพบำบัดในการทำงานร่วมกับคลินิกผู้ป่วยสูงอายุ โรงพยาบาลตากสิน เป็นเอกสารที่จัดทำโดยทีมนักกายภาพบำบัด คณะทำงานคลินิกผู้ป่วยสูงอายุ โรงพยาบาลตากสิน จากการนำความรู้ ประสบการณ์การทำงานและพัฒนาการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในคลินิกผู้ป่วยสูงอายุ 10 ปี เพื่อเป็นแนวทางให้นักกายภาพบำบัดดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างเป็นมาตรฐานเดียวกัน ทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพได้สื่อน้ำไหลคล่องตัว ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและปลอดภัยตามมาตรฐานวิชาชีพกายภาพบำบัด มีเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในคลินิกผู้ป่วยสูงอายุ การเยี่ยมบ้าน เอกสารใบบันทึก/ประเมินต่าง ๆ แนวทางการลงบันทึกในเอกสารและบันทึกเหตุการณ์/คำรักษา กายภาพบำบัด แนวทางการคัดกรอง/ ประเมินภาวะเสี่ยงต่อภาวะหกล้มและแผ่นพับที่ใช้ประกอบ คำแนะนำ โดยแบบเอกสารมีการเผยแพร่แก่นักกายภาพบำบัดและนักกายภาพบำบัดอัตราจ้างใหม่ที่ปฏิบัติงานคลินิกผู้ป่วยสูงอายุ โรงพยาบาลตากสิน นักกายภาพบำบัด โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์และกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องและแบบ QR Code เพื่อสะดวกในการนำไปใช้งานหรือเผยแพร่แก่นักกายภาพบำบัดหรือบุคลากรการแพทย์ที่สนใจ แสดงดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 QR Code แนวทางการปฏิบัติงานกายภาพบำบัดในการทำงานร่วมกับคลินิกผู้ป่วยสูงอายุ

2. หนังสือเรื่อง คู่มือออกกำลังกาย “รู้ทันกาย ก่อนวัยสูง...สูงวัย” เป็นหนังสือที่จัดทำโดยนักกายภาพบำบัดในทีมนักกายภาพบำบัด คณะทำงานคลินิกผู้ป่วยสูงอายุ โรงพยาบาลตากสิน จากการผนวกองค์ความรู้ทางกายภาพบำบัดเข้ากับประสบการณ์ในการทำงานวิชาชีพกายภาพบำบัด 30 ปี เพื่อเป็นการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย เตรียมพร้อมรับมือกับสังคมผู้สูงอายุที่เติบโตขึ้น มีเนื้อหาเกี่ยวกับการออกกำลังกาย มีรูปพร้อมคำอธิบายแสดงการออกกำลังกายแต่ละส่วน การลดตะคริว ยืดกล้ามเนื้อ

ฝึกการทรงตัวและฝึกสมอง พิมพ์เมื่อ ธันวาคม พ.ศ.2562 จำนวน 1,500 เล่ม เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุหรือผู้สนใจนำไปปฏิบัติตามได้ แสดงดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 หนังสือเรื่อง คู่มือออกกำลังกาย “รู้ทันกาย ก่อนวัยสูง...สูงวัย”

3. หนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่อง คู่มือออกกำลังกาย “รู้ทันกาย ก่อนวัยสูง...สูงวัย” เป็นสื่อที่จัดทำเป็น QR Code มีเนื้อหาตามหนังสือ เรื่อง คู่มือออกกำลังกาย “รู้ทันกาย ก่อนวัยสูง...สูงวัย” เพื่อเพิ่มช่องทางในการส่งเสริมสุขภาพเผยแพร่แก่ผู้สนใจ เริ่มเผยแพร่เมื่อวันที่ 19 กันยายน พ.ศ.2565 ปัจจุบันมีผู้เข้าชมประมาณ 2,400 ราย แสดงดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 QR Codeหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่อง คู่มือออกกำลังกาย “รู้ทันกาย ก่อนวัยสูง...สูงวัย”

บทสรุป

บทบาทของนักกายภาพบำบัดในการดูแลผู้สูงอายุที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตากสิน ซึ่งมาจากการประยุกต์ความรู้ทางกายภาพบำบัด อบรมและหาความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุร่วมกับประสบการณ์การทำงานที่คลินิกผู้สูงอายุ เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุได้ครอบคลุมกับปัญหาหรือโรคที่มีความซับซ้อน ทีมนักกายภาพบำบัดจึงมีการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุตลอดสิบปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน โดยดูแลผู้สูงอายุแบบเชิงรุก 2 ด้านทั้งการคัดกรอง/ ตรวจประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มและตรวจประเมินปัญหาทางกายภาพบำบัด ในรายที่ได้รับการคัดกรอง/ ตรวจประเมินความเสี่ยงภาวะหกล้ม จะมีการแจ้งผลความเสี่ยง ให้คำแนะนำและฝึกการทรงตัว ส่วนในรายที่มีปัญหาทางกายภาพบำบัด จะได้รับคำแนะนำปฏิบัติตัว รักษาอย่างง่าย ส่งต่อการรักษากรณีจำเป็นและติดตามผลการรักษาทั้งคัดกรอง/ ประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มซ้ำ ตรวจประเมินปัญหาทางกายภาพบำบัดและอาการที่เปลี่ยนแปลง โดยทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ติดตามผลการรักษา/ FU ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (ทุก 3 เดือน/ ตามแพทย์นัด) ประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพเกี่ยวกับปัญหาของผู้สูงอายุแยกเป็นกลุ่มอาการทุกเดือน คัดเลือกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ เยี่ยมบ้านผู้ป่วยแบบไตรภาคี (สำนักการแพทย์ สำนักอนามัยและสำนักงานเขต) สรุปการเยี่ยมบ้านและติดตามผลผู้สูงอายุผ่านนักกายภาพบำบัด/พยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุขและร่วมเป็นวิทยากรให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ โดยนักกายภาพบำบัดมีผลการดำเนินงาน คัดกรอง/ตรวจประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มและตรวจประเมินปัญหาทางกายภาพบำบัด ตั้งตัวชี้วัด กำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุและการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ สามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายรวมทั้งผลิตสื่อที่ต้องใช้ในการดูแลและให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งทีมนักกายภาพบำบัดได้จัดทำแผนพับ หนังสือและหนังสือ

อิเล็กทรอนิกส์รวมทั้งกำลังผลิตคลิปวิดีโอความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังเผยแพร่แก่ผู้สูงอายุและผู้สนใจต่อไป โดยหวังว่าสื่อต่าง ๆ นี้จะช่วยเป็นแนวทางให้ผู้สูงอายุและผู้สนใจสามารถนำไปปฏิบัติเพื่อเตรียมตนเองให้พร้อมก้าวเข้าสู่สังคม “สูงวัย สุขภาพดี” อย่างมั่นใจและเต็มใจ

ข้อเสนอแนะ

1. นำแนวทางการคัดกรอง/ ประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มด้วยวิธี TUGT ยืนขาเดียว ยืนย่ำ ทำอยู่กับที่รวมทั้งแผ่นพับ เรื่อง ระวัง !!! จังหวะเสี่ยง Fallและฝึกการทรงตัว ไปใช้ในงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและประชาชนทั่วไป
2. นำความรู้คัดกรอง/ ประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มและแผ่นพับ เรื่อง ระวัง!!!จังหวะเสี่ยง Fallและฝึกการทรงตัวไปดูแลรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยงานกายภาพบำบัด เช่น โรคหลอดเลือดสมองและสมองเสื่อม กระดูกหัก ปวดหลังหรือปวดเข่า
3. เพิ่มเติมการคัดกรอง/ ประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มไปยังผู้ป่วยสูงอายุคลินิกอื่นเมื่อมีอัตรากำลังเพียงพอ

References

- Assantachai, P. (2016). Thai Gerontology and Geriatric Medicine: From past to present. *Journal of Gerontology and Geriatric Medicine*, 15(3): 41-50. (in Thai)
- Bischoff, H.A., Stahelin, H.B, Monsch, A.U., Iversen, M.D., Weyh, A., Dechend, M.V.et al. (2003). Identifying a cut-off point for normal mobility: a comparison of the timed 'up and go' test in community-dwelling and institutionalised elderly women. *Age ageing*, 32(3): 315-320.
- Campbell, L.J., Cole, K.D. (1987). Geriatric assessment teams. *Clinics in Geriatric Medicine*, 3(1): 99-110.
- Carter, V., Jain, T., James, J., Cornwall, M., Aldrich, A., de Heer, H.D. (2019). The 3-m backwards walk and retrospective falls: diagnostic accuracy of a novel clinical measure. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 42(4): 249-255.
- Chomiak, T., Pereira, F. V., Hu, B. (2015). The single-leg-stance test in Parkinson's disease. *Journal of Clinical Medicine Research*, 7(3): 182-185.
- Christopher, A., Kraft, E., Olenick, H., Kiesling, R., Doty, A. (2021). The reliability and validity of the Timed Up and Go as a clinical tool in individuals with and without disabilities across a lifespan: a systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 43(13): 1799-1813.
- Criss, M.G., Wingood, M., Staples, W. H., Southard, V., Miller, K. L., Norris, T. L. et al. (2022). APTA Geriatrics' Guiding Principles for Best Practices in Geriatric Physical Therapy: An Executive Summary. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 45(2): 70-75.
- Criter, R.E., Honaker, J.A. (2016). Identifying Balance Measures Most Likely to Identify Recent Falls. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 39(1): 30-37.
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (2014). Situation of the Thai Elderly 2014. Retrieved 21 January, 2025 from https://www.dop.go.th/download/knowledge/knowledge_th_20161608145327_1.pdf
- Fritz, N. F, Worstell, A. M., Kloos, A. D., Siles, A. B., White, S. E., Kegelmeyer, D. A. (2013). Backward walking measures are sensitive to age-related changes in mobility and balance. *Gait & Posture*, 37(4): 539-597.
- Ganz, D.A., Latham, N.K. (2020). Prevention of Falls in Community-Dwelling Older Adults. *New England Journal of Medicine*, 382(8): 734-743.
- Jones, C. J, Rikli, R. E. (2002). Measuring functional fitness of older adults. *The Journal on Active Aging*, March April: 24-30.
- Kim, K. J., Gimmom, Y., Millar, J., Brewer, K., Serrador, J., Schubert, M. C. (2021). The Instrumented Timed "Up & Go" Test Distinguishes Turning Characteristics in Vestibular Hypofunction. *Physical Therapy*, 101(7)
- Lark, S.D., McCarthy, P. W., Rowe, D.A. (2011). Reliability of the parallel walk test for the elderly. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92(5): 812-817.
- Lark, S.D., Pasupuleti, S. (2009). Validity of a functional dynamic walking test for the elderly. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90(3): 470-474.
- National Statistical Office. (2024). The 2024 Survey of the Older Persons in Thailand. Bangkok: Ministry of Digital Economy and Society. Retrieved 22 February, 2025 from

https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20250103144326_51634.pdf.
(in Thai)

Podsiadlo, D., Richardson, S. (1991). The timed "Up& Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 39(2): 142-148.

Rakkamon, W., Chueahor, K. (2025). *Journal of Prachomklao College of Nursing*, 8(1): 145-156.
(in Thai)

World Health Organization. (2015). *World report on aging and health*. Geneva: World Health Organization. Retrieved 1 February, 2025 from

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf.

World Health Organization. (2021). *Falls*. Retrieved 25 July, 2025 from

<https://www.who.int/violence-news-room/fact-sheets/detail/falls/>

คำแนะนำการส่งบทความ

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ

กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Thai Journal of Public Health and Health Sciences; TJPHS) ขอเชิญสมาชิกและผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการและบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่นและเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผู้เขียนจะต้องสมัครเป็นสมาชิกของวารสาร

ข้อกำหนดและชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. เป็นผลงานวิชาการ ประเภทบทความวิชาการ (Article) ภาษาไทย หรือ ภาษาอังกฤษ ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิจัย (Research article) ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ถ้าเป็นวิทยานิพนธ์ต้องมีหนังสือรับรองและลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และนิสิตผู้ทำวิทยานิพนธ์
3. บทความปริทัศน์ (Review article) บทความพิเศษ และปกิณกะ
4. บทความวิจารณ์หนังสือ (Book review)
5. ผลงานวิชาการจะได้รับการพิจารณาลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควรไม่น้อยกว่า 2 คน

การเตรียมต้นฉบับบทความ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word 97/03 for Windows เนื้อหาบทความขนาด 10 ในตาราง ขนาด 9 แบบอักษรใช้ IBM Plex Sans Thai Looped Light พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน-ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 3.17 cm. ด้านขวา 2.54 cm. จำนวน 12 หน้า (ไม่รวมรายการอ้างอิง) และรายการอ้างอิงต้องไม่เกิน 30 รายการ รวมรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า
2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกจัดกึ่งกลางหน้ากระดาษ ขนาดอักษร 12 แบบอักษรใช้ IBM Plex Sans Thai Looped Light
3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 8 แบบอักษรใช้ IBM Plex Sans Thai Looped Light อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 8 แบบอักษรใช้ IBM Plex Sans Thai Looped Light ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรงกับชื่อผู้นิพนธ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลักเพิ่มเบอร์โทรศัพท์และ e-mail ในส่วนล่างสุด
4. มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำต่อบทคัดย่อ
5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3 – 5 คำ)
6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 10 แบบอักษรใช้ IBM Plex Sans Thai Looped Light
7. การใช้ตัวเลขคำย่อและวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น (ระบุคำเต็มไว้ในครั้งแรก) การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning
8. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้
 - บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
 - บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
 - บทนำ

- วัตถุประสงค์
- สมมติฐาน (ถ้ามี)
- กรอบแนวคิดการวิจัย(ถ้ามี)
- ระเบียบวิธีวิจัย
- ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
- การเก็บรวบรวมข้อมูล
- การวิเคราะห์ข้อมูล
- จริยธรรมวิจัย
- ผลการวิจัย
- อภิปรายผล
- การนำผลการวิจัยไปใช้
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
- บรรณานุกรม

1. บทความวิชาการ ประกอบด้วย

- บทความย่อ (ภาษาไทย)
- บทความย่อ (ภาษาอังกฤษ)
- บทนำ
- เนื้อเรื่อง (Content) แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต่อการนำเสนอตามลำดับ
- บทสรุป
- ข้อเสนอแนะ
- บรรณานุกรม

2. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 6th Edition โดย ศึกษา รายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <http://lumenjournals.com/wp-content/uploads/2017/08/APA6thEdition.pdf> และ <http://www.journalclinicpsy.org/index.files/APA6th.pdf>

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

1. การอ้างอิงในเนื้อหา ใช้ระบบนาม- ปี (Name – year system) ชื่อผู้แต่งภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ และผู้แต่งภาษาอังกฤษ ให้เขียนเฉพาะนามสกุล ทุกคน ถ้ามากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วย et al., ดังตัวอย่าง

(Thepaksorn, 2018)

(Thepaksorn, Daniell & Thetkatheuk, 2018)

(Thepaksorn, Koizumi, Neitzel, Pongpanich, Siri Wong, Keifer et al, 2018)

2. การคัดลอกข้อความ ใช้ระบบนาม- ปี และข้อความที่คัดลอกมาอยู่ในเครื่องหมาย “.....” กรณีชื่อผู้แต่งภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ เช่น

Bandura (1991) ให้นิยามว่า “จริยธรรมคือ กฎสำหรับการประเมินพฤติกรรม”...

“ปัจจัยสู่ความสำเร็จของการปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ คือการพัฒนาความสามารถของประชาชนให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชนได้” (Tanasugarn, 2018)

3. การอ้างอิงท้ายบทความ

3.1 บทความทั่วไป ชื่อผู้แต่งภาษาไทยและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ใส่ชื่อสกุลผู้ร่วมงานทุกคน ถ้าไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทั้ง 6 คน หากมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรกตามด้วยคำว่า “et al.,” สำหรับบทความ หนังสือหรือเอกสาร ที่เป็นภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษทั้งข้อความ และให้วงเล็บ (in Thai) ดังตัวอย่าง

Yuychim, P., Niratharadorn, M., Sirimpunkul, P., Buaboon, N. (2018). Effects of a Family Participation

Program in Managing Drug Managing Drug Use Behaviors among Older Adults with Chronic Disease in Phun Phin Community. *Journal of Public Health*, 48(1): 44-53.

Thepaksorn, P., Fadrihan-Camacho, V. & Siri Wong, W. (2017). Respiratory symptoms and ventilatory function defects among Para rubber wood sawmill workers in the South of Thailand. *Human and Ecological Risk Assessment: An International*, 23(4):788-797.

Fraenkel, R. J., Wallen, E. N. & Hyun, H. H. (2012). *How to Design and Evaluate Research in Education*. (8th ed.). New York: McGraw-Hill.

3.2 ผู้เขียนเป็นกลุ่มหน่วยงาน

Praboromarajchanok Institute of Health Workforce Development. (2013) *Collection of Academic Performance in Humanized Service Mind*. Nontaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)

3.3 การอ้างอิงเฉพาะบทในหนังสือ

Waite, J. (2011). “Information and Documentation. In Potter, A.P., Perry, G.A., Stockert, A.P. & Hall, A.” *Basic Nursing Challenge*. (pp. 142-164). Missouri: Mosby/Elsevier.

3.4 การอ้างอิงเอกสารจากอินเทอร์เน็ต

Chen, M.W., Santos, H.M., Que, D.E., Gou, Y.Y., Tayo, L.L., Hsu, Y.C. (2018). Association between Organochlorine Pesticide Levels in Breast Milk and Their Effects on Female Reproduction in a Taiwanese Population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Retrieved 3, 2018 from <http://www.mdpi.com/1660-4601/15/5/931>.

3.5 วิทยานิพนธ์

Hom, K. E. (2018). Association of Air Pollution with Longitudinal Changes in Arterial Stiffness and Correlated of Longitudinal Changes in Arterial Stiffness in the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA). A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctoral of Philosophy, University of Washington.

การส่งบทความ

ต้นฉบับผลงานวิจัยและหนังสือรับรองบทความ/ผลงานวิจัยต้องส่งในระบบ online ถึงบรรณาธิการวารสารที่ <https://www.tci-thaijo.org/> หรือ <http://journal.scphtrang.ac.th/> หรือ tjph-editor@scphtrang.ac.th

สอบถามข้อมูลได้ที่

ผศ.ดร.พยงค์ เทพอักษร (บรรณาธิการ)

สำนักงานวารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

ตู้ ปณ. 174 ปทจ.ตรัง 92000

Tel. 088-7531547

tjph-editor@scphtrang.ac.th

จริยธรรมการตีพิมพ์ (Publication Ethics)
ของวารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
(Thai Journal of Public Health and Health Sciences; TJPHS)

(ปรับปรุง 30 สิงหาคม 2568)

หน้าที่และความรับผิดชอบของ ผู้เขียนบทความ หรือ ผู้พิมพ์ บรรณาธิการ และ ผู้ประเมินบทความ ของวารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ(Thai Journal of Public Health and Health Sciences; TJPHS) เป็นไปตามมาตรฐานคณะกรรมการจริยธรรมการตีพิมพ์ (COPE) และมาตรฐานทางจริยธรรมของคณะกรรมการจริยธรรมการตีพิมพ์ (COPE Code of Conduct)

1. บทบาทและหน้าที่ของผู้เขียนบทความ หรือ ผู้พิมพ์ (Duties of Authors) หรือ ผู้รับผิดชอบบทความ (Corresponding Author)

- 1.1 ผู้เขียนบทความต้องรับรองว่าผลงานที่เขียนขึ้นได้มาจากข้อเท็จจริงจากการศึกษาและการวิจัย ไม่ได้บิดเบือนข้อมูล และไม่มีข้อมูลที่เป็นเท็จ สามารถร้องขอ หรือ ตรวจสอบได้หากมีประเด็นหรือข้อมูลที่สงสัย
- 1.2 ผลงานของผู้เขียนบทความต้องเป็นผลงานที่ไม่เคยตีพิมพ์หรือเผยแพร่ที่ไหนมาก่อน หากมีการตรวจสอบพบระหว่างการดำเนินการ (Submission) หรือ ดำเนินการตีพิมพ์เผยแพร่ไปแล้ว (Accepted) จะมีการถอดถอนบทความจากการดำเนินการหรือการตีพิมพ์
- 1.3 ผู้เขียนบทความต้องไม่คัดลอกผลงานของผู้อื่น และต้องมีการอ้างอิงทุกครั้งเมื่อนำผลงานของผู้อื่นมาเสนอหรืออ้างอิงในเนื้อหาบทความของตนเอง ตามหลักวิชาการและอ้างอิงตามข้อกำหนดของวารสาร
- 1.4 ในกรณีที่วารสารรับทราบจากผู้เขียนบทความคัดลอกผลงาน หรือนำส่งผลงานซ้อนกับวารสารฉบับอื่น หรือผลงานอื่นๆที่เคยถูกตีพิมพ์มาก่อน วารสารขอสงวน ยกเลิกและถอดถอนบทความดังกล่าว พร้อมดำเนินการแจ้งผู้เกี่ยวข้องและ/หรือหน่วยงานต้นสังกัดของผู้เขียนบทความ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจ หรือ ผลพิจารณาของบรรณาธิการ
- 1.5 ผู้เขียนบทความพิจารณาและรับรองความเกี่ยวข้องกับจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ และ/หรือ จริยธรรมการวิจัยด้านอื่นๆสำหรับงานวิจัยของตน
- 1.6 ผู้เขียนบทความควรแจ้งให้อ่านทราบเกี่ยวกับผู้ให้ทุนสนับสนุนงานวิจัยและบทบาทของผู้ให้ทุนวิจัยในการทำวิจัยนั้นๆ

2. บทบาทและหน้าที่ของบรรณาธิการวารสาร (Duties of Editor)

- 2.1 บรรณาธิการมีหน้าที่พิจารณาและตรวจสอบบทความที่ส่งมาเพื่อเข้ารับการพิจารณาตีพิมพ์กับวารสารทุกบทความโดยพิจารณาเนื้อหาบทความที่สอดคล้องกับเป้าหมายและขอบเขตของวารสาร รวมถึงการตรวจสอบ คัดกรองบทความ และระเบียบวิธีวิจัยที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์ด้วยหลักการทางวิชาการ ตลอดจนคุณภาพบทความในกระบวนการประเมินและคุณภาพบทความก่อนการตีพิมพ์
- 2.2 บรรณาธิการต้องใช้เหตุผลทางวิชาการและวิจัยในการพิจารณาบทความทุกครั้งโดยปราศจากอคติที่มีต่อบทความ และผู้เขียนบทความในด้านเชื้อชาติ เพศ ศาสนา วัฒนธรรม การเมือง และสังกัดของผู้เขียนบทความ
- 2.3 บรรณาธิการต้องให้ข้อเสนอแนะให้เกิดความกระจ่าง ตามความประสงค์ของผู้อ่านและผู้พิมพ์ สนับสนุนอิสระทางวิชาการในการแสดงความคิดเห็นบทความวิจัย
- 2.4 บรรณาธิการมีหน้าที่ดำเนินงานวารสารให้ตรงตามวัตถุประสงค์ของวารสาร ปรับปรุง และพัฒนาวารสารให้ได้มาตรฐานอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ปรับปรุงตรวจสอบ ควบคุมและรับฟังคำชี้แนะจากกองบรรณาธิการ เพื่อพัฒนาวารสารอย่างสม่ำเสมอ คงไว้ซึ่งความถูกต้องของผลงานทางวิชาการและมาตรฐานการตีพิมพ์ของกองบรรณาธิการวารสาร รับรองคุณภาพของงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์

- 2.5 ในระหว่างการประเมินบทความ บรรณาธิการต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้เขียนบทความและผู้ประเมินบทความแก่บุคคลอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้อง
- 2.6 บรรณาธิการทำหน้าที่ประสานงานและดำเนินการจัดประชุมกองบรรณาธิการอย่างสม่ำเสมอ
- 2.7 บรรณาธิการรักษามาตรฐานการตีพิมพ์เผยแพร่บทความวิชาการและวิจัยตามข้อกำหนดของวารสารและมาตรฐานสากล
- 2.8 บรรณาธิการไม่ตีพิมพ์บทความในวารสารเพื่อป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน (Conflict of interest)

3. หน้าที่ของบรรณาธิการต่อผู้เขียนบทความ หรือ ผู้นิพนธ์

- 3.1 บรรณาธิการดำเนินการทุกอย่างเพื่อให้มั่นใจในคุณภาพของบทความที่ตีพิมพ์ เพื่อรับรองคุณภาพของงานวิจัยที่ตีพิมพ์
- 3.2 การตัดสินใจของบรรณาธิการต่อการยอมรับหรือปฏิเสธบทความวิจัยเพื่อการตีพิมพ์นั้น ขึ้นอยู่กับความถูกต้องตามหลักวิชาการ ความสำคัญ ความใหม่ ความทันสมัย และความชัดเจนของบทความวิจัยหรือบทความวิชาการ
- 3.3 บรรณาธิการมีการชี้แจงหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการตรวจสอบประเมินบทความ (peer review) ตามข้อกำหนดของวารสารและคำแนะนำการส่งบทความ
- 3.4 วารสารมีช่องทางให้ผู้นิพนธ์อุทธรณ์ได้หากผู้นิพนธ์มีความคิดเห็นแตกต่างจากการตัดสินใจของบรรณาธิการ
- 3.5 จัดพิมพ์คำแนะนำแก่ผู้นิพนธ์ในทุกประเด็นที่บรรณาธิการคาดหวัง ในทุกเรื่อง que ผู้นิพนธ์ควรรับทราบ พร้อมทั้งควรมีการอ้างอิงหรือการเชื่อมโยงกับระเบียบดังกล่าวนี้ด้วย
- 3.6 บรรณาธิการไม่เปลี่ยนแปลงการตัดสินใจในการตอบรับบทความที่ถูกปฏิเสธการตีพิมพ์ไปแล้ว ยกเว้นมีปัญหาร้ายแรงเกิดขึ้นในระหว่างการส่งบทความมารับการพิจารณาและคำนึงถึงจริยธรรมการตีพิมพ์อย่างเคร่งครัด
- 3.7 พิจารณาผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญตรงตามสาขาของบทความและส่งบทความให้ผู้พิจารณาบทความโดยผู้พิจารณาบทความจะไม่ทราบชื่อผู้แต่งและผู้นิพนธ์จะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาบทความ (Double-blind)

4. หน้าที่ของบรรณาธิการต่อผู้ประเมินบทความ

- 4.1 ควรจัดพิมพ์คำแนะนำแก่ผู้ประเมินบทความในทุกประเด็นที่บรรณาธิการคาดหวัง และควรมีการปรับปรุงคำแนะนำให้ทันสมัยอยู่เสมอ พร้อมทั้งควรมีการอ้างอิงหรือการเชื่อมโยงกับระเบียบดังกล่าวนี้ด้วย
- 4.2 บรรณาธิการควรมีระบบที่ปกป้องข้อมูลส่วนตัวของผู้ประเมินบทความ

5. บทบาทและหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ (Duties of Reviewers)

- 5.1 ผู้ประเมินบทความต้องคำนึงถึงคุณภาพบทความเป็นหลัก พิจารณาบทความภายใต้หลักการและเหตุผลทางวิชาการ และการวิจัยโดยปราศจากอคติหรือความคิดเห็นส่วนตัว และไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้เขียนบทความ
- 5.2 ผู้ประเมินบทความต้องไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้เขียนบทความหรือเหตุผลอื่นๆ ที่ทำให้ไม่สามารถให้ข้อคิดเห็นอย่างเป็นอิสระได้ โดยผู้ประเมินบทความต้องแจ้งให้บรรณาธิการวารสารทราบและปฏิเสธการประเมินบทความนั้น
- 5.3 ผู้ประเมินบทความต้องประเมินบทความในสาขาวิชาที่ตนมีความเชี่ยวชาญ โดยพิจารณาจากคุณภาพของบทความเป็นสำคัญไม่ใช่ความคิดเห็นส่วนตัวที่ไม่มีข้อมูลทางวิชาการและวิจัยรองรับ มาเป็นเกณฑ์ในการตัดสินบทความ
- 5.4 หากผู้ประเมินบทความพบว่าบทความที่ประเมินมีส่วนหนึ่งส่วนใดที่มีความเหมือนหรือความซ้ำซ้อนกับบทความหรือ ผลงานอื่น ผู้ประเมินบทความต้องแจ้งให้บรรณาธิการทราบด้วย
- 5.5 ผู้ประเมินบทความต้องรักษาระยะเวลาการประเมินบทความตามกรอบเวลาประเมินที่วารสารกำหนด รวมถึงไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความให้ผู้ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องได้รู้



คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก



CONTACT

075-291540-2

tjph-editor@scphtrang.ac.th