วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Community Health Development Quarterly
Khon Kaen University

ปีที่ 14 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2569

ชื่อหนังสือ วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น
เจ้าของ สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน เวชศาสตร์ครอบครัว และอาชีวเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ปีที่พิมพ์ พ.ศ. 2569
ISSN 3027-8104 (Online)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานการวิจัยด้านการพัฒนาสุขภาพชุมชน
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการพัฒนาองค์ความรู้ในการวิจัยเพื่อการพัฒนาชุมชนทั้งในและต่างประเทศ
3. เพื่อแลกเปลี่ยนแนวคิดและองค์ความรู้ด้านการวิจัย

กำหนดการเผยแพร่

ปีละ 4 ฉบับ (ม.ค.-มี.ค., เม.ย.-มิ.ย., ก.ค.-ก.ย. และ ต.ค.-ธ.ค.)

ฝ่ายจัดการ

อ.ดร. บังอรศรี จินดาวงค์

อ.ดร. นิพิฐพนธ์ สีอุปลัด

น.ส.โชติกา ธันยพงศ์พร

แบบปก: พรธีรา โพธิ์ชัย

สถานที่ติดต่อ

กองบรรณาธิการวารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน เวชศาสตร์ครอบครัว และอาชีวเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 123 หมู่ 16 ถ.มิตรภาพ ต.ในเมือง อ.เมืองขอนแก่น จ.ขอนแก่น 40002

โทรศัพท์ 043-363588, 080-2077570

E-mail: chdjournal@kku.ac.th

Website: https://he05.tci-thaijo.org/index.php/CHDMD_KKU หรือ https://chdkkujournal.md.kku.ac.th/

https://www.Facebook.com/วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน-มขอนแก่น

หมายเหตุ

1) บทความที่จะตีพิมพ์ในวารสาร จะต้องผ่านการตรวจสอบความซ้ำซ้อน โดยมีค่าความซ้ำซ้อนรวมไม่เกินร้อยละ 20

2) บทความที่ผ่านการตรวจความซ้ำซ้อน จะได้รับการประเมินคุณภาพบทความ จากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Reviewers) ภายนอกหน่วยงานของผู้นิพนธ์ จำนวน 2 ท่าน แบบ double-blinded โดยไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้นิพนธ์

3) บทความที่จะตีพิมพ์ในวารสาร ไม่มีค่า processing fee แต่จะต้องชำระค่า page charge บทความละ 3,000 บาท

4) เนื้อหาในบทความที่ตีพิมพ์เป็นความรับผิดชอบของผู้นิพนธ์ กองบรรณาธิการวารสาร ไม่สงวนสิทธิ์ในการคัดลอก เพื่อการพัฒนาด้านวิชาการ แต่ต้องได้รับการอ้างอิงอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ

กองบรรณาธิการ

ที่ปรึกษา

หัวหน้าสาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน เวชศาสตร์ครอบครัว และอาชีวเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ประธานหลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน

ประธานหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน

บรรณาธิการ

รศ.ดร.ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์	สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน เวชศาสตร์ครอบครัว และอาชีวเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.พญ.วริสรา ลุวีระ	สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน เวชศาสตร์ครอบครัว และอาชีวเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้ทรงคุณวุฒิประจำปี พ.ศ. 2569

ศ.ดร.พญ.เนสินี ไชยเอียย	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ศ.(กิตติคุณ)ดร.รัตนา สำโรงทอง	วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รศ.ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.สุณีรัตน์ ยั่งยืน	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.อรพินท์ เล่าซื้	สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร.นพ.พลเทพ วิจิตรคุณากร	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รศ.ดร.พญ.อิสราภรณ์ เทพวงษา	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.นพ.ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.พญ.คัชรินทร์ ภูนิคม	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.นพ.พรรษ โนนจุ้ย	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.นพ.อาคม บุญเลิศ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.ศิรินทิพย์ บุญจรัสภิญโญ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.นพ.ภาณุมาศ ไกรสร	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.พ.ต.ท.หญิง ดร.รังสิยา วงศ์อุปปา	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
ผศ.ว่าที่ ร.ต.หญิง ดร.ธินัฐดา พิมพ์พวง	คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

	วิทยาเขตปัตตานี
ผศ.ดร.นฤมล จันทร์มา	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์
ผศ.ดร.มาศโมฬี จิตวิริยธรรม	ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.ประเสริฐ ประสมรักษ์	มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ
ผศ.ดร.ราณี วงศ์คงเดช	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร.นันทวรรณ ทิพยเนตร	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร.พลากร สืบสำราญ	วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผศ.ดร.วรรณวิมล เมฆวิมล กิ่งแก้ว	วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ศูนย์การศึกษาจังหวัดสมุทรสงคราม
ผศ.ดร.ศิราณี ศรีหาภาค	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีขอนแก่น สถาบันพระบรมราชชนก
ผศ.ดร.วรรณา ภาจำปา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
ผศ.ดร.วรวุฒิ ชมภูพาน	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์ และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
ผศ.ดร.อุมาพร เคนศิลา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
ผศ.ดร.ดวงใจ วิชัย	คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
ผศ.ดร.นฏกร อิตุพร	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
ผศ.(พิเศษ) นพ.วรยศ ดาราสว่าง	โรงพยาบาลบุรีรัมย์
ผศ.ดร.ศริญญา ชาญสุข	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
ผศ.ดร.สุจิตตา ฤทธิ์มนตรี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
ดร.นพ.พิทักษ์พงศ์ พายุหะ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
ดร.ภัชชนก รัตนกรปรีดา	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
ดร.วรพล หนูนุ่น	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
ดร.สุภัทรญาณ ทองจิตร	คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ดร.กาญจนา นิ่มสุนทร	คณะสาธารณสุขและสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
ดร.สดุดี ภูห้องไสย	วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

ดร.ธิโสภิญ ทองไทย	ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
อ.ดร.บังอรศรี จินดาวงค์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อ.ดร.นิพิฐพนธ์ สีอุปลัด	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อ.นพ.พิเนต ตติเวชกุล	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อ.นพ.ฉัตรพงศ์ งามโชควัฒนา	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อ.นพ.นนท์ปวิธ โชติชัย	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อ.นพ.ธนกิจ รุ่งเรืองรัตนกุล	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อ.นพ.ธนภูมิ เอื้อพงศ์การุณ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อ.นพ.ทัตพงศ์ วิไธสง	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อ.ดร.ขจรศักดิ์ สีวาที	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร.สุทิน ชนะบุญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
	คณะสาธารณสุขศาสตร์ และสหเวชศาสตร์
	สถาบันพระบรมราชชนก
นพ.วราวุธ กุลเวชกิจ	โรงพยาบาลขอนแก่น
พว.กาญจนา จันทะนุย	โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

บทบรรณาธิการ

วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น ฉบับนี้เป็นปีที่ 14 ฉบับที่ 3 ประจำเดือนกรกฎาคม – กันยายน 2569 เป็นสื่อกลางในการนำเสนอถึงบทความเชิงวิชาการอันน่าสนใจที่นำไปสู่การพัฒนาองค์ความรู้ในการวิจัยด้านการพัฒนาชุมชน ซึ่งบทความดังกล่าวได้ผ่านกระบวนการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ (Peer Review) จากหลากหลายหน่วยงานเพื่อให้การพิจารณาการตีพิมพ์บทความนั้นเป็นไปตามประสิทธิภาพของ TCI

ทางกองบรรณาธิการวารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่นต้องขอขอบพระคุณผู้นิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง ที่สละเวลาอันมีค่าของท่าน ในการให้ข้อเสนอแนะและปรับปรุงบทความ จนทำให้เกิดวารสารฯฉบับนี้ขึ้นมา เพื่อเป็นประโยชน์ในทางวิชาการสืบไป และทางกองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านในวารสารฯฉบับต่อ ๆ ไป

สำหรับท่านผู้อ่านที่มีความประสงค์จะเผยแพร่บทความของท่าน ผ่านวารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น สามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่เว็บไซต์วารสาร และหากท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมสามารถสอบถามมายังกองบรรณาธิการ ซึ่งมีเจ้าหน้าที่อำนวยความสะดวกสำหรับทุกท่าน

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ประโยชน์ทางวิชาการที่เกิดจากวารสารฉบับนี้ และฉบับต่อ ๆ ไป จะช่วยสร้างเสริมองค์ความรู้สู่ชุมชน และนำมาซึ่งการพัฒนาด้านสุขภาพ และสุขภาวะที่ดีของประชาชนอย่างยั่งยืนตลอดไป

บรรณาธิการ

วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Community Health Development Quarterly Khon Kaen University
ปีที่ 14 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2569 Vol.14 No. 3 July - September 2026

สารบัญ

การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้สถานีสุขภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม *สุดาวรรณ ทะสูง, ระเบียบ วัฒนตรีภพ, อนุชา ไทยวงษ์ กำทร ดานา, ชนิดาภา วงศ์รักษา*	1-15
การพัฒนาระบบบริการฟันเทียม ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายใต้รูปแบบ Changhan Model สำหรับผู้สูงอายุ อำเภอจังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด *สุรศักดิ์ โกมาลย์*	16-28
ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยต่อความรู้ พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยล่าช้า *จุรีภรณ์ ไชยทักษิณ, วรวรรณ์ ทิพย์วารีรมย์, ยุวยงค์ จันทรวิจิตร*	29-42
ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ในผู้สูงอายุ ตำบลท่าตูม อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์ *มลฤดี เชยชุ่ม*	43-59
ผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวตามแนวคิดของรอยต่อความสามารถในการปรับตัวและการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของญาติผู้ดูแล *น้ำฝน บุญเรือง, ชุลีกร ด่านยุทธศิลป์, ชณิตา ประดิษฐ์สถาพร, เอื้อมพร หลินเจริญ*	60-72

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ 73-87

บัวแก้ว ใจดีเจริญ, พรรณี บัญชรหัตถกิจ

ความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตร-มหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย: การวิจัยเชิงพรรณนา 88-102

พงศ์ศิริ บัวแก้ว, ธนัยรัตน์ ชัยศิริภูวดล

การรับรู้บรรยากาศจริยธรรมในสถานที่ทำงานและพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 103-117

นิสาชล บุตรสาทร, สัญพิชา ศรภิรมย์, ปาริชาติ เพียสุพรรณ์
สุวัฒนา ชุณหคล้าย, จุรีรัตน์ รัตนเพ็ชร, วรรณวิศา ปะเสทะกัง

การเปรียบเทียบปัจจัยนิเวศวิทยาและพฤติกรรมป้องกันไข้เลือดออกในพื้นที่ระบาดซ้ำและไม่ระบาด อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร 118-133

ฤทัยรัตน์ อุปพงษ์, จิราภรณ์ จำปาจันทร์

การศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาและอุปสรรค ปัจจัยที่มีผล และแนวทางการพัฒนาระบบบริหารคุณภาพ ISO 9001:2015 ของโรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่งในประเทศไทย: การศึกษาเชิงคุณภาพ 134-145

อุไร รักความซื่อ, นลัทพร สืบเสาะ, อภิญญา จันทุมา
จันทิรา รอดเดช, อรอนงค์ โนนทิง

ISSN 3027-8082 (Print)
ISSN 3027-8104 (Online)

การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้สถานีสุขภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

DEVELOPMENT OF A BLOOD SUGAR CONTROL MODEL FOR DIABETIC PATIENTS USING HEALTH STATIONS AND COMMUNITY PARTICIPATION, BORABUE DISTRICT, MAHA SARAKHAM PROVINCE

สุดาวรรณ ทะสูง, ระเบียบ วัฒนตรีภพ*, อนุชา ไทยวงษ์**,*
*กำทร ดานา**, ชนิดาภา วงศ์รักษา***
*Sudawan Tasoong *, Rabiab wattanatripop*, Anucha Taiwong**,*
*Kamthorn Dana**, Chanidapa Wongraksa***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้สถานีสุขภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในกา ร พัฒนารูปแบบ 25 คน และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ 40 คน ดำเนินการ 4 ระยะ ประกอบตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart ระหว่างเดือนมิถุนายน 2567 – มกราคม 2568 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ สถิติอนุมาน ได้แก่ Paired t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหาผลการวิจัยพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 2 ส่วนหลัก คือ 1) การพัฒนาระบบสถานีสุขภาพที่บูรณาการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ 2) แนวทางปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5 ฐาน ได้แก่ การรับรู้ตนเอง, Low-carb, Intermittent Fasting (IF), การออกกำลังกายและยา, และสุขภาพจิต หลังการใช้รูปแบบพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ขณะที่ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ลดลงจาก 174.50 เป็น 146.30 mg/dl และ HbA1C ลดลงจากร้อยละ 9.22 เป็น 7.76 ($p < .001$) และผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้พร้อมทั้งญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.40 และ 4.77 ตามลำดับ)

คำสำคัญ: การควบคุมระดับน้ำตาล, ผู้ป่วยเบาหวาน, สถานีสุขภาพ, การมีส่วนร่วม

---

* โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

** วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* Borabue Hospital, Mahasarakham Province

** Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Chanidapa Wongraksa *Email: Chanidapa@smnc.ac.th*

Received 14/03/2026 *Revised 25/05/2026* *Accepted 23/09/2026*

ABSTRACT

This participatory action research aimed to develop a blood sugar control model for diabetic patients using health stations and community participation in Borabue District, Maha Sarakham Province. The study involved 25 participants in model development and 40 diabetic patients with uncontrolled blood sugar levels. The research was conducted in four phases between June 2024 and January 2025. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation) and inferential statistics (paired t-test). Qualitative data were analyzed using content analysis. The developed model consisted of two main components: 1) Development of a health station system integrated with local administrative organizations, and 2) A five-pillar behavior modification approach including self-awareness, low-carb diet, intermittent fasting (IF), exercise and medication, and mental health. Following model implementation, participants showed statistically significant increases in knowledge and self-care behavior scores ($p < .001$). Fasting blood sugar (FBS) decreased from 174.50 to 146.30 mg/dl, and HbA1C decreased from 9.22% to 7.76% ($p < .001$). Patients expressed high levels of satisfaction with the model.

Keywords: Blood sugar control, diabetic patients, health station, participation

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญและเป็นภัยคุกคามต่อคุณภาพชีวิตของประชากรทั่วโลก โดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและภาระโรคในประเทศไทย องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่าอัตราการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั่วโลกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 68 เป็นร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตทั้งหมด[1] ขณะที่ประเทศไทยพบการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคิดเป็นร้อยละ 75.2 ของการเสียชีวิตทั้งหมด และก่อให้เกิดภาระโรคจากการสูญเสียปีสุขภาวะสูงถึงร้อยละ 75.4[2] สะท้อนให้เห็นว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศ

จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 7 (พ.ศ. 2557-2568) สถานการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยพบว่าความชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มจากร้อยละ 6.9 เป็นร้อยละ 8.9[3] และสหพันธ์เบาหวานนานาชาติคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2583 จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกจะเพิ่มเป็น 642 ล้านคน[4] และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 853 ล้านคน ภายในปี พ.ศ.2594[5]

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องตลอดชีวิต และอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ไตวายเรื้อรัง ตาบอด และการสูญเสียอวัยวะ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอย่างมาก[6,7] ประเทศไทยกำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2568 โดยจะมีประชากรอายุมากกว่า 60 ปีเพิ่มขึ้นเกินร้อยละ 20 และจะมีผู้สูงอายุ 1 คนในทุกๆ 5 คนเป็นโรคเบาหวาน [8]

กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นความสำคัญดังกล่าว โดยระบุให้เบาหวานเป็นหนึ่งในโรคที่กระทรวงให้ความสำคัญในแง่ของการป้องกันและรักษา ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) [9] คณะรัฐมนตรีได้อนุมัติแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564) เพื่อให้ทุกภาคส่วนมีความเป็นเอกภาพในการบริหารจัดการเพื่อสุขภาพ ของประชาชน โดยเน้นป้องกันโรคมากกว่าการรักษา [10]

สถานการณ์โรคเบาหวานในจังหวัดมหาสารคามมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในช่วงปี พ.ศ. 2561–2565 ความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มจาก 7,003.05 เป็น 9,152.73 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าระดับประเทศและเขตสุขภาพที่ 7[11] ขณะที่อำเภอบรบือซึ่งมีประชากรจำนวน 71,582 คน พบอัตราป่วยเบาหวานรายใหม่ในช่วงปี พ.ศ. 2562–2566 อยู่ระหว่าง 538.16–637.68 ต่อประชากรแสนคน และผลการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยยังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมีเพียงร้อยละ 17.88–22.83 เมื่อเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40[12]

สถานีสุขภาพ (Health Station) เป็นหนึ่งในเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวาน โดยเป็นรูปแบบให้บริการด้านสุขภาพและการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองเบื้องต้นของประชาชนในพื้นที่ได้สะดวกและรวดเร็ว[13] ตามยุทธศาสตร์ ของแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) ที่เน้นกลยุทธ์การพัฒนาบูรณาการเครือข่ายทุกภาคส่วนในการจัดการโรค NCDs (Smart NCD Network) สร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (NCD Health Literacy) ความตระหนักรู้ รู้เท่าทัน และค่านิยมในการป้องกันควบคุมโรค NCDs ของคนในชาติและสร้างระบบนิเวศ (NCD Ecosystem) ที่เอื้อต่อการจัดการโรค NCDs ของประเทศ[10,14] การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเป็นองค์ประกอบสำคัญในการควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองที่เน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมตามความต้องการการดูแล[15]

อย่างไรก็ตาม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถเกิดขึ้นได้โดยปราศจากการสนับสนุนจากระบบและเครือข่ายทางสังคม โดยเฉพาะในบริบทของสังคมไทยที่มีความสัมพันธ์แบบเครือญาติและการพึ่งพาอาศัยกันในชุมชน[16] การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพเป็นแนวคิดสำคัญที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล โดยการมีส่วนร่วมของ

ชุมชนที่มีประสิทธิภาพต้องครอบคลุมทั้งการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การดำเนินการ การรับผลประโยชน์ และการประเมินผล สอดคล้องกับแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ที่มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของชุมชนและบุคคลให้สามารถจัดการปัญหาสุขภาพด้วยตนเอง[17,18]

อำเภอบรบือมีทุนทางสังคมและศักยภาพที่สำคัญ ทั้งภูมิปัญญาท้องถิ่น เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง วัฒนธรรมการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในชุมชน และทรัพยากรด้านสุขภาพที่กระจายตัวในพื้นที่ ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่และตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม[19] จากการวิเคราะห์สาเหตุการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ พบว่าเกิดจากการจัดบริการไม่ทั่วถึง ผู้ป่วยขาดโอกาสเข้าถึงบริการ และขาดองค์ความรู้ในการจัดการตนเอง รูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานที่ดำเนินการอยู่เดิมในอำเภอบรบือนั้น เน้นการรักษาในคลินิกพิเศษโรงพยาบาลเป็นหลัก โดยผู้ป่วยต้องเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลทุก 1-3 เดือน ส่งผลให้ขาดการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน ขาดการสนับสนุนด้านพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวัน และไม่มีกลไกให้ผู้ป่วยสามารถตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองได้สะดวกใกล้บ้าน ทำให้อัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีของอำเภอบรบือยังต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการดูแลใหม่ที่บูรณาการสถานีสุขภาพในชุมชนเข้ากับการมีส่วนร่วมของประชาชน เพื่อเพิ่มความสามารถในการเข้าถึงบริการและส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างยั่งยืน ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบและศึกษาประสิทธิผลการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์การศึกษา (Objective)

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้สถานีสุขภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้และญาติต่อการใช้รูปแบบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้กระบวนการวางแผนอย่างมีส่วนร่วมร่วมกับแนวคิดของ Kemmis & McTaggart[20] ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAOR) ประกอบด้วย 4 ระยะ คือระยะที่ 1 วางแผน (Planning) ดำเนินการศึกษาปัญหา วิเคราะห์บริบทและข้อมูลสถานการณ์ ประชุมระดมความคิดเห็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง พัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5 ฐาน และออกแบบระบบสถานีสุขภาพในชุมชน ระยะที่ 2 ปฏิบัติการ (Action) ดำเนินกิจกรรม 5 ฐาน ได้แก่ ฐานที่ 1 การรับรู้ตนเอง ฐานที่ 2โลว์คาร์บ ไม่ใช่โลว์แคล ฐานที่ 3 Intermittent Fasting (IF) ฐานที่ 4 การออกกำลังกายและความรู้เรื่องยา และฐานที่ 5 สุขภาพจิตและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พร้อมพัฒนาศักยภาพ อสม. และจัดตั้งระบบสถานีสุขภาพ ระยะที่ 3 สังเกตผล (Observation) ประเมินความรู้ พฤติกรรม ระดับน้ำตาล FBS และ HbA1C ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ 3 เดือน ด้วยแบบสอบถามและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พร้อมประเมินความพึงพอใจและวิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จ ระยะที่ 4 สะท้อนผล (Reflection) สรุปบทเรียน ปรับปรุงรูปแบบ และจัดทำข้อเสนอแนะ โดยบูรณาการกับแนวคิดการจัดระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) [21] และการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ

วิธีการศึกษา (Method)

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) ดำเนินการระหว่าง เดือน มิถุนายน 2567 - มกราคม 2568

วัสดุและวิธีการศึกษา (Materials and method) มีรายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้มีผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

กลุ่มที่ 1 กลุ่มพัฒนารูปแบบ คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพ (แพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ นักวิชาการสาธารณสุข) 5 คน พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกเบาหวาน 5 คน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) 5 คน ผู้ป่วยเบาหวาน 5 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 5 คน รวมจำนวน 25 คน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ คัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 40 คน โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G Power 3.1.2[22] เลือก means: Difference from constant (one sample case) เลือกการทดสอบทางเดียวกำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.50 จากงานวิจัยของ รังสิมาภรณ์ จิ้วล้อ[23] ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 และค่ากำลังการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.80 ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 34 คน ผู้วิจัยจึงเพิ่มร้อยละ 20 จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 40 คน มีเกณฑ์คัดเข้า คือ (1)อายุ 35-75 ปี ทั้งเพศชายและหญิง (2) วินิจฉัยเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่พึ่งอินซูลิน ไม่มี Stroke, MI, CKD5, CA (3) รักษาและรับยาที่คลินิกพิเศษและรับบริการในสถานีสุขภาพ (4) FBS ≥ 126 mg/dL, HbA1C 7-10% (5) สามารถสื่อสาร อ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้ และ (6) ยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย

1. **เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล** เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม [24-26] แบ่งเป็น 4 ส่วน คือ

1) ข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ เป็นคำถามปลายปิด ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) อาชีพ 6) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน 8) โรคร่วม/ภาวะแทรกซ้อน 9) ผู้ดูแลหลักหรือบุคคลที่ช่วยดูแลสุขภาพ

2) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบปรนัยเลือกตอบ 3 ตัวเลือก (ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ) ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบได้ 0 คะแนน ประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1971) โดย คะแนน 0-8 = ความรู้ระดับต่ำ คะแนน 9-11 = ความรู้ระดับปานกลาง และคะแนน 12-15 = ความรู้ระดับสูง

3) แบบวัดพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง จำนวน 15 ข้อ แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ใช้ Likert Scale 3 ระดับ คือ เป็นประจำ (3 คะแนน) = ปฏิบัติสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-4 วัน, บางครั้ง (2 คะแนน) = ปฏิบัติสัปดาห์ละ 1-2 วัน, ไม่เคย (1 คะแนน) = ไม่เคยปฏิบัติเลย เกณฑ์การแปลผลอ้างอิงจาก Toobert, Hampson & Glasgow (คะแนนรวม 15-45) โดยระดับน้อย = 15-26 คะแนน ระดับปานกลาง = 27-35 คะแนน และระดับสูง = 36-45 คะแนน

4) แบบสอบถามความพึงพอใจ จำนวน 10 ข้อ มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด) ให้คะแนน 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ เกณฑ์การแปลผลอ้างอิง ของ Best (1981) โดยระดับน้อย = 1.00-2.33 ระดับปานกลาง = 2.34-3.66 และระดับสูง = 3.67-5.00

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านได้แก่ อาจารย์ ผู้เชี่ยวชาญด้านการ พยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 1 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเบาหวาน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยาและสถิติสาธารณสุข

1 ท่าน โดยผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน มีประสบการณ์ในสาขาที่เกี่ยวข้องไม่น้อยกว่า 5 ปี และมีผลงานวิชาการด้านโรคเรื้อรัง/เบาหวาน/ระบาดวิทยาสาธารณสุขที่ตีพิมพ์เผยแพร่อย่างน้อย 1 ผลงาน ทดสอบความเชื่อมั่นโดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ซึ่งมีคุณสมบัติเดียวกับกลุ่มตัวอย่างแต่เป็นผู้ป่วยในพื้นที่ต่างอำเภอ คืออำเภอเมืองมหาสารคาม จำนวน 30 คนได้ค่าเฉลี่ย CVI = 0.89 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคด้านความรู้ = 0.68 ด้านพฤติกรรม = 0.73 และความพึงพอใจผู้รับบริการ = 0.86

2. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1) รูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาล สร้างขึ้นโดยบูรณาการรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยเทคนิค 5 ฐานของโรงเรียนเบาหวานวิทยา [26] ร่วมกับแนวทางการรักษาโรคเบาหวานในเวชปฏิบัติทั่วไป [27] ประกอบด้วย ฐานที่ 1 การรับรู้ตนเอง: ประเมินภาวะสุขภาพด้วยเครื่อง Body Composition วิเคราะห์ค่าดัชนีมวลกาย ไขมัน น้ำ และกล้ามเนื้อ พร้อมแปลผลให้ผู้ป่วยเข้าใจความเชื่อมโยงกับการควบคุมระดับน้ำตาล ฐานที่ 2 โลว์คาร์บ ไม่ใช่โลว์แคล: ให้ความรู้และฝึกทักษะการเลือกอาหารลดคาร์โบไฮเดรต เน้นการอ่านฉลากอาหาร การวัดปริมาณข้าวและแป้ง และการปรับเปลี่ยนรายการอาหารในชีวิตประจำวัน ฐานที่ 3 การกินอาหารแบบกำหนดช่วงเวลา (Intermittent Fasting: IF): ให้ความรู้เรื่อง IF 16:8 ฝึกทักษะการวางแผนมื้ออาหาร และติดตามผลระดับน้ำตาลก่อนและหลังการปฏิบัติ ฐานที่ 4 การออกกำลังกายและความรู้เรื่องยา: สาธิตและฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายที่เหมาะสม ให้ความรู้เรื่องยาเบาหวาน วิธีรับประทาน ผลข้างเคียง และการดูแลเท้า ฐานที่ 5 สุขภาพจิตและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมห่างไกล NCDs: ประเมินความเครียดและภาวะซึมเศร้า ฝึกทักษะการจัดการความเครียด สร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเชื่อมโยงกับเครือข่ายสนับสนุนในชุมชน

รูปแบบการมีการประเมิน(Assess) ความรู้ ความเชื่อและพฤติกรรม ให้คำแนะนำ(Advise) ข้อมูลเฉพาะเจาะจง กำหนดเป้าหมายร่วมกัน(Agree) ตามความต้องการ และให้การช่วยเหลือ(Assist) แนวทางการจัดการปัญหาและแหล่งสนับสนุนโดยใช้กรอบแนวคิด 5A's approach[28] ให้เครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้วแก่ผู้ป่วยหรือสถานีสุขภาพ ประเมินในสัปดาห์ที่ 1-5 ติดตามทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้งในสัปดาห์ที่ 6-11 และประเมินผลในสัปดาห์ที่ 12

2) คู่มือดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน พัฒนาโดยอ้างอิงจากแนวทางการรักษาโรคเบาหวานของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย [29]

3) สมุดคู่มือผู้ป่วยเบาหวาน สำหรับบันทึกระดับน้ำตาล การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ในพื้นที่อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ระหว่าง เดือนมิถุนายน 2567-มกราคม 2568 ดังนี้

1. วางแผน (Planning) ศึกษาปัญหา วิเคราะห์บริบท โครงสร้างและระบบการให้บริการ ประชุมวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ จัดเวทีระดมความคิดเห็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และวางแผนพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลโดยใช้สถานีสุขภาพกิจกรรมในระยะนี้ประกอบด้วย (1) การทบทวนข้อมูลสถานการณ์โรคเบาหวานในอำเภอบรบือจากฐานข้อมูล HDC และรายงานของโรงพยาบาลบรบือ (2) การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยเบาหวาน ทีมสาธารณสุข และผู้นำชุมชน เพื่อวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการ และทุนทางสังคม (3) การประชุมระดมความคิดเห็น (Focus group discussion) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 25 คน เพื่อออกแบบรูปแบบและโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5 ฐาน และ (4) การออกแบบและจัดตั้งระบบสถานีสุขภาพในชุมชนร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2. ปฏิบัติการ (Action) ปฏิบัติตามแผนงานจากระยะที่ 1 ได้แก่ 1) พัฒนาศักยภาพทีมและเครือข่ายสุขภาพในชุมชน จัดประชุมชี้แจงโครงการและบทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง พร้อมอบรม อสม. และผู้ดูแลเกี่ยวกับการคัดกรอง ติดตามอาการ การวัดระดับน้ำตาลปลายนิ้ว การให้คำแนะนำด้านสุขภาพ และการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยใช้แนวคิดการจัดระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) 2) พัฒนาระบบสถานีสุขภาพ (Health Station) จัดตั้งและพัฒนาสถานีสุขภาพในชุมชนร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็น ได้แก่ เครื่องตรวจน้ำตาล เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก และระบบอินเทอร์เน็ต พร้อมกำหนดผู้รับผิดชอบ ตารางการให้บริการ และระบบส่งต่อข้อมูล 3)ดำเนินกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5 ฐาน และบูรณาการการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ 4) สนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย แจกคู่มือดูแลสุขภาพและสมุดบันทึกผู้ป่วยเบาหวานเพื่อบันทึกระดับน้ำตาล การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา โดยให้ผู้ป่วยร่วมกำหนดเป้าหมายการดูแลตนเองตามแนวคิด 5A's ได้แก่ Assess, Advise, Agree, Assist และ Arrange 5) ติดตามและกำกับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยประเมินระดับน้ำตาลและพฤติกรรมสุขภาพในสัปดาห์ที่ 1–5 และติดตามผ่านระบบ Line OA หรือโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 6–11 พร้อมให้คำปรึกษาและแก้ไขปัญหารายบุคคล รวมทั้งเชื่อมโยงการส่งต่อกรณีพบความผิดปกติ

3. สังเกตผล (Observation) ติดตามผลการดำเนินงานและเก็บข้อมูล ประเมินผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ติดตามและประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกหลังใช้รูปแบบ 3 เดือน ประเมินกระบวนการและผลลัพธ์โดยการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และวิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จและอุปสรรค การประเมินผลดำเนินการโดยผู้วิจัยและทีมพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกเบาหวาน โดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น (ส่วนที่ 1-4) สำหรับประเมินความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง และใช้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับประเมินค่า FBS และ HbA1C ส่วนความพึงพอใจประเมินโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจ ซึ่งให้กลุ่มตัวอย่างกรอกด้วยตนเองหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม

4. สะท้อนผล (Reflection) โดยสรุปบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และปรับปรุงรูปแบบ ประชุมสะท้อนผลการพัฒนารูปแบบ ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ ปรับปรุงรูปแบบให้สอดคล้องกับข้อเสนอแนะและบริบทพื้นที่ จัดทำข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาต่อยอดให้ครอบคลุมทุกพื้นที่

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยสถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05 โดยมีรายละเอียดดังนี้ ส่วนที่ 1 การพัฒนารูปแบบ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการระดมความคิดเห็น การสนทนากลุ่ม และการประชุมทีมงาน ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จำแนกประเด็นปัญหา ความต้องการ และแนวทางการพัฒนารูปแบบสถานีสุขภาพ สรุปองค์ประกอบของรูปแบบตาม 6 ประเด็น ตามกรอบ Chronic Care Model ส่วนที่ 2 ประสิทธิผลและความพึงพอใจ ก่อนการวิเคราะห์เปรียบเทียบ ตรวจสอบการแจกแจงใช้สถิติพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน Paired t-test และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การศึกษานี้ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลบรบือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เลขที่ 33/2567 เมื่อวันที่ 25 ตุลาคม 2567

ผลการศึกษา (Results)

1. การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน

การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวาน ดำเนินการตามกรอบของวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ได้กระบวนการพัฒนา 2 ส่วนหลัก ได้แก่

ส่วนที่ 1 การพัฒนาระบบสถานีสุขภาพ (Health Station) ประกอบด้วย 6 ประเด็น ซึ่งพัฒนาตามกรอบแนวคิด Chronic Care Model และแนวทางการจัดบริการสถานีสุขภาพดิจิทัล ในชุมชนของกองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

1.1 ด้านทิศทางและนโยบาย ทีมพัฒนารูปแบบประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัช นักโภชนาการ นักวิชาการสาธารณสุข และนักวิชาการคอมพิวเตอร์ มีคำสั่งแต่งตั้งชัดเจน มีการประชุมติดตามงานทุก 1 เดือน มีการสนับสนุนจาก อปท. ในการจัดหาอุปกรณ์เครื่องมือ เช่น เครื่องเจาะน้ำตาล เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความเค็มในอาหาร และเกิดการปรับปรุงโครงสร้างสถานีสุขภาพจากศาลาประชาคมในทุกหมู่บ้าน ให้บริการโดย อสม. และผู้นำชุมชน มีตารางปฏิบัติงานและผู้รับผิดชอบชัดเจน

1.2 ด้านข้อมูลและสารสนเทศ มีระบบเชื่อมโยงอินเทอร์เน็ตในสถานีสุขภาพ มีมาตรฐานข้อตกลงในการใช้ข้อมูลทางคลินิกร่วมกัน มีการรายงานข้อมูลผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที และมี Line OA SRR7 ที่ประยุกต์ใช้แนวคิด 3 หมอ

1.3 ด้านการจัดระบบบริการ ทีมพัฒนางานแบ่งเป็น (1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พัฒนาศักยภาพ อสม. และผู้ป่วยเบาหวานให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (2) อสม.ช่วยประชาสัมพันธ์ ดูแลความเรียบร้อย ความสะอาด และความพร้อมใช้ของอุปกรณ์ (3) มีตารางจัดเวรยามและเวลาการให้บริการชัดเจน พร้อมสมุดคู่มือการดูแล ติดตาม ส่งต่อ

1.4 ด้านการสนับสนุนการจัดการตนเอง ประกอบด้วย (1) มีระบบให้คำปรึกษาติดตามอาการโดย Application Line/Telemedicine (2) ผู้ป่วยเข้าถึงเครื่องมือจำเป็นในการดูแลสุขภาพ เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลได้มากขึ้น

1.5 ด้านการสนับสนุนการตัดสินใจ มีแนวทางปฏิบัติที่ใช้ร่วมกันเป็นเครือข่ายบริการสุขภาพ มี อสม. ที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และมีระบบส่งปรึกษาเจ้าหน้าที่หน่วยปฐมภูมิเพื่อช่วยเหลือเบื้องต้นและส่งต่อในภาวะวิกฤติ

1.6 ด้านการจัดระบบบริการเชื่อมโยงชุมชน มีเครือข่ายบริการสุขภาพที่ชุมชนมีส่วนร่วม ในการดูแล และมีการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดซื้ออุปกรณ์

ส่วนที่ 2 การพัฒนาแนวทางการดูแลควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน (CPG) พัฒนาขึ้นตามเทคนิค 5 ฐานของโรงเรียนเบาหวานวิทยา[28] บูรณาการกับแนวทางการรักษาโรคเบาหวานในเวชปฏิบัติทั่วไป[29] พร้อมจัดทำคู่มือการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วย โดยมีการพัฒนาระบบในการลงคัดกรองข้อมูลผู้ป่วยในระบบ SRR7 เพื่อส่งต่อในระบบ 3 หมอ ทำให้การจำแนกและจัดการผู้ป่วยได้สะดวกรวดเร็วยิ่งขึ้น

2. ประสิทธิผลของรูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวานก่อนดำเนินการพัฒนา 13.67 (S.D. 1.81) และหลังพัฒนา 15.50 (S.D. 2.20) หลังเข้าร่วมมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นคะแนนเพิ่มขึ้น 1.83 คะแนน (95% CI: 1.04 ถึง 2.62) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.63$, p-value $< .001$) และกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองก่อนพัฒนาเฉลี่ย 37.52 (S.D. 3.80) และหลังพัฒนาเฉลี่ย 42.50 (S.D. = 2.78) เพิ่มขึ้น 4.98 คะแนน (95% CI: 3.59 ถึง 6.37) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -7.22$, p-value $< .001$) ดังแสดงในตาราง 1

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (FBS) ก่อนพัฒนามีค่าเฉลี่ย 174.50 (S.D. 45.93) และหลังพัฒนามีค่าเฉลี่ย 146.30 (S.D. 37.91) ลดลง 28.20 mg/dl (95% CI: 16.47 ถึง 39.93) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .001) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ก่อนพัฒนามีค่าเฉลี่ย 9.22 (S.D. 1.71) และหลังพัฒนามีค่าเฉลี่ย 7.76 (S.D. 0.86) โดยพบว่าลดลง 1.46 (95% CI: 0.98 ถึง 1.94) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .001) ดังแสดงในตาราง 1

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (FBS) ก่อนพัฒนามีค่าเฉลี่ย 174.50 (S.D. 45.93) และหลังพัฒนามีค่าเฉลี่ย 146.30 (S.D. 37.91) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ก่อนพัฒนามีค่าเฉลี่ย 9.22 (S.D. 1.71) และหลังพัฒนามีค่าเฉลี่ย 7.76 (S.D. 0.86) โดยพบว่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .001) ดังแสดงในตาราง 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน (n = 40)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Mean Diff.	95% CI	t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	13.67	(1.81)	15.50	(2.20)	+1.83	1.04 to 2.62	-4.63	<0.001
2. พฤติกรรมการดูแลตนเอง	37.52	(3.80)	42.50	(2.78)	+4.98	3.59 to 6.37	-7.22	<0.001
3. ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS)	174.50	(45.93)	146.30	(37.91)	-28.20	16.47 to 39.93	4.753	<0.001
4. ระดับฮีโมโกลบินสะสมHbA1C)	9.22	(1.71)	7.76	(0.86)	-1.46	0.98 to 1.94	6.084	<0.001

3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการใช้รูปแบบ

หลังพัฒนารูปแบบพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับความพึงพอใจในระดับสูง เฉลี่ย 4.40 (S.D. 0.53) คิดเป็นร้อยละ 88 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าข้อที่มีความพึงพอใจมากที่สุดคือ ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของตนเองมากขึ้นค่าเฉลี่ย 4.55 (S.D. 0.50) รองลงมาคือ รูปแบบสามารถช่วยเพิ่มคุณภาพการบริการของพยาบาลได้ ค่าเฉลี่ย 4.57(S.D. 0.59) ดังแสดงในตาราง 2

สำหรับความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่ามีความพึงพอใจในระดับสูง เฉลี่ย 4.77 (S.D. 0.38) คิดเป็นร้อยละ 95.4 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าข้อที่มีความพึงพอใจมากที่สุด 2 ข้อ คือ ทำให้การดูแลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และ รูปแบบที่ได้รับมีความคุ้มค่าและมีประโยชน์ เฉลี่ย 4.82 (S.D 0.38) ดังแสดงในตาราง 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลังการพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน (n = 40)

ข้อ	รายการประเมิน	ความพึงพอใจของผู้ป่วย			ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล		
		Mean	S.D.	Level	Mean	S.D.	Level
1	เนื้อหามีความชัดเจน	4.32	0.69	สูง	4.77	0.42	สูง
2	เนื้อหาเข้าใจง่าย	4.20	0.85	สูง	4.77	0.42	สูง
3	กำหนดกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานชัดเจน	4.27	0.67	สูง	4.70	0.46	สูง
4	การอธิบายขั้นตอนการดำเนินงานชัดเจน	4.45	0.59	สูง	4.77	0.42	สูง
5	ความต่อเนื่องและเชื่อมโยงในการดูแลผู้ป่วย	4.27	0.81	สูง	4.77	0.42	สูง
6	คุณภาพการบริการของพยาบาล	4.57	0.59	สูง	4.77	0.42	สูง
7	การดูแลผู้ป่วยมีความครอบคลุมมากขึ้น	4.42	0.63	สูง	4.77	0.42	สูง
8	การดูแลมีความสอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน	4.45	0.59	สูง	4.82	0.38	สูง
9	รูปแบบที่ได้รับมีความคุ้มค่าและเกิดประโยชน์	4.47	0.64	สูง	4.82	0.38	สูง
10	ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของตนเอง	4.55	0.50	สูง	4.77	0.42	สูง
รวม		4.40	0.53	สูง	สูง	0.38	สูง

วิจารณ์ (Discussions)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาและศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้สถานีสุขภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้คะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา[30] ที่พบว่าโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้สามารถเพิ่มความรู้ ความตระหนักรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการจัดการตนเองได้

การเพิ่มขึ้นของความรู้และพฤติกรรมอาจเกิดจากการใช้เทคนิค 5 ฐานของโรงเรียนเบาหวานวิทยา[26] ที่มีโครงสร้างการเรียนรู้ที่ชัดเจนและครอบคลุมทุกมิติของการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ที่ประกอบด้วยฐานการรับรู้ตนเอง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย ความรู้เรื่องยา และฐานสุขภาพจิต นอกจากนี้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นยังได้บูรณาการกับแนวทางการรักษาโรคเบาหวานในเวชปฏิบัติทั่วไป ของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย [27] ซึ่งทำให้การดูแลผู้ป่วยและชุมชนมีมาตรฐานและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

สำหรับด้านผลลัพธ์ทางคลินิกพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดทั้ง FBS และ HbA1C หลังพัฒนาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา[31] ที่พบว่าโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองแบบ 5 A ส่งผลให้พฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ดีขึ้น ซึ่งการลดลงของระดับน้ำตาลนี้อาจเกิดจากหลายปัจจัยที่บูรณาการเข้าด้วยกัน ได้แก่ (1) การพัฒนาระบบสถานีสุขภาพ [13] ที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้สะดวกขึ้น ไม่ต้องเดินทางไกล สามารถตรวจระดับน้ำตาลได้บ่อยครั้งขึ้นและได้รับคำแนะนำจาก อสม. ที่ผ่านการอบรมอย่างทันท่วงที (2) การพัฒนาศักยภาพของ อสม. การใช้เทคโนโลยีในการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องผ่าน

ระบบ Line OA และ Telemedicine[32] ทำให้สามารถค้นพบปัญหาและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างรวดเร็ว และ (3) การใช้กรอบแนวคิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic Care Model)[21] ที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่องมีการประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ ระบบข้อมูล และชุมชน

การพัฒนารูปแบบโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวก ได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษา[33] ที่พบว่าระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการเชื่อมโยงข้อมูล และสามารถเข้าถึงบริการในชุมชนใกล้บ้านได้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษา[34] ที่เน้นการทำงานเชิงรุก การรวมกลุ่มผู้ดูแลและการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การมีส่วนร่วมของชุมชนไม่เพียงแต่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีขึ้นเท่านั้น แต่ยังช่วยสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนสอดคล้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ [17,18] เพื่อการจัดการปัญหาสุขภาพด้วยตนเอง

การใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมทำให้สามารถระบุปัญหา พัฒนาวิธีการแก้ไขและปรับปรุงรูปแบบได้อย่างต่อเนื่องตามบริบทของพื้นที่ โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดโครงการ ทำให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ได้จริง สอดคล้องกับการศึกษาในพื้นที่ [19] ที่ประยุกต์ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ช่วยให้เกิดความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการและสร้างความมั่นใจในการดูแลสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา[35] ที่พบว่าความพึงพอใจของประชาชนต่อการจัดบริการสาธารณะมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาบริการ และการบูรณาการระหว่างสถานีสุขภาพ เทคโนโลยีสารสนเทศ และการมีส่วนร่วมของชุมชนในรูปแบบนี้ สอดคล้องกับนโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุข [10] และยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข[9] ที่เน้นการกระจายบริการให้เข้าถึงประชาชนและการสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเอง

ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานและญาติ (วัตถุประสงค์ที่ 3) พบว่าทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.40 และ 4.77 ตามลำดับ) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างแท้จริง ทั้งในด้านความสะดวกในการเข้าถึงบริการ ความต่อเนื่องของการดูแล และคุณภาพการให้บริการจากทีมสหวิชาชีพและอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษา[35] ที่พบว่าความพึงพอใจของประชาชนต่อบริการสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาบริการ ความพึงพอใจในระดับสูงดังกล่าวถือเป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

อย่างไรก็ตาม การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดบางประการ เช่น ระยะเวลาในการติดตามผลเพียง 3 เดือน ศึกษาเพียงวงรอบเดียว ซึ่งอาจยังไม่เพียงพอในการประเมินความยั่งยืนของรูปแบบและผลกระทบต่อภาวะแทรกซ้อนระยะยาว การศึกษาทำเพียงพื้นที่เดียวซึ่งอาจมีข้อจำกัดในการนำไปใช้กับพื้นที่อื่น ที่มีบริบทแตกต่าง และการไม่มีกลุ่มควบคุมเพื่อเปรียบเทียบผล แต่ด้วยลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่เน้นการแก้ปัญหาในบริบทจริงและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ผลการวิจัยจึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงในพื้นที่

ข้อยุติ (Conclusions)

รูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้สถานีสุขภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชนที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 2 ส่วนหลัก คือ 1) การพัฒนาระบบสถานีสุขภาพที่มีการบูรณาการร่วมกับ อปท. มีทีมสหวิชาชีพและ อสม.

ที่ผ่านการอบรม พร้อมระบบข้อมูลและเทคโนโลยีที่เชื่อมโยง และ 2) การพัฒนาแนวทางการดูแลตามเทคนิคโรงเรียนเบาหวานวิทยาร่วมกับแนวทางการรักษาโรคเบาหวานในเวชปฏิบัติทั่วไป รูปแบบดังกล่าวมีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ลดระดับน้ำตาลในเลือดทั้ง FBS และ HbA1C อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในระดับสูง รูปแบบนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนอย่างยั่งยืน ทั้งนี้ เพื่อให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถขับเคลื่อนได้อย่างเป็นรูปธรรม หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีบทบาทดังนี้ (1) โรงพยาบาลชุมชน ควรสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพและ อสม. อย่างต่อเนื่อง รวมถึงพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับการติดตามผู้ป่วยจากระยะไกล (2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรสนับสนุนงบประมาณในการจัดหาอุปกรณ์สถานีสุขภาพและบำรุงรักษาอย่างต่อเนื่อง (3) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรกำหนดนโยบายและมาตรฐานการดำเนินงานสถานีสุขภาพชุมชน รวมทั้งสนับสนุนการขยายผลรูปแบบไปยังอำเภออื่นในจังหวัด และ (4) อสม. และผู้นำชุมชน ควรมีบทบาทในการติดตามดูแลผู้ป่วยและเชื่อมโยงกับระบบสาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง โดยควรได้รับการอบรมและสนับสนุนให้เข้ารับการตรวจระดับน้ำตาลที่สถานีสุขภาพใกล้บ้านอย่างสม่ำเสมอ

2) ควรเพิ่มสถานีสุขภาพให้ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา และควรพัฒนาระบบการสนับสนุนงบประมาณจาก อปท. และกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง เพื่อความยั่งยืนของรูปแบบ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวของรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น โดยติดตามผลอย่างน้อย 1 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนและผลต่อภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง และควรพัฒนาการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยมีกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย

2) ควรศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบการดูแลในพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อหาแนวทางการปรับใช้ให้เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การวิจัยนี้สร้างองค์ความรู้ใหม่ในการพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานโดยบูรณาการแนวคิดหลายมิติ ได้แก่ การใช้สถานีสุขภาพเป็นฐานการให้บริการในชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชนและทีมสหสาขาวิชาชีพ และการประยุกต์ใช้เทคนิค 5 ฐานของโรงเรียนเบาหวานวิทยาร่วมกับกรอบแนวคิด Chronic Care Model และ 5A's approach รูปแบบที่พัฒนาขึ้นช่วยเพิ่มความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานได้ พื้นที่สามารถนำไปใช้ได้จริงสำหรับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในระดับปฐมภูมิและสามารถขยายผลสู่พื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้

เอกสารอ้างอิง (References)

1. World Health Organization. **Noncommunicable diseases** 2016 [cited 2024 Aug 20]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases
2. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทย พ.ศ. 2556**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2557.
3. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. **การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2559.
4. International Diabetes Federation. **IDF Diabetes Atlas**. 10th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2021.
5. International Diabetes Federation. **IDF Diabetes Atlas**. 11th ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation; 2025.
6. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2023. **Diabetes Care** 2023; 46(1): S1-S291.
7. Zheng Y, Ley SH, Hu FB. Global aetiology and epidemiology of type 2 diabetes mellitus and its complications. **Nat Rev Endocrinol** 2018; 14(2): 88-98. DOI: 10.1038/nrendo.2017.151
8. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. **การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560**. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2561.
9. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. **แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579)**. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2559.
10. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. 2566 - 2570)** [อินเทอร์เน็ต] 2568 [อ้างเมื่อ 3 กรกฎาคม 2568]. จาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1625920241004031950.pdf
11. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. **รายงานสถานการณ์โรคเบาหวาน จังหวัดมหาสารคาม พ.ศ. 2561-2565** [อินเทอร์เน็ต] 2566 [เข้าถึงเมื่อ 3 ก.ค. 2566]. จาก: https://hdc.moph.go.th/mkm/public/standard-report-detail/cefa42b9223ec4d1969c5ce18d762bdd?subcatalogId=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11
12. โรงพยาบาลบรบือ. **รายงานข้อมูลการบริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอบรบือ พ.ศ. 2562-2567** [อินเทอร์เน็ต] 2567 [อ้างเมื่อ 21 สิงหาคม 2567]. จาก: https://hdc.moph.go.th/mkm/public/standard-reportdetail/137a726340e4dfde7bbbc5d8aeee3ac3?subcatalogId=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b
13. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **แนวทางการจัดบริการสถานีสุขภาพดิจิทัล** (Digital Health Station) **ในชุมชน**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2565.
14. พัฒนาภรณ์ หาญคำภา. การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. **วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม** 2567; 8(16): 1-15.
15. Orem DE. **Nursing: Concepts of practice**. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.

16. Leesri T, Vannarit T, Srisupan W, Senaratana W, Rerkasem K. Development of collaborative diabetes management in communities. **Chiang Mai Med J** 2015; 54(3): 299-311. DOI: 10.12982/CMUJNS.2015.0090
17. Wallerstein N. Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. **Am J Health Promot** 1992;6(3):197-205. DOI: 10.4278/0890-1171-6.3.197
18. Laverack G. **Health promotion practice: building empowered communities**. Maidenhead: Open University Press; 2007.
19. ชัยวุฒิ จันดีกระยอม, กาญจนา จันทะนุย. การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้บริบทพื้นที่อำเภอทุรกันดาร อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม. **วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย** 2560; 7(2): 168- 178.
20. Kemmis S, McTaggart R. The action research reader. 3rd ed. Victoria: Deakin University Press; 1988.
21. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. **Health Aff (Millwood)** 2001;20(6):64-78. DOI: 10.1377/hlthaff.20.6.64
22. นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ, วัชรีพร สาตร์เพ็ชร์, ญาดา นภาอารักษ์. การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power. **วารสารวิชาการสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ** 2562; 5(1): 496–507.
23. รังสิมาภรณ์ จิ้วล้อรังสิมาภรณ์ จิ้วล้อ. ประสิทธิผลการแช่เท้าด้วยผงฟองฟู่สมุนไพรในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลไม้ขาว อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต. **วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น** 2566; 4(2): 29-38.
24. Bloom BS, Madaus GF, Hastings JT. **Handbook on formative and summative evaluation of student learning.** New York: McGraw-Hill; 1971.
25. Toobert DJ, Hampson SE, Glasgow RE. The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. **Diabetes Care** 2000; 23(7): 943-50. DOI: 10.2337/diacare.23.7.943
26. Best JW. **Research in education**. 4th ed. New Jersey: Prentice-Hall Inc; 1981.
27. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. **แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2566**. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย; 2566.
28. Glasgow RE, Davis CL, Funnell MM, Beck A. Implementing practical interventions to support chronic illness self-management. **Jt Comm J Qual Saf** 2003; 29(11): 563-74. DOI: 10.1016/s1549-3741(03)29067-5
29. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. **แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข**. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย; 2565.
30. กนกวรรณ ด้วงกลัด, อุบลรัตน์ บุญญะสิทธิ์, สุภาพร สังข์แก้ว. โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้. **วารสารพยาบาลสาธารณสุข** 2563; 36(1): 66-83.
31. ศิรินทรา ด้วงใส. **ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองแบบ 5 เอ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้** [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล

ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2561.

32. Kvedar J, Coye MJ, Everett W. Connected health: a review of technologies and strategies to improve patient care with telemedicine and telehealth. **Health Aff (Millwood)** 2014 ;33(2): 194-9. DOI: 10.1377/hlthaff.2013.0992
33. ดารณี เทียมเพ็ชร, กศิมา สง่ารัตนพิมาน, มัญฑิตา อักษรดี, เพ็ญพร ทวีบุตร, วรเดช ช้างแก้ว. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว. **วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข** 2558; 25(3):156-69.
34. สุปรียา เสียงดัง. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. **วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้** 2560; 4(1): 191-204.
35. วินัย วงศ์อาสา, ภัชราภรณ์ ไชยรัตน์. ความพึงพอใจของประชาชนต่อการจัดบริการสาธารณะขององค์การบริหารส่วนตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี. **วารสารการบริหารท้องถิ่น** 2559; 9(1): 83-90.

การพัฒนาระบบบริการใส่ฟันเทียม ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายใต้รูปแบบ Changhan Model สำหรับผู้สูงอายุ อำเภอจังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด

Development of Denture Services Delivery System at Sub-district Health Promoting Hospitals using the Changhan Model for the Elderly in Changhan District, Roi Et Province

*สุรศักดิ์ โกมาลย์**

*Surasak Komarn**

บทคัดย่อ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ส่งผลให้ความต้องการใส่ฟันเทียมเพิ่มขึ้น แต่การเข้าถึงบริการยังมีข้อจำกัดจากการรอคิวนาน ทำให้ผู้สูงอายุบางส่วนเลือกใช้บริการทำฟันเทียมกับผู้ที่ไม่ใช่ทันตแพทย์และเกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการใส่ฟันเทียมสำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตอำเภอจังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีข้อบ่งชี้ในการใส่ฟันเทียม ความถี่ 75 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2566 ถึงกันยายน 2568 โดยประเมินการเข้าถึงบริการและความพึงพอใจต่อการใส่ฟันเทียม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้นช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุในพื้นที่ ลดจำนวนขั้นตอนการรับบริการจาก 5 ขั้นตอนเหลือ 3 ขั้นตอน และลดระยะเวลาการรักษาจาก 10–12 สัปดาห์ เหลือ 4–6 สัปดาห์ ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด โดยมีความพึงพอใจด้านความสามารถในการเคี้ยวอาหาร การใช้งานฟันเทียมโดยไม่เกิดอาการบาดเจ็บ ความสวยงาม และการออกเสียง คิดเป็นร้อยละ 80.0, 84.0, 81.3 และ 68.0 ตามลำดับ

สรุปได้ว่า รูปแบบการให้บริการใส่ฟันเทียมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดขั้นตอนและระยะเวลาการรักษา ตลอดจนสร้างความพึงพอใจแก่ผู้สูงอายุ จึงเป็นแนวทางที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ ลดความแออัดของโรงพยาบาล และสนับสนุนการพัฒนานโยบายการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในชุมชน

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบบริการใส่ฟันเทียม, รูปแบบ Changhan Model, การลดระยะเวลารักษา, ความพึงพอใจต่อการใส่ฟันเทียม

---

* กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลจังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด

* Dental department, Changhan Hospital, Roi Et Province

Corresponding author: Surasak Komarn *Email: Okungdentnu@gmail.com*

Received 13/03/2026 *Revised 26/05/2026* *Accepted 23/09/2026*

ABSTRACT

Thailand is transitioning into an aging society, leading to an increased demand for prosthetic dental services. However, service accessibility remains limited due to prolonged waiting times, causing some older adults to seek denture services from non-dentist providers, which results in oral health complications. This action research aimed to develop a denture service delivery model for older adults in sub-district health promoting hospitals, Changhan District, Roi Et Province. The sample consisted of 75 older adults aged 60 years and above with clinical indications for complete or partial dentures, selected through purposive sampling. Data were collected from October 2023 to September 2025, assessing service accessibility and patient satisfaction regarding denture uses. Descriptive statistics-including frequency, percentage, mean, and standard deviation—were utilized for data analysis.

The findings revealed that the developed service model significantly improved local access to denture services among older adults, reducing clinical service steps from 5 to 3 and shortening treatment duration from 10–12 weeks to 4–6 weeks. Overall satisfaction among the older participants was high to highest, specifically regarding masticatory ability (80.0%), painless denture use during function (84.0%), esthetics (81.3%), and speech pronunciation (68.0%).

In conclusion, implementing this denture service model in sub-district health promoting hospitals effectively enhances access to care, streamlines clinical procedures, reduces treatment duration, and achieves high patient satisfaction. Therefore, this model serves as a feasible framework to improve service efficiency, alleviate hospital overcrowding, and support the development of community-based oral healthcare policies for the elderly.

Keywords: Denture Service Delivery Model System Development, Changhan Model, Treatment Duration Reduction, Denture Satisfaction

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุที่สูญเสียฟันและมีความจำเป็นต้องใส่ฟันเทียมเพิ่มขึ้น แม้ว่าระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศจะครอบคลุมบริการใส่ฟันเทียม แต่การเข้าถึงบริการยังมีข้อจำกัดจากระยะเวลารอคอยที่ยาวนาน ความไม่สะดวกในการรับบริการ และข้อจำกัดด้านการกระจายบริการ ส่งผลให้ผู้สูงอายุบางส่วนเลือกใช้บริการทำฟันเทียมจากผู้ที่ไม่ใช่ทันตแพทย์ ซึ่งอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและปัญหาสุขภาพช่องปากตามมา[1-4]

การใส่ฟันเทียมเป็นการฟื้นฟูการบดเคี้ยว การออกเสียง และความสวยงามของช่องปาก โดยมีหลักฐานสนับสนุนว่าสามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการบดเคี้ยว ความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ[5,6] อย่างไรก็ตาม ผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 9 (พ.ศ. 2566) และการศึกษาการเข้าถึงบริการในพื้นที่ต่างจังหวัด พบว่าผู้สูงอายุยังมีความต้องการใส่ฟันเทียมถอดได้ในระดับสูง ขณะที่การเข้าถึงบริการยังไม่เพียงพอ ส่งผลให้ผู้สูงอายุจำนวนมากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม[7-8]

อำเภอจังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด ระหว่างปี พ.ศ. 2564–2566 พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพช่องปากจากการสูญเสียฟัน ส่งผลต่อการบดเคี้ยวอาหาร ภาวะโภชนาการ และคุณภาพชีวิต ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) ยังสะท้อนว่าจำนวนผู้ได้รับบริการใส่ฟันเทียมต่ำกว่าความต้องการของประชาชน ขณะที่การให้บริการส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ที่โรงพยาบาล ทำให้เกิดระยะเวลารอคอยนานและข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลจังหาร จึงได้พัฒนาระบบบริการใส่ฟันเทียมเชิงรุกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนำร่อง 3 แห่ง โดยบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างทันตแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดระยะเวลารอคอย และยกระดับคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ การพัฒนาระบบใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ซึ่งเน้นการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผลร่วมกันอย่างต่อเนื่อง จนเกิดรูปแบบการให้บริการที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่[9]

ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริการใส่ฟันเทียมสำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายใต้ Changhan Model เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดระยะเวลาการรักษา และยกระดับคุณภาพการให้บริการทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุในอำเภอจังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด

ดังนั้นระบบบริการใส่ฟันเทียมในรูปแบบ Changhan Model ประกอบด้วย การคัดกรองผู้สูงอายุเชิงรุกในชุมชน การวางแผนร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล รพ.สต. และ อสม. การให้บริการใส่ฟันเทียมแบบบูรณาการที่ รพ.สต. พร้อมลดขั้นตอนการรักษาจาก 5 ครั้ง เหลือ 3 ครั้ง ระบบนัดหมายและส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลกับ รพ.สต. การติดตามผลหลังใส่ฟันเทียมและประเมินความพึงพอใจ และการสะท้อนผลและพัฒนาระบบบริการอย่างต่อเนื่องตามวงจร PAOR ซึ่งแตกต่างจากระบบการให้บริการใส่ฟันเทียมในรูปแบบเดิมซึ่งให้บริการตั้งรับที่โรงพยาบาล และมีขั้นตอนในการรักษา 5 ครั้ง ผลจากการพัฒนารูปแบบนี้จึงช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียมให้แก่ผู้สูงอายุในพื้นที่

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการใส่ฟันเทียมสำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายใต้ Changhan Model ในอำเภอจังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการใส่ฟันเทียมสำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2.เพื่อประเมินผลของรูปแบบการให้บริการที่พัฒนาขึ้นในด้านการเข้าถึงบริการ ระยะเวลาการให้บริการ และความพึงพอใจของผู้รับบริการ

วิธีการศึกษา (Method)

1. การออกแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart [9] ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2568 ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนผล (Reflect)

2. พื้นที่ศึกษาและกลุ่มศึกษา

พื้นที่ศึกษาคือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 แห่งในอำเภอจังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด ได้แก่ รพ.สต.ม่วงน้ำ รพ.สต.อนามัย และรพ.สต.บ้านบาก

กลุ่มศึกษาแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่

1.ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 10 คน ที่เคยรับบริการใส่ฟันเทียม คัดเลือกแบบเจาะจง เพื่อสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ

2.ระยะพัฒนารูปแบบ ผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 75 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีข้อบ่งชี้ในการใส่ฟันเทียม และเข้ารับบริการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงกันยายน พ.ศ. 2568 คัดเลือกแบบเจาะจง

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้สูงอายุที่สูญเสียฟันทั้งปากหรือบางส่วน มีคู่สบฟันแท้น้อยกว่า 4 คู่สบ มีปัญหาการบดเคี้ยวหรือความสวยงาม มีความต้องการใส่ฟันเทียม สามารถสื่อสารและให้ความร่วมมือในการรักษา ส่วนเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ที่มีข้อห้ามทางการแพทย์ ผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่สามารถรับการรักษาได้ ผู้ไม่ประสงค์รับการใส่ฟันเทียม หรือไม่สามารถให้ความร่วมมือในการรักษา

3. เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1.รูปแบบการให้บริการใส่ฟันเทียม Changhan Model

2.ฐานข้อมูลระบบบริการทันตกรรม HDC (Health Data Center)

3.แบบประเมินคุณภาพบริการและความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่ได้รับบริการใส่ฟันเทียม ของกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

4. วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์

ศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุโดยการสำรวจข้อมูล การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มร่วมกับทันตบุคลากร เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดแนวทางพัฒนาระบบบริการ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ

พัฒนาระบบบริการใส่ฟันเทียมเชิงรุก (Changhan Model) โดยบูรณาการการทำงานระหว่างโรงพยาบาลจังหารและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่งผลให้ขั้นตอนการรับบริการลดลงจาก 5 ขั้นตอนเหลือ 3 ขั้นตอน และเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุในชุมชน

ระยะที่ 3 การประเมินผล

ประเมินผลหลังใส่ฟันเทียมที่ 2 สัปดาห์และ 1 เดือน โดยประเมินการเข้าถึงบริการ ระยะเวลาการให้บริการ และความพึงพอใจของผู้รับบริการ

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อนำเสนอข้อมูลทั่วไป ผลการดำเนินงานของรูปแบบบริการ จำนวนผู้ได้รับบริการ และความพึงพอใจของผู้รับบริการ

6. จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 187/2565, COE 251/2566 และ COE 175/2567

ผลการศึกษา (Results)

การวิเคราะห์สถานการณ์

1. ผลการสำรวจความต้องการบริการ

ทันตแพทย์เฉพาะทางด้านทันตกรรมประดิษฐ์และทีมทันตบุคลากรออกคัดกรองผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนำร่อง 3 แห่ง ได้แก่ รพ.สต.ม่วงน้ำ รพ.สต.อนามัย และรพ.สต.บ้านบาก ภายใต้โครงการฟื้นฟูสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ 2567–2568 พบผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง 137 คน และมีผู้ผ่านเกณฑ์การใส่ฟันเทียม (มีคู่สบฟันน้อยกว่า 4 คู่) จำนวน 75 คน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยติดบ้าน มีปัญหาการบดเคี้ยวอาหาร ไม่สะดวกเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาล และมีภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทาง นอกจากนี้ยังพบผู้สูงอายุบางรายได้รับบริการจากผู้ที่ไม่ใช่ทันตแพทย์ ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก เช่น การติดเชื้อรา โรคปริทันต์อักเสบ และการสูญเสียฟันเพิ่มเติม ทั้งนี้ ระบบบริการเดิมต้องเข้ารับการรักษา 5 ครั้ง จึงเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ

2. ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุจำนวน 10 คน ให้ข้อมูลสอดคล้องกันว่า การเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลถึง 5 ครั้งทำให้เสียค่าใช้จ่ายและเสียเวลา เนื่องจากพื้นที่ไม่มีรถโดยสารประจำทาง อีกทั้งยังมีภาระดูแลครอบครัว ส่งผลให้บางรายขาดนัดและการรักษาไม่ต่อเนื่อง ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดเสนอให้มีการจัดบริการใส่ฟันเทียมเชิงรุกที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการและลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

3. ผลการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

การสนทนากลุ่มกับทันตบุคลากร เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบปัญหาสอดคล้องกัน ได้แก่ ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการได้ยาก บุคลากรในพื้นที่มีจำนวนจำกัด และยังไม่มีระบบบริการฟื้นฟูสุขภาพช่องปากที่ชัดเจนในระดับปฐมภูมิ ทุกภาคส่วนเห็นพ้องให้พัฒนาระบบบริการใส่ฟันเทียมเชิงรุกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยอาศัยความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาล รพ.สต. และ อสม.

การพัฒนารูปแบบและกำหนดแนวทางการให้บริการใส่ฟันเทียมสำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดำเนินการตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 2 วงจร ดังนี้

วงจรที่ 1 (ตุลาคม 2566–กันยายน 2567)

ภายหลังการวิเคราะห์สถานการณ์ ได้มีการประชุมวางแผนร่วมกันระหว่างทันตบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อกำหนดแนวทางการให้บริการใส่ฟันเทียมเชิงรุก พร้อมพัฒนาศักยภาพบุคลากร จัดระบบการนัดหมาย และดำเนินการให้บริการใน รพ.สต.นำร่อง 2 แห่ง ได้แก่ รพ.สต.ม่วงน้ำ และรพ.สต.อนามัย มีผู้สูงอายุเข้ารับบริการ 46 คน ผลการดำเนินงานพบว่า ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการใกล้บ้าน ลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และมีความพึงพอใจต่อการให้บริการ ขณะที่ทันตบุคลากรและเครือข่ายในพื้นที่มีแนวทางการดำเนินงานร่วมกันชัดเจน อย่างไรก็ตาม พบข้อจำกัดด้านการคัดกรองผู้ป่วยบางรายที่มีข้อห้ามในการใส่ฟันเทียม และประเด็นการบริหารจัดการทรัพยากร ซึ่งได้นำไปใช้ในการปรับปรุงการดำเนินงานในวงจรถัดไป

วงจรที่ 2 (ตุลาคม 2567–กรกฎาคม 2568)

นำผลการดำเนินงานจากวงจรที่ 1 มาทบทวนและพัฒนาระบบบริการ โดยขยายการมีส่วนร่วมของเครือข่าย พัฒนาระบบคัดกรองและนัดหมาย ปรับแผนการออกหน่วยเชิงรุก และจัดทำแนวทางปฏิบัติสำหรับการให้บริการใส่ฟันเทียมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมทั้งพัฒนาระบบส่งต่อและติดตามผลผู้ป่วยหลังใส่ฟันเทียม การดำเนินงานในวงจรที่ 2 ให้บริการใน รพ.สต.บ้านบาก และรพ.สต.อนามัย มีผู้สูงอายุเข้ารับบริการ 29 คน ส่งผลให้เกิด Changhan Model ซึ่งเป็นรูปแบบการให้บริการใส่ฟันเทียมเชิงรุกที่เชื่อมโยงการทำงานระหว่างโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดระยะเวลารอคอย และสร้างระบบการดูแลติดตามผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

Changhan Model ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่

1.Community Screening การค้นหาและคัดกรองผู้สูงอายุเชิงรุกในชุมชน

2.Collaborative Planning การวางแผนร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล รพ.สต. และ อสม.

3.Integrated Denture Service การให้บริการใส่ฟันเทียมแบบบูรณาการที่ รพ.สต. พร้อมลดขั้นตอนการรักษาจาก 5 ครั้ง เหลือ 3 ครั้ง

4.Referral & Coordination System ระบบนัดหมายและส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลกับ รพ.สต.

5.Follow-up & Evaluation การติดตามผลหลังใส่ฟันเทียมและประเมินความพึงพอใจ

6.Continuous Quality Improvement การสะท้อนผลและพัฒนาระบบบริการอย่างต่อเนื่องตามวงจร PAOR

องค์ประกอบ	รายละเอียด
C – Community-based Screening	คัดกรองผู้สูงอายุเชิงรุกในชุมชนโดยทีมทันตแพทย์ รพ.สต. และ อสม. เพื่อค้นหาผู้ที่มีข้อบ่งชี้ในการใส่ฟันเทียม
H – Holistic Collaboration	สร้างความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาล รพ.สต. อสม. และผู้สูงอายุ ในการวางแผนและดำเนินงาน
A – Accessible Denture Service	จัดบริการใส่ฟันเทียมที่ รพ.สต. ใกล้บ้าน ลดขั้นตอนจาก 5 เหลือ 3 ครั้ง ลดระยะเวลารอคอย
N – Network Coordination	พัฒนาระบบนัดหมาย การส่งต่อ และการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลกับ รพ.สต.
G – Geriatric-centered Care	ออกแบบบริการที่เหมาะกับผู้สูงอายุ ลดภาระการเดินทาง ลดค่าใช้จ่าย และคำนึงถึงข้อจำกัดด้านสุขภาพ
H – Home & Community Support	ใช้ อสม. และครอบครัวช่วยติดตาม สนับสนุน และเตรียมผู้ป่วยก่อนเข้ารับบริการ
A – Assessment & Follow-up	ประเมินผลหลังใส่ฟันเทียม ติดตามสุขภาพช่องปาก และประเมินความพึงพอใจ
N – New Normal Service System	พัฒนาจนเป็นระบบบริการมาตรฐานที่สามารถขยายผลไปยัง รพ.สต. อื่นได้

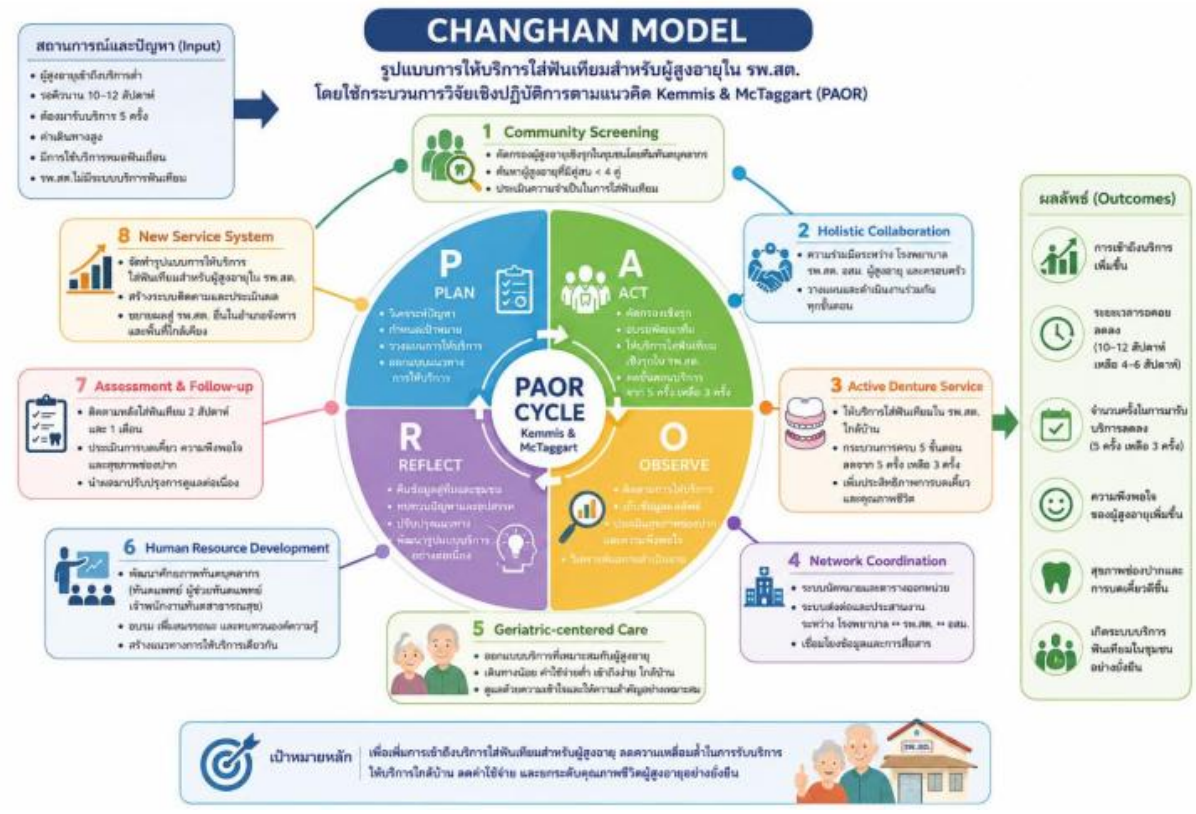


Figure 1: Conceptual Framework of the Changhan Model ภายใต้กรอบแนวคิดของ Kemmis & McTaggart [9]

การประเมินผลการใช้ Changhan Model ในพื้นที่ดำเนินงาน

ภายหลังการนำ Changhan Model ไปใช้ พบว่า ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียมได้มากขึ้น โดยมีผู้ได้รับบริการทั้งสิ้น 75 คน การให้บริการสามารถลดจำนวนครั้งในการเข้ารับบริการจาก 5 ครั้ง เหลือ 3 ครั้ง และลดระยะเวลารอคอยจาก 10–12 สัปดาห์ เหลือ 4–6 สัปดาห์ ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับบริการใกล้บ้าน ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และลดความแออัดของผู้ป่วยที่โรงพยาบาล

จากการดำเนินงานตามโครงการฟื้นฟูสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในการบดเคี้ยว ปีงบประมาณ 2567–2568 มีผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองสุขภาพช่องปากจำนวน 137 คน และผ่านเกณฑ์การใส่ฟันเทียม 75 คน คิดเป็นร้อยละ 54.7 โดยผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ต้องใส่ฟันเทียมบางส่วนถอดได้หรือฟันเทียมทั้งปาก ตามความจำเป็นของแต่ละราย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง ผู้ที่ผ่านเกณฑ์การใส่ฟันเทียม และประเภทของฟันเทียมที่ได้รับ จำแนกตามโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ดำเนินงาน

พื้นที่ดำเนินการ (รพ.สต.)	คัดกรองผู้สูงอายุ (คน)(ร้อยละ)	จำนวนผู้เข้าหลักเกณฑ์ใส่ฟันเทียม (มีคู่สบบดเคี้ยวน้อยกว่า4 คู่)	จำนวนผู้สูงอายุได้ใส่ฟันเทียมชนิดต่างๆ (คน)		
			ฟันเทียมทั้งปากบนและล่าง	ฟันเทียมทั้งปากบนหรือล่างและบางส่วนถอดได้>5ซี่ บนหรือล่าง	ฟันเทียมบางส่วนถอดได้>5ซี่ บน/ล่าง
บ้านม่วงน้ำ	25	17	7	7	3
บ้านอนามัย	62	38	13	16	9
บ้านบาก	50	20	0	5	15
รวม	**137**	**75**	**20**	**28**	**27**

ผู้สูงอายุที่ได้รับบริการใส่ฟันเทียมจำนวน 75 คน มีอายุเฉลี่ย 68.28±8.47 ปี (ช่วงอายุ 61–85 ปี) เป็นเพศหญิงร้อยละ 52 และเพศชายร้อยละ 48 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในพื้นที่ รพ.สต.อนามัย (ร้อยละ 57.3) และไม่เคยได้รับการใส่ฟันเทียมมาก่อน (ร้อยละ 69.3) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของผู้สุงอายุได้รับบริการใส่ฟันเทียมถอดได้ฐานอะคริลิก

พื้นที่ดำเนินการ (รพ.สต.)	เพศ		จำนวน (n=75)	ร้อยละ	อายุเฉลี่ย(ปี)	จำนวนครั้งของการใส่ฟันเทียม		
	ชาย (คน)	หญิง (คน)				ไม่เคยใส่ฟันเทียม	1 ครั้ง	มากกว่า 1 ครั้ง
ม่วงน้ำ	36	39	17	25.3	68.28±8.47	52	13	10
อนามัย	(48%)	(52%)	38	57.3	(61-85)	(69.3%)	(17.4%)	(13.3%)
บ้านบาก			20	17.4				

ภายหลังใส่ฟันเทียมที่ 2 สัปดาห์และ 1 เดือน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุดในทุกด้าน โดยด้านที่มีความพึงพอใจมากที่สุด ได้แก่ การใช้งานฟันเทียมแล้วไม่มีอาการบาดเจ็บขณะเคี้ยวอาหาร (ร้อยละ 84.0) รองลงมา ได้แก่ ความพึงพอใจด้านความสวยงาม (ร้อยละ 81.3) ความสามารถในการเคี้ยวอาหารได้ละเอียด (ร้อยละ 80.0) ความมั่นใจในการเข้าสังคม (ร้อยละ 76.0) และความสามารถในการออกเสียงพูดชัดเจนขึ้น (ร้อยละ 68.0) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุภายหลังได้รับบริการใส่ฟันเทียมถอดได้ฐานอะคริลิกในด้านการใช้งาน ความสวยงาม การบดเคี้ยว การออกเสียง และความมั่นใจในการเข้าสังคม

หัวข้อ	มากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	น้อยที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	รวม (ร้อยละ)
1. สามารถเคี้ยวอาหารได้ละเอียด	40(53.3)	20(26.7)	10(13.3)	3(4)	2(2.7)	100
2. การใช้งานฟันเทียมแล้วไม่มีอาการบาดเจ็บขณะเคี้ยวอาหาร	45(60)	18(24)	5(6.7)	3(4)	4(5.3)	100
3. ความพึงพอใจต่อความสวยงามในการใช้ฟันเทียม	37(49.3)	24(32)	4(5.3)	6(8)	4(5.3)	100
4. ความสามารถออกเสียงพูดชัดเจนขึ้น	29(38.7)	22(29.3)	15(20)	6(8)	3(4)	100
5. ใส่ฟันเทียมแล้วมีความมั่นใจในการเข้าสังคมมากขึ้น	38(50.7)	19(25.3)	9(12)	7(9.3)	2(2.7)	100

วิจารณ์ (Discussions)

การศึกษาครั้งนี้สามารถพัฒนารูปแบบการให้บริการใส่ฟันเทียมสำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายใต้ Changhan Model โดยประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของทันตแพทย์ ทันตบุคลากร เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน การดำเนินงาน การติดตามผล และการปรับปรุงรูปแบบอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดระบบบริการที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ และสามารถนำไปใช้จริงในหน่วยบริการปฐมภูมิ ผลการศึกษาสอดคล้องกับแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart[9] ที่เสนอว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานร่วมกันพัฒนาระบบบริการที่เหมาะสมกับบริบท และสอดคล้องกับการศึกษาของ Huaiyot Model[10] ที่พบว่าการจัดบริการฟันเทียมในระดับ รพ.สต. ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการและลดระยะเวลารอคอยได้

การเข้าถึงบริการ พบว่าการให้บริการที่ รพ.สต. ทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการได้มากขึ้น เนื่องจากลดภาระการเดินทาง ลดค่าใช้จ่าย และได้รับบริการใกล้บ้าน สอดคล้องกับการสัมภาษณ์เชิงลึกที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยติดบ้าน ไม่มีรถโดยสารประจำทาง และต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางทุกครั้งที่มารับบริการที่โรงพยาบาล และสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่รายงานว่าระยะทาง ค่าใช้จ่าย และความสะดวกในการเข้าถึงบริการ โรคประจำตัว ปัญหาสุขภาพช่องปากเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ[11-16]

จุดเด่นของ Changhan Model ไม่ได้เป็นเพียงการย้ายสถานที่ให้บริการจากโรงพยาบาลไปยัง รพ.สต. แต่เป็นการพัฒนาระบบบริการแบบบูรณาการ ตั้งแต่การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก การเตรียมช่องปาก การประสานเครือข่าย การจัดทีมบริการเคลื่อนที่ การลดขั้นตอนการรักษา และการติดตามผลหลังใส่ฟันเทียม ส่งผลให้การบริการมีความต่อเนื่องและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่กล่าวถึงการพัฒนาระบบบริการในระดับ รพ.สต. ทำให้เกิดผลลัพธ์ในการเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดอุปสรรคด้านค่าใช้จ่ายและเวลาเดินทาง และลดระยะเวลารอคอย นอกจากนี้ยังส่งผลต่อความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ [17-20]

การลดจำนวนครั้งของการรักษาจาก 5 ครั้ง เหลือ 3 ครั้ง ส่งผลให้ระยะเวลารอคอยลดลงจากเฉลี่ย 11.31 สัปดาห์ เหลือ 5.65 สัปดาห์ โดยไม่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ แสดงให้เห็นว่าการปรับกระบวนการรักษาโดยใช้วัสดุพิมพ์ปากชนิดซิลิโคนร่วมกับการรวมขั้นตอนการรักษา สามารถเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการได้ ทั้งนี้ความสำเร็จของการรักษายังคงขึ้นอยู่กับความชำนาญของทันตแพทย์ การประสานงานของทีมสุขภาพและห้องปฏิบัติการ และความร่วมมือและการปรับตัวของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่กล่าวถึงการลดขั้นตอนจากการทำฟันเทียมแบบดั้งเดิม จะช่วยลดระยะเวลารอคอยและเพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรมประดิษฐ์แก่ผู้สูงอายุในชนบทได้มากขึ้นและส่งผลต่อความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปาก[21-28]

ข้อยุติ (Conclusions)

การวิจัยครั้งนี้สามารถพัฒนารูปแบบการให้บริการใส่ฟันเทียมสำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายใต้ Changhan Model โดยประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart ทำให้เกิดระบบบริการที่บูรณาการความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตั้งแต่การคัดกรองผู้ป่วยเชิงรุก การเตรียมช่องปาก การให้บริการใส่ฟันเทียมใกล้บ้าน การลดขั้นตอนการรักษาจาก 5 ครั้งเหลือ 3 ครั้ง และการติดตามผลหลังใส่ฟันเทียม ส่งผลให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการได้มากขึ้น ลดระยะเวลารอคอย ลดภาระการเดินทาง และมีความพึงพอใจต่อการใช้งานฟันเทียมอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด

จึงเป็นรูปแบบบริการที่มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาระบบบริการใส่ฟันเทียมสำหรับผู้สูงอายุในหน่วยบริการปฐมภูมิและพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงได้

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1.ควรขยายการประยุกต์ใช้ Changhan Model ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งอื่น เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียม ลดระยะเวลารอคอย และอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ

2.ควรพัฒนาระบบความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการคัดกรอง ส่งต่อ และติดตามผลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

3.ควรศึกษาประสิทธิผลและความคุ้มค่าของ Changhan Model ในพื้นที่อื่น เพื่อสนับสนุนการขยายผลเชิงนโยบาย

4.ควรศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวของผู้สูงอายุหลังได้รับฟันเทียม เช่น คุณภาพชีวิต ประสิทธิภาพการบดเคี้ยว และการใช้งานฟันเทียม

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

งานวิจัยนี้พัฒนา Changhan Model ซึ่งบูรณาการการคัดกรองเชิงรุก การประสานเครือข่ายระหว่างโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การลดขั้นตอนการใส่ฟันเทียมจาก 5 ครั้งเหลือ 3 ครั้ง โดยประยุกต์ใช้การพิมพ์ปากด้วยวัสดุซิลิโคนร่วมกับการลองแท่นกัด และการติดตามผลหลังการรักษา ส่งผลให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการได้มากขึ้น ลดระยะเวลารอคอย และยังคงประสิทธิภาพการรักษา จึงสามารถใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบบริการใส่ฟันเทียมในหน่วยบริการปฐมภูมิได้

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม.และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 3 แห่ง ที่อำนวยความสะดวกและประสานการนัดหมายผู้ป่วยเพื่อเข้าร่วมโครงการ ทันตบุคลากรที่ให้การรักษาด้านทันตกรรมการเตรียมช่องปากก่อนการใส่ฟันเทียมและออกให้บริการเชิงรุกในการใส่ฟันเทียมให้แก่ผู้ป่วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจังหาร ที่อนุมัติโครงการและสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานโครงการเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้ ตลอดจนผู้สูงอายุที่มาใช้บริการใส่ฟันเทียมที่ รพ.สต

เอกสารอ้างอิง (References)

1. คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.**สิทธิการรักษาทางทันตกรรมที่จัดให้โดยรัฐในประเทศไทย** 2569 [อ้างเมื่อ 22 พฤษภาคม 2569]. จาก:https://dt.mahidol.ac.th/wp-content/uploads/2024/03/CM-20240307.pdf
2. สุณี วงศ์คงคาเทพ. การใช้บริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุไทย ปี 2552. **วิทยาสารทันตสาธารณสุข** 2555; 17(2): 45-59.
3. กุลนันทน์ พุ่มไม้ และปิยะนารถ จาติเกตุ. ขบวนการไตร่ตรองของผู้ใช้บริการหมอฟันพื้นบ้านโดยใช้แบบจำลองโน้มน้าวใจ. **เชียงใหม่ทันตแพทยสาร** 2560; 38(2):139-50.
4. เยาวเรศ วงศาสุลักษณ์, ณัฐมนัสนันท์ ศรีทอง. การศึกษาการใช้บริการสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุไทย. **วารสารวิชาการสาธารณสุข** 2567; 33(1): 49-62.
5. Akl MA, Stendahl CG. Removable partial denture frameworks in the age of digital dentistry: A review of the literature. **Prosthesis** 2022; 4(2): 184–201. DOI: 10.3390/prosthesis4020019

6. Chu KY. Access to denture restoration services under removable dentures subsidy program for adults aged 65 years and older in Taiwan. **BMC Health Services Research** 2022; 22(1): 90. DOI: 10.1186/s12913-022-07504-6.
7. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.**รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ.2566**. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2567
8. สุวัฒน์ ตันยะ, พัชราวรรณ ศรีศิลปนันทน์, ธิดาพร แซ่ลิ่ม . สภาวะการใส่ฟันเทียมและการเข้ารับบริการใส่ฟันเทียมในผู้สูงอายุชนบทในภาคเหนือของประเทศไทย. **วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ** 2563; 19: 64-72
9. Kemmis S, McTaggart R, editors. **The action research planner**. Victoria, Australia: Deakin University Press; 1988.
10. ภัสรา รัตนะ. การพัฒนาระบบบริการทันตกรรมใส่ฟันเทียมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้านภายใต้รูปแบบ Huaiyot Model. **วารสารวิชาการสาธารณสุข** 2565; 31(2): 282–288.
11. นริศรา จิตประสพ.การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ฟันเทียมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา. **วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม** 2568; 5(1): 1-15.
12. วสัน จันแดง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการทำฟันเทียมของผู้สูงอายุที่โรงพยาบาลป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง. **วารสารสมาคมนวัตรกรรมการพยาบาลและสุขภาพ** 2568; 1(3): 1-13.
13. เพิ่มรัตนะ สรีระเทวิน. การเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัด**เพชรบูรณ์**. **วารสารทันตาภิบาล** 2562; 30(1): 151-166.
14. ชุลีพร เผ่านิ่มมงคล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการเข้ารับบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ.**วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ** 2561; 17: 10-19.
15. สุภาพร แสงอ่วม, นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์, ภูดิท เตชาติวัฒน์, ชญานินท์ ประทุมสูตร, กันยารัตน์ คอวนิช . ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตภาคเหนือตอนล่าง ประเทศไทย. **เชียงใหม่ทันตสาร** 2558; 36(1): 53-61.
16. มารุต ภู่เพนียด, ณปภา ประยูรวงษ์.ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุจังหวัดสุพรรณบุรี. **วารสารศรีปทุมปริทัศน์** 2561; 18(2): 66–75.
17. โสภณ เหลี่ยมสมบัติ, ทรงวุฒิ ตวงรัตนพันธ์. รูปแบบบริการทันตกรรมกับการเข้าถึงบริการและภาวะสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ: พื้นที่ศึกษาแห่งหนึ่งจังหวัดเพชรบูรณ์. **วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น** 2566; 26(1): 44-55.
18. พรพรรณ ตั้งวงศ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการให้บริการทันตกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตสุขภาพที่ 11. **วารสารสมาคมนวัตรกรรมการพยาบาลและสุขภาพ** 2568; 1(3): 1-12.
19. อนงค์ เพชรล้ำ. การประเมินผลโครงการพัฒนาระบบบริการใหม่ ฟันเทียมทันใจ ห่วงใยชุมชน อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ. **วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม** 2560; 11(26): 44-61.
20. สุปรียา เครือสาร. การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพช่องปาก อำเภอหล่มสักจังหวัดเพชรบูรณ์(ปี2560-2561) ตามกรอบแนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ. **วารสารทันตาภิบาล** 2562; 30(1): 120-130.

21. ดนัย ยอดสุวรรณ. **ฟันเทียมทั้งปาก 1**. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2560.
22. พรพจน์ เจียงกองโค. **เทคนิคการทำฟันเทียมทั้งปาก 2 ครั้ง**.พิมพ์ครั้งที่ 1. พิษณุโลก: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2569.
23. Paulino MR, Alves LR, Gurgel BC, Calderon PS. Simplified versus traditional techniques for complete denture fabrication: A systematic review. **J Prosthet Dent** 2015; 113(1): 12-16. DOI: 10.1016/j.prosdent.2014.08.004
24. Fernández E, Rivero MG, Díaz-Yokens M, Padilla P. Traditional versus simplified impression methods for complete dentures: critical appraisal of evidence. **Odontología Vital** 2021; 34: 57-64. DOI:10.59334/ROV.v1i34.427
25. Carlsson GE. Critical review of some dogmas in prosthodontics. **Journal of Prosthodontic Research** 2009; 53: 3-10. DOI: 10.1016/j.jpor.2008.08.003
26. Ida Y, Yamashita S. Analysis of the relevant factors associated with oral health-relate quality of life in elderly denture wearers. **Journal of Prosthodontic Research** 2022; 66(1): 93–100. DOI: 10.2186/jpr.JPR_D_20_00311
27. William JO. **Dental materials and their selection**. 4th ed. Michigan: Quintessence Publishing Co, Inc; 2008.
28. Rhoads JE, Rudd KD, Morrow RM. **Dental laboratory procedures: fixed partial dentures**. St. Louis: The C.V. Mosby company;1986.

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ต่อความรู้ พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และพัฒนาการเด็กปฐมวัย ที่สงสัยล่าช้า

The Effects of an Empowerment Program for Early Childhood Caregivers on Knowledge, Development - Promoting Behaviors and Developmental Status of Children with Suspected Developmental Delay

จุรีภรณ์ ไชยทักษิณ, วรวรรณ์ ทิพย์วารีรมย์*, ยุวยงค์ จันทรวิจิตร**

Jureepon Chaitaksin, Worawan Tipwareerom*, Yuwayong Juntarawijit**

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยต่อความรู้ พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และพัฒนาการของเด็กปฐมวัยที่สงสัยพัฒนาการล่าช้า คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ดูแลเด็กและเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งหมดจำนวน 100 คน โปรแกรมดำเนินการเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นพบสภาพจริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความรู้และแบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเชื่อมั่นโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ จำนวน ร้อยละ และการทดสอบ Paired t-test, Independent t-test และ Chi-square Test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีจำนวนเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง รวมทั้งมีสัดส่วนเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสมวัยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวมีประสิทธิผลในการพัฒนาความรู้และพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็ก และส่งผลให้เด็กปฐมวัย โดยเฉพาะเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้า มีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังอำนาจ, ผู้ดูแลเด็ก, ความรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย, พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย, พัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยล่าช้า

---

* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

* Faculty of Nursing , Naresuan University

Corresponding author: Jureepon Chaitaksin *Email: Jureeponc@gmail.com*

Received 20/03/2026 *Revised 23/04/0000* *Accepted 23/09/2026*

ABSTRACT

This quasi-experimental study aimed to examine the effects of an empowerment program for caregivers in early childhood development centers on caregivers' knowledge, behaviors promoting early childhood development, and developmental outcomes of children with suspected developmental delay. The sample size was determined using G*Power software, resulting in 25 participants per group. The study involved four distinct groups: caregivers and early childhood children with suspected developmental delay in both the experimental and control groups, totaling 100 participants. The program was implemented for four weeks and consisted of four stages: discovering reality, critical reflection, decision-making for appropriate practices, and maintaining effective practices. Data were collected using a knowledge assessment and a behavior questionnaire validated by five experts. Data were analyzed using frequency, percentage, Paired t-test, Independent t-test, and Chi-square test.

The results showed that after the intervention, the experimental group had significantly higher mean scores in knowledge and behaviors than before the intervention ($p < .001$). The number of children with age-appropriate development increased, and the proportion of children with age-appropriate development was significantly higher in the experimental group than in the control group ($p < .001$). The program effectively improved caregivers' knowledge and behaviors and enhanced developmental outcomes among children with suspected developmental delay.

Keywords: Empowerment, Early Childhood Caregiver, Knowledge of Early Childhood Development Promotion, Development-Promoting Behaviors, Children with Suspected Developmental Delay

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

เด็กปฐมวัยเป็นช่วงวัยเริ่มต้นของชีวิตที่สมองมีการเจริญเติบโตและสร้างเส้นใยประสาทอย่างรวดเร็วที่สุด เมื่อเทียบกับช่วงวัยอื่น ๆ และถือเป็น Window Of Opportunity สำหรับการพัฒนาทักษะต่าง ๆ ของเด็ก[1] ซึ่งในช่วงเวลานี้เป็นช่วงที่เหมาะสมที่สุดต่อการพัฒนาองค์รวมของเด็ก หากเด็กขาดสภาพแวดล้อมและการดูแลที่เหมาะสม อาจส่งผลให้เกิดปัญหาพัฒนาการและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว

ข้อมูลสถานการณ์เด็กปฐมวัยในประเทศไทยช่วงปี พ.ศ. 2564–2567 พบว่าสัดส่วนเด็กที่มีพัฒนาการสมวัยจากการคัดกรองครั้งแรกและหลังการส่งเสริมพัฒนาการ 1 เดือน มีแนวโน้มลดลงและไม่ผ่านค่าเป้าหมายที่กำหนด (≥ร้อยละ 86) โดยพบร้อยละ 82.71, 85.32, 79.56 และ 78.02 ตามลำดับ สำหรับ เขตสุขภาพที่ 8 พบว่าพัฒนาการสมวัยน้อยที่สุดเป็นอันดับที่ 4 ของประเทศ พบร้อยละ 85.39, 91.75, 79.35 และ 77.10[2]

จังหวัดสกลนคร พบว่าสัดส่วนเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสมวัยไม่ผ่านค่าเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง โดยพบร้อยละ 56.75, 77.79, 74.68 และ 49.85 ตามลำดับ นอกจากนี้ การติดตามเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามาประเมินซ้ำยังต่ำกว่าเป้าหมายร้อยละ 90 และมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 42 เดือน[2]

พัฒนาการสงสัยล่าช้า มีความหมายว่า เด็กไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมตามเกณฑ์พัฒนาการในช่วงวัยได้ จากการประเมินพัฒนาการตามช่วงอายุครั้งแรก ทั้งนี้มีปัจจัยหลายด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านมารดา เช่น อายุตั้งครรภ์ การศึกษาของมารดา และการดื่มแอลกอฮอล์ขณะตั้งครรภ์[3] ปัจจัยด้านเด็ก เช่น การคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่าเกณฑ์ โรคประจำตัว ปัญหาช่องปาก ฟันผุ เด็กที่มีน้ำหนักอ้วนและผอม[1,4,5,6] ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การขาดโอกาสกระตุ้นพัฒนาการ การดูแลจากผู้ปกครองที่ไม่เหมาะสม และการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์มากเกินไป ซึ่งส่งผลให้เด็กขาดการมีปฏิสัมพันธ์และการเรียนรู้[7] จำนวนครูปฐมวัยน้อยต่อสัดส่วนที่รับผิดชอบเด็ก และการจัดการเรียนในห้องเดียวกันทุกช่วงอายุมีผลต่อพัฒนาการเด็ก เนื่องจากทำให้การสอนและการกระตุ้นพัฒนาการทำได้ลำบาก[8] ครูผู้ดูแลเด็กมีความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) อยู่ในระดับน้อย[9] ครูผู้ดูแลเด็กขาดความตระหนักและทักษะการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และขาดการส่งต่อข้อมูลพัฒนาการเด็กรายบุคคลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข[3] นอกจากนี้ยังพบว่า ครูผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างเป็นรูปธรรม มีเพียงการส่งตัวแทนครูปีละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 คน ไปอบรมการใช้คู่มือ DSPM และขาดความมั่นใจในการนำความรู้มาถ่ายทอดให้ครูคนอื่นๆ[10]

เมื่อเด็กมีพัฒนาการล่าช้า จะส่งผลกระทบทั้งต่อตัวเด็ก ผู้ดูแลเด็ก ครอบครัว ชุมชน และสังคม เด็กอาจมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง การเรียนรู้ และคุณภาพชีวิตของเด็ก[11] ด้านผู้ดูแล ต้องแบกรับภาระในการดูแลเด็ก ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เกิดความเครียดแก่ผู้ปกครอง วิตกกังวลในเรื่องการรักษา การเจริญเติบโตหรือความเป็นอยู่ของเด็กในอนาคต[11] เมื่อผู้ปกครองต้องพาเด็กมาตรวจรักษาที่ โรงพยาบาล ซึ่งมีค่าใช้จ่าย ทั้งค่าการเดินทาง และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ เพิ่มขึ้น[13] ส่งผลต่อชุมชนและสังคม ทำให้ขาดแคลนทรัพยากรบุคคลที่มีคุณภาพ และปัจจัยสำคัญในการพัฒนาชุมชน นอกจากนี้ ประเทศชาติยังต้องแบกรับภาระจัดสรรงบประมาณในการดูแลช่วยเหลือ สนับสนุนบุคคลที่มีความผิดปกติในสังคม เพื่อประคับประคองให้บุคคล และครอบครัวเหล่านั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถอยู่รอดได้[12]

ดังนั้น การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยช่วงอายุ 42 เดือน ให้มีพัฒนาการสมวัย นอกจากพ่อแม่ผู้ปกครองแล้ว ผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยถือเป็นบุคคลสำคัญที่มีอิทธิพลต่อเด็กในช่วงกลางวัน เนื่องจากทำหน้าที่ดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลเด็กจึงมีบทบาทสำคัญในการวางรากฐานพัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็ก หากผู้ดูแลเด็กขาดความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดยเฉพาะเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า

อาจส่งผลเสียต่อพัฒนาการเด็กทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ตรงกันข้าม หากผู้ดูแลเด็กมีความรู้ ความสามารถ และความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง จะช่วยส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง เพิ่มโอกาสที่เด็กปฐมวัยจะมีพัฒนาการสมวัยได้มากยิ่งขึ้น[14]

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ [15] เป็นแนวคิดที่มุ่งเสริมสร้างความเชื่อมั่น ความสามารถ และการมีส่วนร่วมของบุคคล ผ่านกระบวนการค้นพบสภาพจริง การสะท้อนคิด การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ งานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถพัฒนาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็ก และส่งผลเชิงบวกต่อพัฒนาการเด็กได้

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพ เฝ้าระวังพัฒนาการ และเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งมีบทบาทในการสอน ฝึก และเป็นพี่เลี้ยงในการดูแลเด็กปฐมวัยตามแนวทางวิชาชีพ ในทางปฏิบัติยังไม่พบการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ที่มุ่งเน้นผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างเป็นระบบ เพื่อเพิ่มความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการ โดยเฉพาะในผู้ดูแลเด็กกลุ่มอายุ 42 เดือน (3 ปี 6 เดือน) ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ซึ่งเป็นวัยที่ใช้เวลาอยู่ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นจึงเกิดช่องว่างระหว่างบทบาทวิชาชีพของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน กับการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจไปประยุกต์ใช้กับผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อส่งผลต่อพัฒนาการของเด็กโดยตรง อันเป็นที่มาของการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ในงานวิจัยครั้งนี้ โดยได้นำแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ มาประยุกต์ใช้เพื่อเป็นข้อมูลและแนวทางในการจัดการปัญหาพัฒนาการเด็กปฐมวัยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1) เพื่อเปรียบเทียบความรู้ และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ของผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง

2) เพื่อเปรียบเทียบจำนวนเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสมวัยก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง

3) เพื่อเปรียบเทียบความรู้ และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ของผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย หลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

4) เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสมวัย หลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วิธีการศึกษา (Method)

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ 1) ผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ในจังหวัดสกลนคร ที่ดูแลเด็กปฐมวัย ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า จำนวน 571 คน 2) เด็กปฐมวัยปีการศึกษา 2568 อายุ 42 เดือน ถึง 42 เดือน 29 วัน กำลังศึกษาในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่ตั้งอยู่ในเขต จังหวัดสกลนคร จำนวน 512 คน ซึ่งเป็นเป้าหมายการคัดกรองพัฒนาการด้วยเครื่องมือ DSPM ในเดือน กันยายน 2568

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และเด็กอายุ 42 เดือน ถึง 42 เดือน 29 วัน ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ที่อยู่ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเดียวกัน ในอำเภอวานรนิวาส อำเภอสว่างแดนดิน อำเภอเมือง และอำเภอพรรณานิคม

กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้

1) มีอายุ 20 – 59 ปี

2) ผู้ดูแลเด็กที่มีประสบการณ์ดูแลเด็ก 3 เดือนขึ้นไป ทำงานที่สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

3) มีโทรศัพท์มือถือ หรือคอมพิวเตอร์ที่สามารถใช้สัญญาณ Internet และสามารถใช้โปรแกรมไลน์ในการสื่อสาร

4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม

กลุ่มตัวอย่างเด็ก

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้

1) เป็นเด็กปฐมวัยอายุ 42 เดือน ถึง 42 เดือน 29 วัน ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลที่คัดกรองพัฒนาการเด็กด้วยเครื่องมือ DSPM โดยผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) เป็นผู้ดำเนินการประเมินคัดกรอง

2) เด็กที่ไม่ได้อยู่ในช่วงการรักษาภาวะพัฒนาการการล่าช้าด้านใดด้านหนึ่ง

3) ผู้ปกครองยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*Power โดยอ้างอิงงานวิจัยของ นอลิสา โต๊ะยุโส๊ะ และวิชุชตา มัคสิงห์[16] ซึ่งรายงานขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.52 กำหนดอำนาจในการทดสอบเท่ากับ 0.80 ระดับนัยสำคัญ 0.05 ผลการคำนวณพบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยกลุ่มละ 21 คน จึงเพิ่มร้อยละ 15 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 100 คน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ดูแลเด็กและเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คู่

การสุ่มขนาดตัวอย่าง

1) การคัดเลือกอำเภอกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยจับฉลากสุ่มจากทั้งหมด 18 อำเภอ จำนวน 4 อำเภอ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง ได้แก่ อำเภอวานรนิวาส และอำเภอสว่างแดนดิน และกลุ่มควบคุม ได้แก่ อำเภอเมือง และอำเภอพรรณานิคม

2) การสุ่มกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่แทนที่ (Simple Random Sampling without Replacement) จากรายชื่อเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าในอำเภอวานรนิวาสและอำเภอสว่างแดนดิน คัดเลือกกลุ่มทดลองจำนวน 25 คน และจับคู่กับผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเดียวกัน จำนวน 25 คน

3) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม ใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยคัดเลือกเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าให้มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มทดลอง ทั้งด้านจำนวนด้านพัฒนาการที่สงสัยล่าช้า จำนวน 25 คน และจับคู่กับผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเดียวกัน จำนวน 25 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

1) แบบประเมินความรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย วัดก่อนและหลังการทดลอง ประกอบด้วยข้อคำถามแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ ครอบคลุมความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก การใช้คู่มือ DSPM การส่งเสริมพัฒนาการทั้ง 5 ด้าน และสัญญาณเตือนพัฒนาการล่าช้า (Red flag)

2) แบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามพฤติกรรมจำนวน 20 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประเมินพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

3) แบบสอบถามข้อมูลเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของเด็ก เช่น เพศ อายุ น้ำหนักแรกเกิด โรคประจำตัว และประวัติการได้รับนมแม่

4) แบบบันทึกผลการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย ใช้แบบประเมินตามคู่มือ DSPM

เครื่องมือดำเนินการวิจัย

1) โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

2) แผนการสอน เรื่องความสำคัญของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการเด็กและลักษณะพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามช่วงวัย

3) แผนการเยี่ยมผู้ดูแลเด็กและเด็กปฐมวัย ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และผ่านทางโทรศัพท์

4) คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลเด็ก กุมารแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการขึ้นไป

1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ของแบบประเมินความรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ได้รับการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item Objective Congruence: IOC) ผลการประเมินพบว่าแบบประเมินความรู้ มีค่า IOC เท่ากับ 0.86

2) การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) แบบประเมินความรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และแบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย นำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรคูเดอร์–ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความรู้ เท่ากับ 0.87

3) การตรวจสอบดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของแบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และแบบสอบถามข้อมูลเด็กปฐมวัยที่สงสัยล่าช้า พบว่า แบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยมีค่า CVI เท่ากับ 0.93 และแบบสอบถามข้อมูลเด็กปฐมวัยที่สงสัยล่าช้ามีค่า CVI เท่ากับ 0.95

4) ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และเด็กที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดย เท่ากับ 0.94

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยขอรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร รหัสโครงการ (IRB No.): P2-0256/2568 เลขที่ใบรับรอง (COA No.): 301/2025 จากนั้นสำรวจรายชื่อและจำนวนเด็กปฐมวัยอายุ 42 เดือน ถึง 42 เดือน 29 วัน และผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในอำเภอวานรนิวาส อำเภอสว่างแดนดิน อำเภอเมืองสกลนคร และอำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยประเมินพัฒนาการเด็กด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) เพื่อจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พร้อมทั้งเตรียมเครื่องมือวิจัย และพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

2) ขั้นดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ และขอความยินยอมจากผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครองเด็กกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นก่อนเริ่มกิจกรรมการทดลอง ผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนทดลองโดยใช้แบบประเมินความรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และแบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ดำเนินการ ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร จากนั้นดำเนินการตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ดำเนินการเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 1 กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรม ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร ประกอบด้วยการทบทวนผลการคัดกรองพัฒนาการเด็ก การให้ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ การศึกษาตัวแบบ การคิดวิเคราะห์จากสถานการณ์จำลอง และการสาธิตการฝึกทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่สงสัยล่าช้าตามคู่มือ DSPM

สัปดาห์ที่ 2–4 ผู้ดูแลเด็กนำกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กไปปฏิบัติจริงในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย มีการบันทึกผลการดำเนินงาน ส่งคลิปวิดีโอการจัดกิจกรรมผ่านแอปพลิเคชัน Line และได้รับการติดตามให้คำแนะนำจากผู้วิจัยทั้งแบบเยี่ยมพื้นที่และติดตามทางโทรศัพท์

หลังสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลหลังการทดลองโดยใช้แบบประเมินความรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย แบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยล่าช้าซ้ำด้วยคู่มือ DSPM

กลุ่มควบคุม กลุ่มควบคุมได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการ และสิทธิในการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (pretest) ด้วยเครื่องมือเดียวกับกลุ่มทดลอง ภายหลังการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้แจ้งผลการคัดกรองพัฒนาการเด็กแก่ผู้ดูแลเด็ก พร้อมทั้งให้คำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามแนวทางในคู่มือ DSPM อย่างเหมาะสม เมื่อครบระยะเวลา 1 เดือน ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (posttest) โดยใช้เครื่องมือชุดเดียวกับที่ใช้ในระยะก่อนการทดลอง และผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมให้ความรู้ตามโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจแก่กลุ่มควบคุม เป็นระยะเวลา 2 ชั่วโมง เพื่อให้กลุ่มควบคุมได้รับประโยชน์เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง พร้อมกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีตลอดกระบวนการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติ Independent t-test วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมเด็กปฐมวัย หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย) โดยใช้สถิติ Paired t-test วิเคราะห์ความแตกต่างของสัดส่วนพัฒนาการเด็กปฐมวัย ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (เด็กปฐมวัย) ภายในกลุ่ม โดยใช้จำนวนและร้อยละ วิเคราะห์ความแตกต่างของสัดส่วนพัฒนาการเด็กปฐมวัย หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (เด็กปฐมวัย) โดยใช้สถิติ Chi Square Test

ผลการศึกษา (Results)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ดูแลเด็กปฐมวัย ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และเด็กปฐมวัยที่สงสัยล่าช้า

ผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 92.0) ขณะที่กลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงทั้งหมด (ร้อยละ 100.0) ทั้งสองกลุ่มมีช่วงอายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 35–49 ปี (ร้อยละ 52.0) รองลงมาคือช่วงอายุ 50–59 ปี (ร้อยละ 32.0) ด้านระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี (กลุ่มทดลองร้อยละ 76.0 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 84.0) และมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กปฐมวัยมากกว่า 10 ปีเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64.0 ทั้งสองกลุ่ม) โดยผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ดูแลเด็กไม่เกิน 15 คน (ร้อยละ 84.0) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดรู้จักคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และมีคู่มือรวมถึงอุปกรณ์ DSPM ใช้ในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กครบถ้วน (ร้อยละ 100.0) นอกจากนี้ ผู้ดูแลเด็กทั้งสองกลุ่มเคยผ่านการอบรมด้านการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยร้อยละ 68.0

เด็กปฐมวัยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีสัดส่วนเพศใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มทดลองเป็นเพศชายร้อยละ 56.0 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 48.0 ผู้ดูแลหลักของเด็กส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่กับตา/ยาย ขณะที่กลุ่มควบคุมอยู่กับมารดาเป็นหลัก เด็กปฐมวัยทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ผลเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ของผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย กลุ่มทดลอง

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยก่อนการทดลองเท่ากับ 51.40 (S.D. = 10.36) และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 84.40 (S.D. = 13.25) โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.861$, $df = 24$, $p < .001$) สำหรับค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ก่อนการทดลองเท่ากับ 2.81 (S.D. = 0.27) หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 3.82 (S.D. = 0.26) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -12.30$, $df = 24$, $p < .001$) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ของผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย กลุ่มทดลอง

ตัวแปร	$\bar{x}$	S.D.	df	t-test	p
คะแนนความรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย					
ก่อนการทดลอง	51.40	10.36	24	12.861	<.001***
หลังการทดลอง	84.40	13.25			
คะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย					
ก่อนการทดลอง	2.81	0.27	24	-12.30	<.001***

ตัวแปร	$\bar{x}$	S.D.	df	t-test	p
หลังการทดลอง	3.82	0.26			

หมายเหตุ : ***p <.001

ส่วนที่ 3 ผลเปรียบเทียบจำนวนเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสมวัย ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง

ผลการวิจัยพบว่า เด็กปฐมวัยในกลุ่มทดลอง จำนวน 25 คน มีพัฒนาการไม่สมวัยทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100.0 หลังการทดลองพบว่า เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยจำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 92.0 และมีพัฒนาการไม่สมวัยจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 8.0 แสดงให้เห็นว่า หลังการทดลองเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลเปรียบเทียบจำนวนเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสมวัย ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง

พัฒนาการเด็กปฐมวัย	พัฒนาการสมวัย n (%)	พัฒนาการไม่สมวัย n (%)
ก่อนการทดลอง (n=25)	0 (0.0)	25 (100.0)
หลังการทดลอง (n=25)	23 (92.0)	2 (8.0)

ส่วนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบความรู้ และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย หลังทดลอง ของผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ($\bar{X}$ = 84.40, S.D. = 13.25) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}$= 51.00, S.D. = 12.99) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 8.99, p < .001)

สำหรับพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย พบว่า กลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยคะแนน ($\bar{X}$ = 3.82, S.D. = 0.26) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 3.34, S.D. = 0.45) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 4.57, p < .001) รายละเอียดดังตาราง 3

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย หลังทดลอง ของผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย	$\bar{x}$	S.D.	Independent t-test	p
ความรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย				
กลุ่มทดลอง (n=25)	84.40	13.25	8.99	<.001***
กลุ่มควบคุม (n=25)	51.00	12.99		
พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย				
กลุ่มทดลอง (n=25)	3.82	0.26	4.57	<.001***
กลุ่มควบคุม (n=25)	3.34	0.45		

หมายเหตุ : ***p <.001

ส่วนที่ 5 ผลเปรียบเทียบสัดส่วนเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสมวัย หลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง เด็กปฐมวัยในกลุ่มทดลองมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 92.0 ขณะที่กลุ่มควบคุมมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 32.0 ผลการทดสอบด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่าสัดส่วนพัฒนาการเด็กปฐมวัยหลังการทดลอง

ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 19.10$, df = 1, $p < .001$) รายละเอียดดังตาราง 4

ตารางที่ 4 ข้อมูลเปรียบเทียบสัดส่วนเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสมวัย หลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พัฒนาการเด็กปฐมวัย	**สมวัย** (n, %)	**ไม่สมวัย** (n, %)	Chi-square	df	***p***
กลุ่มทดลอง (n=25)	23 (92.0%)	2 (8.0%)			
กลุ่มควบคุม (n=25)	8 (32.0%)	17 (68.0%)			
รวม (n=50)	31 (62.0%)	19 (38.0%)	19.10	1	<.001***

หมายเหตุ : ***p <.001

วิจารณ์ (Discussions)

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้นำผลที่ได้รับมาอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยก่อนและหลังการทดลอง พบว่าหลังการทดลอง ผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1995)[15] ช่วยเสริมสร้างความรู้ ความตระหนัก และความมั่นใจของผู้ดูแลเด็กในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะกระบวนการค้นพบสภาพจริง การสะท้อนคิด และการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ ซึ่งเอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปีใหม่ แก่สา และคณะ (2568)[17] ศึกษาประสิทธิพลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าในผู้ปกครองเด็ก ตำบลโสกนกแตน อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้และทักษะในการส่งเสริมพัฒนาการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p <.001$) งานวิจัยของ ศิริมา สาระนันท์ (2563)[18] ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรู้ความสามารถในการดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรัง พบว่าภายหลังการทดลอง ผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.001$) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุกัลยา โพธาราม (2547)[19] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยต่อความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการ เด็กปฐมวัยของผู้ดูแลเด็กในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดยโสธร พบว่าหลังเข้าโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยผู้ดูแลเด็กปฐมวัยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมากกว่าก่อนเข้าโปรแกรม ($p<.001$)

2. เมื่อเปรียบเทียบจำนวนเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสมวัยในกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง พบว่าหลังการทดลองมีจำนวนพัฒนาการเด็กปฐมวัยของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ผลดังกล่าวอาจอธิบายได้จากการที่ผู้ดูแลเด็กได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะขั้นตอนการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเน้นการติดตาม การเสริมแรง และการสะท้อนผลการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กสามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสม เด็กปฐมวัยจึงได้รับการส่งเสริมพัฒนาการอย่างต่อเนื่องจนเกิดการพัฒนาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชัยพล ศรีธุระวานิช และพัชรินทร์ สมบูรณ์ (2562)[20] ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5ปี พบว่าหลังการทดลอง เด็กปฐมวัยของกลุ่มทดลองมีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

3. เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า จากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่เน้นกระบวนการมีส่วนร่วม การสะท้อนคิด และการตัดสินใจด้วยตนเองอย่างเป็นระบบ ขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับเพียงการให้ข้อมูลตามคู่มือ DSPM ซึ่งอาจยังไม่เพียงพอในการก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความมั่นใจและพฤติกรรมในระดับเดียวกับกลุ่มทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สิริมา ชุ่มศรี, นุจรี ไชยมงคล และศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์ (2557)[21] ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเด็กต่อความสามารถและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเด็กสมองพิการ พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเด็กในกลุ่มทดลองมีความสามารถในการดูแลเด็กสมองพิการสูงกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.001$)

4. เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสมวัย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีสัดส่วนเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสมวัยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวสะท้อนบทบาทสำคัญของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยเฉพาะการติดตามและเสริมแรงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลเด็กสามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสม ส่งผลให้เด็กปฐมวัย โดยเฉพาะเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการอย่างสม่ำเสมอและกลับมามีพัฒนาการสมวัยได้สูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชัยพล ศรีธุระวานิช และพัชรินทร์ สมบูรณ์ (2562)[20] ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5ปี พบว่าหลังการทดลอง พัฒนาการในภาพรวมของกลุ่มทดลองมีพัฒนาการที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

ข้อจำกัดของงานวิจัย แม้ผลการวิจัยจะแสดงถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการพัฒนาความรู้และพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็ก ตลอดจนการส่งผลเชิงบวกต่อพัฒนาการของเด็กปฐมวัย แต่การศึกษาครั้งนี้ยังมีข้อจำกัดบางประการที่ควรนำมาพิจารณาในการตีความผลลัพธ์และการนำไปประยุกต์ใช้ ได้แก่

1. ระยะเวลาในการติดตามผลการทดลอง

ข้อจำกัดประการสำคัญคือ ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมและการติดตามผลที่กำหนดไว้เพียง 4 สัปดาห์ ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่เพียงพอสำหรับการเปลี่ยนแปลงความรู้และพฤติกรรมในระดับบุคคล แต่สำหรับพัฒนาการของเด็กปฐมวัย โดยเฉพาะในกลุ่มที่สงสัยพัฒนาการล่าช้า การเปลี่ยนแปลงในบางมิติอาจต้องใช้กระบวนการกระตุ้นที่ต่อเนื่องและยาวนานกว่านี้เพื่อให้เห็นการพัฒนาที่คงทนและชัดเจนในเชิงคุณภาพทุกด้าน การประเมินผลในระยะสั้นอาจสะท้อนเพียงผลลัพธ์เบื้องต้นจากการตอบสนองต่อการกระตุ้นอย่างเข้มข้นในช่วงการทดลองเท่านั้น

2. ลักษณะทางประชากรศาสตร์และบริบทพื้นที่

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ถูกจำกัดอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดสกลนคร และส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลเด็กที่มีประสบการณ์สูง (มากกว่า 10 ปี) รวมถึงมีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรีเป็นส่วนมาก บริบทดังกล่าวอาจส่งผลต่อการรับรู้และการนำโปรแกรมไปปฏิบัติได้รวดเร็วกว่าค่าเฉลี่ยทั่วไป ดังนั้นการนำโปรแกรมไปใช้ในพื้นที่ที่มีทรัพยากรต่างกัน หรือใช้กับผู้ดูแลเด็กที่มีพื้นฐานความรู้และประสบการณ์ที่แตกต่างออกไป อาจให้ผลลัพธ์ที่คลาดเคลื่อนจากผลการวิจัยนี้

3. การควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนภายนอก

เนื่องจากเด็กปฐมวัยใช้เวลาส่วนหนึ่งอยู่กับครอบครัว ซึ่งผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลหลักที่บ้านมีทั้งกลุ่มบิดามารดาและปู่ย่าตายาย แม้โปรแกรมจะมุ่งเน้นการพัฒนาที่ตัวผู้ดูแลในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเป็นหลัก แต่ปัจจัย

ด้านสภาพแวดล้อมทางบ้านและการส่งเสริมจากครอบครัวซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็ก เป็นสิ่งที่ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมได้อย่างเบ็ดเสร็จ ซึ่งอาจส่งผลกระทบร่วมต่อระดับคะแนนพัฒนาการที่เพิ่มขึ้นของเด็กในระหว่างการทดลอง

ข้อสรุป (Conclusions)

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยสามารถเพิ่มความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้อย่างมีนัยสำคัญ และส่งผลให้เด็กปฐมวัยที่สงสัยพัฒนาการล่าช้ามีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน จึงเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพและควรนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาเด็กปฐมวัยต่อไป

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้สามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเด็นหลัก โดยด้านการบริหารเน้นการกำหนดนโยบายพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเด็กอย่างเป็นระบบควบคู่กับการสร้างกลไกติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานต่อเนื่อง ส่วนด้านการปฏิบัตินั้นผู้ดูแลเด็กสามารถประยุกต์ใช้กิจกรรมจากโปรแกรมในกิจวัตรประจำวัน พร้อมบูรณาการคู่มือและสื่อเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีภาวะสงสัยล่าช้า และด้านการศึกษานำผลการวิจัยไปใช้เป็นบรรทัดฐานพัฒนาหลักสูตรอบรมผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย สำหรับข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการขยายระยะเวลาในการติดตามผลการทดลองให้ยาวนานขึ้นเป็นระยะ 3 หรือ 6 เดือน เพื่อประเมินความคงทนของพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ควรดำเนินการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยพิจารณาประเภทด้านพัฒนาการที่ล่าช้าในลักษณะเดียวกันเพื่อควบคุมความแตกต่างเชิงคุณภาพของปัญหา ตลอดจนการพัฒนาโปรแกรมเฉพาะทางตามมิติลักษณะพัฒนาการที่ล่าช้าเพื่อประเมินประสิทธิผลเชิงลึกให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

องค์ความรู้จากการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ สามารถพัฒนาความรู้และพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลเชิงบวกต่อพัฒนาการของเด็กในกลุ่มเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า งานวิจัยนี้จึงช่วยเติมเต็มองค์ความรู้ด้านการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กผ่านผู้ดูแลในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และเป็นแนวทางเชิงประจักษ์สำหรับการพัฒนาระบบการดูแลเด็กในระดับชุมชน

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้คำแนะนำและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ขอขอบคุณผู้ดูแลเด็ก ผู้ปกครอง และเด็กปฐมวัยทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย รวมถึงเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยและหน่วยงานสาธารณสุขที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง (References)

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. **คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย** (DSPM). นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
2. กระทรวงสาธารณสุข. (2567). **Health Data Center** 2567 [อ้างเมื่อ 27 กรกฎาคม 2567] จาก: https://hdc.moph.go.th/center/public/kpi/1/2024

3. ทิพย์ภารัตน์ ไชยชนะแสง, วิภาพร จันทะนาม, อุมาสมร หังสพฤกษ์, พิทักษ์ศิลป์ ศรีโช้ง. ศักยภาพของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย:การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. **วารสารพยาบาลทหารบก** 2564; 22(2): 451-459.
4. ณิชกุล พิชาชาญ, กิตติพงษ์ สอนล้อม และศิริภัททรา จุฑามณี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. **วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี** 2566; 31(1): 128-142.
5. เยาวรัตน์ รัตน์นันต์. **การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย เขตสุขภาพที่ 8**. งานวิจัยบทความและสรุปบทเรียนของหน่วยงานในเขตสุขภาพที่ 7. ขอนแก่น: สำนักงานเขตสุขภาพที่ 7; 2559.
6. สิริรัตน์ จัตกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้า ของเด็กปฐมวัยในคลินิกสุขภาพเด็กดีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. **วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น** 2564; 13(2): 87-102.
7. ฤดีมน สกุลคู. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการล่าช้าด้านภาษาในเด็กอายุ 2-5 ปี อำเภอท่าบ่อจังหวัดหนองคาย. **วารสารวิชาการสาธารณสุข** 2565; 31(5): 788-796.
8. สิตา ฤทธิ์ธาธรรม, ยุทธนา ศิลปรัสมี, วีณา ธิติประเสริฐ, เสาวลักษณ์ วงค์นาถ. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยว่าล่าช้า: บทบาทของครูและศูนย์เด็กเล็กในการกระตุ้นพัฒนาการของเด็กปฐมวัยในจังหวัดนครศรีธรรมราช**. การประชุมวิชาการระดับชาติด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี เครือข่ายสถาบันอุดมศึกษาภาคใต้ ครั้งที่ 5; 2563; จังหวัดนครศรีธรรมราช:มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย. หน้า 1-10.
9. วิจิตร จันดาบุตร, วิทยา อยู่สุข และวิโรจน์ เซมรัมย์. การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เทศบาลตำบลสีวิเชียร อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี. **วารสารวิจัยทางการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ** 2561;3(1): 208-219.
10. รัตนาภรณ์ แบ่งทิศ, ศรินทร์ทิพ ชวพันธุ์, หยาดพิรุณ เสาร์เป้ง. ผลของโปรแกรมการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ต่อความรู้และทักษะของครูในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย. **วารสารสภาการพยาบาล** 2566; 38(2): 77-87. DOI: 10.60099/jtnmc.v38i02.261669
11. เบ็ญจมาศ สลิลปราโมทย์. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ** 2565; 15(3): 114-127.
12. หนึ่งฤทัย เกื้อเอียด, ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์, สมเกียรติยศ วรเดช. สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการของเด็กไทยอายุต่ำกว่า 5 ปี: การทบทวนวรรณกรรม. **วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้** 2561; 5(1): 281-296.
13. จีระวรรณ ศรีจันทร์ไชย, ศิราณี อิ่มน้ำขาว, ปราณี ทาบึงการ, อรรถยาภรณ์ ทองมี, อัญรัตน์ อุทัยแสง. ภาระการดูแลของมารดาเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า. **วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์** 2565; 9(1): 318-328.
14. วรรณลีรัตน์ งามเลิศ, ธิติรัตน์ ราศิริ. บทบาทและศักยภาพของครูผู้ดูแลเด็กในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่. **วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา** 2567; 4(2): 1-19
15. Gibson CH. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. **J Adv Nurs** 1995; 21(6): 1201-10. DOI: 10.1046/j.1365-2648.1995.21061201.x
16. นอลีสา โต๊ะยุโส๊ะ, วิชุชตา มัคสิงห์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของมารดา ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ช่วงอายุ 0-5 ปี. **วารสารบัณฑิตศาส์น มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย** 2563; 18(2): 196-208.

17. ปีใหม่ แก่สา, ชนะพล ศรีฤาชา, วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์. ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าในผู้ปกครองเด็ก ตำบลโสกนกแตน อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น. **วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น** 2568; 17(2): 42-55.
18. ศิริมา สาระนันท์. ผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรู้ความสามารถในการดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรัง. **วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลอุดรธานี** 2563; 28(3): 374-383.
19. สุกัลยา โพธาราม. ผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยต่อความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลเด็กในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดยโสธร. **วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา** 2567; 4(2): 1-13.
20. ชัยพล ศรีธุระวานิช, พัชรินทร์ สมบูรณ์, ยุพิน สุขเกษม. **ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปี**. ราชบุรี: ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี กรมอนามัย; 2562.
21. สิริมา ชุ่มศรี, นุจรี ไชยมงคล, ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเด็กต่อความสามารถและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเด็กสมองพิการ. **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา** 2557; 22(4): 36-46.

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ในผู้สูงอายุ ตำบลท่าตูม อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์

Prevalence and Factors Associated with Mild Cognitive impairment in elderly of Tha Tum subdistrict, Tha Tum District, Surin Province

*มลฤดี เชยชุ่ม**

*Monrudee Cheychum**

บทคัดย่อ

ภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild cognitive impairment : MCI) เป็นภาวะระยะเปลี่ยนผ่านที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม การทราบขนาดปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในระดับชุมชนจึงมีความสำคัญต่อการวางแผนคัดกรองและส่งเสริมสุขภาพสมอง การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้ (Cross-sectional analytical study) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความชุกของภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild cognitive impairment: MCI) และ 2) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุ ตำบลท่าตูม อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 385 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วนและสุ่มอย่างง่ายภายในแต่ละพื้นที่ เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 15 ตุลาคม 2568 ถึง 20 มีนาคม 2569 โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและจิตสังคม การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ADL) กิจวัตรประจำวันขั้นสูง (IADL) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ(TGDS-15) และแบบประเมินภาวะการรู้คิด Montreal Cognitive Assessment (MoCA) กำหนดคะแนน MoCA < 25 หลังปรับคะแนนตามระดับการศึกษา เป็นเกณฑ์ว่ามีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ Univariate analysis และ Multiple Logistic Regression กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการวิจัยพบว่า ความชุกของภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ร้อยละ 87.01 (95%CI 83.29-90.01) โดยพบร้อยละ 77.42 ในกลุ่มอายุ 60-70 ปี ร้อยละ 91.62 ในกลุ่มอายุ 71-80 ปี และร้อยละ100 ในกลุ่มอายุ 81 ปีขึ้นไป เมื่อจัดกลุ่มปัจจัยตามทิศทางความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะ MCI มากขึ้น ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น (OR_{adj} 2.907, 95% CI 1.047-8.106) ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะ MCI ลดลง ได้แก่ ระดับการศึกษาที่สูงขึ้น(OR_{adj} 0.113, 95% CI 0.053-0.239) การมีกิจกรรมยามว่าง(OR_{adj} 0.114, 95% CI 0.022-0.590) การใช้โทรศัพท์มือถือและแอปพลิเคชันเพื่อการสื่อสาร (OR_{adj} 0.55, 95%CI 0.332-0.927) ผลการศึกษาสนับสนุนการคัดกรองผู้สูงอายุเชิงรุก โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุมาก ควบคู่กับการส่งเสริมการเรียนรู้ กิจกรรมกระตุ้นสมอง และการใช้โทรศัพท์มือถือและแอปพลิเคชันที่เหมาะสมในระดับชุมชน เพื่อส่งเสริมสุขภาพสมองและการรู้คิดของผู้สูงอายุในชุมชน

คำสำคัญ: ความชุก, ปัจจัย, ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย, ผู้สูงอายุ

* โรงพยาบาลท่าตูม, จังหวัดสุรินทร์

* Thatoom Hospital, Surin Province

Corresponding author: Monrudee Cheychum Email: Monrudeesrakaew@gmail.com

Received 15/04/2026 Revised 29/07/2026 Accepted 23/09/2026

ABSTRACT

Mild cognitive impairment (MCI) is a transitional condition associated with an increased likelihood of progression to dementia. Evidence on its magnitude and associated factors in community settings is therefore important for planning cognitive screening and brain-health promotion. This cross-sectional analytical study aimed to: (1) determine the prevalence of mild cognitive impairment (MCI), and (2) identify factors associated with mild cognitive impairment among older adults in Tha Tum Subdistrict, Tha Tum District, Surin Province, Thailand. The sample comprised 385 adults aged 60 years or older, selected using proportionate stratified sampling followed by simple random sampling within each area. Data were collected from October 15, 2025, to March 20, 2026, using questionnaires on personal characteristics, health status, health behaviors, and psychosocial factors, together with the ADL, IADL, TGDS-15, and Montreal Cognitive Assessment (MoCA). A MoCA score of <25, after adjustment for educational level, was used as the criterion for MCI. Descriptive statistics, univariate analysis, and multiple logistic regression were applied, with statistical significance set at 0.05

The prevalence of mild cognitive impairment was 87.01% (95% CI: 83.29 - 90.01), with prevalence estimates of 77.42% among participants aged 60 - 70 years, 91.62% among those aged 71- 80 years, and 100% among those aged 81 years or older. When factors were grouped by direction of association, older age was associated with higher odds of MCI (OR_{adj} 2.907, 95% CI 1.047 - 8.106). Factors associated with lower odds of MCI were higher educational attainment (OR_{adj} 0.113, 95% CI 0.053-0.239), participation in leisure activities (OR_{adj} 0.114, 95% CI 0.022 - 0.590), and mobile phone and communication application use (OR_{adj} 0.55, 95% CI 0.332-0.927). These findings support proactive cognitive screening among older adults, particularly those of advanced age, together with community-based promotion of lifelong learning, cognitively stimulating activities, and the appropriate use of mobile phones and applications to promote cognitive health among community-dwelling older adults.

Keywords: Prevalence, Associated factors, Mild Cognitive Impairment, Older adults

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ปัจจุบันทั่วโลกมีประชากรที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีประมาณ 1.14 พันล้านคน หรือร้อยละ 14.22[1] องค์การอนามัยโลก (WHO) คาดการณ์ว่าภายในปี 2573 ประชากรอายุมากกว่า 60 ปี จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 1.4 พันล้านคน[2] ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไปสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยข้อมูลล่าสุด ณ เมษายน พ.ศ. 2568 พบว่าประชากรผู้สูงอายุของไทยมีจำนวน 13.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 21.44 และคาดว่าในปี 2574 จะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 28[3] ซึ่งจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุขั้นสูง (Super-Aged Society) การเปลี่ยนแปลงทางประชากรนี้มาพร้อมกับการเผชิญหน้าความท้าทายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเสื่อมถอยของร่างกายและสมรรถภาพของสมอง ซึ่งส่งผลให้ความสามารถในการทำงานของสมองลดลง และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild cognitive impairment) และภาวะสมองเสื่อมได้[4]

ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild cognitive impairment; MCI) เป็นกลุ่มอาการที่แสดงถึงความผิดปกติของการทำงานของสมองใหญ่ โดยเฉพาะในด้านการรู้คิดและสติปัญญา ภาวะนี้ถือเป็นระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional stage) ระหว่างการหลงลืมตามปกติในวัยสูงอายุกับภาวะสมองเสื่อม[5] ผู้ที่มีภาวะ MCI มีความเสี่ยงต่อการพัฒนาไปสู่ภาวะสมองเสื่อมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดปกติ โดยมีรายงานอัตราการเปลี่ยนผ่านร้อยละ 10-15 ต่อปี[8] อย่างไรก็ตาม ผู้ที่มีภาวะ MCI บางรายอาจมีอาการคงที่หรือกลับสู่ภาวะการรู้คิดปกติได้ การค้นพบภาวะดังกล่าวตั้งแต่ระยะแรกจึงมีความสำคัญต่อการประเมินปัจจัยเสี่ยง การส่งเสริมสุขภาพสมอง และการติดตามดูแลอย่างเหมาะสม เพื่อลดความเสี่ยงหรือชะลอการเปลี่ยนผ่านไปสู่ภาวะสมองเสื่อม ตลอดจนลดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและภาระของผู้ดู[7,9,10]

การศึกษาความชุกของภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยทั่วโลกมีความหลากหลายอย่างมาก โดยการศึกษาในประเทศจีนพบความชุกร้อยละ 14.79[11] ขณะที่การศึกษาในอินเดีย พบความชุกที่ร้อยละ 26.06[12] สำหรับประเทศไทยพบความชุกอยู่ระหว่างร้อยละ 3.4-84.6 เมื่อพิจารณาแยกตามเครื่องมือประเมิน พบว่า งานวิจัยที่ใช้เครื่องมือ MoCA รายงานความชุกค่อนข้างสูง ได้แก่ การศึกษาในพื้นที่ชนบทภาคเหนือที่ใช้ MoCA-B ฉบับภาษาไทย พบความชุกร้อยละ 71.4[13] และการศึกษาในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลกที่ใช้ MoCA พบความชุกร้อยละ 84.6[14] ขณะที่การศึกษาในอำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น และอำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู ซึ่งใช้เครื่องมือประเมินแตกต่างกัน รายงานความชุกร้อยละ 42.7[15] และร้อยละ 3.4[16] ตามลำดับ ความแตกต่างดังกล่าวสะท้อนว่า นอกจากลักษณะประชากร พฤติกรรมสุขภาพ บริบททางสังคมแล้ว ชนิดเครื่องมือ และเกณฑ์จำแนกภาวะ MCI อาจมีผลต่อค่าความชุกที่รายงาน

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่มีรายงานว่าสัมพันธ์กับภาวะ MCI[13,14,15,16] ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า การสูบบุหรี่ การมีกิจกรรมยามว่าง การมีส่วนร่วมทางสังคม และการใช้เทคโนโลยี อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษายังไม่สอดคล้องกันในแต่ละพื้นที่ โดยเฉพาะในชุมชนชนบทซึ่งมีบริบททางเศรษฐกิจ สังคม และรูปแบบการดำเนินชีวิตแตกต่างจากเขตเมือง จึงจำเป็นต้องมีข้อมูลเฉพาะพื้นที่เพื่อสนับสนุนการออกแบบระบบคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพสมองที่เหมาะสมกับประชากรเป้าหมาย

โรงพยาบาลท่าตูมได้จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุและให้บริการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม รวมถึงการประเมินสมรรถภาพสมองและการคัดกรองความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม[18] อย่างไรก็ตามข้อมูลย้อนหลังของคลินิกผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุที่เข้ารับการคัดกรองยังมีจำนวนจำกัด และผู้รับบริการส่วนหนึ่งเข้ารับการประเมินเมื่อเริ่มมีความผิดปกติด้านการรู้คิดอย่างชัดเจนแล้ว สะท้อนถึงช่องว่างของการเข้าถึงบริการคัดกรองในระยะเริ่มต้น นอกจากนี้ยังไม่มีข้อมูลที่รายงานความชุกและวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยด้านจิตสังคมร่วมกันในผู้สูงอายุระดับชุมชนของตำบลท่าตูม อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์

ดังนั้น การศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุ เขตตำบลท่าตูม อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์ จึงมีความจำเป็น เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการวางแผนคัดกรอง การติดตามกลุ่มเสี่ยง การส่งเสริมสุขภาพสมอง และการพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุในระดับปฐมภูมิให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) ในผู้สูงอายุ ตำบลท่าตูม จังหวัดสุรินทร์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) ในผู้สูงอายุ ตำบลท่าตูม จังหวัดสุรินทร์

วิธีการศึกษา (Method)

1. **รูปแบบการวิจัย** (Study design)

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 15 ตุลาคม 2568 ถึงวันที่ 20 มีนาคม 2569

2. **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** (Population and Sample)

2.1 **ประชากร** คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลท่าตูม อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 3,259 คน ผู้วิจัยเลือกพื้นที่ตัวแทน 4 พื้นที่หลัก ตามเขตให้บริการตรวจรักษาเชิงรุกของหน่วยปฐมภูมิ ได้แก่ เขตตำบลบ้านตูม เขตเทศบาลตำบลท่าตูม เขตบ้านลุงปุง และเขตบ้านน้ำคำ

2.2 **กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลท่าตูม อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์ และมีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือกของผู้ทำวิจัย โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง Sarantakos จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่จะนำมาศึกษาด้วยสูตร Sarantakos ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 314 คน และจากการจากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่จะนำมาศึกษาด้วยโปรแกรม Open Epi ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 344 คน เมื่อพิจารณาเผื่อการสูญหายของข้อมูลร้อยละ 10 ผู้ทำวิจัยจึงได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างที่จะนำมาศึกษาในครั้งนี้จำนวน 385 คน

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เลือกพื้นที่ศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง จากพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลท่าตูม จำนวน 4 เขต ซึ่งเป็นตัวแทนของพื้นที่ให้บริการ ได้แก่ เขตบ้านตูม เขตเทศบาลตำบลท่าตูม เขตบ้านลุงปุง และเขตบ้านน้ำคำ

ขั้นตอนที่ 2 จัดทำบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป จากฐานข้อมูลทะเบียนประชากรและฐานข้อมูล HOSxP ของโรงพยาบาลท่าตูม แยกตามหมู่บ้านในแต่ละเขตบริการ

ขั้นตอนที่ 3 คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละพื้นที่ตามสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุ (Proportionate Stratified Sampling)

ขั้นตอนที่ 4 ภายในแต่ละหมู่บ้าน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากรายชื่อผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การวิจัย จนครบตามจำนวนที่กำหนด

2.3 เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1) ผู้ที่มีอายุ ≥ 60 ปี อาศัยอยู่ในเขตตำบลท่าตูม 4 พื้นที่ ได้แก่ บ้านตูม เทศบาล บ้านลุงปุง บ้านน้ำคำ

2) สามารถอ่านออก เขียนได้ หรือสามารถสื่อสารให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถามได้

3) ไม่มีประวัติได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมจากแพทย์

4) ไม่มีภาวะทางจิตเวชรุนแรงที่อาจรบกวนการสื่อสารหรือการตอบแบบสอบถาม

5) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เป็นลายลักษณ์อักษร ก่อนเข้าร่วมการวิจัย

2.4 เกณฑ์การคัดออก(Exclusion criteria)

1) ผู้เข้าร่วมวิจัยขอถอนตัวระหว่างดำเนินการวิจัย

2) ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สามารถตอบแบบสอบถามหรือทำแบบประเมินได้ครบถ้วน

3) ผู้ที่ให้ข้อมูลไม่ครบถ้วนจนไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้

3.เครื่องมือที่ใช้การศึกษา และการทดสอบเครื่องมือระบุเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพและจิตสังคม จำนวน 18 ข้อ (พัฒนาโดยผู้วิจัย) ประกอบด้วย ข้อมูล ดังนี้ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ส่วนบุคคลเฉลี่ยต่อเดือน อาชีพ ลักษณะการอยู่อาศัย การมีโรคประจำตัว มีโรคร่วมตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป การใช้ยาประจำ BMIการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย การนอนหลับ การรับประทานผักผลไม้ การร่วมกิจกรรมทางสังคมในช่วง 1 เดือน การมีกิจกรรมยามว่าง (หมายถึง กิจกรรมที่ทำด้วยความสมัครใจนอกเหนือจากกิจวัตรประจำวันเพื่อผ่อนคลาย) และการใช้โทรศัพท์มือถือและแอปพลิเคชันเพื่อการสื่อสาร ทั้งนี้แบบสอบถามดังกล่าวได้ทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และผลวิเคราะห์ค่าความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.92

3.2) แบบประเมินกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Barthel Activity of daily living index 20) มีคำถาม 10 ข้อ ใช้ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันแบบพื้นฐาน มี 10 ด้าน ได้แก่ การขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ การดูแลตนเอง การแต่งกาย การใช้ห้องน้ำ การลุกจากเตียงไปยังเก้าอี้ การแต่งตัว การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร และการขึ้นบันได ให้คะแนน 0 ถึง 2 สำหรับ ไม่สามารถปฏิบัติได้ ปฏิบัติได้บางส่วน และสามารถปฏิบัติได้ เฉพาะด้านการขับถ่าย ปัสสาวะ อุจจาระ การใช้ห้องน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหารและการขึ้นลงบันได ให้คะแนน 0 ถึง 3 ส่วนการอาบน้ำและดูแลตนเอง ให้คะแนน 0 ถึง 1 คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง สามารถทำกิจวัตรปะจำวันได้ดี คะแนนต่ำ หมายถึงสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้บางส่วนหรือไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ในประเทศไทยเพื่อให้สามารถจัดบริการการดูแลระยะยาวได้เหมาะสม จึงจัดกลุ่มผู้สูงอายุ ตามระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เป็น 3 ระดับ ดังนี้ 0-4 คะแนนหมายถึง ผู้สูงอายุมีภาวะติดเตียง 5-11 คะแนน หมายถึง ภาวะติดบ้าน และมากกว่า 12 คะแนน หมายถึง ภาวะติดสังคม โดยเครื่องมือฉบับนี้ เป็นแบบประเมินมาตรฐานสำหรับผู้สูงอายุที่มีการใช้แพร่หลาย ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้พัฒนาเครื่องมือ ได้ความตรงเชิงโครงสร้างและเชิงเกณฑ์อยู่ในระดับดี ค่า Interrater reliability อยู่ในระดับสูง (ICC = 0.95) และได้รับการยอมรับว่ามีความตรงและความเชื่อมั่นที่ดีสำหรับการประเมินสมรรถนะการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ

3.3) แบบประเมินกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน (Instrumental activity of daily living : IADL21 scale สร้างโดย Lawton และ Brody[19] มี 8 ด้าน ได้แก่ การใช้โทรศัพท์ การจ่ายตลาด การเตรียมอาหาร การทำความสะอาดบ้าน การซัก

ผ้า การเดินทางโดยใช้รถสาธารณะ การรับประทานยา และการจัดการด้านการเงิน ให้คะแนน 0 และ 1 ซึ่ง หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติได้ และสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองหรือทำได้บางส่วน คะแนนร่วมอยู่ในระหว่าง 0-8 ผู้ที่ได้คะแนนสูงแสดงถึงยังมีความสามารถในการทำกิจกรรมที่ซับซ้อนด้วยตนเองได้ และผู้ที่ได้คะแนนต่ำ หมายถึง จำเป็นต้องพึ่งพาบุคคลอื่น โดยเครื่องมือนี้ผ่านการหาความตรงเชิงเนื้อหา ซึ่งมีความตรงเชิงเนื้อหาและความตรงเชิงโครงสร้างอยู่ในระดับดี และมีค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability) เท่ากับ 0.85 นอกจากนี้ค่า Inter-observer reliability เท่ากับ 0.99 และ Test–retest reliability เท่ากับ 0.93 แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูงและเหมาะสมสำหรับใช้ประเมินผู้สูงอายุทั้งในงานวิจัยและการปฏิบัติทางคลินิก

3.4) แบบประเมิน TGDS-15 (Thai Geriatric Depression Scale-15): ใช้เพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทยแบบย่อ มีคำถาม 15 ข้อ มีคะแนน แบ่งเป็นช่วง 0-5 แปลผล ปกติ, 6-10 อาจจะมีอารมณ์เศร้าเล็กน้อย, 11-15 สงสัยมีภาวะซึมเศร้า โดยเครื่องมือได้รับการตรวจสอบคุณภาพ พบว่ามีความตรงในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับดี โดยมี ความไว (Sensitivity) เท่ากับ 0.92 ความจำเพาะ (Specificity) เท่ากับ 0.87 และมี ค่าความเชื่อมั่นด้านความสอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.84 แสดงว่าเครื่องมือมีคุณภาพและเหมาะสมสำหรับใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย

3.5) แบบประเมินภาวะการรู้คิด (Montreal Cognitive Assessment: MoCA): พัฒนาโดย Zaid S. Nasreddine และแปลเป็นภาษาไทยโดย โสพัพัทธ์ เหมรัญโรจน์และคณะ เครื่องมือประกอบด้วยข้อคำถามและแบบทดสอบที่ประเมินการรู้คิด 8 ด้าน ได้แก่ ความสามารถด้านการบริหารจัดการ (Executive function) การรับรู้เชิงมิติสัมพันธ์ (Visuospatial ability) การเรียกชื่อ (Naming) ความจำ (Memory) ความสนใจและสมาธิ (Attention) ภาษา (Language) การคิดเชิงนามธรรม (Abstraction) และการรับรู้เวลาและสถานที่ (Orientation) มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน ผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 ปีได้รับเพิ่ม 1 คะแนน การแปลผลคะแนนน้อยกว่า 25 คะแนนภายหลังปรับคะแนนตามระดับการศึกษาแล้ว ถือว่ามีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยตามนิยามของการศึกษานี้ โดยเครื่องมือได้รับการตรวจสอบคุณภาพ มีค่าความเชื่อมั่นด้านความสอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.914 และมีประสิทธิภาพในการคัดกรองภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ค่าความไว (Sensitivity) ร้อยละ 90.00 และค่าความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 87.06 และเป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับและใช้แพร่หลายในประเทศไทยสำหรับการประเมินภาวะการรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุ

4.การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในพื้นที่ 4 แห่งของตำบลท่าตูม ได้แก่ บ้านน้ำคำ บ้านดุงปุง บ้านตูม และเขตเทศบาล โดยประสานงานกับผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ก่อนเก็บข้อมูล ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับโครงการวิจัยและลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการมองเห็น อ่านหนังสือไม่ได้ หรือไม่เข้าใจคำถาม ผู้เก็บข้อมูลจะอ่านแบบสอบถามและอธิบายคำถามโดยไม่ชี้นำคำตอบ การเก็บข้อมูลดำเนินการ ณ ศาลาประชาคมหรือหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ใช้เวลาประมาณ 20–40 นาทีต่อราย โดย อสม.ที่ผ่านการอบรมเก็บข้อมูลทั่วไป ประเมิน ADL, IADL และ TGDS-15 ส่วนการประเมิน MoCA ดำเนินการโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและพยาบาลที่ผ่านการอบรมการใช้แบบประเมิน MoCA หากคะแนน MoCA ต่ำกว่า 25 ภายหลังปรับคะแนนตามระดับการศึกษา แปลว่ามีภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยตามนิยามการศึกษานี้ และหลังเก็บข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วน บันทึกข้อมูลลงโปรแกรม Microsoft Excel และจัดเก็บข้อมูลด้วยระบบรหัสประจำตัว จำกัดการเข้าถึงเฉพาะผู้วิจัย

5.การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การศึกษาวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม IBM SPSS Statistics for Windows version 26.0 โดยแบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1) สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ใช้อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว พฤติกรรมสุขภาพ คะแนน ADL, IADL, TGDS-15 และ MoCA ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage)

2) สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytic statistics) ใช้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านจิตสังคม กับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) ได้แก่ สถิติ Univariable Logistic Regression และใช้ Multiple Logistic Regression ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระมากกว่า 2 ตัวแปรขึ้นไปกับตัวแปรตาม แสดงผลออกเป็น Adjusted odds ratio (95%CI)

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม (Ethical Consideration)

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เลขที่โครงการวิจัย 127/2568 เมื่อวันที่ 13 ตุลาคม 2568 ซึ่งผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ทุกประการ

ผลการศึกษา (Results)

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

กลุ่มผู้สูงอายุที่ศึกษา จำนวน 385 คน เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 72.50 และ 27.50 ตามลำดับ) โดยอยู่ในช่วงอายุ 71–80 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 46.50) รองลงมาคือช่วงอายุ 60–70 ปี (ร้อยละ 40.30) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 64.40 และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 82.60 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 94 โดยโรคที่พบบ่อย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 82.10 ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 64.40 และเบาหวาน ร้อยละ 27.80 อีกทั้งส่วนใหญ่มีการใช้ยาเป็นประจำ (ร้อยละ 93.80) ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 88.10) ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 73.80) ออกกำลังกาย 3–4 วันต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 48.10) และนอนหลับ 6–8 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 70.90) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ด้วยตนเอง (ADL) (ร้อยละ 80.78) มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน (IADL) อยู่ในระดับช่วยเหลือตัวเองได้ดี (ร้อยละ 60.78) ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 71.42)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ (n = 385)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
1) ชาย	106	27.50
2) หญิง	279	72.50
2. อายุ		
1) 60–70 ปี	155	40.30
2) 71–80 ปี	179	46.50
3) 81–90 ปี	47	12.20
4) 90 ปีขึ้นไป	4	1.00

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
3. สถานภาพสมรส		
1) โสด	29	7.50
2) สมรส	248	64.40
3) หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	108	28.10
4. ระดับการศึกษา		
1) ไม่ได้เรียนหนังสือ	14	3.60
2) ประถมศึกษา	318	82.60
3) มัธยมศึกษา/ปวช.	33	8.60
4) อนุปริญญา/ปวส./ปริญญาตรี	19	4.90
5) สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.30
5. รายได้ส่วนบุคคลเฉลี่ยต่อเดือน		
1) < 3,000 บาท	188	48.80
2) 3,001–5,000 บาท	112	29.10
3) 5,001–10,000 บาท	46	11.90
4) 10,001-15,000 บาท	22	5.70
5) 15,001–20,000 บาท	11	2.90
6) > 20,000 บาท	6	1.60
6. อาชีพ		
1) ไม่ได้ประกอบอาชีพ	104	27.00
2) เกษตรกร	206	53.50
3) ค้าขาย	28	7.30
4) รับจ้างทั่วไป	14	3.60
5) ข้าราชการบำนาญ	14	3.60
6) อื่น ๆ	19	4.90
7. ลักษณะการอยู่อาศัย		
1) อยู่คนเดียว	40	10.40
2) อยู่ 2 คน	175	45.50
3) มากกว่า 2 คน	170	44.20
8. โรคประจำตัว		
1) ไม่มี	23	6.00
2) มี	362	94.00
8.1 ความดันโลหิตสูง (HT)	316	82.10
8.2 เบาหวาน (DM)	107	27.80
8.3 ไขมันในเลือดสูง (DLP)	248	64.40

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
8.4 โรคหลอดเลือดสมอง	12	3.10
8.5 โรคไต	5	1.30
8.6 โรคอื่น ๆ	13	3.40
9. มีโรคร่วมตั้งแต่ 2 ขึ้นไป		
1) ไม่ใช่	119	30.90
2) ใช่	266	69.10
10. การใช้ยา		
1) ไม่ใช้	24	6.20
2) ใช้	361	93.80
10.1) น้อยกว่า 5 เม็ด	333	86.50
10.2) ตั้งแต่ 5 เม็ดขึ้นไป	52	13.50
11. การสูบบุหรี่		
1) ไม่เคยสูบ	339	88.10
2) เคยสูบ (เลิกแล้ว)	22	5.70
3) สูบบางครั้ง	10	2.60
4) สูบประจำ	14	3.60
12. การดื่มแอลกอฮอล์		
1) ไม่ดื่ม	284	73.80
2) เคยดื่ม (เลิกแล้ว)	28	7.3
2) ดื่มเป็นครั้งคราว	65	16.90
3) ดื่มประจำ	8	2.10
13. การออกกำลังกาย		
1) ไม่ออกกำลังกาย	31	8.10
2) 1–2 วัน/สัปดาห์	113	29.40
3) 3–4 วัน/สัปดาห์	185	48.10
4) ตั้งแต่ 5 วัน/สัปดาห์ ขึ้นไป	56	14.50
14. นอนหลับ		
1) น้อยกว่า 6 ชั่วโมง	51	13.20
2) 6–8 ชั่วโมง	273	70.90
3) มากกว่า 8 ชั่วโมง	61	15.80
15. การรับประทานผัก/ผลไม้		
1) น้อยมาก	28	7.30
2) 1–3 วัน/สัปดาห์	180	46.90
3) 4–6 วัน/สัปดาห์	131	34.10
4) ทุกวัน	45	11.70

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
16. การมีกิจกรรมยามว่าง		
1) ไม่มี	207	53.80
2) มี	178	46.20
17. การใช้โทรศัพท์มือถือและแอปพลิเคชันเพื่อการสื่อสาร		
1) ไม่ใช้/ไม่มี	142	36.88
2) โทรเข้า-ออกเท่านั้น	132	34.29
3) ใช้ LINE ส่งข้อความได้	20	5.19
4) ใช้ได้หลากหลาย	91	23.64
18. กิจกรรมทางสังคมในช่วง 1เดือนที่ผ่านมา		
1) ไม่เข้าร่วม	26	6.80
2) 1–2 ครั้ง	146	37.90
3) 3–4 ครั้ง	83	21.60
4) > 4 ครั้ง	130	33.80
19. ดัชนีมวลกาย (BMI)		
1) < 18.5	43	11.17
2) 18.5 – 22.9	224	58.18
3) 23.0 – 24.9	99	25.71
4) > 25.0	19	4.94
20. ความสามารถในการดำเนินชีวิต (ADL)		
เริ่มมีภาวะพึ่งพา (<12)	74	19.22
ไม่มีภาวะพึ่งพา (≥ 12)	311	80.78
21. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน (IADL)		
มีภาวะพึ่งพาในกิจกรรมซับซ้อน(≤5)	46	11.95
มีข้อจำกัดเล็กน้อย (6-7)	105	27.27
ช่วยเหลือตัวเองได้ดี (8 คะแนน)	234	60.78
22. ภาวะซึมเศร้า (TGDS)		
ปกติ	275	71.42
สงสัยมีอาการซึมเศร้า (TGDS≥11)	110	28.58
23. ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild cognitive impairment : MCI)		
ปกติ	50	12.99
มีภาวะ MCI	335	87.01
รวม	**385**	**100.00**

2. ความชุกของภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาพบว่ามีความชุกภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) จากผู้สูงอายุทั้งหมดจำนวน 385 คน มีผู้ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) จำนวน 335 คน (ร้อยละ 87.01) และผู้ที่ไม่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย 50 คน (ร้อยละ 12.99)

เมื่อพิจารณาความชุกภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) ภายในแต่ละช่วงอายุ พบว่าการเกิดภาวะดังกล่าวในกลุ่มอายุ 60–70 ปี ร้อยละ 77.42 ในกลุ่มอายุ 71–80 ปี ร้อยละ 91.62 และในกลุ่มอายุ 81 ปีขึ้นไปพบว่ามีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ร้อยละ 100 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความชุกของภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) จำแนกตามกลุ่มอายุของผู้สูงอายุ

กลุ่มอายุ (ปี)	ไม่เป็น MCI	เป็น MCI	รวม
	จำนวน (คน) (%)	จำนวน (คน) (%)	จำนวน (คน) (%)
60–70 ปี	35 (22.58)	120 (77.42)	155 (40.26)
71–80 ปี	15 (8.38)	164 (91.62)	179 (46.49)
81–90 ปี	0 (0.00)	47 (100.00)	47 (12.21)
90 ปี ขึ้นไป	0 (0.00)	4 (100.00)	4 (1.04)
รวม	**50 (12.99)**	**335 (87.01)**	**385 (100.00)**

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) ด้วยการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว (Univariable analysis)

ปัจจัยด้านบุคคล	OR	95% CI	p-value
เพศ	2.128	0.862 – 5.252	0.102
อายุ	5.544	2.156 – 14.251	<0.001
สถานภาพสมรส	1.522	0.694 – 3.341	0.295
ระดับการศึกษา	0.082	0.036 – 0.186	< 0.001
รายได้ส่วนบุคคลเฉลี่ยต่อเดือน	0.749	0.493 – 1.137	0.175
อาชีพ	1.001	0.687 – 1.456	0.998
ลักษณะการอยู่อาศัย	0.812	0.385 – 1.713	0.585
ปัจจัยด้านสุขภาพ			
โรคประจำตัว	1.262	0.581 – 2.740	0.556
น้ำหนักตัว	0.957	0.882 – 1.038	0.290
ส่วนสูง	0.955	0.884 – 1.033	0.252
ดัชนีมวลกาย	1.313	0.447 – 3.857	0.620
จำนวนยาที่ใช้	1.264	0.971 – 1.646	0.082
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL)	0.959	0.637 – 1.444	0.843
ความสามารถในการทำกิจวัตรที่ซับซ้อน(IADL)	0.169	0.061 – 0.469	0.001
	OR	**95% CI**	**p-value**

ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพและทางจิตสังคม			
การสูบบุหรี่	0.718	0.500 – 1.030	0.072
การดื่มแอลกอฮอล์	1.249	0.775 – 2.015	0.362
การออกกำลังกาย	0.709	0.415 – 1.212	0.208
การนอนหลับ	1.194	0.587 – 2.429	0.625
การมีกิจกรรมยามว่าง	0.401	0.276 – 0.584	< 0.001
การใช้โทรศัพท์มือถือและแอปพลิเคชันเพื่อการสื่อสาร	0.074	0.016 – 0.338	0.001
การบริโภคผักและผลไม้	0.666	0.420 – 1.056	0.084
กิจกรรมทางสังคมในช่วง 1 เดือน	1.062	0.701 – 1.609	0.775
ภาวะซึมเศร้า	0.976	0.768 – 1.240	0.842

3. ปัจจัยที่สัมพันธ์ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) ในผู้สูงอายุ

จากตารางที่ 3 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) จากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกตัวแปรเดียว (Univariable Logistic Regression) ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรที่ซับซ้อน (IADL) การมีกิจกรรมยามว่าง และการใช้โทรศัพท์มือถือและแอปพลิเคชันเพื่อการสื่อสาร ในขณะที่ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ เพศ สถานภาพ รายได้ อาชีพ ลักษณะการอยู่อาศัย โรคประจำตัว น้ำหนักตัว ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย จำนวนยาที่ใช้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรพื้นฐาน (ADL) การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย การนอนหลับ การบริโภคผักและผลไม้ การมีกิจกรรมทางสังคมในช่วง 1 เดือน และภาวะซึมเศร้า ไม่พบความสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การวิเคราะห์ปัจจัย โดยใช้สถิติวิเคราะห์พหุตัวแปร (Multiple Logistic Regression) แสดงค่า $OR_{adj,}$ 95%CI ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (p-value < 0.05) ซึ่งตัวแปรที่เข้าตามเกณฑ์ที่จะนำเข้าสมการทั้งหมด 5 ตัวแปร ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน (IADL) การมีกิจกรรมยามว่าง และการใช้โทรศัพท์มือถือและแอปพลิเคชันเพื่อการสื่อสาร ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิด MCI ในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา การมีกิจกรรมยามว่าง และการใช้โทรศัพท์มือถือและแอปพลิเคชันเพื่อการสื่อสาร ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงการวิเคราะห์ตัวแปรแบบพหุปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ MCI ในผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่นำมาวิเคราะห์	Adjusted OR	95% CI	p-value
อายุ	2.907	1.047-8.106	0.041
ระดับการศึกษา	0.113	0.053-0.239	<0.001
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน(IADL)	1.244	0.430-3.595	0.687
การมีกิจกรรมยามว่าง	0.114	0.022-0.590	0.010
การใช้โทรศัพท์มือถือและแอปพลิเคชันเพื่อการสื่อสาร	0.555	0.332-0.927	0.025

วิจารณ์ (Discussions)

1.ความชุกของภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI)

จากผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI)จำนวน 335 คน จากกลุ่มตัวอย่าง 385 คน คิดเป็นความชุกร้อยละ 87.01 ซึ่งพบว่ามีความใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมา ในอำเภอเมือง พิษณุโลก ที่ศึกษาความชุกภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องเล็กน้อย (MCI) โดยใช้แบบประเมิน MoCA พบว่ามีความชุก ร้อยละ 84.6[14] ขณะเดียวกัน ผลการศึกษานี้เป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาในพื้นที่ชนบทภาคเหนือของไทยที่ใช้แบบประเมิน MoCA-B แม้การศึกษาดังกล่าวจะมีความชุกต่ำกว่าที่ร้อยละ 71.4[13] ในขณะที่การศึกษาในอำเภอเมือง หนองบัวลำภู ที่ใช้แบบประเมิน MMSE-Thai ร่วมกับ MoCA พบความชุก ร้อยละ 3.4[16] ซึ่งเมื่อเทียบกับผลการวิจัยนี้ถือว่าต่ำกว่า ทั้งนี้ความแตกต่างความชุกระหว่างการศึกษาอาจเกี่ยวข้องกับชนิดของเครื่องมือและเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมิน นอกจากนี้ ความแตกต่างด้านประชากร อายุ การศึกษา ภาวะสุขภาพ และบริบทของพื้นที่ศึกษาอาจมีส่วนทำให้ค่าความชุกแตกต่างกันได้

2.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

อายุ ผลการศึกษาพบว่า อายุที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ภาวะ MCI จะพบเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยผู้ที่อายุ 81 ปีขึ้นไปพบภาวะ MCI ร้อยละ 100 ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการสูงวัยขององค์การอนามัยโลกที่อธิบายว่าการสูงอายุทำให้เกิดการเสื่อมของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ รวมทั้งระบบประสาท ส่งผลให้ความสามารถด้านการรู้คิด ความจำ และการเรียนรู้ลดลงตามวัย[2] นอกจากนี้ Langa และ Levine[6] อธิบายว่าการเปลี่ยนแปลงของสมองในผู้สูงอายุ เช่น การลดลงของการเชื่อมต่อระหว่างเซลล์ประสาท การเสื่อมของสมองส่วนฮิปโปแคมปัส (hippocampus) และสมองส่วนหน้าผาก (prefrontal cortex) รวมทั้งการสะสมของพยาธิสภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคอัลไซเมอร์ เป็นกลไกสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะ MCI ก่อนพัฒนาไปสู่ภาวะสมองเสื่อม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ding และคณะ[11] Mohan และคณะ[12] Griffiths และคณะ[13] รวมทั้งกนกวรรณ ศรีสุภรสกุล และคณะ[14] ที่พบว่าความชุกของ MCI เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่ออายุเพิ่มขึ้น

ระดับการศึกษา ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาที่สูงมีความสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ จำนวน 14 คน เป็นผู้ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยทั้งหมด(ร้อยละ 100) ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษาตั้งแต่อนุปริญญาขึ้นไปจำนวน 20 คน พบภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย จำนวน 3 คน (ร้อยละ15) ผลดังกล่าวสามารถอธิบายได้ตามแนวคิด Cognitive Reserve ซึ่งเสนอว่าการศึกษาและการเรียนรู้ช่วยสร้างเครือข่ายประสาทและเพิ่มความสามารถของสมองในการชดเชยความเสื่อมของเซลล์ประสาท ทำให้การแสดงอาการของความบกพร่องด้านการรู้คิดเกิดช้าลง[6] สอดคล้องกับการศึกษาของ Ding และคณะ[11] Griffiths และคณะ[13] ไอรดา สายปัญญา[16] และสโรชา เชิดชูธรรม และคณะ[21] ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำมีความเสี่ยงต่อการเกิด MCI สูงกว่ากลุ่มอื่น

การมีกิจกรรมยามว่างมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย(MCI) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวสามารถอธิบายได้จากแนวคิด Cognitive Stimulation และ Cognitive Reserve ซึ่งเสนอว่าการทำกิจกรรมที่ต้องอาศัยการคิด การเรียนรู้ การแก้ปัญหา และการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม จะช่วยกระตุ้นการทำงานของสมองและเพิ่มความสามารถในการชดเชยการเสื่อมของเซลล์ประสาท สอดคล้องกับแนวคิดการสูงวัยอย่างมีพลังขององค์การอนามัยโลก[2] และการศึกษาของสโรชา เชิดชูธรรม และคณะ[21] ที่พบว่าการมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่กระตุ้นการเรียนรู้และการใช้ความสามารถทางปัญญาอย่างต่อเนื่องช่วยลดความเสี่ยงของภาวะ MCI อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ดังกล่าวอาจเกิดในทิศทางย้อนกลับ (reverse causation) เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพด้านการรู้คิดดีกว่าอาจมีความสามารถ

และแรงจูงใจในการมีกิจกรรมยามว่างมากกว่า ขณะที่การลดลงของกิจกรรมหรือการไม่มีกิจกรรมยามว่างอาจเป็นผลจากความบกพร่องการรู้คิดที่เกิดขึ้นแล้วในระยะต้น[26]

การใช้โทรศัพท์มือถือและแอปพลิเคชันเพื่อการสื่อสาร มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้โทรศัพท์มือถือและแอปพลิเคชันได้หลากหลายฟังก์ชัน มีภาวะ MCI ร้อยละ 58.14 ซึ่งน้อยกว่าผู้ที่ไม่มีหรือไม่ได้ใช้โทรศัพท์มือถือเลย ที่พบว่ามีภาวะ MCI ร้อยละ 98.51 อธิบายได้ว่า การใช้สมาร์ทโฟนหรืออุปกรณ์ดิจิทัลยังต้องอาศัยความจำ ความสนใจ การตัดสินใจ และการแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่อง จึงช่วยส่งเสริมการทำงานของสมองหลายด้านพร้อมกัน สอดคล้องกับแนวคิดการสูงวัยอย่างมีพลังขององค์การอนามัยโลก[2] และการศึกษาของสโรชา เชิดชูธรรม และคณะ[21] ที่พบว่าการมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่กระตุ้นการเรียนรู้และการใช้ความสามารถทางปัญญาอย่างต่อเนื่องช่วยลดความเสี่ยงของภาวะ MCI อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง จึงไม่สามารถระบุลำดับเวลาก่อน-หลังของความสัมพันธ์ได้ และอาจเกิดความสัมพันธ์เชิงเหตุย้อนกลับ (reverse causation) กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพด้านการรู้คิดดีกว่าอาจมีความสามารถและโอกาสการใช้โทรศัพท์มือถือและแอปพลิเคชันได้หลากหลายกว่า ขณะที่การใช้โทรศัพท์มือถืออาจเป็นผลจากความบกพร่องด้านการรู้คิดที่เกิดขึ้นแล้วในระยะต้น มิใช่สาเหตุของภาวะดังกล่าวเพียงด้านเดียว[27]

ส่วนปัจจัยอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะ MCI ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ประกอบด้วย เพศ สถานภาพสมรส รายได้ อาชีพ และลักษณะการอยู่อาศัยไม่พบความสัมพันธ์กับภาวะ MCI ซึ่งอาจเป็นผลจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในบริบทชนบทที่มีลักษณะทางเศรษฐกิจ สังคม และรูปแบบการดำเนินชีวิตใกล้เคียงกัน ทำให้ความแตกต่างของปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจไม่เด่นชัดเพียงพอที่จะส่งผลต่อการรู้คิด ทั้งนี้ผลการศึกษามีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Tsolaki และคณะ[19] ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ การมีโรคประจำตัว น้ำหนักตัว ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย จำนวนยาที่ใช้ประจำ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ADL) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน (IADL) ภาวะซึมเศร้า (TGDS) ไม่พบความสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยอย่างมีนัยสำคัญในการวิเคราะห์พหุตัวแปร ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมร้อยละ 19.22 มี ADL < 12 ร้อยละ 39.22 มี IADL < 8 และร้อยละ 28.58 มี TGDS ≥11 กลุ่มเหล่านี้ยังคงรวมอยู่ในการวิเคราะห์ตามเกณฑ์การศึกษาเดิม จึงอาจมีทั้งผู้ที่มีข้อจำกัดด้านสมรรถนะ ผู้ที่อาจมีภาวะซึมเศร้า หรือผู้ที่อาจมีภาวะสมองเสื่อมระยะต้น ซึ่งยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัย ภาวะดังกล่าวอาจส่งผลต่อคะแนน MoCA และทำให้ค่าความชุกสูงขึ้น และข้อมูลดังกล่าวอาจส่งผลต่อขนาดความสัมพันธ์และค่านัยทางสถิติ ทั้งนี้การศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะ MCI ร่วมกับ ADL,IADL,TGDS บกพร่อง ทางผู้วิจัย ได้พิจารณาตรวจประเมินทางคลินิกเพิ่มเติมต่อไป ทั้งนี้ภาวะ MCI เป็นภาวะที่เกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ทั้งปัจจัยด้านชีวภาพ พันธุกรรม และสิ่งแวดล้อม ไม่ได้เกิดจากปัจจัยทางกายเพียงด้านเดียว [5,6,10]

ส่วนด้านพฤติกรรมสุขภาพและจิตสังคม ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย การนอนหลับ การบริโภคผักและผลไม้ การร่วมกิจกรรมทางสังคม ไม่พบความสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในการศึกษาครั้งนี้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพในลักษณะใกล้เคียงกัน ทำให้ความแปรปรวนของข้อมูลไม่เพียงพอที่จะตรวจพบความแตกต่างทางสถิติ อย่างไรก็ตาม หลักฐานจากการศึกษาที่ผ่านมายังคงสนับสนุนว่าการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และการมีกิจกรรมที่กระตุ้นการรู้คิดอย่างสม่ำเสมอ มีบทบาทสำคัญในการคงไว้ซึ่งสุขภาพสมองและลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะ MCI และภาวะสมองเสื่อมในระยะยาว[10,23,24,26,27]

ข้อจำกัดของการศึกษา (Limitations)

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง จึงสามารถอธิบายได้เฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย แต่ไม่สามารถระบุลำดับเวลาก่อนหลังหรือสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้ นอกจากนี้ การจำแนกภาวะ MCI ในการศึกษานี้ใช้คะแนนการประเมิน MoCA ตามเกณฑ์ที่กำหนดเป็นนิยาม จึงอาจมีผู้เข้าร่วมบางส่วนที่มีภาวะซึมเศร้า ข้อจำกัดด้านการทำกิจวัตรประจำวัน หรือภาวะสมองเสื่อมระยะต้นที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยรวมอยู่ด้วย ซึ่งอาจส่งผลต่อคะแนน MoCA และทำให้ผลค่าความชุกที่สูง ดังนั้น ผลการศึกษาควรตีความว่าเป็นความชุกตามเกณฑ์การประเมินที่กำหนดในการศึกษานี้

ข้อสรุป (Conclusions)

1. การศึกษานี้พบว่า ความชุกของภาวะ MCI ในผู้สูงอายุตำบลท่าตูม อำเภอท่าตูม ร้อยละ 87.01 โดยพบว่าภาวะดังกล่าวจะเพิ่มขึ้นตามช่วงอายุ

2. ปัจจัยด้านบุคคล พบว่าอายุและระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับภาวะ MCI อย่างมีนัยสำคัญ โดยอายุที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับโอกาสพบภาวะ MCI ที่สูงขึ้น ขณะที่ระดับการศึกษาที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับโอกาสพบภาวะ MCI ที่ลดลง ส่วนตัวแปรอื่นไม่พบ ความสัมพันธ์

3. ปัจจัยด้านพฤติกรรมและจิตสังคม พบว่า การมีกิจกรรมยามว่างและการใช้โทรศัพท์มือถือและแอปพลิเคชันเพื่อการสื่อสาร มีความสัมพันธ์กับโอกาสพบภาวะ MCI ที่ลดลง ส่วนตัวแปรอื่นไม่พบความสัมพันธ์

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

หน่วยบริการปฐมภูมิควรส่งเสริมและพัฒนาการตรวจประเมินภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุเชิงรุกและอย่างต่อเนื่อง โดยให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุที่อายุมากเป็นพิเศษ เพื่อค้นหาความผิดปกติได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และนำผู้ที่มีผลผิดปกติเข้าสู่กระบวนการประเมินคลินิกเพื่อแยกภาวะ MCI ภาวะสมองเสื่อมระยะต้น ภาวะซึมเศร้า และสาเหตุที่สามารถแก้ไขได้ต่อไป สำหรับปัจจัยการมีกิจกรรมยามว่างและการใช้โทรศัพท์มือถือและแอปพลิเคชันเพื่อการสื่อสารสามารถนำมาพัฒนาเป็นองค์ประกอบของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสมองที่เหมาะสมกับระดับความสามารถของผู้สูงอายุ แต่ควรมีการศึกษาติดตามหรือวิจัยเชิงทดลองเพื่อประเมินผลก่อนสรุปประสิทธิภาพเชิงป้องกัน

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

ผลการศึกษานี้ช่วยเติมเต็มองค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) ในผู้สูงอายุบริบทชนบทสนับสนุนหลักฐานว่าอายุที่มากขึ้นสัมพันธ์กับภาวะ MCI ที่สูงขึ้น ขณะที่ระดับการศึกษาที่สูงขึ้น การมีกิจกรรมยามว่างและการใช้โทรศัพท์มือถือและแอปพลิเคชันเพื่อการสื่อสาร มีความสัมพันธ์กับภาวะ MCI ที่ลดลง อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ดังกล่าวควรตีความภายใต้ข้อจำกัดของการศึกษาแบบภาคตัดขวาง

เอกสารอ้างอิง (References)

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2566**. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2567.
2. World Health Organization. **Ageing and health** 2022 [cited 2026 Apr 13]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health

3. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. **การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553–2583** 2556 [อ้างเมื่อ 13 เมษายน 2568]. จาก: https://ipsr.mahidol.ac.th/wp-content/uploads/2022/03/Report-File-408.pdf
4. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. **ภาวะสมองเสื่อม: แนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการผู้สูงอายุ (geriatric syndrome)**. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์; 2558.
5. Alzheimer's Association. **Mild cognitive impairment (MCI)** [cited 2025 Jul 2]. Available from: https://www.alz.org/alzheimers-dementia/what-is-dementia/related_conditions/mild-cognitive-impairment
6. Langa KM, Levine DA. The diagnosis and management of mild cognitive impairment: a clinical review. **JAMA** 2014; 312(23): 2551–2561. DOI: 10.1001/jama.2014.13806
7. Goto Y, Morita K, Suematsu M, Imaizumi T, Suzuki Y. Caregiver burdens, health risks, coping and interventions among caregivers of dementia patients: A review of the literature. **Intern Med** 2023; 62(22): 3277-3282. DOI: 10.2169/internalmedicine.0911-22.
8. Ward A, Tardiff S, Dye C, Arrighi HM. Rate of conversion from prodromal Alzheimer's disease to Alzheimer's dementia: a systematic review of the literature. **Dement Geriatr Cogn Dis Extra.** 2013;3(1):320-332. DOI: 10.1159/000354370.
9. Oliveira D, da Mata FAF, Aubeeluck A. Quality of life of family carers of people living with dementia: Review of systematic reviews of observational and intervention studies. **Br Med Bull.** 2024;149(1): 1-12. DOI: 10.1093/bmb/ldad029.
10. Cooper C, Sommerlad A, Lyketsos CG, Livingston G. Modifiable predictors of dementia in mild cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. **Am J Psychiatry** 2015; 172(4): 323–334. DOI: 10.1176/appi.ajp.2014.14070878
11. Ding D, Zhao Q, Guo Q, Liang X, Luo J, Yu L, et al. Progression and predictors of mild cognitive impairment in Chinese elderly: a prospective follow-up in the Shanghai aging study. **Alzheimers Dement**. 2016; 4: 28–36. DOI: 10.1016/j.dadm.2016.03.004
12. Mohan D, Iype T, Varghese S, Usha A, Mohan M. A cross-sectional study to assess prevalence and factors associated with mild cognitive impairment among older adults in an urban area of Kerala, South India. **BMJ Open** 2019; 9(3): e025473. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-025473
13. Griffiths J, Thaikruea L, Wongpakaran N, Munkhetvit P. Prevalence of mild cognitive impairment in rural Thai older people, associated risk factors and their cognitive characteristics. **Dement Geriatr Cogn Disord Extra**. 2020; 10(1): 38–45. DOI: 10.1159/000506279
14. กนกวรรณ ศรีสุภรสกุล, โอปอร์ วีรพันธุ์, กัญญ์วรา ท่าว่อง, เบญจพร สุภาอินทร์, อริยา พลเรียงโพน, อรอุมา บุณยารมย์, และคณะ. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะพุทธิปัญญาพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. **วารสารวิชาการสาธารณสุข** 2565; 31(1): 14–26.

15. ปัณณทัต ตันธนปัญญากร, เจียระไน ปฐมโรจน์สกุล, นิโรบล มาอุ่น, กุสุมา จ้อยจันทร์, ชุติมา มลัยหมื่น. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องของผู้สูงอายุในอำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิชชา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช**. 2562; 38(2): 67–79.
16. ไอรดา สายปัญญา. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมและภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุตำบลนามะเฟือง อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู. **วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี**. 2565; 30(3): 376–386.
17. สำนักงานเกษตรและสหกรณ์จังหวัดสุรินทร์. **ข้อมูลพื้นฐานจังหวัดสุรินทร์ พ.ศ. 2568** [อินเทอร์เน็ต] 2568 [อ้างเมื่อ 8 ตุลาคม 2568]. จาก: https://www.opsmoac.go.th/surin-dwl-preview-412991791923
18. โรงพยาบาลท่าตูม อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์. **ข้อมูลสถิติผู้รับบริการคลินิกผู้สูงอายุ เดือนตุลาคม 2567 – มิถุนายน 2568** [เอกสารภายใน]. 2568.
19. Tsolaki M, Kakoudaki T, Tsolaki A, Verykouki E, Pattakou V. Prevalence of mild cognitive impairment in individuals aged over 65 in a rural area of North Greece. **Alzheimer's & Dementia** 2014 ;3(1): 11–19. DOI: 10.4236/aad.2014.31002
20. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist** 1969; 9(3): 179–186.
21. สโรชา เชิดชูธรรม, ธาตรี โบสิทธิพิเชฏฐ์, กนกพร ก่อวัฒนมงคล, ธนกมณ ลีศรี. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยของผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. **วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม** 2566; 18(3): 801–814.
22. ชวนนท์ อิ่มอาบ. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะบกพร่องทางปัญญาในผู้สูงอายุ อำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี. **วารสารวิชาการสาธารณสุข** 2562; 28(5): 782–791.
23. ชลิต เชาว์วิไลย, วินัย พูลศรี, ธีรนันท์ ตันพานิชย์. แนวทางการป้องกันผู้สูงอายุจากภาวะสมองเสื่อม. **วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน** 2565; 8(3): 8–15.
24. ภรัญวิทย์ อนันต์ดิลกฤทธิ์. ภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย. **วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม** 2566; 17(1): 381–393.
25. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, et al. The Montreal Cognitive Assessment (MoCA): a brief screening tool for mild cognitive impairment. **J Am Geriatr Soc** 2005; 53(4): 695–699. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x
26. Sommerlad A, Sabia S, Livingston G, Kivimaki M, Lewis G, Singh-Manoux A. Leisure activity participation and risk of dementia: an 18-year follow-up of the Whitehall II study. **Neurology** 2020; 95(20): e2803-e2815. DOI: 10.1212/WNL.000000000010966.
27. Benge JF, Scullin MK. A meta-analysis of technology use and cognitive aging. **Nat Hum Behav** 2025; 9(7): 1405-1419. DOI: 10.1038/s41562-025-02159-9.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวตามแนวคิดของรอยต่อความสามารถในการปรับตัวและการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของญาติผู้ดูแล

Effects of an enhancement adaptation program applying Roy Adaptation Model on the adaptation and self-efficacy of family caregivers

น้ำฝน บุญเรือง, ชุลีกร ด่านยุทธศิลป์*,*
ชณิตา ประดิษฐ์สถาพร, เอื้อมพร หลินเจริญ **
Namfon Boonruang, Chuleekorn Danyuthasilpe*,*
Chanita Praditsathaporn, Aumporn Lincharearn**

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวตามแนวคิดของรอยต่อความสามารถในการปรับตัวและการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของญาติผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างคือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน คัดเลือกจากโรงพยาบาลในเขตพื้นที่อำเภอศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัย จำนวน 50 คน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม (n = 25) ได้รับการพยาบาลตามปกติ ขณะที่กลุ่มทดลอง(n = 25) ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวตามแนวคิดของรอย 12 สัปดาห์ เครื่องมือวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความสามารถในการปรับตัว และแบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร สัมประสิทธิแอลฟาครอนบาคเท่ากับ .86 และ .88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติทดสอบทีชนิดสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน และที่เป็นอิสระต่อกัน และ สถิติไค-สแควร์

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยความสามารถในการปรับตัวหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ค่าเฉลี่ยความสามารถในการปรับตัวหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรม สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$) สัดส่วนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสามารถในการปรับตัวหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($x2=50.00, p < .001$)

ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวตามแนวคิดของรอยต่อความสามารถในการปรับตัวและการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของญาติผู้ดูแล สามารถนำไปใช้ในพื้นที่ที่มีบริบทที่ใกล้เคียงกันได้

คำสำคัญ: การปรับตัวของรอย ความสามารถในการปรับตัว การรับรู้ความสามารถ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

---

* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

* Faculty of Nursing , Naresuan University

Corresponding author: Namfon Boonruang *Email: namfonb66@nu.ac.th*

Received 19/03/2026 *Revised 02/04/2026* *Accepted 24/09/2026*

ABSTRACT

This quasi-experimental study examined the effects of an adaptation promotion program based on Roy's Adaptation Model on adaptation ability and perceived caregiving ability among stroke caregivers. The sample consisted of 50 caregivers of patients with ischemic or obstructive stroke who were selected from hospitals in Si Samrong District, Sukhothai Province. They were divided into the control group (n = 25) received usual nursing care, while the experimental group (n = 25) received the adaptation promotion program based on Roy's Adaptation Model for a period of 12 weeks. The research instruments included an adaptation ability assessment form and a perceived caregiving ability assessment form for stroke caregivers. Reliability was tested using Cronbach's alpha coefficient, which yielded values of .86 and .88, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t tests, independent t-tests, and chi-square test.

The results showed that the mean adaptation ability score of the experimental group after receiving the program was significantly higher than that before receiving the program ($p < .001$). The mean adaptation ability score of the experimental group after receiving the program was also significantly higher than that of the control group ($p < .05$). In addition, the mean perceived caregiving ability score of stroke caregivers in the experimental group after the intervention was significantly higher than that before receiving the program ($p < .001$). The mean perceived caregiving ability score in the experimental group after receiving the program was also significantly higher than that of the control group ($p < .001$). The proportion of stroke caregivers who had adaptation ability after receiving the program was significantly higher than before receiving the program ($X^2 = 50.00$, $p < .001$).

The results showed that the program based on Roy's Adaptation Model improved caregivers' adaptation and self-efficacy in caring for stroke patients. This program can be applied in other similar contexts.

Keywords: Roy's adaptation, Adaptation Perceived self-efficacy, Stroke' family caregivers

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นอุบัติการณ์ทางระบบประสาทที่รุนแรงและเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและความพิการทั่วโลก โดยในปี 2566 พบผู้ป่วยสะสมกว่า 101 ล้านคน และมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นถึง 12.2 ล้านรายต่อปี ซึ่งร้อยละ 62 เป็นชนิดตีบหรืออุดตัน (Ischemic stroke)[1] สำหรับประเทศไทย สถิติระหว่างปี 2564-2566 ชี้ให้เห็นว่าอัตราอุบัติการณ์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในเขตสุขภาพที่ 2 จังหวัดสุโขทัย[2] สถานการณ์ดังกล่าวก่อให้เกิดความพิการที่หลงเหลืออยู่ ทั้งด้านการเคลื่อนไหว การกลืน การสื่อสาร และพฤติกรรมอารมณ์ ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและภาระการดูแลของครอบครัว[3] แม้ระบบบริการสุขภาพจะมีการวางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD และติดตามต่อเนื่องด้วยหลัก INHOMESSS แต่กระบวนการส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่ตัวผู้ป่วยเป็นสำคัญ ในขณะที่การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยศักยภาพของญาติผู้ดูแลเป็นปัจจัยเกื้อหนุนหลัก[4]

ญาติผู้ดูแลมีบทบาทครอบคลุมทั้งการดูแลกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน[5] ทว่าการปฏิบัติหน้าที่ต่อเนื่องส่งผลกระทบในหลายมิติ ทั้งด้านร่างกายที่เกิดความเหนื่อยล้าและอาการปวดเรื้อรัง[6] และด้านจิตใจที่ต้องเผชิญกับความเครียดสะสม ซึ่งพบสูงถึงร้อยละ 68.8[7] ความเครียดเป็นปัจจัยลบต่อความสามารถในการปรับตัวและเพิ่มภาระในการดูแล[8] ซึ่งหากผู้ดูแลปรับตัวได้ดีจะช่วยให้คุณภาพการบริบาลผู้ป่วยสูงขึ้น[9] นอกจากนี้ ภาระการดูแลยังสัมพันธ์กับการสูญเสียรายได้ร้อยละ 30-50[10] และความรู้สึกเป็นภาระ (Caregiver burden) ที่พบความชุกร้อยละ 31.11[11] ซึ่งปัจจัยมีความสัมพันธ์แบบผกผันกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง[12] หากญาติผู้ดูแลมีการรับรู้ความสามารถที่ดีจะเกิดความมั่นใจในการจัดการปัญหา ลดการรับรู้ภาระ และส่งเสริมให้มีระดับการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[13-15]

แนวคิดการปรับตัวของรอย (Roy Adaptation Model) การปรับตัวเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมผ่านกลไกการคิดรู้ (Cognator) และกลไกการควบคุม (Regulator) เพื่อรักษาความสมดุลใน 4 ด้าน ได้แก่ ร่างกายอัตมโนทัศน์ บทบาทหน้าที่ และการพึ่งพาระหว่างกัน[16] โดยกระบวนการปรับตัวถูกอิทธิพลจากสิ่งเร้าตรง คือ ภาระการดูแล[17] สิ่งเร้าร่วม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมและระยะเวลาการดูแล[18,19] และสิ่งเร้าแฝง เช่น ค่านิยม ประสบการณ์เดิม[20] และการรับรู้ความสามารถของตนเอง[21] การประยุกต์ใช้แนวคิดนี้ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการสิ่งเร้าและมีพฤติกรรมการปรับตัวที่เหมาะสม นำไปสู่สุขภาวะที่ดีทั้งต่อตนเองและผู้ป่วย[22] อย่างไรก็ตาม การทบทวนวรรณกรรมพบว่างานวิจัยส่วนใหญ่ยังเน้นที่ตัวผู้ป่วยเป็นหลัก และการศึกษาในญาติผู้ดูแลยังมีข้อจำกัดในด้านรูปแบบการวิจัยที่ขาดกลุ่มเปรียบเทียบ รวมถึงขาดการประเมินการรับรู้ความสามารถในการดูแลในบริบทชุมชนอย่างเป็นระบบ[23]

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงเล็งเห็นความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของรอย เพื่อจัดการสิ่งเร้าและเสริมกระบวนการเผชิญปัญหาผ่าน 6 ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การประเมินพฤติกรรม การประเมินสิ่งเร้า การวินิจฉัย การกำหนดเป้าหมาย การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล เพื่อเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองและส่งเสริมพฤติกรรมการปรับตัวทั้ง 4 ด้านอย่างเป็นรูปธรรม อันจะช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถบริบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวตามแนวคิดของรอย

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของญาติผู้ดูแลระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวตามแนวคิดของรอย และกลุ่มควบคุม

4. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของญาติผู้ดูแลหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

5. เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสามารถในการปรับตัวได้กับปรับตัวไม่ได้ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

วิธีการศึกษา (Method)

รูปแบบการวิจัย การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบวัดก่อนและหลังการทดลองโดยมีกลุ่มควบคุม (The non-equivalent control group pretest-posttest design) เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวตามแนวคิดของรอยต่อความสามารถในการปรับตัวและการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของญาติผู้ดูแล โดยดำเนินการจัดกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามเกณฑ์ที่กำหนดเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นภายหลังการได้รับโปรแกรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างคือ ญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่พำนักในเขตอำเภอศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัย ซึ่งคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติ (Inclusion criteria) ได้แก่ เป็นผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วยและไม่มีความเจ็บป่วยทางกายหรือจิตเวชที่รุนแรง ซึ่งมีเกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Exclusion Criteria) คือ เกิดภาวะเจ็บป่วยรุนแรงกะทันหันระหว่างการศึกษา จนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมหรือให้ข้อมูลจนครบถ้วนตามขั้นตอนของโปรแกรม ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะคำนวณขนาดตัวอย่างจาก **วัตถุประสงค์ที่สะท้อนถึงตัวแปรตามหลัก** (Dependent Variable) ซึ่งในงานวิจัยนี้คือ "ความสามารถในการปรับตัว" หรือ "การรับรู้ความสามารถในการดูแล" โดยเลือกข้อที่ให้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเพียงพอต่อการทดสอบทางสถิติที่มีความซับซ้อนที่สุดในงานวิจัย ผ่านการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยอ้างอิงค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 2.85 ซึ่งคำนวณจากผลการทบทวนวรรณกรรมที่มีบริบทใกล้เคียงกัน[24] จัดเป็นอิทธิพลขนาดใหญ่ (Large effect size) ตามเกณฑ์ของ Cohen[25] เมื่อกำหนดระดับนัยสำคัญ (α) ที่ .05 และอำนาจการทดสอบ (1- β) ที่ .80 ผ่านโปรแกรม G*Power พบว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำคือกลุ่มละ 21 คน ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้สำรองจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการถอนตัวระหว่างการศึกษา[26] ส่งผลให้ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน โดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงและควบคุมลักษณะพื้นฐานให้มีความคล้ายคลึงกัน การป้องกันการปนเปื้อนข้อมูล (Contamination Control) ผู้วิจัยดำเนินการป้องกันการถ่ายทอดข้อมูลระหว่างกลุ่มตัวอย่างโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่อยู่แยกพื้นที่ตำบลกันอย่างชัดเจน กล่าวคือ กลุ่มทดลองเป็นญาติผู้ดูแลที่พักอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในโซนใต้ (ประกอบด้วย 4 ตำบล) ขณะที่กลุ่มควบคุมเป็นญาติผู้ดูแลในเขตพื้นที่บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในโซนเหนือ (ประกอบด้วย 5 ตำบล) ซึ่งพื้นที่ทั้งสองส่วน

มีระยะทางห่างกันเฉลี่ยประมาณ 7 กิโลเมตร ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีโอกาสน้อยในการปฏิสัมพันธ์หรือแลกเปลี่ยนข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับโปรแกรมระหว่างกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือประกอบด้วย 2 ส่วนหลัก คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวตามแนวคิดของรอย ระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาล 6 ขั้นตอนของรอย เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการปรับตัวใน 4 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านร่างกาย อัตมโนทัศน์ บทบาทหน้าที่ และการพึ่งพาระหว่างกัน รายละเอียดของโปรแกรมมีดังนี้

กระบวนการพยาบาล 6 ขั้นตอนของรอย (Nursing Process) ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผ่านกระบวนการที่เป็นระบบ เริ่มจากการประเมินพฤติกรรมการปรับตัวและสิ่งเร้า เพื่อระบุปัญหาและสาเหตุที่ส่งผลกระทบต่อการดูแล นำไปสู่การวินิจฉัยทางการพยาบาลและการกำหนดเป้าหมายร่วมกับผู้ดูแล จากนั้นจึงปฏิบัติการพยาบาลผ่านกิจกรรมส่งเสริมความรู้และทักษะ และสิ้นสุดด้วยการประเมินผลการปรับตัวหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม แบ่งเป็น 12 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมเริ่มต้นในสัปดาห์แรกด้วยกิจกรรมกลุ่มการฝึกอบรมทักษะการดูแลผ่านการสาธิตร่วมกับการใช้สื่อวิดีทัศน์ เพื่อกระตุ้นกลไกการคิดรู้ (Cognator subsystem) และส่งสริมการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน

สัปดาห์ที่ 1-2 การกระตุ้นกลไกการคิดรู้ (Cognator Subsystem) ผู้วิจัยใช้กระบวนการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมกลุ่มและการให้ความรู้เชิงทักษะ การส่งวิดีทัศน์ 9 เรื่อง การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการส่งเสริมการปรับตัวผ่าน LINE เพื่อส่งสริมการปรับตัวและปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ของผู้ดูแล โดยมุ่งเน้นการจัดการสิ่งเร้าตรง (Focal stimuli) คือความบกพร่องทางกายของผู้ป่วย และสิ่งเร้าร่วม (Contextual stimuli) คือความเหนื่อยล้าจากการดูแล เพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมจากการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมให้เป็นการปรับตัวที่ส่งเสริมสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 6 การประเมินและจัดการสิ่งเร้าในสถานการณ์จริง (Stimuli Manipulation) ผ่านการเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินพฤติกรรมการปรับตัวในสภาวะแวดล้อมจริง ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ประคับประคองเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจ (Self-efficacy) ในการจัดการกับสิ่งเร้าที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เป็นการสร้างเสริมกลไกการปรับตัวทางด้านอัตมโนทัศน์และด้านร่างกายให้มีความเข้มแข็ง

สัปดาห์ที่ 8 การเสริมสร้างระบบสนับสนุนทางสังคม (Interdependence Mode) การจัดกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นการมุ่งเน้นความต้องการพื้นฐานด้านการพึ่งพาระหว่างกัน (Interdependence) โดยใช้แรงสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน (Peer support) ช่วยให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าตนเองมีคุณค่าและไม่โดดเดี่ยว ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้กลไกการปรับตัวในภาพรวมมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

สัปดาห์ที่ 12 การประเมินผลลัพธ์เชิงประจักษ์ (Outcome Evaluation) เป็นการวัดผลลัพธ์สุดท้าย (Final Evaluation) ของกระบวนการพยาบาลตามแนวคิดของรอย โดยใช้การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปรับตัวและการรับรู้ความสามารถ เพื่อพิสูจน์นัยสำคัญทางสถิติและยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมในการปรับระดับการปรับตัว (Adaptation Level) ของผู้ดูแลให้สูงขึ้นอย่างเป็นระบบ

ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ด้วยการนำเครื่องมือทั้งหมด ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการปรับตัว คู่มือ แผนการสอน แผนการเยี่ยมบ้าน และแบบประเมินทั้ง 2 ชุด ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน (ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 1 ท่าน) ตรวจสอบความถูกต้อง ความชัดเจนของภาษา และความตรงตามวัตถุประสงค์ พบว่า แบบประเมินทั้ง 2 ชุด มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Congruence: IOC) รายข้ออยู่ระหว่าง 0.8 - 1.0 และโปรแกรมและเครื่องมือประกอบ มีค่าดัชนี

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1.00 และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบประเมินความสามารถในการปรับตัว พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการปรับตัวของรอย มีลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่น้อยที่สุดถึงมากที่สุด ประกอบด้วยข้อคำถามรวม 26 ข้อ แบ่งเนื้อหาเป็น 4 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านร่างกาย (8 ข้อ) ด้านอัตมโนทัศน์ (6 ข้อ) ด้านบทบาทหน้าที่ (5 ข้อ) และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน (7 ข้อ) การให้คะแนนแบ่งเป็นข้อความเชิงบวก (5 ถึง 1 คะแนน) และข้อความเชิงลบ (1 ถึง 5 คะแนน) โดยแปลผลจากค่าเฉลี่ยคะแนนรวม หากค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00-2.61 หมายถึงมีการปรับตัวระดับน้อย 2.62-3.42 ระดับปานกลาง และ 3.43-5.00 ระดับมาก และ 2) แบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับเช่นเดียวกัน เพื่อวัดระดับความมั่นใจของผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ ครอบคลุมสมรรถนะ 3 ด้าน คือ การดูแลกิจวัตรประจำวัน (6 ข้อ) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน (7 ข้อ) และการดูแลด้านจิตใจ (3 ข้อ) การแปลผลพิจารณาจากค่าเฉลี่ยคะแนนรวม โดยเกณฑ์คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.61 แสดงถึงการรับรู้ความสามารถระดับน้อย 2.62-3.42 ระดับปานกลาง และ 3.43-5.00 ระดับมาก ซึ่งเครื่องมือทั้งสองชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พบว่ามีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) รายข้ออยู่ระหว่าง 0.8-1.0 และมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคที่ .86 และ .88 ตามลำดับ ซึ่งแสดงถึงความเหมาะสมในการนำไปจัดเก็บข้อมูลทางสถิติ [27]

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร แบบเร่งรัด (Expedited Review) เลขที่ IRB No. P2-0237/2568 ลงวันที่รับรองเมื่อวันที่ 31 กรกฎาคม 2568 ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษา ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างทุกรายลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed consent) และข้อมูลส่วนบุคคลทั้งหมดถูกเก็บรักษาเป็นความลับโดยจะนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปได้รับการวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ย สำหรับการทดสอบสมมติฐานใช้สถิติเชิงอนุมานโดยตรวจสอบการกระจายตัวของข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square Test) ผู้วิจัยใช้สถิติ Paired t-test ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง และใช้สถิติ Independent t-test ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และการเปรียบเทียบค่าสัดส่วนของตัวแปรเชิงกลุ่มด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square Test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการศึกษา (Results)

ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (กลุ่มทดลองร้อยละ 92.0 กลุ่มควบคุมร้อยละ 64.0) มีช่วงอายุเฉลี่ยระหว่าง 50-59 ปี มีสถานภาพสมรส นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด และสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา โดยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรและมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ (กลุ่มทดลองร้อยละ 60.0 กลุ่มควบคุมร้อยละ 56.0) ในด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วย พบว่าส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสและมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยประมาณ 3 เดือน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน (กลุ่มทดลองร้อยละ 92.0 กลุ่มควบคุมร้อยละ 80.0) และร้อยละ 96.0 ไม่เคยผ่านการอบรมการเป็นผู้ดูแล สำหรับปัจจัยสนับสนุนพบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่มีผู้ช่วยในการดูแล (ร้อยละ 60.0) ขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีผู้ช่วย 1 คน ซึ่งมักเป็นบุตรหรือพี่น้อง

(ร้อยละ 68.0) ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มระบุว่าไม่มีการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในชุมชนเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.0 และ 92.0 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

การศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ในกลุ่มทดลองร้อยละ 68.0 กลุ่มควบคุมร้อยละ 60.0 โดยอายุผู้ป่วยของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 40.0 อายุผู้ป่วยของกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 70-79 ปี ร้อยละ 28 ด้านสถานภาพพบว่า ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส กลุ่มทดลองเท่ากับ ร้อยละ 80.0 กลุ่มควบคุมเท่ากับ ร้อยละ 60.0 สถานะสุขภาพผู้ป่วยที่ดูแลของกลุ่มทดลอง อยู่ในระดับช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ร้อยละ 76.0 เท่ากับกลุ่มควบคุม ร้อยละ 88.0 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 50)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=25)	กลุ่มควบคุม (n=25)	p-value
เพศหญิง	23 (92.0)	16 (64.0)	0.332
อายุเฉลี่ยช่วง 50 ปีขึ้นไป	17 (68.0)	19 (76.0)	-
สถานภาพสมรส	22 (88.0)	17 (68.0)	0.353
ระดับประถมศึกษา	19 (76.0)	15 (60.0)	0.683
อาชีพเกษตรกรรม	13 (52.0)	14 (56.0)	0.857
รายได้ไม่เพียงพอ	15 (60.0)	14 (56.0)	0.774
ความสัมพันธ์ (คู่สมรส)	16 (64.0)	10 (40.0)	0.010*
ระยะเวลาดูแล 3-4 เดือน	19 (76.0)	18 (72.0)	0.979
ไม่เคยมีประสบการณ์ดูแล	23 (92.0)	20 (80.0)	1.000
ไม่มีโรคประจำตัว	13 (52.0)	13 (52.0)	0.075
ไม่มีผู้ช่วยดูแล	15 (60.0)	8 (32.0)	0.230
มีแหล่งประโยชน์ในชุมชน	17 (68.0)	23 (92.0)	0.000**

*หมายเหตุ: ข้อมูลแสดงเป็น จำนวน (ร้อยละ), * p < .10, ** p< .05, *** p< .001*

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 50)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=25)	กลุ่มควบคุม (n=25)	p-value
อายุเฉลี่ย (ปี)	62.04 (SD=13.74)	62.04 (SD=13.74)	0.209
อายุ 60 ปีขึ้นไป	17 (68.0)	18 (72.0)	-
เพศชาย	17 (68.0)	15 (60.0)	1.000
สถานภาพสมรส	20 (80.0)	15 (60.0)	0.181
สถานะสุขภาพ			0.045*
- ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน	19 (76.0)	22 (88.0)	
- ช่วยเหลือไม่ได้/ติดเตียง	6 (24.0)	3 (12.0)	

*หมายเหตุ: ข้อมูลแสดงเป็น จำนวน (ร้อยละ) หรือ ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน), * p < .10, ** p< .05, *** p< .001*

จากวัตถุประสงค์ที่ 1 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวตามแนวคิดของรอย พบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปรับตัวสูงกว่ากลุ่มทดลอง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปรับตัวสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 2.44, p = .045) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการปรับตัวของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม(n = 50)

ความสามารถในการปรับตัว	กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ก่อนทดลอง (n = 25)	2.82	0.41	3.57	0.45	-6.05	0.675
หลังทดลอง (n = 25)	4.12	0.52	3.71	0.70	2.44	0.045**

** p < .10, ** p< .05, *** p< .001*

จากวัตถุประสงค์ที่ 2 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปรับตัวสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 2.44, p < .05) ดังตารางที่ **4**

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการปรับตัวระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรม (n = 50)

ความสามารถในการปรับตัว	กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม(n = 25)		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
หลังทดลอง	4.12	.52	3.71	.70	2.44	.045**

** p < .10, ** p< .05, *** p< .001*

จากวัตถุประสงค์ที่ 3 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวตามแนวคิดของรอย พบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มทดลอง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -9.49, p < .001) ดังตารางที่ **5**

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n = 50)

การรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย	กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ก่อนทดลอง (n = 25)	3.11	.77	3.54	.72	-1.99	.992
หลังทดลอง (n = 25)	4.67	.42	3.71	.70	4.11	<.001***

** p < .10, ** p< .05, *** p< .001*

จากวัตถุประสงค์ที่ 4 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของญาติผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถใน

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 4.11, p < .001) ดังตารางที่ **6**

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (n = 50)

การรับรู้ความสามารถ	กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
หลังทดลอง	4.67	.42	3.71	.70	4.11	<.001***

** p < .10, ** p< .05, *** p< .001*

จากวัตถุประสงค์ที่ 5 เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสามารถในการปรับตัวได้กับปรับตัวไม่ได้ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีการปรับตัวได้อยู่ในระดับมาก 2 คน และปรับตัวไม่ได้ 23 คน การปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง 14 คนและระดับน้อย 9 คน และหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการปรับตัวได้ 21 คน อยู่ในระดับมากที่สุด จำนวน 15 คน ระดับมาก 6 คน และปรับตัวไม่ได้ 4 คน อยู่ในระดับปานกลาง 4 คน เมื่อเทียบสัดส่วนของกลุ่มทดลองที่มีความสามารถในการปรับตัวก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีสัดส่วนของความสามารถในการปรับตัวอยู่ในระดับมาก มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 =50.00, p < .001) ดังตาราง 7

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองที่มีความสามารถในการปรับตัวหลังได้รับโปรแกรม (n = 50)

กลุ่มทดลอง	ปรับตัวได้	ปรับตัวไม่ได้	χ^2	p-value
ก่อนการทดลอง (n = 25)	2	23	50.00	<.001***
หลังการทดลอง (n = 25)	21	4		

** p < .10, ** p< .05, *** p< .001*

วิจารณ์ (Discussions)

1. ประสิทธิผลของโปรแกรมต่อความสามารถในการปรับตัวของญาติผู้ดูแล ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวตามแนวคิดของรอย กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปรับตัวสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -6.05, p = .675) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 2.44, p < .05) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 และ 2 ปรากฏการณ์นี้แสดงให้เห็นว่ากระบวนการพยาบาลตามแนวคิดของรอยช่วยให้ญาติผู้ดูแลตระหนักรู้และจัดการกับสิ่งเร้าได้อย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะสิ่งเร้าตรง (Focal stimulus) คือความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และสิ่งเร้าร่วม (Contextual stimulus) คือความขาดมั่นใจในทักษะการดูแล การที่ผู้วิจัยใช้กิจกรรมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกับการใช้นวัตกรรมสื่อผสมผสาน (Multimedia) และการสนับสนุนออนไลน์ผ่านวิดีทัศน์ ช่วยลดความเครียดและเสริมสร้างความมั่นใจในบทบาทหน้าที่ (Role function) และอัตมโนทัศน์ (Self-concept) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยในผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พบว่าระดับการปรับตัวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[24] รวมถึงการศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง[26,28] และผู้ป่วยพาร์กินสัน[29] ที่พบพฤติกรรมการปรับตัวดีขึ้นในทุกมิติ ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนการปรับตัวต่ำกว่า อาจเนื่องจากการพยาบาลตามปกติเป็นการให้ข้อมูลระยะสั้นและเน้นรายบุคคล ซึ่งยังไม่ครอบคลุมกระบวนการปรับตัวเชิงจิตสังคมของญาติผู้ดูแลอย่างเพียงพอ[23]

2. ประสิทธิผลของโปรแกรมต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ในด้านการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($t = -1.99$, $p = .992$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.11$, $p < .001$) สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3 และ 4 ผลลัพธ์นี้เป็นอิทธิพลจากการออกแบบกิจกรรมที่เน้นการฝึกปฏิบัติ (Skill training) และการจัดทำคู่มือร่วมกับวิดีทัศน์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถทบทวนทักษะซ้ำได้ตามต้องการ (Self-paced learning) สอดคล้องกับการศึกษาการใช้ Video education และ Tele-support ที่ช่วยเพิ่มความเข้าใจและการรับรู้ความสามารถในตนเองอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การติดตามเยี่ยมบ้านและสาธิตซ้ำในรายที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง เช่น การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย หรือการป้องกันแผลกดทับ ถือเป็นการเสริมแรง (Reinforcement) ตามกลไกการคิดรู้ (Cognator subsystem) ของรอย ช่วยให้ญาติเกิดความเชื่อมั่นในการตัดสินใจแก้ปัญหา ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ในผู้ป่วยพาร์กินสันที่พบว่าความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ[29]

3. การเปลี่ยนแปลงสัดส่วนความสามารถในการปรับตัวภายหลังได้รับโปรแกรม ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 5 พบว่าสัดส่วนของญาติผู้ดูแลที่มีความสามารถในการปรับตัวระดับสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 50.00$, $p < .05$) ผลลัพธ์นี้เป็นผลจากการประยุกต์ใช้ขั้นตอนการพยาบาล 6 ขั้นตอนของรอยอย่างต่อเนื่อง 12 สัปดาห์ ตั้งแต่การประเมินพฤติกรรมเพื่อให้เกิดการสะท้อนตนเอง (Self-reflection) ไปจนถึงการวินิจฉัยและตั้งเป้าหมายร่วมกัน กิจกรรมออนไลน์ผ่านไลน์กลุ่มไม่เพียงแต่ช่วยลดข้อจำกัดด้านการอ่านเขียนในผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาผ่านสื่อภาพและเสียง แต่ยังสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม (Social support network) ที่เข้มแข็ง[30] สอดคล้องกับการศึกษาการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผ่าน Line OA ที่ช่วยลดภาระในการดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ[31] ซึ่งภาระการดูแลที่ลดลงย่อมส่งผลโดยตรงต่อศักยภาพการปรับตัว[32] นอกจากนี้ กิจกรรมสนทนากลุ่มและการเยี่ยมบ้านยังช่วยให้ญาติผู้ดูแลเข้าใจและปรับตัวเข้ากับบทบาทใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่ความเข้มแข็งของครอบครัวและการปรับตัวที่สมบูรณ์ในทุกมิติ[33]

ข้อสรุป (Conclusions)

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวตามแนวคิดของรอยมีประสิทธิผลในการพัฒนาสุขภาวะของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบชี้ชัดว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปรับตัวและการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้นกว่าช่วงก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ สัดส่วนของผู้ดูแลที่มีความสามารถในการปรับตัวในระดับที่ดีขึ้นยังปรากฏความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม ผลลัพธ์ดังกล่าวจึงยืนยันได้ว่าการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการปรับตัวของรอยร่วมกับกิจกรรมการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ช่วยให้ญาติผู้ดูแลเกิดกระบวนการเรียนรู้และจัดการกับปัจจัยสิ่งเร้าได้อย่างเหมาะสม พยาบาลวิชาชีพหรือบุคลากรทางสุขภาพในระดับชุมชนสามารถนำรูปแบบของโปรแกรมไปบูรณาการเข้ากับระบบการบริบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งและสมรรถนะของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

การนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในบริบททางคลินิกควรเพิ่มการประเมินดัชนีชี้วัดพื้นฐาน ได้แก่ ระดับความเครียดและระดับการปรับตัวของผู้ดูแลก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อให้ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังการทดลองมีความแม่นยำและสะท้อนประสิทธิผลของโปรแกรมได้ชัดเจนยิ่งขึ้น สำหรับแนวทางการวิจัยในลำดับถัดไปควรขยายขอบเขตการติดตามผลการปรับตัวและการรับรู้ความสามารถของญาติผู้ดูแลในระยะยาว อาทิ ระยะ 6 เดือน

หรือ 1 ปี เพื่อประเมินความคงอยู่ของผลลัพธ์จากการเรียนรู้ ตลอดจนควรศึกษาประสิทธิผลของการนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังประเภทอื่นที่มีความซับซ้อนของการดูแลแตกต่างกัน เช่น โรคเบาหวาน หรือโรคอัลไซเมอร์ เพื่อสร้างองค์ความรู้ที่ครอบคลุมการบริบาลผู้ดูแลในระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิอย่างยั่งยืน

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

ผลการวิจัยยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวตามแนวคิดของรอยที่นำมาประยุกต์ใช้ในรูปของกิจกรรมพยาบาล 6 ขั้นตอนร่วมกับนวัตกรรมสื่อผสมผสาน (Hybrid media) องค์ความรู้ที่ค้นพบระบุว่า การจัดการสิ่งเร้าตรงและสิ่งเร้าร่วมผ่านกลไกการคิดรู้ (Cognator) โดยใช้เทคโนโลยีออนไลน์ (Line Application) เข้ามาช่วยเสริมการทบทวนความรู้ด้วยตนเอง และการเยี่ยมบ้านเพื่อเสริมแรงในสถานที่จริง ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดการปรับตัวใน 4 ด้านอย่างสมดุล ได้แก่ ด้านร่างกาย อัตมโนทัศน์ บทบาทหน้าที่ และการพึ่งพาระหว่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วยยกระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเป็นรูปธรรม แม้ในกลุ่มผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาก็สามารถเข้าถึงและพัฒนาทักษะได้ผ่านสื่อภาพและเสียง

เอกสารอ้างอิง (References)

1. World Stroke Organization. **World Stroke Organization** [cited 2026 Mar 19]. Available from: https://www.world-stroke.org/world-stroke-day-campaign/about-stroke/impact-of-stroke
2. กรมการแพทย์. **ตัวชี้วัดที่ 018.1: อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69)**. 2567 [อ้างเมื่อ 19 มีนาคม 2569]. จาก: https://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index/?id=2139&kpi_year=2567&utm_source=chatgpt.com
3. กระทรวงสาธารณสุข. **สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2561**. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
4. สถาบันประสาทวิทยา ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย. **แนวทางการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป**. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา; 2550.
5. กุลพัฒน์ วีรสาร, บรรณาธิการ. **คู่มือในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก**. ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์; 2562.
6. อาจารีย์ จันทร์พานิชย์, วรรณรัตน์ ลาวัง, ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. **วารสารการพยาบาลและการศึกษา** 2561; 11(2): 61–73.
7. Sohkhlet G, Thakur K, David SI, Verma P, Jadav V, S J, et al. Stress in Caregivers of Stroke Patients During Rehabilitation: An Observational Study. **Cureus** 2023; 15(4): e37410. DOI: 10.7759/cureus.37410
8. ฟางฟาน เซียน, นิภาวรรณ สามารถกิจ, เขมารดี มาสิงบุญ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเมืองเหวินโจว ประเทศจีน. **วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ** 2567; 19(1): 81–88.
9. Aguiló S, Lopez-Barbeito B, García E, Aguiló J. Stress Management in Primary Caregivers: A Health Challenge. **Transactions on Engineering and Computing Sciences** 2017; 5(4). DOI: 10.14738/tmlai.54.3292

10. ผ่องพักตร์ จันทร์ศิริ. ความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะกลาง ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลโกสุมพิสัย. **วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม** 2564; 18(2): 72–80.
11. Morimoto T, Schreiner AS, Asano H. Caregiver burden and health-related quality of life among Japanese stroke caregivers. **Age Ageing**. 2003; 32(2): 218–23. DOI: 10.1093/ageing/32.2.21812.
12. Boonsin S, Deenan A, Wacharasin C. Factors Influencing the Burden of Family Caregiving for Survivors of Stroke. **Pacific Rim International Journal of Nursing Research** 2021; 25(1): 102–13.
13. Bandura A. **Self-efficacy: the exercise of control**. New York: W.H. Freeman and Company; 1997.
14. Phongtankuel V, Moxley J, Reid MC, Adelman RD, Czaja SJ. The Relationship of Caregiver Self-efficacy to Caregiver Outcomes: A Correlation and Mediation Analysis. **Aging Ment Health** 2023; 27(7): 1322–8. DOI: 10.1080/13607863.2022.2118666
15. Feigin VL, Lawes CM, Bennett DA, Anderson CS. Stroke epidemiology: a review of population-based studies of incidence, prevalence, and case-fatality in the late 20th century. **Lancet Neurol** 2003; 2(1): 43–53. DOI: 10.1016/S1474-4422(03)00266-7
16. พงศ์ศักดิ์ ธรรมกุลศักดิ์, วัลภา อรัญนะภูมิ, วรณัน ธีร์สุดาพรรณ, ปารย์วัชร จิตอารีย์. การประยุกต์ใช้แบบจำลองการปรับตัวของรอยกับการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดเอสทีไม่ยกที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว: กรณีศึกษา. **วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ** 2567; 9(2): 1–10.
17. พรรณทิพา ขำโพธิ์, ชนิตา แป๊ะสกุล, กฤชมน เมธาธิรัตน์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกและคุณภาพชีวิต ของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง. **วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล** 2568; 31(3): 76–93.
18. จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส, นุชนาถ แก้วมาตร, พิชามญชุ์ ปุณโณทก, จันทนา เกิดบางแขม, สาวิตรี หลักทอง, ปณิชา พลพินิจ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแล เด็กออทิสติกในภาคตะวันออกของประเทศไทย. **วารสารกรมการแพทย์** 2563; 45(2): 31–37.
19. Aman Z, Liew SM, Ramdzan SN, Philp I, Khoo EM. The impact of caregiving on caregivers of older persons and its associated factors: a cross-sectional study. **Singapore Med J** 2020; 61(5): 238–45. DOI: 10.11622/smedj.2019100
20. อนันต์ พวงคำ, ดวงสุดา สุวรรณศรี, ธนพร แย้มศรี, มนธิดา แสงเรืองเอก, รุ่งอรุณ โทวันนัง. ผลกระทบของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล : ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้าน. **วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์** 2563; 35(2): 303–16.
21. Jaracz K, Grabowska-Fudala B, Górna K, Jaracz J, Moczko J, Kozubski W. Burden in caregivers of long-term stroke survivors: Prevalence and determinants at 6 months and 5 years after stroke. **Patient Educ Couns** 2015; 98(8): 1011–6. DOI: 10.1016/j.pec.2015.04.008
22. ศรัณยา แสงมณี, มณี อาภานันทิกุล, ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม. กรณีศึกษา: การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำงานนอกบ้าน. **วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางการพยาบาล** 2555; 18(1): 119–33.
23. สุรีย์พร โพธิ์ช่วย, พัชราพร เกิดมงคล, ขวัญใจ อำนาจสัตย์ซื่อ, พิชัย จันทร์ศรีวงศ์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด. **วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล (วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ)** 2563; 36(3): 105–22.

24. นุชจรินทร์ ไชยสัจ. ผลของการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลต่อการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน. **วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม** 2561; 15(3): 45–54.
25. Cochran WG. **Sampling Techniques**. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons; 1977.
26. บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
27. Bujang MA, Omar ED, Baharum NA. A Review on Sample Size Determination for Cronbach's Alpha Test: A Simple Guide for Researchers. **Malays J Med Sci** 2018; 25(6): 85–99. DOI: 10.21315/mjms2018.25.6.9
28. สมพร มีมะโน, จตุพร เสือมี, สุนี จิรสมิทธา. ผลของโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีของรอยต่อพฤติกรรมการปรับตัว และระดับการควบคุมโรคหืด. **พุทธชินราชเวชสาร** 2561; 35(2): 215–81.
29. Chen L. Effectiveness of the Roy adaptation model-based nursing intervention in improving physiological, psychological, and social outcomes in patients with Parkinson's disease. **BMC Neurol** 2025; 25(1): 219. DOI: 10.1186/s12883-025-04232-2
30. Bartoli D, Petrosino F, Nuccio E, Damico V, Rago C, Veronese M, et al. The Impact of a Video-Educational and Tele-Supporting Program on the Caregiver–Stroke Survivor Dyad During Transitional Care (D-STEPS: Dyadic Support Through Tele-Health and Educational Programs in Stroke Care): A Longitudinal Study Protocol. **Healthcare** 2025; 13(16): 2039. DOI: 10.3390/healthcare13162039
31. ภาสิกา กิมหงษ์, ดวงกมล วัตราดุลย์, อรอุมา ชุติเนตร. ผลของโปรแกรมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านต่อความพร้อมและภาระในการดูแลของญาติผู้ดูแล. **วารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพ** 2567; 16(1): 52–66.
32. Xu Q, Ma J, Zhang Y, Gan J. Family resilience and social support as mediators of caregiver burden and capacity in stroke caregivers: a cross-sectional study. **Front Psychol** 2024; 15: 1435867. DOI: 10.3389/fpsyg.2024.1435867
33. Chaknum P, Harnirattisai T, Somprasert C, Chiang LC. Development of the Family-Based Care Model for Stroke Survivors to Promote Healthy Family Dynamics: Participatory Action Research. **Pacific Rim International Journal of Nursing Research** 2023; 27(2): 244–59. DOI: 10.60099/prijnr.2023.262033

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์: การทบทวนวรรณกรรม

Factors Associated with Anemia in Pregnant Women: A Narrative Review

บัวแก้ว ใจดีเจริญ, พรรณี บัญชรหัตถกิจ***

Buakaew Chaideecharoen, Pannee Banchonhattakit***

บทคัดย่อ

ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่มีสาเหตุจากหลายปัจจัยและอาจส่งผลต่อสุขภาพของมารดาและทารก การทบทวนวรรณกรรมแบบบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนและสังเคราะห์หลักฐานเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้กรอบ PEO กำหนดคำถามและขอบเขตการสืบค้น สืบค้นงานวิจัยที่ตีพิมพ์ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ค.ศ. 2021 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม ค.ศ. 2025 จากฐานข้อมูล PubMed, Scopus, CINAHL, ScienceDirect, Cochrane Library, Google Scholar และ ThaiJO พบระเบียนทั้งหมด 1,620 รายการ ภายหลังนำบทความซ้ำออก คัดกรองชื่อเรื่องและบทคัดย่อ และประเมินบทความฉบับเต็มตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก เหลืองานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ 12 เรื่อง การคัดเลือกบทความ การสกัดข้อมูล และการประเมินคุณภาพดำเนินการโดยผู้วิจัย 2 คนอย่างเป็นอิสระ ความเห็นที่ไม่ตรงกันแก้ไขด้วยการอภิปรายจนได้ฉันทามติ งานวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางประเมินด้วย JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross-Sectional Studies และงานวิจัยแบบติดตามประเมินด้วย JBI Critical Appraisal Checklist for Cohort Studies วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการสังเคราะห์เชิงบรรยายร่วมกับการวิเคราะห์เชิงประเด็น ผลการสังเคราะห์พบปัจจัย 5 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยด้านโภชนาการและพฤติกรรมสุขภาพ สูติกรรมและอนามัยเจริญพันธุ์ เศรษฐกิจและสังคม การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการติดเชื้อและภาวะสุขภาพ ปัจจัยที่พบรายงานบ่อยและมีทิศทางความสัมพันธ์ค่อนข้างสม่ำเสมอ ได้แก่ การไม่ได้รับหรือรับประทานธาตุเหล็ก–โฟเลตไม่สม่ำเสมอ ระยะห่างระหว่างการตั้งครรภ์สั้น การอยู่ในไตรมาสที่ 3 การมีเลือดออกระหว่างตั้งครรภ์ และการรับประทานอาหารไม่เพียงพอหรือไม่หลากหลาย อย่างไรก็ตาม หลักฐานส่วนใหญ่มาจากการศึกษาแบบภาคตัดขวาง จึงควรตีความเป็นความสัมพันธ์และไม่สรุปเชิงสาเหตุ ระบบฝากครรภ์ควรใช้การประเมินความเสี่ยงแบบองค์รวม ติดตามระดับฮีโมโกลบิน ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ภาวะโภชนาการ และสาเหตุอื่นของภาวะโลหิตจางอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: โลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์, หญิงตั้งครรภ์, สุขภาพมารดาทารก

---

*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย

**คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ปทุมธานี

*Faculty of Nursing, University of the Thai Chamber of Commerce

**Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University, Pathum Thani Province

Corresponding author: Buakaew Chaideecharoen Email: buakhabua@gmail.com

Received 10/03/2026 Revised 02/06/2026 Accepted 24/09/2026

ABSTRACT

Anemia in pregnancy is an important health problem with multifactorial determinants and potential adverse effects on maternal and fetal health. This narrative review aimed to review and synthesize evidence on factors associated with anemia among pregnant women. The PEO framework was used to define the review question and scope. Studies published from January 1, 2021, to December 31, 2025, were searched in PubMed, Scopus, CINAHL, ScienceDirect, the Cochrane Library, Google Scholar, and ThaiJO. A total of 1,620 records were identified. After duplicate removal, title and abstract screening, and full-text eligibility assessment, 12 studies were included in the narrative synthesis. Study selection, data extraction, and quality appraisal were independently conducted by two reviewers, with disagreements resolved through discussion and consensus. Analytical cross-sectional studies were appraised using the JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross-Sectional Studies, whereas the longitudinal study was appraised using the JBI Critical Appraisal Checklist for Cohort Studies. Data were analyzed using narrative synthesis combined with thematic analysis. Five groups of associated factors were identified: nutritional and health behavioral factors; obstetric and reproductive factors; socioeconomic factors; healthcare access factors; and infection and health-related factors. Factors most frequently reported with relatively consistent directions of association included non-receipt or irregular use of iron–folic acid supplementation, short interpregnancy interval, third-trimester pregnancy, bleeding during pregnancy, and inadequate or low-diversity dietary intake. Low income, rural residence, limited knowledge, inadequate antenatal care follow-up, malnutrition, malaria, and hookworm infection were also reported, although the consistency and applicability of these findings varied across settings. Most included studies were cross-sectional; therefore, the findings indicate associations rather than causal relationships. Antenatal care services should adopt comprehensive risk assessment, monitor hemoglobin levels and adherence to iron supplementation, assess nutritional and socioeconomic barriers, and investigate alternative causes of anemia when treatment response is inadequate.

Keywords: Anemia in Pregnancy, Pregnant Women, Maternal and Child Health

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์เป็นปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญทั้งในระดับสากลและระดับประเทศ เนื่องจากส่งผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) กำหนดให้ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์พิจารณาจากระดับฮีโมโกลบินที่ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดตามสถานะทางสรีรวิทยาและบริบทของประชากร[1] หรือภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์เป็นภาวะที่ระดับฮีโมโกลบินในเลือดต่ำกว่า 11.0 กรัมต่อเดซิลิตร[2] ซึ่งสะท้อนถึงความสามารถในการลำเลียงออกซิเจนในกระแสเลือดที่ลดลง เมื่อระดับฮีโมโกลบินและความเข้มข้นของเลือดลดลง จะส่งผลให้การลำเลียงออกซิเจนไปยังอวัยวะและเนื้อเยื่อต่าง ๆ รวมถึงรกและทารกในครรภ์ลดลง อันนำไปสู่ผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกัน การทำงานของหัวใจ และการเจริญเติบโตพัฒนาการของทารกในครรภ์อย่างมีนัยสำคัญเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรก ซ้อนต่าง ๆ ในระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอดภาวะนี้เพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่าเกณฑ์ และการตกเลือดหลังคลอดซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของมารดา[3] แม้จะมีความพยายามในการเสริมธาตุเหล็กและปรับปรุงโภชนาการอย่างต่อเนื่อง แต่ความชุกของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ยังคงสูงในหลายภูมิภาคทั่วโลก[1-4]

สาเหตุสำคัญของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์คือการขาดธาตุเหล็ก เนื่องจากความต้องการธาตุเหล็กเพิ่มขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์เพื่อรองรับการขยายตัวของปริมาณเลือดและการพัฒนาของทารกในครรภ์[3] หลักฐานเชิงประจักษ์จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง พบความชุกของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 42.7 (95% CI: 37.0–48.4)[4] และพบความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักแรกเกิดต่ำ การเสียชีวิตปริกำเนิด และการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด[4] เมื่อพิจารณาจากระดับฮีโมโกลบินหรือค่าความเข้มข้นของเลือดที่ต่ำกว่ามาตรฐาน ซึ่งเป็นผลลัพธ์เชิงลบที่สำคัญต่อสุขภาพและพัฒนาการของครอบครัวและชุมชนโดยเฉพาะในช่วงไตรมาสแรกและไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นช่วงสำคัญของการพัฒนาอวัยวะและระบบต่าง ๆ ของทารกในครรภ์ อย่างไรก็ตาม ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ไม่ได้เกิดจากการขาดธาตุเหล็กเพียงอย่างเดียว แต่ยังเกี่ยวข้องกับการขาดโฟเลตหรือวิตามินบี 12 ความผิดปกติของฮีโมโกลบิน การเสียเลือด การติดเชื้อ ภาวะโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภค และปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม[1-4]

การระบุปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์มีความสำคัญต่อการออกแบบนโยบายและการปฏิบัติเพื่อการแก้ไขด้านการสาธารณสุขที่ตรงจุด การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งเน้นการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัยกำหนดล่าสุดในช่วงเดือนมกราคมปี ค.ศ. 2021 ถึง เดือนธันวาคม ค.ศ..2025 เพื่ออธิบายปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์อย่างเป็นปัจจุบัน และนำข้อค้นพบไปสนับสนุนการพัฒนาการดูแลหญิงตั้งครรภ์ทั้งในสถานบริการสุขภาพและระดับชุมชน

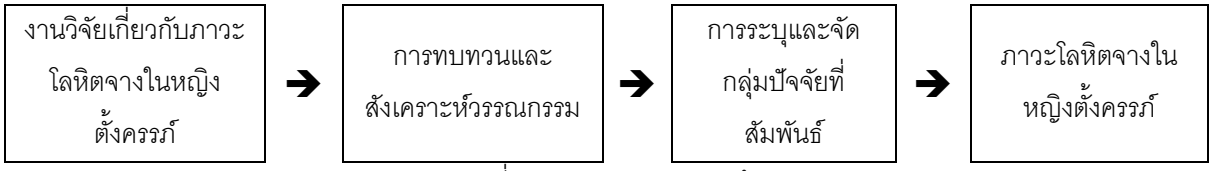
วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อทบทวนและสังเคราะห์หลักฐานจากงานวิจัยที่ตีพิมพ์ระหว่างเดือนมกราคม ค.ศ. 2021 ถึงเดือนธันวาคม ค.ศ. 2025 เกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์

คำถามการวิจัย

จากหลักฐานงานวิจัยที่ตีพิมพ์ระหว่างเดือนมกราคม ค.ศ. 2021 ถึงเดือนธันวาคม ค.ศ. 2025 มีปัจจัยใดบ้างที่สัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์

กรอบแนวคิดในการวิจัย



รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษา

วิธีการศึกษา (Method)

บทความนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมแบบบรรยาย (Narrative Review)[5] มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนและสังเคราะห์หลักฐานเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ค.ศ. 2021 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม ค.ศ. 2025 โดยใช้กรอบ PEOในการกำหนดคำถามการทบทวนและขอบเขตการสืบค้นข้อมูลงานวิจัยที่ศึกษาคือ (P) หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง (E) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจาง เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยสูติกรรม ปัจจัยโภชนาการ พฤติกรรมสุขภาพ การใช้บริการฝากครรภ์ และปัจจัยการติดเชื้อ และ (O) ความเข้มข้นของเลือด ตามเกณฑ์ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ คือ Hct ต่ำกว่า 33% และประยุกต์ใช้แนวทาง PRISMA 2020[6] ในการรายงานกระบวนการระบุ คัดกรอง ประเมินความเหมาะสม และคัดเลือกบทความ เพื่อให้กระบวนการทบทวนมีความโปร่งใสและสามารถตรวจสอบย้อนกลับได้

แหล่งข้อมูลและระยะเวลาการสืบค้น

ผู้วิจัยทำการสืบค้นบทความในเดือนกุมภาพันธ์ 2026 จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ 7 แหล่ง ได้แก่ PubMed, Scopus, CINAHL, ScienceDirect, Cochrane Library, Google Scholar และ ThaiJO โดยกำหนดช่วงปีเผยแพร่ของบทความตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ค.ศ. 2021 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม ค.ศ. 2025 และสำหรับ Google Scholar ผู้วิจัยกำหนดให้ตรวจสอบผลการสืบค้นตามลำดับความเกี่ยวข้องจำนวนไม่เกิน 500รายการแรก เนื่องจากระบบแสดงจำนวนผลลัพธ์ที่อาจเปลี่ยนแปลงตามช่วงเวลาที่สืบค้น ด้านคำค้นพัฒนาจากกรอบ PEO โดยใช้คำศัพท์ภาษาอังกฤษ ได้แก่ pregnant women, pregnancy, antenatal women, anemia, anaemia, iron deficiency anemia, associated factors, risk factors, determinants และ predictors รวมทั้งคำศัพท์ภาษาไทย ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์ ภาวะโลหิตจาง ภาวะซีด ปัจจัยที่สัมพันธ์ ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยเชื่อมคำค้นด้วยตัวบูลีน AND และ OR และปรับรูปแบบคำค้นให้เหมาะสมกับโครงสร้างของแต่ละฐานข้อมูล ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงคำค้นจำแนกตามแหล่งข้อมูลและจำนวนบทความที่พบ

ฐานข้อมูล	**คำค้น / เชื่อมคำค้นด้วยตัวดำเนินการบูลีน AND และ OR**	**จำนวน**
PubMed	(("Pregnant Women"[Mesh] OR "Pregnancy"[Mesh] OR pregnan*[Title/Abstract] OR "pregnant women" [Title/Abstract] OR antenatal[Title/Abstract]) AND ("Anemia"[Mesh] OR "Anemia, Iron-Deficiency"[Mesh] OR anemia[Title/Abstract] OR anaemia[Title/Abstract] OR "iron deficiency anemia"[Title/Abstract]) AND ("Risk Factors"[Mesh] OR "associated factor*"[Title/Abstract] OR "risk factor*"[Title/Abstract] OR determinant*[Title/Abstract] OR	220

ฐานข้อมูล	คำค้น / เชื่อมคำค้นด้วยตัวดำเนินการบูลีน AND และ OR	จำนวน
	predictor*[Title/Abstract])) AND ("2021/01/01"[Date - Publication] : "2025/12/31"[Date - Publication])	
Scopus	TITLE-ABS-KEY ((pregnan* OR "pregnant women" OR pregnancy OR antenatal) AND (anemia OR anaemia OR "iron deficiency anemia") AND ("associated factor*" OR "risk factor*" OR determinant* OR predictor*)) AND PUBYEAR > 2020 AND PUBYEAR < 2026	420
CINAHL	(MH "Pregnancy+" OR MH "Pregnant Women" OR TI (pregnan* OR "pregnant women" OR antenatal) OR AB (pregnan* OR "pregnant women" OR antenatal)) AND (MH "Anemia+" OR MH "Anemia, Iron Deficiency" OR TI (anemia OR anaemia OR "iron deficiency anemia") OR AB (anemia OR anaemia OR "iron deficiency anemia")) AND (MH "Risk Factors+" OR TI ("associated factor*" OR "risk factor*" OR determinant* OR predictor*) OR AB ("associated factor*" OR "risk factor*" OR determinant* OR predictor*))	110
ScienceDirect	("pregnant women" OR pregnancy OR antenatal) AND (anemia OR anaemia OR "iron deficiency anemia") AND ("associated factors" OR "risk factors" OR determinants OR predictors)	310
Cochrane Library	#1 MeSH descriptor: [Pregnancy] explode all trees #2 (pregnan* OR "pregnant women" OR antenatal),ab,kw #3 MeSH descriptor: [Anemia] explode all trees #4 MeSH descriptor: [Anemia, Iron-Deficiency] explode all trees #5 (anemia OR anaemia OR "iron deficiency anemia"),ab,kw #6 MeSH descriptor: [Risk Factors] explode all trees #7 ("associated factor*" OR "risk factor*" OR determinant* OR predictor*),ab,kw #8 (#1 OR #2) AND (#3 OR #4 OR #5) AND (#6 OR #7)	35
Google Scholar	"pregnant women" AND (anemia OR anaemia) AND ("associated factors" OR "risk factors" OR determinants OR predictors)	500
ThaiJO	("หญิงตั้งครรภ์" OR "สตรีตั้งครรภ์") AND ("ภาวะโลหิตจาง" OR "ภาวะซีด" OR "การขาดธาตุเหล็ก") AND ("ปัจจัยที่สัมพันธ์" OR "ปัจจัยเสี่ยง" OR "ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง" OR "ปัจจัยทำนาย")	25

จากผลงานวิจัยข้างต้นนำมาคัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก โดยเกณฑ์คัดเข้าบทความที่นำเข้าสู่การทบทวนต้องมีคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นงานวิจัยต้นฉบับที่ตีพิมพ์ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ค.ศ. 2021 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม ค.ศ. 2025 2) เป็นบทความภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ 3) ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์หรือหญิงที่มารับบริการฝากครรภ์ 4) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยกำหนด หรือปัจจัยทำนายภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ 5) เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ เช่น analytical cross-sectional study, case-control study หรือ cohort study 6) ใช้การวัดภาวะโลหิตจาง

ด้วยระดับฮีโมโกลบิน ฮีมาโทคริต หรือเกณฑ์มาตรฐานที่ระบุชัดเจน 7) รายงานผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ เช่น p-value, odds ratio, adjusted odds ratio, relative risk หรือช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และ 8) สามารถเข้าถึงบทความฉบับเต็มและมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสกัดข้อมูลและประเมินคุณภาพ ส่วนเกณฑ์คัดออกนั้นบทความจะถูกคัดออกเมื่อมีลักษณะดังต่อไปนี้ 1) ศึกษาเฉพาะความชุกของภาวะโลหิตจางโดยไม่ได้วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์ 2) ศึกษาสตรีหลังคลอด สตรีวัยเจริญพันธุ์ หรือประชากรทั่วไป โดยไม่สามารถแยกข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ได้ 3) เป็น systematic review, meta-analysis, narrative review, qualitative study, case report, editorial, letter to editor หรือบทความวิชาการ 4) เป็นการทดลองผลของยา ธาตุเหล็ก หรือโปรแกรมการดูแล โดยไม่ได้วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะโลหิตจาง 5) ไม่รายงานผลทางสถิติที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ 6) เป็นบทความซ้ำหรือเป็นรายงานจากกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน 7) ไม่สามารถเข้าถึงบทความฉบับเต็ม 8) ตีพิมพ์นอกช่วงเวลาที่กำหนด โดยกระบวนการคัดเลือกบทความผู้แต่งหลักและผู้แต่งร่วมรวม 2 ท่านดำเนินการประเมินบทความ ดำเนินการคัดกรองบทความ สกัดข้อมูล และประเมินคุณภาพงานวิจัยแบบอิสระ ความเห็นที่ไม่ตรงกันจะได้รับการแก้ไขด้วยการอภิปรายและตรวจสอบหลักฐานจากบทความฉบับเต็มเปรียบเทียบผลการคัดเลือกของผู้ประเมินอิสระทั้ง 2 คน จนได้ข้อสรุปร่วมกัน ด้วยการประยุกต์ใช้หลักการ PRISMA 2020[6] คงเหลือข้อมูลงานวิจัย 12 เรื่อง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงแผนผังการคัดเลือกบทความโดยประยุกต์ใช้ PRISMA 2020 จำแนกตามฐานข้อมูล

ฐานข้อมูล	Records identified	Duplicates removed	Records screened	Records excluded	Reports sought for retrieval	Reports assessed for eligibility	Reports excluded	Studies included
PubMed	220	60	160	132	28	28	25	3
Scopus	420	170	250	225	25	25	22	3
CINAHL	110	30	80	68	12	12	11	1
ScienceDirect	310	170	140	130	10	10	9	1
Cochrane Library	35	15	20	16	4	4	4	0
Google Scholar	500	170	330	315	15	15	13	2
ThaiJO	25	5	20	14	6	6	4	2
รวม	1,620	620	1,000	900	100	100	88	12

เหตุผลของการคัดออกบทความฉบับเต็มจำนวน 88 เรื่อง ผู้ประเมินอิสระทั้ง 2 ท่านใช้เกณฑ์ดังนี้ 1) ไม่ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะโลหิตจาง จำนวน 20 เรื่อง 2) ประชากรไม่ใช่หญิงตั้งครรภ์ หรือไม่สามารถแยกผลของหญิงตั้งครรภ์ได้ จำนวน 14 เรื่อง 3) รายงานเฉพาะความชุกโดยไม่มีการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์ จำนวน 13 เรื่อง 4) รูปแบบการศึกษาไม่ตรงเกณฑ์ เช่น systematic review, narrative review, qualitative study หรือ case report จำนวน 12 เรื่อง 5) ไม่รายงาน OR, AOR, 95% CI, p-value หรือผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ที่เพียงพอ จำนวน 10 เรื่อง 6) เป็นการศึกษาผลของการให้ธาตุเหล็กหรือการรักษา โดยไม่ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ จำนวน 7 เรื่อง 7) ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลฉบับเต็มหรือข้อมูลสำคัญไม่ครบถ้วน จำนวน 5 เรื่อง 8) เป็นรายงานซ้ำจากกลุ่มตัวอย่างหรือชุดข้อมูลเดียวกัน จำนวน 4 เรื่อง และ 9) มีข้อจำกัดด้านคุณภาพและความเสี่ยงต่ออคติสูงจนไม่สามารถใช้ตอบคำถามการทบทวนได้ จำนวน 3 เรื่อง คงเหลือ 12 เรื่องตามตารางและตรวจสอบคุณภาพของบทความตามหลัก Joanna Briggs Institute (JBI Check list)[7]

ตารางที่ 3 Synthesis of Studies on Factors Associated with Anemia in Pregnant Women

Author/Year, Country	Study Design/Sample	Key Findings	Research Gap/Recommendation
Yesuf and Agegniche (2021), Ethiopia [8]	Cross-sectional; 286 pregnant women	Anemia prevalence was 20.9%. Associated factors included hookworm infection, malaria history, rural residence, low green-leafy vegetable intake, and inadequate additional meals.	Single-center cross-sectional study; multicenter cohort studies are needed.
Azhar et al. (2021), Bangladesh[9]	Cross-sectional; 424 pregnant women	Overall prevalence was 62.5%, with a higher prevalence in public than private hospitals. Antenatal care and regular iron supplementation were important.	Facility-based sample may not represent the national population; adjusted analyses are needed.
Alreshidi and Haridi (2021), Saudi Arabia[10]	Cross-sectional; 390 pregnant women	Anemia prevalence was 34.1%. Associated factors included low income, large family size, high parity, bleeding, low meat intake, tea after meals, and previous anemia.	Urban-only sample; prospective studies including rural populations and ferritin testing are recommended.
Abdu et al. (2021), Ethiopia[11]	Cross-sectional; 314 women admitted to a labor ward	Short interpregnancy interval, bleeding during pregnancy, low citrus-fruit intake, and fewer than three meals per day were associated with anemia.	Data collected at delivery may not represent earlier pregnancy; prospective follow-up is needed.
Balis et al. (2022), Ethiopia[12]	Cross-sectional; 456 pregnant women	Associated factors included short birth interval, having at least two children, low income, third trimester, and menstrual irregularity.	Single-center study with a short data-collection period; multicenter studies are recommended.
Amarasinghe et al. (2022), Sri Lanka[13]	Cohort baseline analysis; first-trimester pregnant women	Early-pregnancy anemia was associated with nutritional, socioeconomic, and health-related factors.	Ferritin, infection, thalassemia, and repeated Hb assessment should be included.
Balcha et al. (2023), Ethiopia[14]	Cross-sectional; 420 pregnant women	Associated factors included age ≥30 years, rural residence, low income, multiparity, short interpregnancy interval, no iron–folate supplementation, third trimester, low dietary diversity, undernutrition, and limited knowledge.	Possible residual confounding; predictive models should be externally validated.

Author/Year, Country	Study Design/Sample	Key Findings	Research Gap/Recommendation
Lertprasopsuk andViriyasirivet (2023), Thailand[15]	Prospective longitudinal; 130 pregnant women	Anemia prevalence increased in the third trimester. Irregular iron use and morning sickness were associated with third-trimester anemia.	Small, single-center sample; larger multicenter studies with adjusted analyses are needed.
Abdilahi et al. (2024), Somaliland[16]	Cross-sectional; pregnant women attending ANC	More than half had anemia. Nutritional, obstetric, socioeconomic, and antenatal-care factors were associated with anemia.	Single-hospital sample; community-based studies and additional laboratory testing are recommended.
Tegegne et al. (2024), Ethiopia[17]	Cross-sectional; 295 pregnant women	Anemia prevalence was 24.7%, mostly mild. Nutritional, obstetric, and antenatal-care factors were associated with anemia.	Prospective studies including ferritin, folate, vitamin B12, and infection testing are needed.
Lertjitgaroon (2024), Thailand[18]	Cross-sectional; 211 pregnant women	Anemia prevalence was 14.7%. Iron deficiency, HbE trait, and beta-thalassemia trait were identified; age, gestational age at first ANC, and knowledge were associated factors.	Some findings may reflect coding or selection effects; replication in larger samples is needed.
Buala et al. (2024), Thailand[19]	Cross-sectional; 357 pregnant women	Anemia was associated with financial status, gestational age at first ANC, prepregnancy BMI, and gestational weight gain.	Mainly bivariate analysis; multivariable analysis and differentiation of anemia causes are recommended.

ตารางที่ 4 แสดงผลการประเมิน JBI รายข้อ

ลำดับ	ผู้แต่ง/ปี	JBI 1	JBI 2	JBI 3	JBI 4	JBI 5	JBI 6	JBI 7	JBI 8	รวม
1	Yesuf & Agegniche, 2021	Y	Y	U	Y	Y	Y	Y	Y	7/8
2	Azhar et al., 2021	Y	Y	U	Y	Y	Y	Y	Y	7/8
3	Alreshidi & Haridi, 2021	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	8/8
4	Abdu et al., 2021	Y	Y	U	Y	Y	Y	Y	Y	7/8
5	Balis et al., 2022	Y	Y	U	Y	Y	Y	Y	Y	7/8
6	Amarasinghe et al., 2022	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	8/8
7	Balcha et al., 2023	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	8/8
8	Lertprasopsuk & Viriyasirivet, 2023	—	—	—	—	—	—	—	—	JBI Cohort
9	Abdilahi et al., 2024	Y	Y	U	Y	Y	Y	Y	Y	7/8
10	Tegegne et al., 2024	Y	Y	U	Y	Y	Y	Y	Y	7/8
11	Lertjitgaroon, 2024	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	8/8
12	Buala et al., 2024	Y	Y	U	Y	Y	N	Y	Y	6/8

ลำดับ	ผู้แต่ง/ปี	JBI1	JBI2	JBI3	JBI4	JBI5	JBI6	JBI7	JBI8	JBI9	JBI 10	JBI 11	รวม
8	Lertprasopsuk & Viriyasirivet, 2023	Y	Y	U	Y	N	N	Y	Y	N	N	N	5/11

(ความหมายของสัญลักษณ์ที่ใช้ในตาราง ได้แก่ Y = Yes, N = No, U = Unclear และ NA = Not applicable)

บทความวิจัยของ Lertprasopsuk และ Viriyasirivet (2023) ผลการประเมิน JBI Cohort Studies = 5/11 คะแนน พบว่ามีจุดแข็งของงานวิจัย ได้แก่ การกำหนดเกณฑ์คัดเลือกที่ชัดเจน การใช้ประชากรจากสถานที่เดียวกัน และการวัดภาวะโลหิตจางด้วย CBC หลายช่วงขณะตั้งครรภ์ ความชุกของภาวะโลหิตจางร้อยละ 6.92 ในการฝากครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 24.62 ในไตรมาสที่ 3 และร้อยละ 4.3–4.76 ในระยะคลอด รวมทั้งพบว่าอาการแพ้ท้องและการรับประทานธาตุเหล็กไม่สม่ำเสมอสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในไตรมาสที่ 3 จึงคงไว้เพื่อการวิเคราะห์ต่อไป

ตารางที่ 5 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าความสัมพันธ์ระหว่างงานวิจัย (OR, AOR)

Factor	Supporting Studies	Reported Effect Estimate	Consistency
No or irregular iron supplementation	Balcha; Abdilahi; Lertprasopsuk	AOR 4.83–29.59; crude OR 6.75	Consistent
Short interpregnancy interval	Azhar; Abdu; Balis; Balcha	AOR 2.50–3.32	Highly consistent
Third-trimester pregnancy	Azhar; Balis; Balcha; Abdilahi	AOR 2.18–3.25	Consistent
Inadequate or low-diversity dietary intake	Yesuf; Azhar; Balcha; Abdu	AOR 2.20–15.70	Consistent, but with wide CIs
Low income	Alreshidi; Balis; Balcha; Tegegne	AOR/ARR 1.76–3.10	Mostly consistent
Rural residence	Yesuf; Balcha	AOR 3.51–6.26	Consistent
Bleeding during pregnancy	Alreshidi; Abdu; Balcha	AOR 3.13–4.30	Consistent
History of anemia	Alreshidi	AOR 3.32	Reported in one notable study
Undernutrition	Balcha	AOR 4.09	Reported in one study
Hookworm infection	Yesuf	AOR 22.90	Reported in one study; wide CI
Malaria	Yesuf	AOR 19.62	Reported in one study; wide CI
Regular meat consumption	Abdilahi	AOR 0.198	Protective association reported in one study

Factor	Supporting Studies	Reported Effect Estimate	Consistency
Limited knowledge	Balcha; Lertjitgaroon	AOR 3.19; adjusted OR 0.58 per unit increase in knowledge score	Consistent direction of association
Maternal age	Balcha; Lertjitgaroon; Buala	Findings varied across studies	Inconsistent
Late initiation of antenatal care	Abdilahi; Lertjitgaroon; Buala	Findings varied across studies	Inconsistent

ผลการศึกษา (Results)

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการสังเคราะห์เชิงบรรยายร่วมกับการวิเคราะห์เชิงประเด็น (thematic analysis) โดยอ่านและเปรียบเทียบข้อค้นพบจากงานวิจัยแต่ละเรื่อง สกัดปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจาง จัดรหัสข้อมูลที่มีความหมายใกล้เคียงกัน และรวมรหัสเป็นหมวดหมู่หลัก จากนั้นพิจารณาความสอดคล้อง ความแตกต่าง ขนาดความสัมพันธ์ และคุณภาพของหลักฐานระหว่างการศึกษา ผลการวิเคราะห์สามารถจัดเป็น 5 ประเด็นหลัก ได้แก่

1. ปัจจัยด้านโภชนาการและพฤติกรรมสุขภาพ

ปัจจัยที่พบความสัมพันธ์สอดคล้องกันในหลายการศึกษา ได้แก่ การไม่ได้รับหรือรับประทานธาตุเหล็กและกรดโฟลิกไม่สม่ำเสมอ การรับประทานอาหารไม่หลากหลาย การรับประทานอาหารน้อยกว่า 3 มื้อต่อวัน การรับประทานผักใบเขียวหรือผลไม้รสเปรี้ยวไม่เพียงพอ และการรับประทานเนื้อน้อย [8,9,11,14-16] มีงานวิจัยที่ใช้การวิเคราะห์พหุตัวแปรพบว่า การไม่ได้รับธาตุเหล็กและกรดโฟลิกสัมพันธ์กับโอกาสเกิดภาวะโลหิตจางที่เพิ่มขึ้น โดยรายงานค่า AOR = 4.83 - 29.59 ค่าที่สูงมากในบางการศึกษาและบางการศึกษารายงานค่า crude OR เท่ากับ 6.75[14-16] มีช่วงความเชื่อมั่นกว้าง จึงอาจมีผลต่อความน่าเชื่อถือ

การรับประทานอาหารไม่หลากหลายสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจาง โดยมีค่า AOR = 3.43–3.54 ขณะที่การรับประทานอาหารเสริมหรืออาหารมื้อพิเศษไม่เพียงพอรายงานค่า AOR สูง =15.70[8,14] แต่มีช่วงความเชื่อมั่นค่อนข้างกว้าง การรับ ประทานเนื้ออย่างน้อยสัปดาห์ละครั้งมีโอกาสเกิดภาวะโลหิตจางลดลงโดยรายงาน AOR = 0.198[16] ส่วนการดื่มชาหรือกาแฟหลังอาหารมีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในบางการศึกษา[10] แต่หลักฐานในประเด็นนี้ยังมีจำนวนจำกัดและบางงานไม่ได้ควบคุมตัวแปรกวนอย่างครบถ้วน

2. ปัจจัยด้านสูติกรรมและอนามัยเจริญพันธุ์

ปัจจัยที่พบสอดคล้องกัน ได้แก่ ระยะห่างระหว่างการตั้งครรภ์สั้น จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์หรือการคลอดมาก การตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 3 ประวัติเสียเลือดระหว่างตั้งครรภ์ และประวัติภาวะโลหิตจาง[9-12,14,16] ระยะห่างระหว่างการตั้งครรภ์น้อยกว่า 2 ปี สัมพันธ์กับโอกาสเกิดภาวะโลหิตจางเพิ่มขึ้น โดยมีค่า AOR ระหว่าง 2.50–3.32[9,11,12,14] จำนวนครั้งคลอดหรือการตั้งครรภ์หลายครั้งสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจาง โดยมีค่า AOR ระหว่าง 2.54–2.91[12,14] ในรายงานผลพหุตัวแปร และมีงานวิจัยที่พบว่าความสัมพันธ์ลดลงหรือไม่มีนัยสำคัญภายหลังควบคุมตัวแปรร่วมทั้งหมด แสดงว่าผลของจำนวนครั้งคลอดอาจขึ้นอยู่กับรายได้ โภชนาการ การเข้าถึงบริการ และระยะห่างระหว่างการตั้งครรภ์ร่วมด้วย การตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 3 สัมพันธ์กับโอกาสเกิดภาวะโลหิตจางเพิ่มขึ้น เป็น 2.18–3.25 เท่า[9,12,14,16] การมีเลือดออกระหว่างตั้งครรภ์สัมพันธ์กับภาวะโลหิตจาง โดยรายงานค่า AOR ระหว่าง 3.13–4.30[10,11,14] ส่วนประวัติภาวะโลหิตจางในอดีตมีค่า AOR = 3.32[10] แสดงถึงความเสี่ยงของการเกิดภาวะโลหิตจางซ้ำในครรภ์ปัจจุบัน

3. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม

รายได้ต่ำเป็นปัจจัยที่พบความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในหลายการศึกษา โดยรายงานค่าความสัมพันธ์ AOR ระหว่าง1.76–3.10 เท่า[10,12,14,17] รายได้ต่ำอาจส่งผลต่อความสามารถในการจัดหาอาหารที่มีธาตุเหล็ก การเดินทางมารับบริการ และความต่อเนื่องในการฝากครรภ์ การอาศัยในชนบทสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจาง เพิ่มขึ้นโดยมีค่า AOR ระหว่าง 3.51–6.26[8,14]ซึ่งอาจสะท้อนข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ ความมั่นคงทางอาหาร และการป้องกันการติดเชื้อ ระดับการศึกษาและความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ โดยความรู้น้อยรายงานค่า AOR = 3.19[14,18] ขณะที่การมีคะแนนความรู้สูงมีทิศทางสัมพันธ์กับโอกาสเกิดภาวะโลหิตจางที่ลดลง มีงานวิจัยบางเรื่องใช้แบบวัดความรู้ที่แตกต่างกัน จึงไม่สามารถเปรียบเทียบขนาดความสัมพันธ์โดยตรงได้ ส่วนขนาดครอบครัวมากกว่า 7 คนและรายได้ต่ำพบความสัมพันธ์ในแบบจำลองแต่ไม่คงนัยสำคัญในทุกการวิเคราะห์จึงควรตีความว่าเป็นปัจจัยบริบทร่วมมากกว่าปัจจัยทำนายอิสระ[10]

4. ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ

การไม่ได้รับการฝากครรภ์หรือขาดการติดตามฝากครรภ์สัมพันธ์กับโอกาสเกิดภาวะโลหิตจางที่เพิ่มขึ้น โดยรายงานค่า AOR = 6.83[16] การฝากครรภ์ล่าช้าพบผลแตกต่างกันระหว่างการศึกษา งานวิจัยบางเรื่องพบว่าการฝากครรภ์ล่าช้าสัมพันธ์กับความเสี่ยงสูงขึ้น ขณะที่งานวิจัยไทยบางเรื่องรายงาน adjusted OR <1 สำหรับการฝากครรภ์ครั้งแรกในช่วงอายุครรภ์ที่มากขึ้น[6,18,19] ผลดังกล่าวไม่อาจตีความว่าการฝากครรภ์ล่าช้าสามารถป้องกันภาวะโลหิตจาง เนื่องจากอาจเกิดจากการกำหนดกลุ่มอ้างอิง การเลือกกลุ่มตัวอย่าง หรือความแตกต่างด้านช่วงเวลาการตรวจฮีโมโกลบิน ดังนั้นหลักฐานโดยรวมสนับสนุนความสำคัญของการฝากครรภ์ตั้งแต่ระยะแรก การได้รับธาตุเหล็กและกรดโฟลิกอย่างต่อเนื่องและการติดตามระดับฮีโมโกลบินระหว่างตั้งครรภ์[15,16,18,19]

5. ปัจจัยด้านการติดเชื้อและภาวะสุขภาพ

การติดพยาธิปากขอและประวัติมาลาเรียมีขนาดความสัมพันธ์สูงกับภาวะโลหิตจาง โดยรายงานค่า AOR = 22.90 และ 19.62 ตามลำดับ[8] อย่างไรก็ตาม ช่วงความเชื่อมั่นค่อนข้างกว้าง แสดงถึงความไม่แน่นอน ไม่อาจใช้อ้างอิงในบริบทอื่นๆ ทั้งนี้อาจสัมพันธ์กับขนาดตัวอย่างหรือจำนวนผู้ที่มีการติดเชื้อค่อนข้างน้อย ภาวะทุพโภชนาการสัมพันธ์กับโอกาสเกิดภาวะโลหิตจางเพิ่มขึ้น 4.09 เท่า[14] ขณะที่พบว่าความผิดปกติของฮีโมโกลบิน เช่น HbE trait และ beta-thalassemia trait เป็นสาเหตุร่วมของภาวะโลหิตจางในงานวิจัยไทย[18] ข้อค้นพบดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าสาเหตุของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ไม่ได้เกิดจากการขาดธาตุเหล็กเพียงอย่างเดียว แต่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ ภาวะโภชนาการ ความผิดปกติทางพันธุกรรมของฮีโมโกลบินและการสูญเสียเลือดด้วย[8,10,11,14,18]

วิจารณ์ (Discussions)

เมื่อเปรียบเทียบผลระหว่างการศึกษา 1) ด้านความไม่เป็นเนื้อเดียวกันของหลักฐานที่นำมาสังเคราะห์มีความไม่เป็นเนื้อเดียว กันทั้งด้าน พื้นที่ศึกษา ระบบบริการสุขภาพ ลักษณะประชากร ความชุกพื้นฐานของภาวะโลหิตจาง นิยามของปัจจัยแตก ต่างกัน และวิธีวิเคราะห์ทางสถิติ งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นแบบภาคตัดขวาง จึงไม่สามารถยืนยันความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้ 2) ด้านความสอดคล้องของผลการศึกษา พบว่าหลักฐานมีความสอดคล้องในเรื่องระยะห่างการตั้งครรภ์สั้น การไม่ได้รับธาตุเหล็กหรือรับประทานไม่สม่ำเสมอ การอยู่ในไตรมาสที่ 3 การมีเลือดออกและการรับประทานอาหารไม่เพียงพอ ความสัมพันธ์ระหว่างระยะห่างการตั้งครรภ์สั้นกับภาวะโลหิตจางมีความสมเหตุสมผลทางชีวภาพ เพราะการตั้งครรภ์ที่เกิดถี่ทำให้ร่างกายมีเวลาไม่เพียงพอในการสะสมธาตุเหล็กและสารอาหารกลับคืน การมีเลือดออกระหว่างตั้งครรภ์สัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในทิศทางเดียวกันหลาย บทความ

และมีขนาดความสัมพันธ์ระดับปานกลางถึงสูง เนื่องจากการเสียเลือดทำให้มวลเม็ดเลือดแดงและธาตุเหล็กลดลงโดยตรง การไม่ได้รับหรือรับประทานธาตุเหล็กไม่สม่ำเสมอมีทิศทางความสัมพันธ์สอดคล้องกัน แต่ขนาดความสัมพันธ์แตกต่างกันมาก อาจเกิดจากวิธีวัดความร่วมมือในการรับประทานยา การควบคุมตัวแปรกวน ขนาดกลุ่มตัวอย่าง และระบบการแจกยาของแต่ละประเทศ 3) ด้านความแตกต่างของผลการศึกษา อายุของหญิงตั้งครรภ์และอายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรกเป็นปัจจัยที่ให้ผลไม่สอด คล้องกัน มีบทความต่างประเทศพบว่าอายุ 30 ปีขึ้นไปเพิ่มโอกาสเกิดภาวะโลหิตจาง ขณะที่อีกหนึ่งบทความของไทยพบว่าอายุ 35 ปีขึ้นไปมี adjusted OR<1 ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากกลุ่มอ้างอิง โครงสร้างอายุ จำนวนครั้งตั้งครรภ์ และความสามารถในการเข้าถึงบริการที่ต่างกัน จึงไม่อาจสรุปว่าอายุมากเป็นปัจจัยสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางได้ ผลเกี่ยวกับการฝากครรภ์ล่าช้ายังไม่สรุปความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจาง แม้งานวิจัยไทยบางเรื่องรายงาน adjusted OR <1 สำหรับการฝากครรภ์ครั้งแรกในไตรมาสที่ 3 แต่ไม่ควรแปลว่าการฝากครรภ์ล่าช้าเป็นผลดี เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในแต่ละไตรมาสไม่สมดุล การกำหนดกลุ่มอ้างอิง หรือช่วงเวลาตรวจระดับฮีโมโกลบินต่างกัน หลักฐานโดยรวมยังสนับสนุนการฝากครรภ์ตั้งแต่ระยะแรกและการติดตามต่อเนื่อง รายได้ต่ำพบความสัมพันธ์ในหลายการศึกษา แต่บางบทความไม่คงนัยสำคัญหลังควบ คุมตัวแปรอื่น แสดงว่ารายได้อาจเป็นปัจจัยเชิงโครงสร้างที่ส่งผลผ่านความมั่นคงทางอาหาร การเดินทางมาฝากครรภ์ การได้รับยา และความสามารถในการปฏิบัติตามคำแนะนำมากกว่าเป็นสาเหตุทางชีวภาพโดยตรง 4) ด้านความมาเชื่อถือของหลักฐาน ปัจจัยที่มีหลักฐานสนับสนุนค่อนข้างชัดเจนในการศึกษานี้ ได้แก่ ระยะห่างระหว่างการตั้งครรภ์สั้น การมีเลือด ออกระหว่างตั้งครรภ์ การไม่ได้รับหรือรับประทานธาตุเหล็กไม่สม่ำเสมอ การอยู่ในไตรมาสที่ 3 การรับประ ทานอาหารไม่เพียงพอหรือไม่หลากหลาย ปัจจัยเหล่านี้พบซ้ำในหลายการศึกษา มีทิศทางความสัมพันธ์สอดคล้องกัน และหลายงานรายงานผลจาก multivariable logistic regression แต่ยังอาจสรุปเป็นหลักฐานเชิงสาเหตุ เพราะงานส่วนใหญ่เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ปัจจัยที่พบจากงานเพียง 1 เรื่อง เช่น พยาธิปากขอ มาลาเรีย ประวัติภาวะโลหิตจาง และการรับประทานเนื้อยังไม่สามารถเป็นหลักฐานสนับสนุนว่ามีความสัมพันธ์กับโอกาสเกิดภาวะโลหิตจางลดลงได้ แม้ค่า AOR จะสูงหรือมีนัยสำคัญก็ตาม ส่วนความเสี่ยงต่อออคติ ที่สำคัญ คือ บทความส่วนใหญ่คัดเลือกหญิงตั้งครรภ์จากโรงพยาบาลหรือคลินิกฝากครรภ์ ทำให้ไม่ครอบคลุมผู้ที่ไม่ฝากครรภ์ และ บทความบางเรื่องรายงานเพียง crude OR หรือ Chi-square และไม่ได้ควบคุมตัวแปรสำคัญ มีหลายบทความใช้ระดับฮีโมโกลบินเพียงอย่างเดียว จึงจำแนกสาเหตุภาวะโลหิตจางได้ไม่ชัดเจน 5) ความเชื่อมโยงกับบริบทและระบบรับฝากครรภ์ประเทศไทย ผลการทบทวนมีความสำคัญต่อระบบฝากครรภ์ของประเทศไทย เนื่องจากเป็นจุดหลักในการคัดกรองภาวะโลหิตจาง แจกยาเสริมธาตุเหล็ก ให้คำแนะนำด้านโภชนาการ และติดตามผลเลือด ควรประเมินประวัติภาวะโลหิตจางและเลือดออก ระยะห่างของการตั้งครรภ์ การรับประทานธาตุเหล็ก อาการไม่พึงประสงค์ ความหลากหลายและเพียงพอของอาหาร การดื่มชาหรือกาแฟใกล้เวลาอาหาร ผล CBC และแนวโน้มHb/Hct ผลคัดกรองธาลัสซีเมียเป็นต้น หญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับ Hb ไม่ดีขึ้นควรได้รับการจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงและติดตามถี่กว่าปกติ ควรแยกภาวะขาดธาตุเหล็กออกจากพาหะธาลัสซีเมียหรือ HbE เพื่อช่วยให้ทำการวินิจฉัยได้เร็วขึ้น 6) การเชื่อมโยงต่อสุขภาพชุมชน ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยระดับครอบครัวและชุมชนอย่างชัดเจน โดย เฉพาะรายได้ ความมั่นคงทางอาหาร ที่อยู่อาศัย การเข้าถึงบริการ การแก้ไขปัญหาจึงต้องเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ ฝากครรภ์เร็ว การติดตามผู้ขาดนัด การเยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยง และการประเมินความมั่นคงทางอาหารของครอบครัว ที่มีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจกับมาตรการช่วยเหลือที่เหมาะสม

ข้อสรุป (Conclusions)

การทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้สังเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้ พบว่าภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์สัมพันธ์กับ 5 ปัจจัยหลัก คือปัจจัยด้านโภชนาการและพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยด้านสูติกรรมและอนามัยเจริญพันธุ์ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ และปัจจัยด้านการติดเชื้อและภาวะสุขภาพ ปัจจัยที่พบรายงานบ่อยและมีทิศทางความสัมพันธ์ค่อนข้างสม่ำเสมอได้แก่ การไม่ได้รับหรือรับประทานธาตุเหล็ก–กรดโฟลิกไม่สม่ำเสมอ ระยะห่างระหว่างการตั้งครรภ์สั้น การอยู่ในไตรมาสที่ 3 การมีเลือดออกระหว่างตั้งครรภ์ และการรับประทานอาหารไม่เพียงพอหรือไม่หลากหลาย และพบมีความสัมพันธ์กับรายได้ต่ำ การอาศัยในชนบท ความรู้น้อย การฝากครรภ์ไม่ต่อเนื่อง ภาวะทุพโภชนาการ และการติดเชื้อบางชนิด การดูแลหญิงตั้งครรภ์จึงควรเน้นการประเมินความเสี่ยงแบบองค์รวม การติดตามระดับฮีโมโกลบินและการรับประทานธาตุเหล็กอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งค้นหาสาเหตุของภาวะโลหิตจางตามบริบทแต่ละราย

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. ในรายที่ Hb ไม่เพิ่มขึ้นตามคาด ตรวจ Hb ร่วมกับ ferritin, folate, vitamin B12, C-reactive protein และ hemoglobin typing การสูญเสียเลือด การอักเสบ และสาเหตุอื่นเพื่อป้องกันความล่าช้าในการรักษา
2. พัฒนาการให้คำปรึกษาแบบเฉพาะราย โดยคำนึงถึงรายได้ ตั้งครรภ์มีระยะห่างน้อยกว่า 2 ปี อาหารที่เข้าถึงได้ วัฒนธรรมการบริโภค อาการแพ้ท้อง พฤติกรรมดื่มชาหรือกาแฟ และอาการไม่พึงประสงค์จากยา
3. ควรมีการศึกษาแบบ prospective cohort ในประเทศไทย โดยเริ่มติดตามตั้งแต่ไตรมาสแรกหรือก่อนตั้งครรภ์
4. เพิ่มการเชื่อมโยงข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน จัดระบบเยี่ยมบ้านติดตามการฝากครรภ์ การรับประทานยา การมาตรวจเลือด เพื่อช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาทางโภชนาการ อาหารที่มีธาตุเหล็ก การรับประทานวิตามินซี และการหลีกเลี่ยงชาและกาแฟ

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

ผลการทบทวนทำให้เกิดองค์ความรู้ว่า ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์เป็นผลจากปัจจัยหลายระดับที่เชื่อมโยงกัน ไม่ได้เกิดจากการขาดธาตุเหล็กเพียงอย่างเดียว การดูแลจึงควรเปลี่ยนจากการให้ยาเสริมธาตุเหล็กแบบทั่วไป ไปสู่การประเมินความเสี่ยงแบบองค์รวมและการดูแลเฉพาะราย ครอบคลุมโภชนาการ พฤติกรรมการรับประทานยา ประวัติสูติกรรม การเสียเลือด เศรษฐกิจและสังคม การเข้าถึงบริการ ตลอดจนการตรวจหาสาเหตุอื่นของภาวะโลหิตจาง โดยเชื่อมโยงการดูแลระหว่างคลินิกฝากครรภ์ ครอบครัว และชุมชนเน้นการติดตามอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง (References)

1. World Health Organization. Guideline on haemoglobin cutoffs to define anaemia in individuals and populations. Geneva: **World Health Organization; 2024** [cited 2025 Oct 1]. Available from: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/f9f74397-1440-478d-a63c-26f29a01552f/content
2. Ubom AE, Begum F, Ramasauskaite D, Nieto-Calvache AJ, Oguttu M, Nunes I, et al. FIGO good practice recommendations on anemia in pregnancy, to reduce the incidence and impact of postpartum hemorrhage (PPH). **Int J Gynaecol Obstet** 2025; 171(3): 993-1007. DOI:10.1002/ijgo.70529.
3. Lewkowitz AK, Tuuli MG. Identifying and treating iron deficiency anemia in pregnancy. **Hematology Am Soc Hematol Educ Program** 2023; 2023(1): 223-8. DOI: 10.1182/hematology.2023000474.

4. Rahman MM, Abe SK, Rahman MS, Kanda M, Narita S, Bilano V, et al. Maternal anemia and risk of adverse birth and health outcomes in low- and middle-income countries: systematic review and meta-analysis. **Am J Clin Nutr** 2016; 103(2) :495-504. DOI: 10.3945/ajcn.115.107896.
5. Popay J, Roberts H, Sowden A, Petticrew M, Arai L, Rodgers M, et al. **Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews: a product from the ESRC Methods Programme**. Lancaster: Lancaster University; 2006. DOI: 10.13140/2.1.1018.4643
6. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ** 2021; 372: n71. DOI: 10.1136/bmj.n71.
7. Joanna Briggs Institute. **Checklist for analytical cross-sectional studies** [Internet] Adelaide: JBI; 2020 [cited 2026 Jul 22]. Available from: https://jbi.global/sites/default/files/2020-08/Checklist_for_Analytical_Cross_Sectional_Studies.pdf
8. Yesuf NN, Agegniche Z. Prevalence and associated factors of anemia among pregnant women attending antenatal care at Felegehiwot Referral Hospital, Bahirdar City: institutional-based cross-sectional study. **Int J Afr Nurs Sci** 2021; 15: 100345. DOI: 10.1016/j.ijans.2021.100345.
9. Azhar BS, Islam MS, Karim MR. Prevalence of anemia and associated risk factors among pregnant women attending antenatal care in Bangladesh: a cross-sectional study. **Prim Health Care Res Dev** 2021; 22: e61. DOI: 10.1017/S146342362100061X.
10. Alreshidi MA, Haridi HK. Prevalence of anemia and associated risk factors among pregnant women in an urban community at the north of Saudi Arabia. **J Prev Med Hyg** 2021; 62(3): E653-E663. DOI: 10.15167/2421-4248/jpmh2021.62.3.1880.
11. Abdu S, Ali T, Debella A, Assefa N, Roba KT. Magnitude and factors associated with anemia among pregnant women admitted to the labor ward of Hiwot Fana Specialized University Hospital, Eastern Ethiopia. **SAGE Open Med** 2021; 9: 20503121211047389. DOI: 10.1177/20503121211047389.
12. Balis B, Dessie Y, Debella A, Alemu A, Tamiru D, Negash B, et al. Magnitude of anemia and its associated factors among pregnant women attending antenatal care in Hiwot Fana Specialized University Hospital in Eastern Ethiopia. **Front Public Health** 2022; 10: 867888. DOI: 10.3389/fpubh.2022.867888.
13. Amarasinghe GS, Agampodi TC, Mendis V, Agampodi SB. Factors associated with early pregnancy anemia in rural Sri Lanka: does being “under care” iron out socioeconomic disparities? **PLoS One** 2022; 17(10): e0274642. DOI: 10.1371/journal.pone.0274642.
14. Balcha WF, Eteffa T, Tesfu AA, Alemayehu BA, Chekole FA, Ayenew AA, et al. Factors associated with anemia among pregnant women attended antenatal care: a health facility-based cross-sectional study. **Ann Med Surg** (Lond) 2023; 85(5): 1712-21. DOI: 10.1097/MS9.0000000000000608.

15. Lertprasopsuk S, Viriyasirivet B. Prevalence and associated factors of anemia in different periods of pregnancy. **Thai J Obstet Gynaecol** 2023; 31(1): 56-63. DOI: 10.14456/tjog.2023.7.
16. Abdilahi MM, Kiruja J, Farah BO, Abdirahman FM, Mohamed AI, Mohamed J, et al. Prevalence of anemia and associated factors among pregnant women at Hargeisa Group Hospital, Somaliland. **BMC Pregnancy Childbirth** 2024; 24(1): 332. DOI: 10.1186/s12884-024-06539-3.
17. Tegegne KT, Abeje S, Tegegne ET, Tessema MK, Wudu TK. Prevalence and associated factors of anemia among pregnant women attending antenatal care at Mizan Aman General Hospital, Bench Maji Zone, Southwest Ethiopia. **Anemia** 2024; 2024: 2655891. DOI: 10.1155/anem/2655891.
18. ฐิติพร เลิศจิตรการุณ. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการการฝากครรภ์ครั้งแรก. **วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์** 2567; 15(2): 244-56.
19. อรอนงค์ บัวลา, รัชดา พ่วงประสงค์, พลอยชมพู สุวรรณชาตรี, เพ็ญศิริ รักสันเทียะ. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบางพลี. **วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม** 2567; 25(49): 78-86.

ความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย: การวิจัยเชิงพรรณนา

Stakeholders' Needs for the Development of the Master of Nursing Science Program at the Faculty of Nursing Chiang Rai College: A Descriptive Study

พงศ์ศิริ บัวแก้ว, ธนัยรัตน์ ชัยศิริภูวดล**

Phongsiri Buakaeo, Thanairat Chaisiriphuwadol**

บทคัดย่อ

การพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตให้มีคุณภาพและสอดคล้องกับความต้องการของสังคมจำเป็นต้องอาศัยข้อมูลจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องโดยตรง การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย และเพื่อเสนอแนวทางในการพัฒนาหลักสูตรให้สอดคล้องกับความต้องการดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายในและภายนอกหลักสูตร จำนวน 411 คน คัดเลือกโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 3.79) และมีความต้องการเข้าศึกษาภายใน 2 ปีหลังสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 3.78) นอกจากนี้ความต้องการต่อการพัฒนาหลักสูตรในทุกด้าน ได้แก่ ด้านคุณลักษณะบัณฑิต ด้านหลักสูตร ด้านการจัดการเรียนการสอน ด้านอาจารย์ ด้านสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้และสิ่งอำนวยความสะดวก และด้านการพัฒนานักศึกษา อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยเฉพาะด้านคุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ ความสามารถในการประยุกต์ใช้ความรู้ การจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ และความเชี่ยวชาญของอาจารย์ผู้สอน

ผลการศึกษาสรุปได้ว่า การพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุควรมุ่งเน้นการผลิตบัณฑิตที่มีสมรรถนะทางวิชาชีพสูง มีภาวะผู้นำทางการพยาบาล มีคุณธรรมจริยธรรม และสามารถประยุกต์ใช้ความรู้เพื่อตอบสนองต่อบริบทการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพและสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย, การพัฒนาหลักสูตร, พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

---

* คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

* Faculty of Nursing Chiang Rai College

Corresponding author: Thanairat Chaisiriphuwadol Email: thanairat.chaisiriphuwadol@crc.ac.th

Received 02/04/2026 *Revised 22/05/2026* *Accepted 24/09/2026*

ABSTRACT

The development of a high-quality Master of Nursing Science program that responds to societal and healthcare system needs requires input from relevant stakeholders. This descriptive study aimed to examine stakeholders' needs and opinions regarding the development of the Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing at the Faculty of Nursing, Chiang Rai College, and to propose guidelines for curriculum development. The participants were 411 internal and external stakeholders selected using multi-stage random sampling. Data were collected using a stakeholders' needs questionnaire and analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The results revealed that stakeholders' needs for studying in the Master of Nursing Science program was at a high level (mean = 3.79), as was their intention to pursue a master's degree within two years after completing a bachelor's degree (mean = 3.78). Overall, needs for curriculum development across all dimensions including graduate attributes, curriculum structure, teaching and learning management, instructors, learning resources and facilities, and student development were rated at high to highest levels. The key priorities included ethical and moral attributes, professional ethics, the ability to apply knowledge to practice, learner-centered teaching and learning approaches, and instructors' expertise

In conclusion, the findings suggest that the Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing should focus on producing graduates with advanced professional competencies, strong nursing leadership, ethical and moral attributes, professional ethics, the ability to apply knowledge to practice, learner-centered teaching and learning approaches, and instructors' expertise and the ability to effectively respond to the dynamic changes in healthcare systems and societal contexts.

Keywords: Stakeholders' needs, Curriculum development, Master of Nursing Science, Adult and Gerontological Nursing

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ในปัจจุบันระบบสุขภาพทั้งในระดับประเทศและระดับโลกกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว อันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร การเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรัง ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ รวมถึงสถานการณ์ปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อนมากขึ้น[1] ส่งผลให้บทบาทของพยาบาลวิชาชีพไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการดูแลผู้ป่วยในระดับพื้นฐาน แต่ต้องมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การดูแลรักษา การฟื้นฟูสภาพ การบริหารจัดการ และการเป็นผู้นำทางการพยาบาล การพัฒนาพยาบาลวิชาชีพในระดับบัณฑิตศึกษาจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะขั้นสูงให้สามารถตอบสนองต่อบริบทของระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างมีประสิทธิภาพ[2]

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีความรู้เชิงลึก ทั้งทักษะการคิดวิเคราะห์ การวิจัยและนวัตกรรม รวมถึงภาวะผู้นำทางการพยาบาล ซึ่งเป็นสมรรถนะที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนและการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพในระยะยาว[2] สอดคล้องกับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ของประเทศไทยและหลายประเทศทั่วโลก การเพิ่มจำนวนประชากรผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดโรคเรื้อรังและปัญหาสุขภาพระยะยาว เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจ และความผิดปกติของระบบประสาท เป็นต้น จึงมีความต้องการพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ในการดูแลประชาชนตั้งแต่วัยผู้ใหญ่จนถึงวัยสูงอายุ[3]

การพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตตามแนวทางการประกันคุณภาพการศึกษาในระดับอุดมศึกษา โดยเฉพาะตามกรอบ AUN-QA และแนวคิดการบริหารจัดการเพื่อความเป็นเลิศ (EdPEx) ได้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการพัฒนาหลักสูตร ที่กำหนดให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นศูนย์กลาง การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งภายในและภายนอกสถาบัน เช่น นักศึกษา อาจารย์ ผู้บริหาร ผู้ใช้บัณฑิต ศิษย์เก่า และชุมชน เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้หลักสูตรมีความทันสมัย สอดคล้องกับความต้องการของตลาดแรงงาน และสามารถผลิตบัณฑิตที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาลได้อย่างแท้จริง[4-5]

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย เป็นสถาบันอุดมศึกษาที่มีความพร้อมด้านบุคลากร ทรัพยากรการเรียนรู้ และได้รับการรับรองมาตรฐานจากสภาการพยาบาลมาอย่างต่อเนื่อง จึงมีศักยภาพในการพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต อย่างไรก็ตามการพัฒนาหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษาจำเป็นต้องตั้งอยู่บนฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยเฉพาะข้อมูลความต้องการและความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องโดยตรง เพื่อให้หลักสูตรสามารถตอบสนองต่อบริบทของสังคม ระบบสุขภาพ และการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นการวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้ จึงมีความสำคัญในการศึกษาความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย ทั้งด้านคุณลักษณะบัณฑิต ด้านหลักสูตร ด้านการจัดการเรียนการสอน ด้านอาจารย์ ด้านสนับสนุนการเรียนรู้ ด้านสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้และสิ่งอำนวยความสะดวก ตลอดจนด้านการพัฒนานักศึกษา ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนาหลักสูตรที่สามารถผลิตบัณฑิตที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับความต้องการของสังคมและตลาดแรงงาน สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านการดูแลผู้ป่วย การบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉิน และการปรับตัวต่อเทคโนโลยีใหม่ๆ ในการดูแลสุขภาพได้ต่อไป

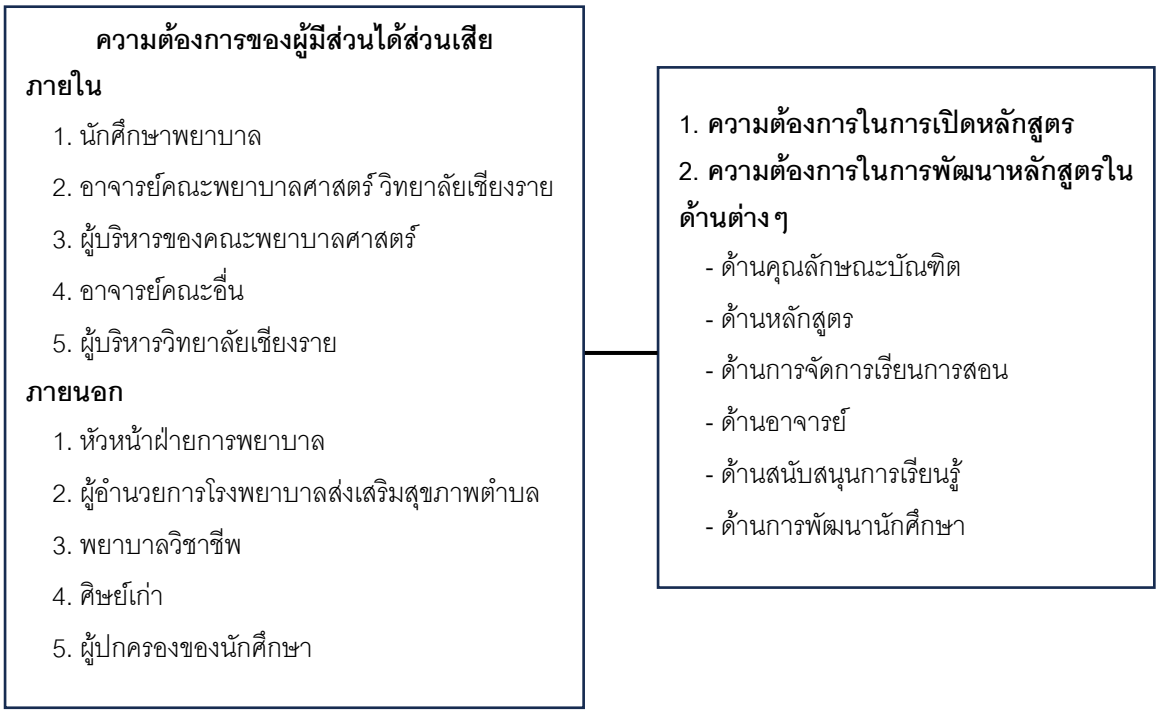
วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อสำรวจความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย ในด้านความต้องการศึกษาต่อ และความต้องการในการพัฒนาหลักสูตร

ด้านคุณลักษณะบัณฑิต ด้านหลักสูตร ด้านการจัดการเรียนการสอน ด้านอาจารย์ ด้านสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้และสิ่งอำนวยความสะดวก และด้านการพัฒนานักศึกษา

วิธีการศึกษา (Method)

วัสดุที่ใช้ในการศึกษา โดยมีกรอบแนวคิด ดังนี้



การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความคิดเห็นและความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โดยใช้การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถาม ตั้งแต่เดือน 17 เมษายน ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2568

ประชากรศึกษา คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 จำนวน 121 คน อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จำนวน 50 คน ผู้บริหารคณะพยาบาลศาสตร์ จำนวน 5 คน อาจารย์คณะอื่น จำนวน 25 คน ผู้บริหารวิทยาลัยเชียงราย จำนวน 5 คน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก ได้แก่ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล จำนวน 11 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 11 คน พยาบาลวิชาชีพในเขตอำเภอเมืองเชียงราย จำนวน 986 คน ศิษย์เก่า (จบการศึกษา 1 ปี) จำนวน 146 คน และผู้ปกครองนักศึกษาชั้นปีที่ 4 จำนวน 121 คน รวมประชากร 1,481 คน

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียของหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยเชียงราย โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเบื้องต้นจากตารางเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan)[6] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ จำนวน 306 คน จากนั้นกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละกลุ่ม เพื่อให้ครอบคลุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งภายในและภายนอกหลักสูตร รวมทั้งสิ้น 417 คน ประกอบด้วยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน จำนวน 97 คน ได้แก่ นักศึกษาชั้นปีที่ 4 จำนวน 44 คน อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จำนวน 19 คน ผู้บริหารคณะพยาบาลศาสตร์ จำนวน 5 คน อาจารย์จากคณะอื่น จำนวน 24 คน และผู้บริหารวิทยาลัยเชียงราย จำนวน 5 คน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก

จำนวน 320 คน ได้แก่ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล จำนวน 11 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ชุมชน จำนวน 11 คน พยาบาลวิชาชีพในเขตอำเภอเมืองเชียงราย จำนวน 196 คน ศิษย์เก่าที่สำเร็จการศึกษาภายใน 1 ปี จำนวน 58 คน และผู้ปกครองนักศึกษาชั้นปีที่ 4 จำนวน 44 คน จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) โดยแบ่งกลุ่มตามประเภทของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และสุ่มตามจำนวนที่กำหนดในแต่ละกลุ่ม เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สามารถอ่านและสื่อสารภาษาไทยได้ สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และลงนามในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ การวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัย-เชียงรายก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล

การพัฒนาเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามความคาดหวังและความต้องการด้านต่างๆ ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โดยได้จากการศึกษาทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จัดทำเป็นภาษาไทย เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในบริบทของประเทศไทย และกำหนดให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถอ่านและสื่อสารภาษาไทยได้ ทั้งนี้ ในขั้นตอนการจัดทำต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ ผู้วิจัยได้แปลข้อคำถามและรายการประเมินในตารางผลการศึกษาเป็นภาษาอังกฤษ เพื่อให้สอดคล้องกับรูปแบบของบทความวิชาการและการเผยแพร่ในระดับสากล โดยแบบประเมินเป็นมาตรประมาณค่าแบบลิเคิร์ท (Likert scale) 5 ระดับ ดังนี้ 1 หมายถึง สำคัญน้อยที่สุด 2 คะแนน หมายถึง สำคัญน้อย 3 คะแนนหมายถึง สำคัญปานกลาง 4 คะแนน หมายถึง สำคัญมาก และ 5 คะแนน หมายถึง สำคัญมากที่สุด การแปลผลค่าเฉลี่ย ดังนี้ 4.21 – 5.00 หมายถึง สำคัญมากที่สุด 3.41 – 4.20 หมายถึง สำคัญมาก 2.61 – 3.40 หมายถึง สำคัญปานกลาง 1.81–2.60 หมายถึง สำคัญน้อย และ 1.00 – 1.80 หมายถึง สำคัญน้อยที่สุด จากนั้นนำแบบสอบถามเสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ซึ่งคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) ได้ 0.99 นอกจากนี้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งได้ 0.97

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเชียงราย เลขที่ใบรับรอง 063/2567 ลงวันที่ 1 เมษายน 2568 ผู้วิจัยนำเอกสารการรับรองจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยเชียงราย โครงการวิจัย และหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ในกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยจะทำการชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และขออนุญาตทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนที่กำหนด รวม 417 คน กลุ่มตัวอย่างภายในได้รับแบบสอบถามด้วยตนเอง ส่วนกลุ่มตัวอย่างภายนอกได้รับแบบสอบถามทางไปรษณีย์ พร้อมเอกสารชี้แจงการวิจัยและแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยกำหนดระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม 2 สัปดาห์ จากนั้นรวบรวมแบบสอบถามและตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล พบว่าได้รับแบบสอบถามกลับคืนที่มีข้อมูลสมบูรณ์และสามารถนำไปวิเคราะห์ได้จำนวน 411 คน คิดเป็นร้อยละ 98.56 ทั้งนี้จำนวนผู้เข้าร่วมในแต่ละกลุ่มอาจแตกต่างจากจำนวนที่กำหนดไว้ เนื่องจากไม่ตอบแบบสอบถาม

การจัดการข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามถูกนำมาตรวจสอบความถูกต้อง เข้ารหัส และนำมาให้คะแนนและลงรหัส โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

ผลการศึกษา (Results)

ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามที่มีข้อมูลสมบูรณ์จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 411 คน จากกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ 417 คน คิดเป็นร้อยละ 98.56 และสามารถนำข้อมูลทั้งหมดไปวิเคราะห์ได้ โดยจำแนกผลการศึกษาได้ดังนี้

1. **Demographic Characteristics of the Participants** (n = 411)

Demographic Characteristics	Number (n)	Percentage (%)
Gender		
- Male	55	13.38
- Female	349	84.91
- LGBTQ+ / Gender Diverse	7	1.71
Education		
- Lower than Bachelor's Degree	44	10.71
- Bachelor's Degree	248	60.34
- Master's Degree	104	25.30
- Doctoral Degree	15	3.65
Participant Status		
- Nursing Students	44	10.71
- Nursing Instructors	19	4.62
- Nursing Faculty Administrators	5	1.22
- Instructors from Other Faculties	24	5.84
- Chiang Rai College Administrators	5	1.22
- Heads of Nursing Departments	11	2.68
- Directors of Subdistrict Health Promoting Hospitals	11	2.68
- Nurses	196	47.68
- Alumni	52	12.64
- Parents of Nursing Students	44	10.71

2. Demand for master's Degree Education

Table 1 Mean scores of the participants classified by their demand for studying in the master's degree program (n = 411)

Demand for Master's Degree Education	Mean	SD
- Demand for enrollment in a master's degree program	3.79	1.17
- Intention to pursue a master's degree within two years after completing a bachelor's degree	3.78	1.18

จากตารางที่ 1 พบว่าตัวอย่าง 411 คน มีความต้องการเรียนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต เฉลี่ย 3.79 คะแนน และมีความต้องการเรียนภายใน 2 ปี หลังจบปริญญาตรี เฉลี่ย 3.78 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับมาก

3. Expectations Across Various Domains

Table 2 Mean scores of the participants classified according to their expectations and different aspects of needs (n = 411)

Demand for Master's Degree Education	Mean	SD
Graduate Attributes Aspect		
- Demonstrates advanced knowledge in Adult and Gerontological Nursing.	3.99	0.93
- Integrates theoretical and practical knowledge across disciplines.	4.00	0.93
- Develops research-based innovations in nursing practice.	3.94	0.97
- Applies professional nursing standards and academic principles in practice.	4.02	0.94
- Solves complex problems using disciplinary knowledge.	4.09	0.91
- Applies relevant laws, regulations, and professional standards in nursing administration.	4.02	0.97
- Demonstrates responsibility, resilience, and self-management skills.	4.13	0.86
- Demonstrates discipline and punctuality.	4.23	0.83
- Upholds ethics, morality, and professional integrity.	4.29	0.82
- Practices according to the nursing code of ethics.	4.25	0.90
- Demonstrates honesty, social responsibility, and public-mindedness.	4.33	0.78
- Respects multicultural diversity and social contexts.	4.21	0.88
- Demonstrates professional leadership and social influence.	4.24	0.82
- Works effectively in diverse and interdisciplinary teams.	4.27	0.80
- Applies 21st century skills and information technology in nursing management.	4.17	0.90
- Demonstrates nursing risk management and sound decision-making skills.	4.14	0.91
- Uses academic English for reading and writing scholarly work.	4.03	0.96
- Communicates effectively in English in professional contexts.	4.00	0.95
- Analyzes data and presents information clearly and effectively.	4.11	0.90
- Demonstrates creative, analytical, and critical thinking skills.	4.12	0.88

Demand for Master's Degree Education	Mean	SD
Curriculum Aspect		
- Provides up-to-date and appropriate content and course load.	4.19	0.82
- Aligns curriculum outcomes with learners' needs and stakeholder expectations.	4.15	0.85
- Has an appropriate curriculum structure and credit distribution.	4.20	0.81
- Sequences courses progressively from basic to advanced levels.	4.20	0.83
- Offers a variety of elective courses.	4.13	0.88
- Includes modern and relevant course content.	4.19	0.82
- Promotes transferable skills applicable to professional practice.	4.22	0.81
- Is recognized by external organizations and graduate employers.	4.19	0.84
- Includes strategic planning to support on-time graduation.	4.18	0.84
- Enables graduates to apply and extend knowledge for professional development.	4.24	0.81
Teaching and Learning Aspect		
- Uses appropriate, diverse, and up-to-date teaching and learning methods.	4.13	0.81
- Aligns teaching and learning activities with learners' needs.	4.16	0.82
- Encourages constructive and creative knowledge exchange among learners.	4.19	0.83
- Integrates theoretical knowledge with practical application.	4.21	0.82
- Creates a supportive learning environment that enhances learning motivation.	4.15	0.85
- Promotes analytical and creative thinking skills.	4.17	0.83
- Implements learner-centered teaching and learning approaches.	4.19	0.83
- Emphasizes productive learning outcomes and meaningful outputs.	4.19	0.84
- Appropriately utilizes instructional media and educational technology.	4.18	0.85
- Applies appropriate, transparent, and fair assessment and evaluation methods.	4.20	0.83
Faculty Aspect		
- Faculty members are academically or professionally recognized.	4.16	0.83
- Faculty qualifications are relevant to the courses taught.	4.24	0.83
- Faculty provide effective academic supervision and consultation.	4.25	0.82
- Faculty continuously update and integrate new knowledge into teaching.	4.29	0.80
- Assessment criteria and methods are appropriate and fair.	4.26	0.80
- Faculty effectively communicate course content to students.	4.27	0.81
- Faculty assign appropriate learning tasks that promote independent inquiry.	4.28	0.80
- Faculty demonstrate care, compassion, and commitment to students.	4.28	0.81
- Faculty adhere to professional ethics and academic integrity.	4.32	0.80
Learning Support Resources Aspect		
- Classrooms are adequate and appropriate for teaching and learning.	4.06	0.96
- Sufficient study and workspaces are available outside class hours.	4.06	0.97

Demand for Master's Degree Education	Mean	SD
- Laboratories and computer facilities are modern and adequate.	4.04	0.98
- Library resources and academic databases are sufficient and accessible.	4.17	0.95
- Instructional media and learning technologies are up to date.	4.13	0.91
- Co-working spaces and the overall physical learning environment are supportive.	4.05	1.01
- Campus-wide Wi-Fi is available.	4.01	1.02
- Health and medical welfare services are adequate.	4.06	0.96
- Sports and exercise facilities are available and promoted.	4.00	1.01
- Administrative services are convenient and accessible.	4.06	1.00
- Information and public communication are accurate and up to date.	4.13	0.94
- University and faculty websites are informative and user-friendly.	4.18	0.94
- Campus retail and food services are sufficient.	4.01	1.02
Student Development Aspect		
- Provides academic and professional development activities.	4.18	0.86
- Promotes ethical and moral development, including human research ethics training.	4.18	0.86
- Enhances students' English language proficiency.	4.20	0.85
- Develops entrepreneurial skills among students.	4.21	0.85
- Encourages students to contribute to society and community development.	4.19	0.86
- Promotes student participation in institutional and cultural activities.	4.20	0.81
- Encourages volunteerism and community engagement.	4.24	0.81

จากตารางที่ 2 ตัวอย่างจำนวน 411 คน มีความคาดหวังและความต้องการในแต่ละด้าน โดยด้านคุณลักษณะบัณฑิต พบว่า ตัวอย่างให้ความสำคัญกับความซื่อสัตย์สุจริต และจิตสาธารณะเป็นพลเมืองที่ดี มากที่สุดสำหรับด้านนี้ เฉลี่ย 4.33 คะแนน รองลงมาเป็นการมีคุณธรรมจริยธรรม และเป็นแบบอย่างที่ดีแก่สังคม เฉลี่ย 4.29 คะแนน และตัวอย่างให้ความสำคัญกับการเป็นผู้ที่สามารถสร้างสรรค์นวัตกรรม บนพื้นฐานงานวิจัย เป็นสิ่งที่สำคัญน้อยที่สุดของด้านคุณลักษณะบัณฑิตที่ดี เฉลี่ย 3.94 คะแนน

ในด้านหลักสูตร ตัวอย่างมีความคิดเห็นว่า หลังสำเร็จการศึกษา ความสามารถนำความรู้ไปต่อยอดเพื่อพัฒนางานในวิชาชีพ มีความสำคัญที่สุดสำหรับด้านหลักสูตร เฉลี่ย 4.24 คะแนน รองลงมาเป็นรายวิชาในหลักสูตรส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดทักษะ และนำไปใช้ในการทำงานได้ เฉลี่ย 4.22 คะแนน และสำคัญน้อยที่สุดสำหรับด้านนี้ คือ การที่หลักสูตรมีรายวิชาเลือกเสรีให้เลือกหลากหลาย เฉลี่ย 4.13 คะแนน สำหรับด้านการจัดการเรียนการสอนพบว่า ตัวอย่างให้ความสำคัญกับการจัดการเรียนการสอนที่มีความสอดคล้องระหว่างภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติมากที่สุด เฉลี่ย 4.21 คะแนน รองลงมาเป็นการวัดและประเมินผลมีความเหมาะสมและโปร่งใส เฉลี่ย 4.20 คะแนน และตัวอย่างให้ความสำคัญน้อยที่สุด คือ วิธีการจัดการเรียนการสอนเหมาะสม หลากหลาย และทันสมัย เฉลี่ย 4.13 คะแนน

ด้านอาจารย์ ตัวอย่างให้ความสำคัญกับการมีจรรยาบรรณความเป็นอาจารย์มากที่สุด เฉลี่ยสูงถึง 4.32 คะแนน รองลงมา คือ อาจารย์ต้องมีการติดตามความรู้ใหม่ๆ และนำมาเชื่อมโยงกับการเรียนการสอน เฉลี่ย 4.29 คะแนน และตัวอย่างให้ความสำคัญน้อยที่สุด คือ อาจารย์ต้องเป็นผู้มีชื่อเสียงหรือเป็นที่ยอมรับในวงวิชาการ เฉลี่ย 4.16 คะแนน

สำหรับด้านสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ พบว่า ตัวอย่างให้ความสำคัญกับ Website มหาวิทยาลัย และคณะ มีข้อมูลที่นักศึกษาต้องการและเข้าถึงง่ายมากที่สุด เฉลี่ย 4.18 คะแนน รองลงมาเป็นการมีหนังสือ ตำรา ฐานข้อมูลสำหรับการสืบค้น เอกสาร สื่อการเรียนรู้ในห้องสมุดที่เพียงพอ และทันสมัย เฉลี่ย 4.17 คะแนน และสิ่งที่ตัวอย่างให้ความสำคัญน้อยที่สุด คือ การส่งเสริมด้านกีฬา และสถานที่สำหรับออกกำลังกาย ซึ่งเฉลี่ย 4.00 คะแนน

ในด้านการพัฒนานักศึกษา พบว่า ตัวอย่างให้ความสำคัญกับการส่งเสริมด้านจิตอาสา เพื่อพัฒนาท้องถิ่นมากที่สุด เฉลี่ย 4.24 คะแนน รองลงมาเป็นการพัฒนาทักษะการเป็นผู้ประกอบการให้กับนักศึกษา เฉลี่ย 4.21 คะแนน และตัวอย่างให้ความสำคัญน้อยที่สุด คือ การพัฒนาด้านคุณธรรมจริยธรรม เช่น อบรมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพทางด้านวิชาการ เฉลี่ย 4.18 คะแนน ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากัน

วิจารณ์ (Discussions)

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย โดยอภิปรายผลตามประเด็นหลัก 6 ด้าน ดังนี้

ด้านคุณลักษณะบัณฑิต พบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้ความสำคัญกับความซื่อสัตย์สุจริตและจิตสาธารณะของมหาบัณฑิตมากที่สุด รองลงมาคือการมีคุณธรรมจริยธรรมและเป็นแบบอย่างที่ดีแก่สังคม สะท้อนให้เห็นว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียคาดหวังให้มหาบัณฑิตมีความเป็นพลเมืองที่ดี และมีจริยธรรมในวิชาชีพพยาบาล ซึ่งเป็นคุณลักษณะสำคัญของวิชาชีพการพยาบาลที่ต้องให้การพยาบาลกับผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งเป็นการทำงานที่เกี่ยวข้องกับชีวิตมนุษย์ที่มีความเสี่ยงสูง สอดคล้องกับกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ที่กำหนดให้ผู้สำเร็จการศึกษาต้องมีคุณธรรมจริยธรรม และจรรยาบรรณในวิชาชีพ[7] ในทางกลับกัน การสร้างสรรค์นวัตกรรมบนพื้นฐานงานวิจัยได้รับคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด สะท้อนให้เห็นว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียยังให้ความสำคัญกับคุณลักษณะเชิงจริยธรรมและบทบาทการปฏิบัติงานโดยตรงมากกว่าการพัฒนานวัตกรรมเชิงวิชาการ สอดคล้องกับการศึกษาทัศนคติของนักศึกษาพยาบาลต่อการวิจัยทางวิทยาศาสตร์ พบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนหนึ่งยังมีทัศนคติต่อการวิจัยอยู่ในระดับปานกลาง ส่งผลให้การพัฒนานวัตกรรมยังไม่โดดเด่นเท่าที่ควร[8]

สำหรับด้านหลักสูตร พบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้ความสำคัญกับการนำความรู้ไปต่อยอด ในการพัฒนางานวิชาชีพได้มากที่สุด รองลงมาคือรายวิชาในหลักสูตรส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดทักษะและนำไปใช้ในการทำงานได้ สะท้อนให้เห็นว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต้องการให้หลักสูตร เน้นการเรียนรู้แบบ Outcome-Based Education (OBE) ที่ไม่ใช่เพียงการให้ความรู้ แต่ต้องทำให้มหาบัณฑิตสามารถประยุกต์ใช้ในงานได้จริง โดยเฉพาะการนำความรู้ไปต่อยอดในการพัฒนางานในวิชาชีพ สอดคล้องกับการจัดหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษาในปัจจุบัน[9] และสอดคล้องกับยุทธศาสตร์การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทย นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตของประเทศไทยที่มุ่งเน้นการพัฒนาสมรรถนะขั้นสูง ทั้งด้านความรู้เฉพาะทาง การคิดวิเคราะห์ การวิจัย และภาวะผู้นำทางวิชาชีพ โดยสภาการพยาบาลได้กำหนดให้หลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษาทางการพยาบาลต้องสามารถผลิตบัณฑิตที่มีสมรรถนะสอดคล้องกับบริบทสุขภาพของประเทศและการเปลี่ยนแปลงของระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งสามารถบูรณาการองค์ความรู้สู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวโน้มการพัฒนาหลักสูตรพยาบาลในประเทศไทย

ที่มุ่งเน้น Outcome-Based Education (OBE) และการออกแบบผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ตอบสนองต่อความต้องการของระบบสุขภาพและสังคมไทย[10-11]

ในทางกลับกัน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้ความสำคัญกับการที่หลักสูตรมีรายวิชาเลือกเสรีให้เลือกหลากหลาย อาจสะท้อนว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้คุณค่ากับรายวิชาแกนหลักที่สร้างสมรรถนะวิชาชีพมากกว่าความหลากหลายของรายวิชา ซึ่งเป็นประเด็นที่ควรพิจารณาในการออกแบบโครงสร้างหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษาให้สอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพ[12] ด้านการจัดการเรียนการสอน พบว่า การเรียนการสอนที่มีความสอดคล้องระหว่างภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติได้รับการให้ความสำคัญมากที่สุด สะท้อนให้เห็นว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้ความสำคัญกับการจัดการเรียนรู้ที่สามารถเชื่อมโยงความรู้ภาคทฤษฎีกับการประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติจริง ดังนั้น หลักสูตรอาจพิจารณาการจัดการเรียนรู้ที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้เรียน เช่น Active Learning, Problem-based Learning หรือ Simulation เพื่อส่งเสริมการประยุกต์ใช้ความรู้และการคิดวิเคราะห์ในระดับบัณฑิตศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาการเรียนรู้เชิงบูรณาการ เช่น simulation-based learning และ problem-based learning ซึ่งช่วยพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจทางคลินิกได้ดีกว่าการบรรยายแบบดั้งเดิม[13] นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญกับการวัดและประเมินผลมีความเหมาะสม และโปร่งใส รองลงมา ซึ่งสะท้อนถึงความคาดหวังว่าการประเมินผลควรเป็นไปอย่างยุติธรรม ชัดเจน และสอดคล้องกับผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวัง สอดคล้องกับการศึกษาในด้านการประเมินผลการศึกษา ที่นำเสนอเทคโนโลยีและวิธีการประเมินที่หลากหลาย เพื่อเพิ่มความโปร่งใส และความเหมาะสม[14] ในทางกลับกันผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้ความสำคัญกับวิธีการจัดการเรียนการสอนเหมาะสม หลากหลาย และทันสมัยน้อยที่สุด แต่ถึงจะมีคะแนนน้อยที่สุดในด้านนี้ แต่คะแนนยังอยู่ในระดับสูง สะท้อนถึงความคาดหวังให้หลักสูตรพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ใหม่ ๆ เช่น blended learning และ digital learning ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มการศึกษาพยาบาลยุคหลังโควิด-19[15]

ด้านอาจารย์ พบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้ความสำคัญสูงสุดต่อจรรยาบรรณความเป็นอาจารย์ สะท้อนให้เห็นถึงคุณค่าต่อบทบาทของอาจารย์ที่ต้นแบบทางวิชาชีพและผู้พัฒนาคุณภาพการเรียนรู้มากกว่าการเน้นบทบาททางวิชาการเพียงอย่างเดียว สอดคล้องกับการศึกษาของ Zic[16] ที่ชี้ว่าการยึดมั่นในหลักจริยธรรม เช่น ความซื่อสัตย์ ความรับผิดชอบ และความเป็นธรรม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบรรยากาศทางการศึกษาและผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญกับความสามารถในการติดตามความรู้ใหม่ๆ และนำมาเชื่อมโยงกับการเรียนการสอน ซึ่งสะท้อนถึงอาจารย์ควรมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง และนำองค์ความรู้ใหม่มาประยุกต์ใช้ในการสอน ถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ทำให้การสอนมีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Amin et al.[17] ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลที่มีสมรรถนะด้านดิจิทัลในระดับสูงมีแรงจูงใจทางการเรียนและแนวโน้มการเรียนรู้ตลอดชีวิตสูงขึ้น โดยสมรรถนะด้านดิจิทัลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับทั้งแรงจูงใจทางวิชาการและการเรียนรู้ตลอดชีวิต[17] อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้ความสำคัญในระดับน้อยต่อการที่อาจารย์เป็นผู้มีชื่อเสียงหรือเป็นที่ยอมรับในวงวิชาการ อาจสะท้อนว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้ความสำคัญกับสมรรถนะในการจัดการเรียนการสอนและความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ และการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องมากกว่าสถานะหรือภาพลักษณ์ทางวิชาการของอาจารย์ ทั้งนี้ อาจสะท้อนว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้ความสำคัญกับประสบการณ์การเรียนรู้ที่ได้รับจากผู้สอนโดยตรง มากกว่าสถานะหรือภาพลักษณ์ทางวิชาการของอาจารย์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Klunklin et al.[18] ที่ศึกษาพฤติกรรมการเป็นแบบอย่างของอาจารย์พยาบาลในประเทศไทยโดยตรง กลุ่มตัวอย่าง 320 คนจากสถาบันการศึกษาพยาบาล 8 แห่ง พบว่าพฤติกรรม role model ของอาจารย์อยู่ในระดับสูง และเกี่ยวข้องกับ การเคารพนักศึกษา การจัดการเรียนการสอนที่มีคุณภาพ การเป็นแบบอย่างด้านวิชาชีพ และการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง[18]

ด้านสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ พบว่า เว็บไซต์ของวิทยาลัยและคณะที่เข้าถึงง่ายและมีข้อมูลเพียงพอ เป็นสิ่งที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้ความสำคัญมากที่สุด รองลงมา คือ หนังสือ ตำรา ฐานข้อมูลสำหรับการสืบค้น เอกสาร และสื่อการเรียนรู้ในห้องสมุดที่เพียงพอ สะท้อนให้เห็นว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้ความสำคัญกับระบบและแหล่งเรียนรู้ที่เอื้อต่อการเรียนรู้ในยุคดิจิตทัลที่สนับสนุนการเรียนรู้ระดับบัณฑิตศึกษาอย่างมีประสิทธิภาพ การเข้าถึงข้อมูลผ่านระบบสารสนเทศที่มีคุณภาพและทรัพยากรวิชาการที่ทันสมัยถือเป็นโครงสร้างพื้นฐานสำคัญของการจัดการศึกษายุคดิจิทัล สอดคล้องกับการศึกษาของ Amin et al.[17] ที่พบว่า สมรรถนะดิจิทัลมีบทบาทต่อแรงจูงใจทางวิชาการและการเรียนรู้ตลอดชีวิตของนักศึกษาพยาบาล[17] เช่นเดียวกับการศึกษาของ Oducado และ Estoque[19] ที่พบว่า ความเครียดจากการเรียนออนไลน์มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความพึงพอใจในการเรียนออนไลน์และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล[19] ในทางกลับกัน การส่งเสริมกีฬาและสถานที่ออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด อาจสะท้อนว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้ความสำคัญกับสิ่งสนับสนุนทางวิชาการที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการเรียนรู้มากกว่าสิ่งสนับสนุนด้านกิจกรรมเสริม อย่างไรก็ตาม การมีโอกาสส่งเสริมกิจกรรมทางกายยังคงมีความสำคัญต่อสุขภาวะของผู้เรียน โดยการศึกษาของ Ramón-Arbués และคณะ[20] พบว่า ระดับกิจกรรมทางกายที่ต่ำมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับอาการทางจิตใจที่รุนแรงมากขึ้นในนักศึกษาพยาบาล โดยเฉพาะอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า[20] ดังนั้น แม้กิจกรรมด้านกีฬาและการออกกำลังกายอาจไม่ได้เป็นปัจจัยที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้ความสำคัญสูงสุดต่อการพัฒนาหลักสูตร แต่ยังควรได้รับการส่งเสริมในฐานะองค์ประกอบหนึ่งของการสนับสนุนสุขภาวะและความพร้อมในการเรียนรู้ของนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา

ด้านการพัฒนานักศึกษา พบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้ความสำคัญสูงสุดต่อการส่งเสริมกิจกรรมจิตอาสาเพื่อพัฒนาท้องถิ่น รองลงมาคือการพัฒนาทักษะความเป็นผู้ประกอบการ ซึ่งสามารถอภิปรายร่วมกันได้ในกรอบการพัฒนาผู้เรียนแบบองค์รวมที่บูรณาการ การเรียนรู้กับการปฏิบัติจริงในสังคม โดยกิจกรรมจิตอาสาในลักษณะ service-learning ช่วยส่งเสริมการประยุกต์ใช้ความรู้สู่บริบทชุมชน พัฒนาความรับผิดชอบต่อสังคม และเสริมสร้างอัตลักษณ์วิชาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของกนกวรา พวงประยงค์ (2567) ที่พบว่าการเรียนรู้นอกห้องเรียนผ่านกิจกรรมจิตอาสามีผลต่อการพัฒนาทักษะชีวิตและจิตสำนึกสาธารณะของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญ[21] ขณะเดียวกัน การพัฒนาทักษะผู้ประกอบการในระดับอุดมศึกษาถูกยอมรับว่าเป็นกลไกสำคัญในการเสริมสร้างความสามารถด้านนวัตกรรม ความคิดริเริ่ม และความยืดหยุ่นทางอาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ เสนจันทร์ฒิไชย และคณะ (2024) ที่รายงานว่ากลยุทธ์การพัฒนานักศึกษาสู่การเป็นผู้ประกอบการช่วยเพิ่มศักยภาพการแข่งขันและการพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืน[22] ในทางกลับกันผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้ความสำคัญต่อการพัฒนาด้านคุณธรรมจริยธรรมและการอบรมเชิงวิชาการน้อยที่สุด สะท้อนว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้ความสำคัญกับทักษะที่ตอบโจทย์สังคมร่วมสมัยอย่างเร่งด่วนมากกว่า อย่างไรก็ตาม หลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันว่าการบูรณาการคุณธรรมและจริยธรรมเข้ากับกระบวนการเรียนรู้มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาทุนทางสังคมและความรับผิดชอบเชิงวิชาชีพในระยะยาว[22]

ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ ในการพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โดยเฉพาะการออกแบบผลลัพธ์การเรียนรู้ (Program Learning Outcomes: PLOs) ให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งภายในและภายนอกสถาบัน อันเป็นไปตามแนวคิดการจัดการศึกษาที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ (Outcome-Based Education: OBE) และเกณฑ์คุณภาพของเครือข่ายมหาวิทยาลัยอาเซียน (AUN-QA) นอกจากนี้ สถาบันการศึกษาสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการออกแบบกิจกรรมการเรียนการสอน และการประเมินผลผู้เรียน เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21 เช่น การคิดวิเคราะห์ การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และความเป็นผู้นำทางวิชาชีพ รวมถึงสามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายในการพัฒนาหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา ให้สอดคล้องกับบริบทของระบบ

สุขภาพและความต้องการของสังคมในอนาคต การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณา ได้แก่ การใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา ซึ่งไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ การเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในบริบทของสถาบันการศึกษาเพียงแห่งเดียว อาจส่งผลต่อความสามารถในการอ้างอิงผลการศึกษาไปยังบริบทอื่น รวมทั้งการใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือหลัก อาจมีข้อจำกัดด้านการตอบแบบประเมินตามการรับรู้ของผู้ตอบ (self-report bias) ดังนั้น การศึกษาครั้งต่อไปควรขยายพื้นที่การศึกษาเพื่อเพิ่มความครอบคลุมและความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย

ข้อสรุป (Conclusions)

ผลการศึกษาสะท้อนว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้ความสำคัญต่อการพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตในระดับมากถึงมากที่สุด โดยเฉพาะด้านคุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ การประยุกต์ใช้ความรู้สู่การปฏิบัติ การจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ และสมรรถนะของอาจารย์ หลักสูตรจึงควรนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้ประกอบการกำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้และการออกแบบหลักสูตรให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและบริบทของระบบสุขภาพ อีกทั้งชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นของการออกแบบหลักสูตรที่ให้ความสำคัญกับผลลัพธ์การเรียนรู้ของผู้เรียนเป็นหลัก โดยสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการศึกษาที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ (Outcome-Based Education: OBE) และกรอบคุณภาพการศึกษาระดับอาเซียน (AUN-QA) ซึ่งเป็นแนวทางสำคัญในการยกระดับคุณภาพการจัดการศึกษาทางการพยาบาล นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียยังเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้การพัฒนาหลักสูตรสามารถตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพและความต้องการของสังคมได้อย่างเหมาะสมและทันต่อบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป ดังนั้น สถาบันการศึกษาควรให้ความสำคัญกับการนำข้อมูลเชิงประจักษ์จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมาใช้ในการพัฒนาหลักสูตรอย่างต่อเนื่อง เพื่อผลิตบัณฑิตพยาบาลระดับมหาบัณฑิตที่มีสมรรถนะสอดคล้องกับสถานการณ์จริง สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพ และมีบทบาทในการพัฒนาระบบสุขภาพและสังคมได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ประโยชน์ จากผลการศึกษาที่พบว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้ความสำคัญต่อคุณลักษณะบัณฑิตเชิงภาวะผู้นำ จรรยาบรรณวิชาชีพ การบูรณาการความรู้สู่การปฏิบัติจริง ตลอดจนการเข้าถึงทรัพยากรสารสนเทศที่ทันสมัย สถาบันควรนำผลดังกล่าวไปใช้ในการปรับปรุงโครงสร้างหลักสูตร โดยเน้นการจัดการเรียนการสอนที่บูรณาการการวิจัย การบริการวิชาการ และการพัฒนาชุมชนเข้าด้วยกัน ควบคู่กับการพัฒนาศักยภาพอาจารย์ด้านจริยธรรมวิชาชีพและการเรียนรู้ตลอดชีวิต นอกจากนี้ ควรพัฒนาระบบสารสนเทศ เว็บไซต์ และฐานข้อมูลวิชาการให้มีความทันสมัยและเข้าถึงง่าย เพื่อสนับสนุนการเรียนรู้ระดับมหาบัณฑิตอย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยในอนาคต ควรมีการวิจัยเชิงผสมผสานหรือการติดตามผลระยะยาวเพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการปรับปรุงหลักสูตรตามข้อเสนอแนะของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมทั้งศึกษาความต้องการของกลุ่มผู้ใช้บัณฑิตในระดับภูมิภาคหรือระดับประเทศ เพื่อเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงทั่วไปของผลการศึกษา และพัฒนาหลักสูตรให้สอดคล้องกับแนวโน้มวิชาชีพพยาบาลในอนาคตอย่างยั่งยืน

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

ก่อนการศึกษานี้ องค์ความรู้ที่มีอยู่มุ่งเน้นกรอบการพัฒนาหลักสูตรพยาบาลระดับบัณฑิตศึกษาตามมาตรฐานวิชาชีพและการประกันคุณภาพการศึกษา โดยให้ความสำคัญกับผลลัพธ์การเรียนรู้ สมรรถนะขั้นสูง และการวิจัยเป็นหลัก อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อมูลเชิงประจักษ์จำกัดเกี่ยวกับความต้องการเชิงบริบทของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระดับพื้นที่

การศึกษานี้ได้สร้างองค์ความรู้ใหม่โดยสะท้อนลำดับความสำคัญเชิงบริบทของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการพัฒนาหลักสูตรทั้งด้านคุณลักษณะบัณฑิต ศักยภาพอาจารย์ ระบบสนับสนุนการเรียนรู้ และการพัฒนานักศึกษา ซึ่งสามารถใช้เป็นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ในการออกแบบหลักสูตรที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่และความต้องการของระบบสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม

เอกสารอ้างอิง (References)

1. World Health Organization. **Global strategic directions for nursing and midwifery 2021–2025**. Geneva: World Health Organization; 2021.
2. Stanley D, Stanley K. Clinical leadership and nursing explored: A literature search. **J Clin Nurs** 2018 ;27(9-10) :1730-1743. DOI: 10.1111/jocn.14145.
3. Salminen L, Tuukkanen M, Clever K, Fuster P, Kelly M, Kielé V, et al. The competence of nurse educators and graduating nurse students. **Nurse Educ Today** 2021; 98:104769. DOI: 10.1016/j.nedt.2021.104769.
4. ASEAN University Network. **Guide to AUN-QA assessment at programme level Version 4.0**. Bangkok: ASEAN University Network; 2020.
5. Bvumbwe T, Mtshali N. Nursing education challenges and solutions in Sub Saharan Africa: an integrative review. **BMC Nurs** 2018; 17: 3. DOI: 10.1186/s12912-018-0272-4.
6. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. **Educ Psychol Meas** 1970; 30(3): 607–610. DOI: 10.1177/001316447003000308
7. Chongcharoen K. Learner characteristics based on the desirable outcome framework, national education standards at higher education level of Thailand: policy research. **Kasetsart J Soc Sci** 2024; 45(3):861–868. DOI: 10.34044/j.kjss.2024.45.3.16
8. Akdeniz Kudubes A, Saray Kılıç H. The effect of nursing students' attitudes towards scientific research and related factors on individual innovativeness profiles. **Nurse Educ Today** 2025; 144: 106462. DOI: 10.1016/j.nedt.2024.106462.
9. Harden RM. Outcome-based education: the future is today. **Med Teach** 2007; 29(7):625–629. DOI: 10.1080/01421590701729930.
10. Ngoenthong P, Supata W, Changpean S, Panya P, Phetcharat K, Kaewta Y, Chaisiriphuwadol T, Chaisiriphuwadol T. The development of a Bachelor of Nursing Science outcome-based education program: Faculty of Nursing, Chiang Rai College. **Nurs J (CMU).** 2022;49(3):376-388.
11. สภาการพยาบาล. **คู่มือการรับรองสถาบันการศึกษาวิชาการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2563**. นนทบุรี: สภาการพยาบาล; 2563.
12. Biggs J, Tang C. **Teaching for quality learning at university**. 4th ed. Maidenhead: McGraw-Hill Education; 2011.
13. Shin S, Park JH, Kim JH. Effectiveness of patient simulation in nursing education: a meta-analysis. **Nurse Educ Today** 2015; 35(1): 176–182. DOI: 10.1016/j.nedt.2014.09.009

14. Neher AN, Bühlmann F, Müller M, Berendonk C, Sauter TC, Birrenbach T. Virtual reality for assessment in undergraduate nursing and medical education: a systematic review. **BMC Med Educ** 2025; 25: 292. DOI: 10.1186/s12909-025-06867-8.
15. Bond M, Bedenlier S, Marín VI, Händel M. Emergency remote teaching in higher education: mapping the first global online semester. **Int J Educ Technol High Educ** 2021; 18(1): 50. DOI: 10.1186/s41239-021-00282-x
16. Zic WG. Upholding ethical pillars in nursing academia. **Nurs Ethics** 2025; 32(3): 892–899. DOI: 10.1177/09697330241277990
17. Amin SM, Mahgoub SEA, Tawfik AF, Khalil DE, El-Sayed AAI, Atta MHR, Albzia A. Nursing education in the digital era: the role of digital competence in enhancing academic motivation and lifelong learning among nursing students. **BMC Nurs** 2025; 24: 571. DOI: 10.1186/s12912-025-03199-2.
18. Klunklin A, Sawasdisingha P, Viseskul N, Funashima N, Kameoka T, Nomoto Y, et al. Role model behaviors of nursing faculty members in Thailand. **Nurs Health Sci** 2011; 13(1): 84-87. DOI: 10.1111/j.1442-2018.2011.00585.x.
19. Oducado RMF, Estoque H. Online learning in nursing education during the COVID-19 pandemic: stress, satisfaction, and academic performance. **J Nurs Pract**. 2021;4(2):143-153. DOI: 10.30994/jnp.v4i2.128.
20. Ramón-Arbués E, Granada-López JM, Satústegui-Dordá PJ, Echániz-Serrano E, Sagarra-Romero L, Antón-Solanas I. Psychological distress in nursing students: relationship with screen time, diet and physical activity. **Rev Lat Am Enfermagem** 2023; 31: e3959. DOI: 10.1590/1518-8345.6746.3959.
21. Phuangprayong K. Learning in Society to Build Insight: The Value of Volunteerism from Learning Experience Outside the Classroom among Generation Z. **Thammasat J** 2024; 43(2): 74-92.
22. ชูศิริ เสนจันทร์ฒิไชย, กฤตติกา แสนโภชน์, บุษกร สุขแสน. กลยุทธ์การพัฒนานักศึกษาสู่การเป็นผู้ประกอบการใหม่ ของสถาบันการเรียนรู้เพื่อปวงชน. **วารสาร มจร สังคมศาสตร์ปริทรรศน์** 2567; 13(6): 90–105.

การรับรู้บรรยากาศจริยธรรมในสถานที่ทำงานและพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

PERCEIVED ETHICAL CLIMATE IN THE WORKPLACE AND ETHICAL BEHAVIOR AMONG PROFESSIONAL NURSES IN A TERTIARY HOSPITAL

นิสาชล บุตรสาทร, สัญพิชา ศรภิรมย์*, ปาริชาติ เพียสุพรรณ์*,*
สุวัฒนา ชุณหคล้าย, จุรีรัตน์ รัตนเพ็ชร*, วรรณวิศา ปะเสทะกัง**
Nisachon Butsathon, Sanpicha Sornpirom*, Parichart Piasupun**
Suwattana Chunhaklai, Jureerat Ratanaphet*, Wanwisa Pasethakung**

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: บรรยากาศจริยธรรมในสถานที่ทำงานเป็นปัจจัยสำคัญที่สะท้อนให้พยาบาลวิชาชีพแสดงพฤติกรรมจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีการขับเคลื่อนกลไกจริยธรรมทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบ อย่างไรก็ตาม ยังขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สะท้อนสถานการณ์จริงในบริบทดังกล่าว

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาระดับการรับรู้บรรยากาศจริยธรรมในสถานที่ทำงานและระดับพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีระบบขับเคลื่อนกลไกจริยธรรมทางการพยาบาล

วิธีการศึกษา: การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จากขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ 488 คน ได้รับแบบสอบถามที่สมบูรณ์และนำมาวิเคราะห์ จำนวน 406 คน (อัตราการตอบกลับร้อยละ 83.20) คัดเลือกโดยวิธีสุ่มแบบเป็นระบบจาก 60 หอผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถามการรับรู้บรรยากาศจริยธรรมในสถานที่ทำงาน จำนวน 54 ข้อ (CVI = 0.91, Cronbach's alpha = 0.97) และแบบประเมินพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลต่อผู้ป่วย จำนวน 34 ข้อ (CVI = 0.93, Cronbach's alpha = 0.98) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา: การรับรู้บรรยากาศจริยธรรมในสถานที่ทำงานโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.25, SD = 0.78) โดยด้านความซื่อสัตย์มีค่าคะแนนสูงสุด (Mean = 4.34, SD = 0.72) และด้านการเคารพเอกสิทธิ์มีค่าคะแนนต่ำสุด (Mean = 4.14, SD = 0.83) สำหรับพฤติกรรมจริยธรรมโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก (Mean = 4.56, SD = 0.64) โดยด้านความยุติธรรมต่อผู้ป่วยมีค่าคะแนนสูงสุด (Mean = 4.65, SD = 0.59) และด้านการบอกความจริงมีค่าคะแนนต่ำสุด (Mean = 4.46, SD = 0.72) พฤติกรรมที่ได้คะแนนต่ำสุดในระดับรายข้อ คือ การบอกความจริงที่เป็นข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ

สรุป: พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีระบบขับเคลื่อนกลไกจริยธรรมทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบรายงานว่า มีการรับรู้บรรยากาศจริยธรรมและพฤติกรรมจริยธรรมอยู่ในระดับสูง ควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาทักษะการสื่อสารข่าวร้ายในหลักสูตรการพัฒนาต่อเนื่องสำหรับพยาบาล และส่งเสริมการเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วยให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การรับรู้บรรยากาศจริยธรรม, พฤติกรรมจริยธรรม, กลไกจริยธรรมทางการพยาบาล, โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

* ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

* Division of Nursing, Srinagarind Hospital. Faculty of Medicine, Khon Kaen university

Corresponding author: Sanpicha Sornpirom *Email: ssanpi@kku.ac.th*

Received 11/205/2026 *Revised 24/07/2026* *Accepted 24/09/2026*

ABSTRACT

Background: Ethical climate in the workplace is a critical factor that promotes ethical behavior among professional nurses in delivering quality patient care, particularly in tertiary hospitals with a structured nursing ethics mechanism. However, empirical evidence reflecting the actual situation in this context remains limited.

Objective: To examine the level of perceived ethical climate in the workplace and the level of ethical behavior among professional nurses in a tertiary hospital with a structured nursing ethics mechanism.

Methods: A cross-sectional descriptive survey was conducted among 406 professional nurses (an 83.20% response rate from a calculated target sample of 488) working across 60 inpatient wards at Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, selected through systematic random sampling. Data were collected using two instruments: the Nurses' Perceived Ethical Climate in the Workplace Questionnaire (54 items; CVI = 0.91, Cronbach's alpha = 0.97) and the Nurses' Ethical Behavior toward Patients Scale (34 items; CVI = 0.93, Cronbach's alpha = 0.98). Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation.

Results: The overall perceived ethical climate in the workplace was at a high level (Mean = 4.25, SD = 0.78). Among the subscales, honesty received the highest mean score (Mean = 4.34, SD = 0.72), while respect for patient autonomy received the lowest score (Mean = 4.14, SD = 0.83). Regarding ethical behavior, the overall score was at a very good level (Mean = 4.56, SD = 0.64). Justice toward patients received the highest mean score (Mean = 4.65, SD = 0.59), while truth-telling received the lowest score (Mean = 4.46, SD = 0.72). At the item level, delivering bad news to patients when they were physically and emotionally ready received the lowest score.

Conclusion: Professional nurses in a tertiary hospital with a systematically structured nursing ethics mechanism reported high levels of perceived ethical climate and ethical behavior. Future continuing education programs should prioritize enhancing nurses' competencies in communicating difficult news to patients and further promoting comprehensive respect for patient autonomy

Keywords: Perceived ethical climate, Ethical behavior, Nursing ethics mechanism, Tertiary hospital

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

วิชาชีพการพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้ป่วยทั้งในมิติร่างกายและจิตใจ พยาบาลจึงต้องบูรณาการความรู้และทักษะทางคลินิกเข้ากับเจตคติและพฤติกรรมที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพอย่างแยกกันไม่ได้[1,2] ในบริบทปัจจุบันที่สภาพแวดล้อมการทำงานมีความซับซ้อนมากขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ส่งผลให้พยาบาลเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่ยากต่อการหลีกเลี่ยงมากยิ่งขึ้น[3,4] การที่องค์กรพยาบาลจะสามารถขับเคลื่อนให้พยาบาลตัดสินใจและปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องเหมาะสมนั้น จำเป็นต้องมีการจัดการจริยธรรมในวิชาชีพอย่างเป็นระบบผ่านกลไกที่ชัดเจนในทุกระดับขององค์กร[5]

บรรยากาศจริยธรรมในสถานที่ทำงาน (Ethical climate in the workplace) หมายถึง การรับรู้ร่วมกันของบุคลากรต่อนโยบาย กระบวนการ และแนวปฏิบัติที่สะท้อนถึงความคาดหวังขององค์กรในด้านพฤติกรรมจริยธรรม[6] หลักฐานเชิงประจักษ์จากการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าบรรยากาศจริยธรรมที่ดีในองค์กรมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพึงพอใจในงาน ความผูกพันต่อองค์กร และการลดอัตราการลาออกของพยาบาล[7] นอกจากนี้ยังพบว่าการรับรู้บรรยากาศจริยธรรมในสถานที่ทำงานของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยด้านความซื่อสัตย์มีคะแนนสูงสุด รองลงมาคือด้านการบอกความจริง และด้านการเคารพเอกสิทธิ์มีคะแนนต่ำสุด[8] ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้บรรยากาศจริยธรรม ได้แก่ ตำแหน่งงาน อายุงาน และลักษณะของผู้บังคับบัญชา[9]

ในส่วนของพฤติกรรมจริยธรรม พบว่าพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมจริยธรรม ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน บรรยากาศองค์กร และวัฒนธรรมองค์กร[10] สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าองค์กรที่ให้ความสำคัญกับบรรยากาศจริยธรรมจะส่งเสริมให้บุคลากรมีพฤติกรรมที่ดีและใช้หลักจริยธรรมในการตัดสินใจแก้ปัญหา อันนำไปสู่ความพึงพอใจของผู้รับบริการในที่สุด[11]

สภาการพยาบาลได้กำหนดแนวทางกลไกจริยธรรมขององค์กรพยาบาลที่มีประสิทธิภาพไว้อย่างชัดเจน ประกอบด้วยการกำหนดนโยบายด้านจริยธรรม การจัดตั้งคณะกรรมการจริยธรรมทางการพยาบาล และการพัฒนาความรู้และทักษะด้านจริยธรรมของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง[5] ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในฐานะโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ได้ดำเนินการขับเคลื่อนระบบกลไกจริยธรรมทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 ผ่านโครงสร้างคณะกรรมการในทุกระดับตั้งแต่ระดับหอผู้ป่วยจนถึงระดับองค์กร มีการประเมินพฤติกรรมจริยธรรมและสมรรถนะด้านจริยธรรมของบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ จากการเก็บรวบรวมตัวชี้วัดทางจริยธรรมประจำปี พ.ศ. 2566 พบว่าคะแนนพฤติกรรมจริยธรรมอยู่ในเกณฑ์ปฏิบัติได้ในระดับมากที่สุดร้อยละ 85.29[12]

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการศึกษาบรรยากาศจริยธรรมและพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลในบริบทต่างๆ แต่ยังขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ศึกษาตัวแปรทั้งสองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีระบบขับเคลื่อนกลไกจริยธรรมทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบและครอบคลุม การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งสำรวจการรับรู้บรรยากาศจริยธรรมในสถานที่ทำงานและพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพในบริบทดังกล่าว เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการวางแผนส่งเสริมและขับเคลื่อนกลไกจริยธรรมได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ อันจะนำไปสู่การรักษาคุณภาพการพยาบาลในระดับสูงต่อไป

คำถามของการศึกษา

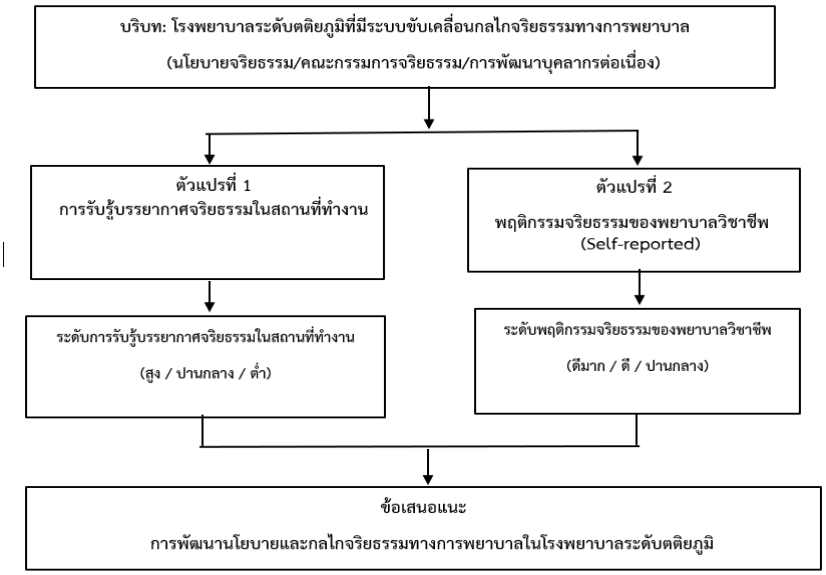
1. พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีระบบขับเคลื่อนกลไกจริยธรรมทางการพยาบาลมีระดับการรับรู้บรรยากาศจริยธรรมในสถานที่ทำงานอยู่ในระดับใด
2. พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีระบบขับเคลื่อนกลไกจริยธรรมทางการพยาบาลมีระดับพฤติกรรมจริยธรรมอยู่ในระดับใด

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้บรรยากาศจริยธรรมในสถานที่ทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีระบบขับเคลื่อนกลไกจริยธรรมทางการพยาบาล
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมจริยธรรมตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีระบบขับเคลื่อนกลไกจริยธรรมทางการพยาบาล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้หลักจริยธรรมสากลพื้นฐาน 6 ประการ ตามแนวคิดของ Beauchamp และ Childress[13] และ Fry และ Johnstone[14] เป็นกรอบในการศึกษาตัวแปรทั้งสอง ประกอบด้วย (1) การไม่ทำอันตราย (Nonmaleficence) (2) การเคารพเอกสิทธิ์ (Autonomy) (3) ความซื่อสัตย์ (Fidelity) (4) การทำประโยชน์ (Beneficence) (5) การบอกความจริง (Veracity) และ (6) ความยุติธรรม (Justice) โดยมีบริบทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีระบบขับเคลื่อนกลไกจริยธรรมทางการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยนโยบายจริยธรรม คณะกรรมการจริยธรรม และการพัฒนาบุคลากรด้านจริยธรรมอย่างต่อเนื่อง[5] เป็นสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมทั้งบรรยากาศจริยธรรมในสถานที่ทำงานและพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ผลการศึกษาที่ได้จะนำไปสู่ข้อเสนอแนะในการพัฒนานโยบายและกลไกจริยธรรมทางการพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิให้มีความเข้มแข็งยิ่งขึ้น ดังแสดงในภาพที่ 1



วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Survey)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 874 คน

กลุ่มตัวอย่างคำนวณขนาดโดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ย อ้างอิงค่าเฉลี่ยพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ (Mean = 3.61, SD = 0.60) จากการศึกษาของจรรยา กิจกสิกร[15] ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ร้อยละ 1.5 ของค่าเฉลี่ย และบวกเพิ่มร้อยละ 10 เพื่อรองรับการสูญหายของข้อมูล ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ 488 คน คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) จากฐานข้อมูลรายชื่อพยาบาล โดยคำนวณ Sampling Interval ได้เท่ากับ 2 (874/488 = 1.79 ปัดเป็น 2) จากนั้นสุ่มพยาบาลคนแรกและเลือกทุกลำดับที่ 2 จนครบจำนวน กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบถ้วนและส่งแบบสอบถามกลับคืน มีจำนวน 406 คน จาก 60 หอผู้ป่วย คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 83.20 ทั้งนี้ เนื่องจากช่วงการสุ่มตัวอย่าง (Sampling Interval) ที่เท่ากับ 2 จากจำนวนประชากร 874 คน จะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเบื้องต้นประมาณ 437 คน ซึ่งน้อยกว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณไว้ 488 คน ผู้วิจัยจึงเชิญพยาบาลเพิ่มเติมมากกว่า 1 คนในบางช่วงของการสุ่ม โดยเฉพาะหอผู้ป่วยที่มีจำนวนพยาบาลน้อย เพื่อให้ได้จำนวนพยาบาลที่ได้รับเชิญเข้าร่วมวิจัยครบ 488 คนตามที่คำนวณไว้ เมื่อพิจารณาความเพียงพอของกลุ่มตัวอย่างจริง 406 คน พบว่าค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของค่าเฉลี่ยตัวแปรหลักอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้สำหรับการวิเคราะห์เชิงพรรณนา (95% CI ของค่าเฉลี่ยการรับรู้บรรยากาศจริยธรรมโดยรวม = 4.17-4.33 และพฤติกรรมจริยธรรมโดยรวม = 4.50-4.62)

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ และมีระยะเวลาปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป

เกณฑ์คัดออก ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ลาหยุดปฏิบัติงานในช่วงเวลาเก็บข้อมูล และผู้ที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และการเป็นคณะกรรมการพัฒนาระบบกลไกจริยธรรมทางการพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้บรรยากาศจริยธรรมในสถานที่ทำงาน จำนวน 54 ข้อ พัฒนาจากแนวคิดของ Beauchamp และ Childress[13] และ Fry และ Johnstone[14] โดยได้รับอนุญาตจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์[16] แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ การเคารพเอกสิทธิ์ (11 ข้อ) การทำประโยชน์ (9 ข้อ) การไม่ทำอันตราย (10 ข้อ) ความยุติธรรม (6 ข้อ) การบอกความจริง (8 ข้อ) และความซื่อสัตย์ (10 ข้อ) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 (เป็นจริงน้อยที่สุด) ถึง 5 (เป็นจริงมากที่สุด) เกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ สูง (3.68–5.00) ปานกลาง (2.34–3.67) และต่ำ (1.00–2.33)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลต่อผู้ป่วย จำนวน 34 ข้อ พัฒนาจากแนวคิดเดียวกัน โดยได้รับอนุญาตจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์[17] แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ การทำประโยชน์ต่อผู้ป่วย (16 ข้อ) การไม่ทำอันตรายต่อผู้ป่วย (4 ข้อ) ความยุติธรรมต่อผู้ป่วย (5 ข้อ) การเคารพเอกสิทธิ์ต่อผู้ป่วย (1 ข้อ) การบอกความจริงต่อผู้ป่วย (2 ข้อ) และความซื่อสัตย์ต่อผู้ป่วย (6 ข้อ) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ตรงกับการปฏิบัติน้อยที่สุด) ถึง 5 (ตรงกับการปฏิบัติมากที่สุด) เกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ดีมาก (4.51–5.00) ดี (3.51–4.50) ปานกลาง (2.51–3.50) และพอใช้ (1.00–2.50)

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลและจริยธรรมวิชาชีพ คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของแบบสอบถามการรับรู้บรรยากาศจริยธรรมในสถานที่ทำงานได้เท่ากับ 0.91 และแบบประเมินพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลต่อผู้ป่วยได้เท่ากับ 0.93 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (CVI $\geq$ 0.80) [18] ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยการทดสอบนำร่องกับพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามการรับรู้บรรยากาศจริยธรรมในสถานที่ทำงานได้เท่ากับ 0.97 และแบบประเมินพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลต่อผู้ป่วยได้เท่ากับ 0.98 ซึ่งอยู่ในระดับสูงมาก[19]

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE671445 วันที่ 16 กันยายน พ.ศ. 2567 ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกรายได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัย และมีสิทธิถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลของผู้เข้าร่วมทุกรายได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและรายงานผลในภาพรวมโดยไม่สามารถระบุตัวบุคคลได้

การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว โดยแบ่งการดำเนินการออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการ ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยทั้ง 60 หอผู้ป่วย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งจัดเตรียมแบบสอบถามให้ครบถ้วนตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหอผู้ป่วย การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการ ณ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในช่วงเดือนกรกฎาคม 2567

ขั้นตอนที่ 2 การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากกลุ่มตัวอย่างทุกราย จากนั้นแจกแบบสอบถามด้วยตนเองและนัดรับคืนภายใน 1 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองในเวลาว่างจากการปฏิบัติงาน โดยไม่มีผู้วิจัยอยู่ด้วยในขณะตอบแบบสอบถาม เพื่อลดอคติจากการตอบตามความคาดหวังของสังคม (Social Desirability Bias)

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับคืนทุกฉบับ และคัดแบบสอบถามที่ตอบไม่ครบถ้วนออก ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์สามารถนำมาวิเคราะห์ได้จำนวน 406 ฉบับ คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 83.20 สรุปเส้นทางของกลุ่มตัวอย่าง (Participant Flow) ได้ดังนี้ ประชากรทั้งหมด 874 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ 488 คน และเชิญเข้าร่วมวิจัยครบตามจำนวนดังกล่าว มีผู้ตอบแบบสอบถามและส่งกลับคืนที่มีความสมบูรณ์ 406 ฉบับ ส่วนที่เหลืออีก 82 คน (ร้อยละ 16.80) ไม่ได้ส่งแบบสอบถามกลับคืนหรือตอบข้อมูลไม่ครบถ้วนจึงถูกคัดออกทั้งฉบับ ทั้งนี้ แบบสอบถามที่นำมาวิเคราะห์ทั้ง 406 ฉบับ เป็นฉบับที่มีข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์ทุกข้อ จึงไม่มีข้อมูลสูญหายรายข้อ (Item-level Missing Data) ในชุดข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ แบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์ระดับการรับรู้บรรยากาศจริยธรรมในสถานที่ทำงานและระดับพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ทั้งโดยรวมและรายด้าน ด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) แปลผลโดยเทียบกับเกณฑ์อันตรภาคชั้นที่กำหนดไว้ในแต่ละแบบสอบถาม[18]

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 90.64) อายุ 31–40 ปี (ร้อยละ 44.83) สถานภาพโสด (ร้อยละ 62.07) การศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 90.64) ระยะเวลาปฏิบัติงาน 1–10 ปี (ร้อยละ 55.42) ส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นคณะกรรมการพัฒนาระบบกลไกจริยธรรมทางการพยาบาล (ร้อยละ 88.67) และมีประสบการณ์การอบรมด้านจริยธรรมทางการพยาบาล (ร้อยละ 64.78) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล (n=406)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	368	90.64
ชาย	38	9.36
อายุ (ปี)		
21-30	161	39.65
31-40	182	44.83
41-50	47	11.58
51-60	16	3.94
สถานภาพสมรส		
โสด	252	62.07
สมรส	146	35.96
หม้าย/ หย่าร้าง / แยกกันอยู่	8	1.97
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	368	90.64
ปริญญาโท	38	9.36
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน (ปี)		
1-10	225	55.42
11-20	136	33.50
21-30	31	7.63
31-40	14	3.45
เป็นคณะกรรมการพัฒนาระบบกลไกจริยธรรมทางการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล		
เป็น คณะกรรมการพัฒนาระบบกลไกจริยธรรมทางการพยาบาล ระดับฝ่ายการพยาบาล	11	2.71
เป็น คณะกรรมการพัฒนาระบบกลไกจริยธรรมทางการพยาบาล ระดับหอผู้ป่วย	35	8.62
ไม่เป็นคณะกรรมการพัฒนาระบบกลไกจริยธรรมทางการพยาบาล	360	88.67

ประสบการณ์การอบรม/ประชุม/สัมมนา เกี่ยวกับจริยธรรมทางการพยาบาล		
เคย	263	64.78
ไม่เคย	143	35.22

การรับรู้บรรยากาศจริยธรรมในสถานที่ทำงานของพยาบาลวิชาชีพ

การรับรู้บรรยากาศจริยธรรมในสถานที่ทำงานโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean±SD = 4.25±0.78; 95%CI = 4.17-4.33) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกด้านอยู่ในระดับสูง โดยด้านความซื่อสัตย์มีค่าคะแนนสูงสุด (Mean±SD = 4.34±0.72) รองลงมาคือด้านการบอกความจริง (Mean±SD = 4.32±0.76) ด้านการไม่ทำอันตราย (Mean±SD = 4.24±0.79) ด้านการทำประโยชน์ (Mean±SD = 4.28±0.74) ด้านความยุติธรรม (Mean±SD = 4.15±0.84) และด้านการเคารพเอกสิทธิ์มีค่าคะแนนต่ำสุด (Mean±SD = 4.14±0.83) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การรับรู้บรรยากาศจริยธรรมในสถานที่ทำงาน ในมุมมองของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน (n= 406)

บรรยากาศจริยธรรมในสถานที่ทำงาน	Mean±SD	ระดับ
การรับรู้บรรยากาศจริยธรรม โดยรวม	4.25±0.78	**สูง**
ด้านความซื่อสัตย์	4.34±0.72	**สูง**
ด้านการบอกความจริง	4.32±0.76	**สูง**
ด้านการทำประโยชน์	4.28±0.74	**สูง**
ด้านการไม่ทำอันตราย	4.24±0.79	**สูง**
ด้านความยุติธรรม	4.15±0.84	**สูง**
ด้านการเคารพเอกสิทธิ์	4.14±0.83	**สูง**

หมายเหตุ: เกณฑ์การแปลผลระดับการรับรู้บรรยากาศจริยธรรมในสถานที่ทำงาน แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง (Mean 3.68–5.00) ระดับปานกลาง (Mean 2.34–3.67) และระดับต่ำ (Mean 1.00–2.33)

พฤติกรรมจริยธรรมในมุมมองของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน

พฤติกรรมจริยธรรมโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก (Mean±SD = 4.56±0.64; 95%CI = 4.50-4.62) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ยกเว้นด้านการบอกความจริงที่อยู่ในระดับดี โดยด้านความยุติธรรมต่อผู้ป่วยมีค่าคะแนนสูงสุด (Mean±SD = 4.65±0.59) รองลงมาคือด้านการเคารพเอกสิทธิ์ (Mean±SD = 4.61±0.61) ด้านการไม่ทำอันตราย (Mean±SD = 4.60±0.63) ด้านความซื่อสัตย์ (Mean±SD = 4.56±0.65) ด้านการทำประโยชน์ (Mean±SD = 4.53±0.65) และด้านการบอกความจริงมีค่าคะแนนต่ำสุด (Mean±SD = 4.46±0.72) เมื่อพิจารณาในระดับรายข้อ พบว่าข้อที่มีค่าคะแนนสูงสุด คือ การให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเท่าเทียมกันแม้ผู้ป่วยมีศาสนา ภาษา และวัฒนธรรมที่แตกต่างจากตนเอง (Mean±SD = 4.68±0.58) ในขณะที่ข้อที่มีค่าคะแนนต่ำสุด คือ การบอกความจริงที่เป็นข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ (Mean±SD = 4.36±0.80) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 พฤติกรรมจริยธรรม ในมุมมองของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน (n= 406)

ข้อความพฤติกรรมจริยธรรม	Mean±SD	ระดับ
การรับรู้พฤติกรรมจริยธรรม โดยรวม	**4.56±0.64**	**ดีมาก**
ด้านความยุติธรรมต่อผู้ป่วย	**4.65±0.59**	**ดีมาก**
ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเท่าเทียมกันแม้ผู้ป่วยมีศาสนา ภาษา วัฒนธรรมที่แตกต่างจากตนเอง	4.68±0.58	ดีมาก
ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเท่าเทียมกันโดยไม่คำนึงถึงอายุและเพศ	4.68±0.59	ดีมาก
ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโดยไม่คำนึงถึงสถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ	4.67±0.59	ดีมาก

ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเท่าเทียมกันโดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยเป็นโรคติดต่อหรือโรคไม่ติดต่อ	4.66±0.58	ดีมาก
ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการช่วยเหลือที่สอดคล้องกับความต้องการของแต่ละคน	4.58±0.62	ดีมาก
ด้านการเคารพเอกสิทธิ์ต่อผู้ป่วย	**4.61±0.61**	**ดีมาก**
เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ครอบครัวบอกถึงปัญหาและความต้องการการรักษาพยาบาล	4.61±0.61	ดีมาก
ด้านการไม่ทำอันตรายต่อผู้ป่วย	**4.60±0.63**	**ดีมาก**
ไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย เช่น ไม่ยกไม้กั้นเตียงในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวก่อนละจากเตียง เป็นต้น	4.65±0.62	ดีมาก
ไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความเจ็บปวดหรืออันตรายจากการปฏิบัติการพยาบาลโดยไม่จำเป็น	4.60±0.63	ดีมาก
ไม่ใช่คำพูดหรือกริยาท่าทางที่ทำให้ผู้ป่วยสะเทือนใจ/ด้อยศักดิ์ศรี	4.58±0.64	ดีมาก
ไม่ผูกยึดผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น	4.57±0.64	ดีมาก
ด้านความซื่อสัตย์ต่อผู้ป่วย	**4.56±0.65**	**ดีมาก**
ไม่อนุญาตให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย	4.63±0.62	ดีมาก
ระมัดระวังไม่ให้เกิดการรั่วไหลของข้อมูลที่เป็นความลับผู้ป่วยทั้งทางวาจา เอกสาร และทางคอมพิวเตอร์	4.60±0.64	ดีมาก
ไม่นำข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการปกปิดไปบอกผู้ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาพยาบาล	4.60±0.65	ดีมาก
ปฏิบัติตามคำสัญญาที่ให้ไว้กับผู้ป่วย	4.57±0.63	ดีมาก
พูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อมูลที่เป็นความลับในที่ที่เป็นส่วนตัว	4.55±0.66	ดีมาก
ตั้งเตือนเมื่อเห็นผู้ร่วมงานเปิดเผยความลับของผู้ป่วย	4.41±0.73	ดี
ด้านการทำประโยชน์ต่อผู้ป่วย	**4.53±0.65**	**ดีมาก**
ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ	4.65±0.60	ดีมาก
เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจพิจารณาทางเลือกที่เหมาะสมในการรักษาพยาบาลได้อย่างอิสระ	4.59±0.62	ดีมาก
ใช้คำพูดและกริยาที่สุภาพต่อผู้ป่วย	4.58±0.62	ดีมาก
ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลอ่อนโยนและจิตเมตตากรุณา	4.57±0.64	ดีมาก
ให้การพยาบาลใดๆต่อผู้ป่วยภายหลังได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย	4.56±0.64	ดีมาก
บอกข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่เป็นความจริงซึ่งเข้าใจง่ายและสามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง	4.56±0.64	ดีมาก
ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยทันทีที่ทราบว่าผู้ป่วยมีปัญหา/ต้องการความช่วยเหลือ	4.55±0.63	ดีมาก
อธิบายเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ป่วยก่อนให้การพยาบาลนั้นๆ	4.55±0.64	ดีมาก
ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ผลดี ผลเสีย และผลลัพธ์ของการรักษาพยาบาลเพื่อประกอบการตัดสินใจยอมรับหรือปฏิเสธการรักษาพยาบาล	4.55±0.65	ดีมาก
รับฟังปัญหาของผู้ป่วยด้วยความสนใจเอาใจใส่	4.54±0.64	ดีมาก
บอกข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วย เช่น ความก้าวหน้าของการบำบัดรักษา วิธีการดูแลตนเอง	4.54±0.67	ดีมาก
จัดสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้ปลอดภัยและสุขสบาย	4.52±0.66	ดีมาก
ปลอบโยนให้กำลังใจผู้ป่วยในการต่อสู้กับความเจ็บป่วย	4.51±0.64	ดีมาก
ประเมินการรับรู้/ผลกระทบที่จะเกิดกับผู้ป่วยหลังบอกความจริง	4.47±0.67	ดี
จัดระบบการส่งต่อที่รวดเร็วในกรณีผู้ป่วยไปรับการรักษานอกหอผู้ป่วย/นอกโรงพยาบาล	4.41±0.67	ดี
บอกความจริงที่เป็นข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยด้วยความเข้าใจและเห็นใจ	4.40±0.80	ดี
ด้านการบอกความจริงต่อผู้ป่วย	**4.46±0.72**	**ดี**
บอกความจริงแก่ผู้ป่วยโดยอยู่ภายใต้ขอบเขตวิชาชีพ	4.57±0.64	ดีมาก

บอกความจริงที่เป็นข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ	4.36±0.80	ดี

หมายเหตุ: เกณฑ์การแปลผลระดับพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับดีมาก (Mean 4.51–5.00) ระดับดี (Mean 3.51–4.50) ระดับปานกลาง (Mean 2.51–3.50) และระดับพอใช้ (Mean 1.00–2.50)

วิจารณ์ (Discussions)

การรับรู้บรรยากาศจริยธรรมในสถานที่ทำงานของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในต่างประเทศที่พบว่าพยาบาลรับรู้บรรยากาศจริยธรรมในระดับสูงเช่นกัน[6] ผลดังกล่าวอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 64.78 มีประสบการณ์การอบรมด้านจริยธรรมทางการพยาบาล ประกอบกับโรงพยาบาลมีการกำหนดนโยบายจริยธรรมและขับเคลื่อนกลไกจริยธรรมอย่างเป็นระบบ[5] อาจเป็นปัจจัยสนับสนุนให้พยาบาลสามารถนำหลักจริยธรรมทั้ง 6 ด้านไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างเป็นรูปธรรม

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านความซื่อสัตย์มีค่าคะแนนสูงสุด สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิรินาถ ยังคง และคณะ[8] ที่พบผลในทิศทางเดียวกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาลกำหนดให้พยาบาลต้องรักษาความลับของผู้ป่วยและรักษาคำมั่นสัญญา อันเป็นรากฐานสำคัญของความไว้วางใจในสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย[1] สำหรับด้านการเคารพเอกสิทธิ์ที่มีค่าคะแนนต่ำสุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Saiwaree และคณะ[20] ซึ่งอธิบายได้ว่าในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีปริมาณผู้ป่วยหนักและซับซ้อนสูง พยาบาลอาจให้ลำดับความสำคัญกับการดูแลทางร่างกายเพื่อให้ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตก่อน ซึ่งอาจสะท้อนถึงการที่การดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณอยู่ในลำดับรอง[13] ด้านการเคารพเอกสิทธิ์ซึ่งมีค่าคะแนนต่ำสุดในบรรดา 6 ด้านของการรับรู้บรรยากาศจริยธรรม (Mean±SD = 4.14±0.83) สะท้อนให้เห็นว่าการสนับสนุนด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยและบุคลากร ได้แก่ การจัดเวลาและสถานที่เพื่อปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ยังไม่ได้รับความสำคัญเทียบเท่ากับการดูแลด้านร่างกาย ทั้งที่การได้ปฏิบัติศาสนกิจถือเป็นส่วนหนึ่งของการเคารพเอกสิทธิ์และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยตามหลักการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care)[21] ที่ให้ความสำคัญกับมิติร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณไปพร้อมกัน ผลดังกล่าวสอดคล้องกับข้อค้นพบด้านพฤติกรรมจริยธรรมที่การบอกความจริงที่เป็นข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจเป็นข้อที่ได้คะแนนต่ำสุดเช่นกัน (Mean±SD = 4.36±0.80) ซึ่งทั้งสองประเด็นนี้ล้วนต้องอาศัยทักษะการสื่อสารเชิงจริยธรรม (Ethical Communication)[22] ที่ละเอียดอ่อนในการประเมินความพร้อมทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยก่อนสื่อสารข้อมูลที่กระทบต่อจิตใจ ในบริบทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีภาระงานสูงและผู้ป่วยหนักจำนวนมาก พยาบาลอาจมีเวลาจำกัดในการจัดสรรทรัพยากรเพื่อรองรับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยและบุคลากร ดังนั้นการส่งเสริมการเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วยอย่างแท้จริงจึงควรเชื่อมโยงกับหลักการเคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วย (Patient Autonomy) และการตัดสินใจร่วมกันระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย และครอบครัว (Shared Decision-making)[23] เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดความต้องการด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณของตนเอง ควบคู่กับการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Person-centered Care)[21] ที่มองผู้ป่วยเป็นบุคคลที่มีความต้องการเฉพาะ และการดูแลด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Care) ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่าช่วยลดความทุกข์ทรมานทางจิตใจและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในภาวะวิกฤต[24] ผู้บริหารทางการพยาบาลจึงควรพิจารณาแนวทางเชิงระบบ เช่น การจัดระบบเวรที่ยืดหยุ่นเพื่อเปิดโอกาสให้บุคลากรและผู้ป่วยได้ปฏิบัติศาสนกิจ และการอบรมทักษะการสื่อสารข่าวร้ายเชิงจริยธรรมอย่างเป็นระบบ เป็นต้น เพื่อยกระดับการดูแลแบบองค์รวมให้ครอบคลุมทุกมิติของผู้ป่วยมากขึ้น นอกจากนี้พบว่าด้านการบอกความจริงมีข้อที่ได้

คะแนนต่ำสุด คือ การพูดความจริงต่อกันระหว่างบุคลากร ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับระยะเวลาปฏิบัติงานของพยาบาลส่วนใหญ่ที่อยู่ในช่วง 1–10 ปี ทำให้ยังขาดความมั่นใจในการสื่อสารอย่างตรงไปตรงมาในองค์กร[6]

พฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Shabbir และคณะ[9] ที่พบว่าบรรยากาศองค์กรและวัฒนธรรมองค์กรมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาล ผลดังกล่าวอธิบายได้จากการที่วิชาชีพพยาบาลมีการปลูกฝังจริยธรรมตั้งแต่ระหว่างการศึกษา ทำให้พยาบาลมีความไวทางจริยธรรมและสามารถนำหลักจริยธรรมมาใช้ในสถานการณ์จริงได้[3]

ด้านความยุติธรรมต่อผู้ป่วยมีค่าคะแนนสูงสุด โดยพฤติกรรมที่โดดเด่น คือ การให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเท่าเทียม โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างด้านศาสนา ภาษา วัฒนธรรม อายุ และเพศ สะท้อนให้เห็นถึงการยึดมั่นในสิทธิผู้ป่วยและจรรยาบรรณวิชาชีพที่เน้นหลักความยุติธรรมและความเสมอภาค[7] อย่างไรก็ตาม คะแนนด้านความยุติธรรมที่อยู่ในระดับสูงนี้เป็นการรับรู้ของพยาบาลเอง (Self-reported Perception) ซึ่งยังไม่ได้เชื่อมโยงกับประสบการณ์จริงของผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเปราะบางเป็นพิเศษ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอุปสรรคด้านภาษา ความแตกต่างทางศาสนาหรือวัฒนธรรม ผู้พิการ ผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยวิกฤตที่มีข้อจำกัดด้านความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเอง (Autonomy) ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อความไม่เท่าเทียมในการดูแล การศึกษาในอนาคตจึงควรตรวจสอบความยุติธรรมในการดูแลผู้ป่วยด้วยข้อมูลจากมุมมองของผู้ป่วยโดยตรง (Patient-reported Experience) หรือข้อมูลเรื่องร้องเรียน (Complaint Data) ควบคู่กับการรับรู้ของพยาบาล เพื่อยืนยันความถูกต้องและครอบคลุมของผลการประเมิน ด้านการบอกความจริงต่อผู้ป่วยมีค่าคะแนนต่ำสุดและอยู่ในระดับดี โดยเฉพาะพฤติกรรมการบอกความจริงที่เป็นข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อม ซึ่งเป็นทักษะที่ต้องอาศัยประสบการณ์และความชำนาญสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลพร บัวดี และคณะ[10] ที่พบว่าอายุและระยะเวลาปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมจริยธรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งอธิบายได้ว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 10 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มใหญ่ถึงร้อยละ 55.42 ของกลุ่มตัวอย่าง อาจยังขาดความมั่นใจและทักษะในการสื่อสารข่าวร้ายได้อย่างเหมาะสม การพัฒนาทักษะด้านนี้จึงควรได้รับการบรรจุในหลักสูตรการพัฒนาต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพอย่างเป็นระบบต่อไป[5]

ประเด็นการเคารพเอกสิทธิ์และการบอกความจริงที่ยังต้องพัฒนานี้ เชื่อมโยงกับแนวคิดการเคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วย (Patient Autonomy) การตัดสินใจร่วมกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัว (Shared Decision-making)[23] การดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Person-centered Care) และการดูแลด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Care) ซึ่งเป็นมิติสำคัญของจริยธรรมทางการพยาบาลที่ควรได้รับการส่งเสริมควบคู่กับการดูแลด้านร่างกาย โดยเฉพาะทักษะการสื่อสารข่าวร้าย ซึ่งงานทบทวนวรรณกรรมล่าสุดยืนยันว่ายังเป็นความท้าทายสำคัญของพยาบาลในหลายบริบท[22] นอกจากนี้ ความอ่อนไหวทางจริยธรรมในการปฏิบัติงานยังสัมพันธ์กับภาวะความเครียดทางจริยธรรม (Moral Distress) ซึ่งพบได้บ่อยในวิชาชีพพยาบาลตามการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ[25] เนื่องจากพฤติกรรมจริยธรรมเป็นตัวแปรที่มีความอ่อนไหวทางวิชาชีพและวัดด้วยแบบประเมินที่รายงานด้วยตนเอง ผู้ตอบแบบสอบถามอาจมีแนวโน้มตอบในทิศทางที่สังคมหรือองค์กรคาดหวัง แม้ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองโดยไม่มีผู้วิจัยอยู่ด้วยเพื่อลดอคติดังกล่าวแล้วก็ตาม จึงควรตีความค่าคะแนนที่อยู่ในระดับสูงด้วยความรอบคอบ

ข้อจำกัดของการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณาในการตีความผลการศึกษา 1) การวิจัยดำเนินการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเพียงแห่งเดียว จึงอาจไม่สามารถนำผลการศึกษาไปอ้างอิงหรือสรุปครอบคลุมสถานพยาบาลประเภทอื่นได้

2) เครื่องมือที่ใช้วัดพฤติกรรมจริยธรรมเป็นแบบประเมินที่พยาบาลรายงานด้วยตนเอง (Self-report) จึงอาจเกิดอคติจากการตอบตามความคาดหวังของสังคม (Social Desirability Bias) ทำให้ค่าคะแนนที่ได้สูงกว่าพฤติกรรมที่ปฏิบัติจริง 3) การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างบรรยากาศจริยธรรมในสถานที่ทำงานและพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลได้ การศึกษาในอนาคตควรใช้รูปแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์หรือการวิจัยระยะยาว เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและสามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรได้อย่างลึกซึ้งยิ่งขึ้น 4) กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ตอบแบบสอบถามหรือให้ข้อมูลไม่สมบูรณ์คิดเป็นร้อยละ 16.80 ของขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณไว้ หากกลุ่มดังกล่าวมีลักษณะการทำงานหรือมุมมองต่อบรรยากาศจริยธรรมแตกต่างจากผู้ตอบ อาจก่อให้เกิดอคติจากการไม่ตอบกลับ (Non-response Bias) ซึ่งส่งผลต่อความเป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่างได้ 5) เครื่องมือทั้งสองชุดมีค่าความเชื่อมั่นโดยรวมสูงมาก (Cronbach's alpha = 0.97 และ 0.98) แต่การศึกษานี้ยังไม่ได้รายงานค่าความเชื่อมั่นรายด้าน (Subscale Reliability) หรือตรวจสอบผลของ Ceiling Effect จากคะแนนเฉลี่ยที่อยู่ในระดับสูงเกือบทุกด้าน การศึกษาในอนาคตจึงควรวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นรายด้าน ความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามกับคะแนนรวม (Item-total Correlation) และพิจารณาความซ้ำซ้อนของข้อคำถามเพื่อพัฒนาเครื่องมือให้กระชับยิ่งขึ้น

ข้อสรุป (Conclusions)

การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีระบบขับเคลื่อนกลไกจริยธรรมทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบ มีการรับรู้บรรยากาศจริยธรรมในสถานที่ทำงานอยู่ในระดับสูง และมีพฤติกรรมจริยธรรมอยู่ในระดับดีมาก ผลดังกล่าวอาจสะท้อนถึงความเชื่อมโยงระหว่างการมีนโยบายจริยธรรมที่ชัดเจน การพัฒนาบุคลากรด้านจริยธรรมอย่างต่อเนื่อง และการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการจริยธรรมในทุกระดับองค์กร กับระดับการรับรู้บรรยากาศจริยธรรมและพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพที่พบในการศึกษานี้ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากเป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางที่ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ จึงไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้ อย่างไรก็ตาม ประเด็นที่ยังต้องพัฒนาอย่างเร่งด่วน ได้แก่ การเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วยด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ และทักษะการสื่อสารข่าวร้ายแก่ผู้ป่วย ผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำผลการศึกษานี้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนพัฒนาหลักสูตรการอบรมด้านจริยธรรมที่ตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างยั่งยืนต่อไป

ทั้งนี้ ผลการศึกษานี้สะท้อนบริบทของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยระดับตติยภูมิที่มีระบบกลไกจริยธรรมทางการพยาบาลดำเนินการอย่างต่อเนื่อง จึงควรนำไปประยุกต์ใช้อย่างระมัดระวังกับสถานพยาบาลที่มีบริบทและโครงสร้างองค์กรใกล้เคียงกัน และไม่ควรสรุปอ้างอิงไปยังโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลเอกชน หรือหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีบริบทแตกต่างออกไป

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การวิจัยครั้งนี้เพิ่มพูนองค์ความรู้ด้านจริยธรรมทางการพยาบาลใน 2 ประเด็นสำคัญ คือ 1) งานวิจัยนี้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นว่าการมีระบบขับเคลื่อนกลไกจริยธรรมทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ อาจเกี่ยวข้องกับการรับรู้บรรยากาศจริยธรรมและพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพในระดับสูง ซึ่งเป็นข้อมูลที่ยังพบได้น้อยในบริบทของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในประเทศไทย 2) ผลการศึกษาระบุประเด็นจริยธรรมที่ยังต้องพัฒนาได้อย่างเฉพาะเจาะจง ได้แก่ การเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วยด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ และ

ทักษะการสื่อสารข่าวร้าย ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการออกแบบหลักสูตรการพัฒนาต่อเนื่องสำหรับพยาบาลวิชาชีพได้อย่างตรงจุด องค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จึงเป็นประโยชน์ต่อผู้บริหารทางการพยาบาลในการวางแผนเชิงนโยบายเพื่อขับเคลื่อนกลไกจริยธรรมในองค์กรพยาบาลให้มีความเข้มแข็งและยั่งยืนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ / Acknowledgement

ขอขอบคุณพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอบคุณคณะกรรมการพัฒนาระบบกลไกจริยธรรมทางการพยาบาล ที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุน และขอขอบคุณมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ในการอนุญาตการใช้แบบสอบถาม

แหล่งทุนวิจัย ผลประโยชน์ทับซ้อน และการเข้าถึงข้อมูล / Funding, Conflicts of Interest, and Data Availability

งานวิจัยนี้ไม่ได้รับทุนสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอก ผู้วิจัยทุกท่านไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาสามารถขอรับได้จากผู้นิพนธ์ประสานงานตามเหตุผลอันสมควร

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Epstein B, Turner M. The nursing code of ethics: its value, its history. **Online J Issues Nurs** 2015; 20(2): 4. DOI: 10.3912/OJIN.Vol20No02Man04
2. American Nurses Association. **Nursing: scope and standards of practice**. 4th ed. Silver Spring (MD): American Nurses Association; 2021.
3. Milliken A. Nurse ethical sensitivity: an integrative review. **Nurs Ethics** 2018; 25(3): 278–303. DOI: 10.1177/0969733016646155
4. Morley G, Ives J, Bradbury-Jones C, Irvine F. What is 'moral distress'? A narrative synthesis of the literature. **Nurs Ethics** 2019; 26(3): 646–62. DOI: 10.1177/0969733017724354
5. ทัศนา บุญทอง, อรัญญา เชาวลิต, ศิริพร ขัมภลิขิต, ทัศนีย์ นะแส, สุรีพร ธนศิลป์, กนกวรรณ สุวรรณปฏิกรณ์, และคณะ. การสำรวจระดับประเทศด้านระบบและกลไกจริยธรรมขององค์กรพยาบาลตามการรับรู้ของหัวหน้าพยาบาล. **วารสารสภาการพยาบาล** 2564; 36(3): 45-61.
6. พจนา วงศ์สว่างศิริ, ปราณี ใส้เพี้ย. บรรยากาศจริยธรรมในสถานที่ทำงานตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ และผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดตรัง. **วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา** 2564; 1(3): 82-96.
7. Abou Hashish EA. Relationship between ethical work climate and nurses' perception of organizational support, commitment, job satisfaction and turnover intent: an empirical investigation of Saudi nurses. **Nurs Ethics** 2017; 24(2): 151-66. DOI: 10.1177/0969733015594667
8. จริยา สายวาร, ภมร แช่มรักษา, ประสบสุข อินทรักษา, นิตยา ไกรวงศ. บรรยากาศจริยธรรมในสถานที่ทำางานตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. **วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์** 2560; 9(2): 52-64.

9. วิภาพร เตชะสรพัส. พฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลและบรรยากาศจริยธรรมในสถานที่ทำงานตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่. **วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา** 2560; 7(1): 54-66.
10. ดุจดาว พูลติ้ม, ฉัตรสุมน พฤฒิภิญโญ, นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์, พัชราพร เกิดมงคล. พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง. **วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข** 2559; 2(1): 1-13.
11. Beauchamp TL, Childress JF. **Principles of biomedical ethics**. 8th ed. New York: Oxford University Press; 2019.
12. Fry ST, Johnstone MJ. **Ethics in nursing practice: a guide to ethical decision making**. 3rd ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2008.
13. จรรยา กิจกสิกร . **ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร** [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2558.
14. พาศนา บุณยะมาน. **บรรยากาศจริยธรรมในสถานที่ทำงาน และการทำหน้าที่แทนของพยาบาลเพื่อปกป้องผู้ป่วยตามการรับรู้และประสบการณ์ของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้** [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2553.
15. ศิริวรรณ เมืองประเสริฐ. **พฤติกรรมจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้และประสบการณ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลผู้ใต้บังคับบัญชาในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้** [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2553.
16. Polit DF, Beck CT. **Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice**. 11th ed. Philadelphia (PA): Wolters Kluwer; 2021.
17. Taber KS. The use of Cronbach's alpha when developing and reporting research instruments in science education. **Res Sci Educ** 2018; 48(6): 1273–96. DOI 10.1007/s11165-016-9602-2
18. นภาพร ติคำ, บุญพิชชา จิตต์ภักดี , สมใจ ศิรกมล . บรรยากาศจริยธรรมตามการรับรู้ของพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. **วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ** 2565; 40(1): 54-63.
19. Kelsall-Knight L, Stevens R. Exploring the implementation of person-centred care in nursing practice. **Nurs Stand** 2024; 39(1): 70-75. DOI: 10.7748/ns.2023.e12190
20. Agnese BL, Daniel ACQG, Pedrosa RBS. Communicating bad news in the practice of nursing: an integrative review. **Einstein (Sao Paulo)** 2022; 20: eRW6632. DOI: 10.31744/einstein_journal/2022RW6632
21. Rivai AF, Zaitun. Shared ethics decision making in nursing practice: a systematic review. **Am J Nurs Health Sci** 2023; 4(1): 1-5. DOI: 10.11648/j.ajnhs.20230401.11

22. Li L, Chen M, Yu N, Zhang Q. Effectiveness of spiritual care interventions among patients in the intensive care unit: a systematic review and meta-analysis. **Nurs Crit Care** 2025; 30(3): e13202. DOI: 10.1111/nicc.13202
23. Alimoradi Z, Jafari E, Lin CY, Rajabi R, Hosseini Marznaki Z, Soodmand M, et al. Estimation of moral distress among nurses: a systematic review and meta-analysis. **Nurs Ethics** 2023; 30(3): 334-57. DOI: 10.1177/09697330221135212

การเปรียบเทียบปัจจัยนิเวศวิทยาและพฤติกรรมป้องกันไข้เลือดออกในพื้นที่ระบาดซ้ำและไม่ระบาด อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร

A Comparison of Ecological Factors and Dengue Hemorrhagic Fever Prevention Behaviors in Repeated Outbreak and Non-Outbreak Areas, Phanna Nikhom District, Sakon Nakhon Province

ฤทัยรัตน์ อุปพงษ์, จิราภรณ์ จำปาจันทร์**

Ruthairat Aupapong, Jiraporn Jumpajan**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความเสี่ยงของปัจจัยนิเวศวิทยาและพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ระบาดซ้ำและไม่ระบาด อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร ประชากรคือประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ระบาดซ้ำและไม่มีการระบาด จำนวน 364 คน โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ.2569 โดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐานและพิสัยระหว่างควอไทล์ และเปรียบเทียบความเสี่ยงด้วยสถิติเชิงอนุมานได้แก่ Mann-Whitney U test

ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนในพื้นที่ระบาดซ้ำมีปัจจัยนิเวศวิทยาที่อยู่ในระดับเสี่ยงสูงกว่าพื้นที่ไม่มีการระบาดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ในส่วนของความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกพบว่า ประชาชนในพื้นที่ระบาดซ้ำมีความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกต่ำกว่าประชาชนในพื้นที่ไม่มีการระบาดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า การแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ระบาดซ้ำไม่สามารถมุ่งเน้นไปที่การให้ความรู้เพียงอย่างเดียวแต่ต้องให้ความสำคัญควบคู่ไปกับการจัดการปัจจัยนิเวศวิทยาเชิงรุกเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในการแพร่กระจายของโรค

คำสำคัญ: ปัจจัยนิเวศวิทยา, พฤติกรรมการป้องกัน, พื้นที่ระบาดซ้ำ, โรคไข้เลือดออก

*หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

*Public Health Program, Graduate School, Sakon Nakhon Rajabhat University

Corresponding author: Jiraporn Jumpajan *Email: jjumpajan@snru.ac.th*

Received 19/06/2026 *Revised 10/09/2026* *Accepted 24/09/2026*

ABSTRACT

This cross-sectional analytical research aimed to compare the ecological risk factors and dengue hemorrhagic fever prevention behaviors among the people living in repeated outbreak and non-outbreak areas in Phanna Nikhom District, Sakon Nakhon Province. The population consisted of 364 male and female individuals aged 18 years and older residing in both people living in repeated outbreak and non-outbreak areas, utilizing a simple random sampling method. Data were collected from February to March 2026 using questionnaires. Descriptive statistics including frequency, percentage, minimum, maximum, mean, standard deviation, median, and interquartile range were used to analyze the data, and inferential statistics, specifically the Mann-Whitney U test, were used to compare risk differences between factors.

The results found that people living in the repeated outbreak had significantly higher levels of ecological factors at risk compared to non-outbreak areas($p<0.001$). Regarding knowledge of dengue hemorrhagic fever prevention, it was found that people living in the repeated outbreak had significantly lower knowledge of dengue hemorrhagic fever prevention than those in non-outbreak areas ($p<0.001$). The findings reflect that addressing dengue hemorrhagic fever in the repeated outbreak areas cannot focus solely on education but must also prioritize proactive environmental management to reduce risk factors for disease transmission. This will lead to an effective and sustainable break of the outbreak cycle.

Keywords: Ecological Factors, Preventive Behaviors, Repeated Outbreak Areas, Dengue Hemorrhagic Fever

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

โรคไข้เลือดออกเกิดจากการติดเชื้อไวรัสเดงกี่ซึ่งติดต่อสู่คนผ่านการถูกยุงที่ติดเชื้อกัด ปัจจุบันประชากรโลกประมาณครึ่งหนึ่งมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไข้เลือดออกโดยคาดว่าจะมีผู้ติดเชื้อประมาณ 100-400 ล้านคนต่อปี โดยโรคไข้เลือดออกพบได้ในภูมิอากาศเขตร้อนและกึ่งเขตร้อนซึ่งพบส่วนใหญ่ในเขตเมืองและกึ่งเมือง แม้ว่าการติดเชื้อไวรัสเดงกี่หลายรายจะไม่มีอาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อย แต่บางครั้งไวรัสเดงกี่อาจทำให้เกิดอาการรุนแรงและถึงขั้นเสียชีวิตได้[1] สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในประเทศไทยจากรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในปี พ.ศ.2568 มีรายงานผู้ป่วยสะสม 38,687 ราย อัตราป่วย 59.6 ต่อแสนประชากรมีรายงานผู้เสียชีวิต 37 ราย (อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.1) ในปี พ.ศ. 2568 แม้สถานการณ์ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในภาพรวมจะต่ำกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2563-2567) และต่ำกว่าปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2567) แต่กลับพบว่าจำนวนผู้ป่วยมีสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้นในพื้นที่ที่มีฝนตกอย่างต่อเนื่อง[2] เมื่อปัจจัยด้านนิเวศวิทยาส่งผลโดยตรงต่อการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วย การจัดการเชิงรุกในพื้นที่เหล่านี้จึงเป็นวิธีการหนึ่งในการควบคุมสถานการณ์และลดอัตราป่วยของโรคไข้เลือดออก อีกทั้งในปัจจุบันยังไม่มีการค้นพบยาต้านไวรัสเดงกี่โดยตรงทำให้การรักษาทำได้เพียงแบบประคับประคองตามอาการประกอบกับการพัฒนาวัคซีนยังถือเป็นเพียงมาตรการเสริม การดำเนินมาตรการควบคุมจำนวนประชากรยุงจึงจัดเป็นแนวทางหลักที่ใช้ในการควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออก[3] กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นวาระสำคัญระดับชาติโดยมุ่งลดการแพร่ระบาดของโรคผ่านมาตรการต่างๆ แต่จากการดำเนินงานที่ผ่านมานั้นยังพบข้อจำกัดและอุปสรรคหลายประการอาทิเช่น การขาดความร่วมมือจากภาคประชาชน ประชาชนขาดความต่อเนื่องในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบริเวณบ้านของตนเองเพราะมองว่าเป็นกิจกรรมที่ทำเป็นครั้งคราวเฉพาะในช่วงที่หน่วยงานของรัฐออกมาประกาศรณรงค์เท่านั้น ส่งผลให้การควบคุมโรคขาดความต่อเนื่อง นอกจากนี้ปัญหาการแพร่ระบาดยังทวีความรุนแรงขึ้นจากข้อจำกัดเชิงนโยบายในการบังคับใช้กฎหมายที่ยังขาดประสิทธิภาพประกอบกับปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการแพร่กระจายและสะสมของแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายส่งผลให้หลายพื้นที่เกิดการระบาดซ้ำของโรคไข้เลือดออกและยากต่อการควบคุม[4] จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกนั้นขึ้นกับหลายปัจจัยเช่น ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การได้รับการฝึกอบรมและข้อมูลข่าวสาร[5] ปัจจัยด้านนิเวศวิทยาได้แก่พื้นที่และสภาพแวดล้อมเช่น การศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงของการระบาดของไข้เลือดออกชนิดรุนแรงระหว่างพื้นที่เมืองและชนบทในประเทศอินโดนีเซียในช่วงการระบาดของโควิด-19 ผลการศึกษาพบว่า พื้นที่เขตเมืองมีความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดสูงกว่าชนบทอย่างมีนัยสำคัญ อาจเนื่องมาจากความหนาแน่นของประชากรที่สูงผนวกกับข้อจำกัดในการบริหารจัดการขยะมูลฝอยและระบบสุขาภิบาลน้ำเสียที่ยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอซึ่งกลายเป็นปัจจัยหลักที่เอื้อต่อการเป็นแหล่งเพาะพันธุ์พาหะนำโรค[6] ในส่วนของปัจจัยด้านพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกระดับบุคคลโดย การศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมและปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านที่มีการระบาดกับหมู่บ้านปลอดโรคในจังหวัดตรังผลการศึกษาพบว่า ความรู้และการปฏิบัติด้านการใช้ทรายอะเบทและการจัดการภาชนะเก็บน้ำมีความแตกต่างอย่างชัดเจนระหว่างสองกลุ่มโดยหมู่บ้านปลอดโรคไข้เลือดออกมีระดับการปฏิบัติที่ดีกว่า[7] สอดคล้องกับการศึกษาเปรียบเทียบระดับความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติของประชาชนในพื้นที่จุดเสี่ยงและพื้นที่ไม่ใช่จุดเสี่ยงโรคไข้เลือดออกในรัฐสลังงอร์ ประเทศมาเลเซียผลการวิจัยพบว่า ประชาชนในพื้นที่ที่ไม่ใช่จุดเสี่ยงมีระดับความรู้ ทัศนคติที่สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่ไม่พบความแตกต่างในด้านการปฏิบัติ [8]

สถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออกในพื้นที่อำเภอพรรณานิคม จากการวิเคราะห์ข้อมูลระบาดวิทยาย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2564-2568) พบอัตราป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 7.43, 64.68, 134.15, 43.92 และ10.19 ตามลำดับ[9] แม้สถานการณ์การแพร่ระบาดจะเริ่มคลี่คลายในบางปี แต่อัตราป่วยยังคงสูงกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัดของกรม

ควบคุมโรค (50 ต่อแสนประชากร) เมื่อพิจารณาการกระจายตัวทางภูมิศาสตร์ของโรคไข้เลือดออกในระดับตำบลของอำเภอพรรณานิคมย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2566-2568) พบว่า ตำบลวังยางมีการระบาดสูงสุดโดยมีอัตราป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 348.61, 24.09 และ 24.09 ตามลำดับ ทั้งนี้เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลในระดับรายหมู่บ้านของพื้นที่ดังกล่าว พบว่ามีการแพร่ระบาดกระจายตัวใน 8 หมู่บ้านในขณะที่อีก 5 หมู่บ้านไม่พบการระบาดของโรคไข้เลือดออก แม้ว่าประชาชนในพื้นที่อำเภอพรรณานิคมส่วนใหญ่จะมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง[10] แต่ยังพบการระบาดซ้ำของโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกนั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการป้องกันระดับบุคคลเพียงอย่างเดียว หากแต่มีหลายปัจจัยที่ต้องพิจารณาควบคู่กันไป จากข้อจำกัดดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างทางการวิจัยที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการขาดการศึกษาเชิงลึกในด้านการจัดการสภาพแวดล้อมระดับครัวเรือน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อการเกิดแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลาย อันเป็นสาเหตุหลักของการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ การเติมเต็มช่องว่างดังกล่าวจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากผลจากการศึกษาครั้งนี้จะช่วยสร้างความเข้าใจที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้น และสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนเพื่อยกระดับมาตรการเฝ้าระวังและตัดวงจรการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกในระดับชุมชนต่อไป ทั้งนี้ การดำเนินมาตรการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ระบาดซ้ำ ควรให้ความสำคัญควบคู่กันทั้งสองมิติ กล่าวคือ การส่งเสริมความรู้ความเข้าใจของประชาชนในการป้องกันโรค และการจัดการปัจจัยทางนิเวศวิทยาในระดับครัวเรือนและชุมชนอย่างเป็นระบบ เพื่อให้มาตรการควบคุมโรคเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

วัตถุประสงค์หลัก (Primary Objective)

1. เพื่อเปรียบเทียบความเสี่ยงของปัจจัยนิเวศวิทยาของประชาชนในพื้นที่ระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาด อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร

วัตถุประสงค์รอง (Secondary Objectives)

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกระหว่างประชาชนในพื้นที่ระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาด อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร

2. เพื่อเปรียบเทียบทัศคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกระหว่างประชาชนในพื้นที่ระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาด อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร

3. เพื่อปรียบเทียบพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกระหว่างประชาชนในพื้นที่ระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาด อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร

วิธีการศึกษา (Method)

พื้นที่ศึกษา

พื้นที่ที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ พื้นที่ตำบลวังยาง อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนครซึ่งเป็นพื้นที่ระบาดของโรคไข้เลือดออกสูงสุดในระหว่างปี พ.ศ. 2566-2568 จากนั้นทำการแบ่งประชาชนในพื้นที่ออกเป็น 2 กลุ่มได้แก่ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ระบาดซ้ำ(จำนวนผู้ป่วยเกินกว่า 2 รายติดต่อกันเป็นเวลา 3 ปี) ได้แก่พื้นที่หมู่ที่ 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9 และ 12 จำนวน 4,572 คน และประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ไม่มีการระบาด (จำนวนผู้ป่วยน้อยกว่า 2 รายติดต่อกันเป็นเวลา 3 ปี) ได้แก่ หมู่ที่ 4, 7, 10, 11 และ 13 จำนวน 2,153 คน คำนวนประชาชนทั้งหมด 6,725 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ ประชาชนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลวังยาง อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร ได้แก่ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ระบาดซ้ำ หมู่ที่ 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9 และ 12 จำนวน 4,572 คน และประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ไม่มีการระบาด ได้แก่ หมู่ที่ 4, 7, 10, 11 และ 13 จำนวน 2,153 คน คำนวนประชาชนทั้งหมด 6,725 คน โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าประกอบด้วยประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ณ วันที่ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย มีชื่อในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ถูกสุ่มเลือกมาไม่น้อยกว่า 1 ปี โดยกลุ่มตัวอย่างต้องมีสภาพร่างกายและจิตใจที่พร้อมต่อการให้ข้อมูล สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี และให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร ทั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การคัดออกได้แก่ บุคคลที่มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันหรืออาการรุนแรงที่ต้องเข้ารับการรักษาเร่งด่วนในขณะสัมภาษณ์รวมถึงผู้ที่ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการภายหลังจากการรับฟังคำชี้แจงข้อมูลเบื้องต้น การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรคำนวณตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยที่เป็นอิสระต่อกัน[11] โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่เส้นโค้งปกติ (Z_α) เท่ากับ 1.96 ค่าอำนาจในการทดสอบ(Z_β) เท่ากับ 1.64 และความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (Mean Difference) เท่ากับ 0.9 จากการศึกษาที่ผ่านมา[12] ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างง่ายโดยการรวบรวมรายชื่อประชาชนที่มีคุณสมบัติครบถ้วนจากทะเบียนบ้านในแต่ละพื้นที่ และทำการจับฉลากรายชื่อแบบไม่ใส่คืนครั้งละ 1 รายชื่อจนกระทั่งได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบถ้วนตามที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวน แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย 5 ส่วนได้แก่ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปจำนวน 13 ข้อประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ การเข้าร่วมอบรม การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ประเภทที่อยู่อาศัย บริเวณบ้านมีแหล่งน้ำขังหรือภาชนะที่อาจเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำ จำนวนภาชนะเก็บน้ำภายในบ้าน จำนวนภาชนะรอบบ้าน ท่านเคยสำรวจลูกน้ำยุงลายด้วยตนเองและในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยพบลูกน้ำยุงลายในบ้านหรือบริเวณรอบบ้าน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านนิเวศวิทยาได้แก่ การจัดการสภาพแวดล้อมเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบใช่ไม่ใช่ จำนวน 21 ข้อ โดยตอบใช่ให้ 1 คะแนน และตอบไม่ใช่ให้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนนตามเกณฑ์ของ Bloom et al.[13] แบ่งเป็น 3 ระดับได้แก่ระดับสูงอยู่ระหว่าง 17–21 คะแนน ระดับปานกลางอยู่ระหว่าง 13–16 คะแนนและระดับต่ำอยู่ระหว่าง 0–12 คะแนน ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็นแบบถูก–ผิด จำนวน 11 ข้อ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนนตามเกณฑ์ของบลูมแบ่งเป็น 3 ระดับได้แก่ ระดับสูงอยู่ระหว่าง 9–11 คะแนน ระดับปานกลางอยู่ระหว่าง 7-8 คะแนนและระดับต่ำอยู่ระหว่าง 0-6 คะแนน ส่วนที่ 4 แบบสอบถามทัศนคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า จำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อมีมาตรวัดเป็น 5 ระดับได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง(4 คะแนน) เห็นด้วย(3 คะแนน) ไม่แน่ใจ(2 คะแนน) ไม่เห็นด้วย(1 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง(0 คะแนน) โดยมีข้อคำถามทั้งบวกและเชิงลบ การแปลผลใช้เกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของ Best [14] แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูงอยู่ระหว่าง 2.68–4.00 คะแนน ระดับปานกลาง อยู่ระหว่าง1.34–2.67 คะแนน และระดับต่ำอยู่ระหว่าง 0.00–1.33 คะแนน ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า จำนวน 20 ข้อ แต่ละข้อมีมาตรวัดเป็น 5 ระดับได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง(4 คะแนน) เห็นด้วย(3 คะแนน) ไม่แน่ใจ(2 คะแนน) ไม่เห็นด้วย(1 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง(0 คะแนน) โดยมีข้อคำถามทั้งบวกและเชิงลบ

การแปลผลใช้เกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของเบสท์ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูงอยู่ระหว่าง 2.68–4.00 คะแนน ระดับปานกลางอยู่ระหว่าง1.34–2.67 คะแนน และระดับต่ำอยู่ระหว่าง 0.00–1.33 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ของแบบสอบถามโดยการประเมินค่า IOC ในภาพรวมอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนใน จากนั้นหาค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคมีค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการจัดการสภาพแวดล้อม แบบสอบถามทัศนคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกและแบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกเท่ากับ 0.88 0.85 0.89 ตามลำดับ ในส่วนแบบสอบถามความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกหาค่าอำนาจจำแนกความยากง่ายของแบบสอบถามโดยวิธีคูเตอร์- ริชาร์ดสันมีค่าเท่ากับ 0.72

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร จากนั้นประสานงานกับหน่วยงานท้องถิ่นได้แก่ผู้นำชุมชน อสม. และหน่วยงานสาธารณสุขเพื่อขออนุญาตและสร้างความเข้าใจกับชุมชน ผู้วิจัยอบรมผู้ช่วยวิจัยให้มีความเข้าใจตรงกันเกี่ยวกับแบบสอบถาม การบันทึกข้อมูล และจริยธรรมการวิจัย โดยใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลจะใช้เวลาประมาณ 30 นาที จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุดสำหรับการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ผู้วิจัยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov เพื่อตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลซึ่งพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้สถิติแบบนอนพาราเมตริกได้แก่ Mann-Whitney U Test ในการเปรียบเทียบความแตกต่างการจัดการสภาพแวดล้อม ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคระหว่างประชาชนในพื้นที่ระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่ระบาดโดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนครโดยผ่านการขอจริยธรรมในมนุษย์ เลขที่ HE68-119 ลงวันที่ 5 มกราคม 2569

ผลการศึกษา (Results)

1.ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ระบาดซ้ำ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.1 มีอายุระหว่าง 40–59 ปี ร้อยละ 42.3 สถานภาพสมรส ร้อยละ 59.3 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 45.6 และประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 58.2 นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยเข้าร่วมการอบรมหรือกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกหรือการกำจัดลูกน้ำยุงลายในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 71.4 และเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 90.7 สำหรับลักษณะที่อยู่อาศัย พบว่าส่วนใหญ่มีบ้านพักอาศัยเป็นบ้านไม้สองชั้น ร้อยละ 40.1 มีบริเวณบ้านที่มีแหล่งน้ำขังหรือภาชนะที่อาจเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ร้อยละ 33.5 และในปัจจุบันมีภาชนะเก็บน้ำภายในบ้าน ร้อยละ 92.9 ขณะที่ส่วนใหญ่ไม่มีภาชนะบริเวณรอบบ้าน เช่น ถัง กระป๋อง แจกัน หรือยางรถยนต์ ที่อาจมีน้ำขัง ร้อยละ 62.1 ด้านพฤติกรรมการป้องกันโรค พบว่าส่วนใหญ่เคยสำรวจลูกน้ำยุงลายด้วยตนเอง ร้อยละ 85.2 และในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา พบลูกน้ำยุงลายในบ้านหรือบริเวณรอบบ้าน ร้อยละ 34.6

สำหรับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ไม่มีการระบาด ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.9 มีอายุระหว่าง 40–59 ปี ร้อยละ 41.2 สถานภาพสมรส ร้อยละ 61.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 34.6 และประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 51.6 นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยเข้าร่วมการอบรมหรือกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก

หรือการกำจัดลูกน้ำยุงลายในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 81.3 และเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 92.3 สำหรับลักษณะที่อยู่อาศัย พบว่าส่วนใหญ่มีบ้านพักอาศัยเป็นบ้านไม้สองชั้น ร้อยละ 37.4 มีบริเวณบ้านที่มีแหล่งน้ำขังหรือภาชนะที่อาจเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ร้อยละ 31.0 และในปัจจุบันมีภาชนะเก็บน้ำภายในบ้าน ร้อยละ 89.6 ขณะที่ส่วนใหญ่ไม่มีภาชนะบริเวณรอบบ้าน เช่น ถัง กระป๋อง แจกัน หรือยางรถยนต์ ที่อาจมีน้ำขัง ร้อยละ 62.6 ด้านพฤติกรรมการป้องกันโรค พบว่าส่วนใหญ่เคยสำรวจลูกน้ำยุงลายด้วยตนเอง ร้อยละ 74.7 และในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาพบลูกน้ำยุงลายในบ้านหรือบริเวณรอบบ้าน ร้อยละ 20.9

2.ความเสี่ยงของปัจจัยนิเวศวิทยาของประชาชนในพื้นที่ระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาด

ผลการประเมินความเสี่ยงของปัจจัยนิเวศวิทยาของประชาชนในพื้นที่ระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาด เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อคำถามที่มีความเสี่ยงสูงสุดเกี่ยวกับการจัดการสภาพแวดล้อมได้แก่ข้อ 12 บ้านหรืออาคารมีมุ้งลวดชำรุด หรือไม่มีมุ้งลวดโดยประชาชนในพื้นที่ระบาดซ้ำตอบใช่ ร้อยละ 50.0และพื้นที่ที่ไม่ระบาด ตอบใช่ร้อยละ 32.4 รองลงมาคือข้อ 4 ภายในบ้านมีมุมอับ มืดทึบ หรือบริเวณที่อากาศถ่ายเทไม่สะดวก โดยประชาชนในพื้นที่ระบาดซ้ำตอบใช่ร้อยละ45.1 และประชาชนในพื้นที่ไม่มีการระบาดตอบใช่ร้อยละ 28.6และข้อ 13 มีการเก็บเสื้อผ้าหรือของใช้ที่แขวนไว้ในห้องน้ำหรือบริเวณมุมอับที่มีความชื้นโดยประชาชนในพื้นที่ระบาดซ้ำตอบใช่ร้อยละ40.7 และพื้นที่ไม่ระบาดตอบใช่ร้อยละ20.9 ในส่วนของข้อคำถามที่มีความเสี่ยงน้อยสุด 3 อันดับแรกได้แก่ ข้อ 2 มีภาชนะที่ไม่ใช้งานเช่น กระป๋อง ขวดที่มีน้ำขังอยู่ภายในบ้านโดยประชาชนในพื้นที่ระบาดซ้ำตอบใช่ ร้อยละ 16.5 และพื้นที่ไม่ระบาดตอบใช่ร้อยละ8.2 รองลงมาได้แก่ข้อ 1 มีจานรองกระถางต้นไม้หรือแจกันดอกไม้ที่มีน้ำขังและไม่ได้เปลี่ยนน้ำหรือไม่ได้ทำความสะอาดเกิน 7 วันโดยประชาชนในพื้นที่ระบาดซ้ำตอบใช่ ร้อยละ 14.8 และพื้นที่ที่ไม่ระบาดตอบใช่ร้อยละ 12.1 และข้อ3 ไม่มีการเลี้ยงปลาที่กินลูกน้ำในอ่างน้ำภายในบ้านโดยประชาชนในพื้นที่ระบาดซ้ำตอบใช่ ร้อยละ25.82 และพื้นที่ไม่ระบาดตอบใช่ร้อยละ43.96 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความเสี่ยงของปัจจัยนิเวศวิทยาของประชาชนในพื้นที่ระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาด (n=364)

ปัจจัยนิเวศวิทยา	พื้นที่ระบาดซ้ำ (n=182)	พื้นที่ไม่มีการระบาด (n=182)
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
การจัดการภาชนะเก็บน้ำในบ้าน		
1. มีจานรองกระถางต้นไม้หรือแจกันดอกไม้ที่มีน้ำขังและไม่ได้เปลี่ยนน้ำหรือไม่ได้ทำความสะอาดเกิน 7 วัน	27(14.8)	22(12.1)
2. มีภาชนะที่ไม่ใช้งานเช่น กระป๋อง ขวดที่มีน้ำขังอยู่ภายในบ้าน	30(16.5)	15(8.2)
3. ไม่มีการเลี้ยงปลาที่กินลูกน้ำในอ่างน้ำภายในบ้าน	47(25.8)	80(43.9)
4. ภายในบ้านมีมุมอับ มืดทึบ หรือบริเวณที่อากาศถ่ายเทไม่สะดวก	82(45.1)	52(28.6)
5. มีโอ่ง ถัง บ่อเก็บน้ำนอกบ้านที่ไม่มีฝาปิดหรือฝาปิดไม่สนิท	60(33.0)	50(27.5)
6. มีกระถางต้นไม้ หรือกระถางแขวนที่เก็บน้ำขังบริเวณสวนหรือระเบียงบ้าน	35(19.2)	20(11.0)
7. มีรางน้ำฝน ท่อระบายน้ำที่อุดตันหรือมีน้ำขังนิ่งเป็นเวลานาน	38(20.9)	17(9.3)
8. มีแหล่งน้ำตามธรรมชาติ หรือบ่อน้ำรอบบ้านที่มีวัชพืชปกคลุมหนาแน่นทำให้มองไม่เห็นลูกน้ำ	43(23.6)	18(9.9)

สภาพบ้านอาคารและสิ่งแวดล้อมทั่วไป		
9. บริเวณที่พักอาศัยตั้งอยู่ใกล้พื้นที่รกร้าง ป่าละเมาะ หรือสวนที่มีการจัดการไม่ดี	48(26.4)	19(10.4)
10.มีบ่อน้ำหรือแหล่งน้ำธรรมชาติใกล้บ้านในระยะน้อยกว่า 50 เมตร	53(29.1)	173(95.1)
11. มีการกองวัสดุ ขยะ ไม้เก่าหรือสิ่งของที่ไม่ใช้แล้วอยู่ภายนอกบ้านซึ่งมีน้ำขังอยู่	47(25.8)	13(7.1)
12. บ้านหรืออาคารมีมุ้งลวดชำรุด หรือไม่มีมุ้งลวด	91(50.0)	59(32.4)
13. มีการเก็บเสื้อผ้าหรือของใช้ที่แขวนไว้ในห้องน้ำหรือบริเวณมุมอับที่มีความชื้น	74(40.7)	38(20.9)
14. สภาพพื้นที่รอบบริเวณบ้านมีแอ่งน้ำขังหรือเป็นหลุมบ่อที่ทำให้มีน้ำขังหลังฝนตกได้เป็นเวลานาน	48(26.4)	16(8.8)
15. มีสัตว์เลี้ยงในบริเวณบ้านที่พื้นเปียกชื้นหรือมีภาชนะใส่น้ำให้สัตว์ไม่ได้เปลี่ยนน้ำหรือทำความสะอาด	41(22.5)	10(5.5)
16. มีขยะมูลฝอยที่เปียกชื้นหรือขังน้ำถูกทิ้งไว้นานเกิน 3 วันก่อนการจัดเก็บ	43(23.6)	8(4.4)
17. บริเวณหลังคา ระเบียงบ้าน มีรอยรั่วซึมหรือน้ำขังที่แก้ไขยาก	29(15.9)	9(4.9)
สภาพแวดล้อมบริเวณบ้าน		
18. มีการปลูกพืชที่กักเก็บน้ำตามซอกใบเช่น สับปะรดสี กล้วย บอน พลูด่างในน้ำจำนวนมากในบริเวณบ้าน	55(30.2)	14(7.7)
19. บริเวณลานซักล้างมีน้ำขังนิ่ง หรือมีภาชนะที่ไม่ใช้แล้ววางอยู่	55(30.2)	12(6.6)
20. บริเวณบ้าน รั้วมีการวางกระถาง/จานรอง ขวดภาชนะที่คว่ำไม่สนิทและมีน้ำขังภายใน	51(28.0)	11(6.0)
21. มีการเก็บยางรถยนต์เก่าจำนวนมากโดยไม่ได้เจาะรูระบายน้ำหรือคลุมให้มิดชิด	45(24.7)	13(7.1)

3.ความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาด

ความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนพบว่าข้อคำถามที่ประชาชนในพื้นที่ระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาดตอบถูกมากที่สุด 3 อันดับแรกได้แก่ ข้อที่ 5 หากไม่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ติดต่อกันเป็นเวลาหนึ่งปีก็สามารถหยุดการสำรวจและกำจัดลูกน้ำยุงลายได้โดยตอบถูกร้อยละ 89.0 และ94.0 รองลงมาคือข้อ 6 ภาชนะขนาดเล็กน้อยในบ้านที่มีน้ำขังไม่เป็นอันตรายเนื่องจากลูกน้ำยุงลายมักอาศัยในภาชนะขนาดใหญ่เท่านั้นโดยตอบถูกร้อยละ 83.0 และ92.3 และข้อ 7 การปล่อยปลากินลูกน้ำสามารถช่วยในการควบคุมจำนวนลูกน้ำยุงลายได้โดยตอบถูกร้อยละ 80.8 และ91.8 ส่วนข้อคำถามที่ตอบถูกน้อยที่สุดได้แก่ข้อที่ 1 ไข่ของยุงลายที่มีตัวอ่อนภายในเจริญเติบโตเต็มที่แล้วจะทนต่อสภาพแห้งแล้งได้นาน 1 สัปดาห์โดยตอบถูกร้อยละ44.0 และร้อยละ 36.3 รองลงมาคือข้อ 2 การใช้ทรายทีมีฟอสเพื่อกำจัดลูกน้ำเป็นวิธีเดียวที่สามารถจัดการแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยตอบถูกร้อยละ 48.4 และ 59.9 และข้อ 4 การที่บ้านสะอาดและโปร่ง อากาศถ่ายเทจะช่วยป้องกันยุงไม่ให้เข้ามาในบ้านได้โดยตอบถูกร้อยละ 64.8 และร้อยละ 89.0 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาด(n=364)

ข้อความ	พื้นที่ระบาดซ้ำ (n=182)	พื้นที่ไม่มีการระบาด (n=182)
	ตอบถูก จำนวน (ร้อยละ)	ตอบถูก จำนวน (ร้อยละ)
1. ไข่ของยุงลายที่มีตัวอ่อนภายในเจริญเติบโตเต็มที่แล้วจะทนต่อสภาพแห้งแล้งได้นาน 1 สัปดาห์	80 (44.0)	66 (36.3)
2. การใช้ทรายทีมีฟอสเพื่อกำจัดลูกน้ำเป็นวิธีเดียวที่สามารถจัดการแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายได้อย่างมีประสิทธิภาพ	88 (48.4)	109(59.9)
3. การกำจัดขยะและเศษภาชนะภายนอกบ้านอย่างเดียวก็เพียงพอแล้ว	147(80.8)	164(90.1)
4. การที่บ้านสะอาดและโปร่ง อากาศถ่ายเทจะช่วยป้องกันยุงไม่ให้เข้ามาในบ้านได้	118 (64.8)	162(89.0)
5. หากไม่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ติดต่อกันเป็นเวลาหนึ่งปี ก็สามารถหยุดการสำรวจและกำจัดลูกน้ำยุงลายได้	162(89.0)	171(94.0)
6. ภาชนะขนาดเล็กน้อยในบ้านที่มีน้ำขังไม่เป็นอันตรายเนื่องจากลูกน้ำยุงลายมักอาศัยในภาชนะขนาดใหญ่เท่านั้น	151 (83.0)	168(92.3)
7. การปล่อยปลากินลูกน้ำสามารถช่วยในการควบคุมจำนวนลูกน้ำยุงลายได้	147(80.8)	167(91.8)
8. ยาในกลุ่มแอสไพรินสามารถใช้ลดไข้ในผู้ป่วยไข้เลือดออกได้	127(69.8)	133(73.1)
9. เมื่อหายจากโรคไข้เลือดออกแล้ว ผู้ป่วยจะไม่มีโอกาสเป็นซ้ำได้อีกตลอดชีวิต	149(81.9)	165(90.7)
10. การแจ้งข้อมูลผู้ป่วยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชนเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันการระบาดของโรคไข้เลือดออก	153(84.1)	173(95.1)
11. การฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็นวิธีที่สามารถป้องกันได้ดีที่สุด	132(72.5)	149(81.9)

4.ระดับความเสี่ยงของปัจจัยนิเวศวิทยา ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาด

ผลการประเมินระดับความเสี่ยงของปัจจัยนิเวศวิทยาของประชาชนในพื้นที่ระบาดซ้ำส่วนใหญ่มีความเสี่ยงในระดับต่ำร้อยละ 87.9 รองลงมาคือระดับปานกลางร้อยละ 6.6 และระดับสูงร้อยละ 5.5 สำหรับพื้นที่ไม่มีการระบาดพบว่าความเสี่ยงในระดับต่ำร้อยละ 98.4 ระดับปานกลางร้อยละ 1.6 และระดับสูงร้อยละ 0.0 ตามลำดับ ผลการศึกษาความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ระบาดซ้ำมีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 47.8 รองลงมาคือระดับปานกลางร้อยละ 34.1 และระดับต่ำร้อยละ 18.1 สำหรับพื้นที่ไม่มีการระบาดพบว่าความรู้อยู่ในระดับสูงร้อยละ 67.6 รองลงมาคือระดับปานกลางร้อยละ 24.2 และระดับต่ำร้อยละ 8.2 ตามลำดับ ผลการศึกษาทัศนคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ระบาดซ้ำส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับสูงร้อยละ 67.0 รองลงมาคือระดับปานกลางร้อยละ 29.7 และระดับต่ำร้อยละ 3.3 สำหรับพื้นที่ไม่มีการระบาดพบว่าระดับทัศนคติอยู่ในระดับสูงร้อยละ 71.4 ระดับปานกลางร้อยละ 24.7 และระดับต่ำร้อยละ 3.8 ตามลำดับ ผลการศึกษาพฤติกรรมการการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ระบาดซ้ำส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันอยู่ในระดับสูงร้อยละ 90.7 รองลงมาคือระดับปานกลางร้อยละ 9.3 และระดับต่ำร้อยละ 0.0 สำหรับพื้นที่ไม่มีการระบาดพบว่า ระดับพฤติกรรมการป้องกันอยู่ในระดับสูงร้อยละ 86.8 รองลงมาคือระดับปานกลางร้อยละ 11.6 และระดับต่ำร้อยละ 1.7 ดังตารางที่ 3

ตาราง 3 ระดับความเสี่ยงของปัจจัยนิเวศวิทยา ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาด (n=364)

ระดับ	พื้นที่ระบาดซ้ำ (n=182)	พื้นที่ไม่มีการระบาด (n=182)
ความเสี่ยงของปัจจัยนิเวศวิทยา		
ระดับสูง (17-21)	10(5.5)	0(0.0)
ระดับปานกลาง (13-16)	12(6.6)	3 (1.6)
ระดับต่ำ (0-12)	160(87.9)	179(98.4)
Median (Min, Max)	5(0,20)	2(0,16)
ความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก		
ระดับสูง(9-11)	87(47.8)	123(67.6)
ระดับปานกลาง(7-8)	62(34.1)	44(24.2)
ระดับต่ำ(0-6)	33(18.1)	15(8.2)
Median (Min, Max)	8.0(3,11)	9(4,11)
ทัศนคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออก		
ระดับสูง (2.68-4.00)	122(67.0)	130(71.4)
ระดับปานกลาง(1.34-2.67)	54(29.7)	45(24.7)
ระดับต่ำ(0.00-1.33)	6(3.3)	7(3.8)
Median (Min, Max)	2.63 (2,3)	2.67(1,2)
พฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก		
ระดับสูง (2.68-4.00)	165(90.7)	158(86.8)
ระดับปานกลาง(1.34-2.67)	17(9.3)	21(11.5)

ระดับต่ำ(0.00-1.33)	0(0.0)	3(1.7)
Median (Min, Max)	2.90(2,3)	2.85(1,3)

5.การเปรียบเทียบความแตกต่างความเสี่ยงของปัจจัยนิเวศวิทยา ความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาด

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างความเสี่ยงของปัจจัยนิเวศวิทยา ความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาดพบว่า ประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ระบาดซ้ำมีความเสี่ยงของสภาพแวดล้อมสูงกว่าประชาชนที่อาศัยอยู่พื้นที่ไม่มีการระบาดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001)และความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ระบาดซ้ำต่ำกว่าประชาชนในพื้นที่ไม่มีการระบาดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ดังตารางที่ 4

ตาราง 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างความเสี่ยงของปัจจัยนิเวศวิทยา ความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาด (n=364) โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

การเปรียบเทียบความแตกต่าง	จำนวน (n)	Median	Rank Sum	IQR (Q1, Q3)	Z	p-value
ความเสี่ยงของปัจจัยนิเวศวิทยา						
พื้นที่ระบาดซ้ำ	182	5.00	40415.50	(3,9)	-7.221	<0.001*
พื้นที่ไม่มีการระบาด	182	2.00	26014.50	(1,4)		
ความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก						
พื้นที่ระบาดซ้ำ	182	8.00	28551.00	(7,9)	-4.743	<0.001*
พื้นที่ไม่มีการระบาด	182	9.00	37879.00	(8,10)		
ทัศนคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออก						
พื้นที่ระบาดซ้ำ	182	31.00	31790.50	(23,36)	-1.421	0.155
พื้นที่ไม่มีการระบาด	182	31.50	34639.50	(25,37)		
พฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก						
พื้นที่ระบาดซ้ำ	182	67.00	31826.00	(57,70)	-1.385	0.166
พื้นที่ไม่มีการระบาด	182	67.00	34604.00	(59,72)		

*p-value < 0.05

วิจารณ์ (Discussions)

ผลการศึกษาความเสี่ยงของปัจจัยนิเวศวิทยาพบว่า แม้ความเสี่ยงด้านปัจจัยนิเวศวิทยาของประชาชนในพื้นที่ระบาดซ้ำของโรคไข้เลือดออกและพื้นที่ไม่ระบาดจะอยู่ในระดับต่ำเช่นเดียวกัน แต่ในทางสถิติพบว่า ประชาชนในพื้นที่ระบาดซ้ำมีความเสี่ยงดังกล่าวสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (p<0.001) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา[8] พบว่า คะแนนรวมของสภาพแวดล้อมระหว่างพื้นที่จุดเสี่ยงและพื้นที่ไม่ใช่จุดเสี่ยงของการระบาดของไข้เดงกี่ในรัฐเซลังงอร์ ประเทศมาเลเซียมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.001) โดยพื้นที่ที่ไม่ใช่จุดเสี่ยงมีสภาพแวดล้อมที่ดี ความสะอาดของที่อยู่อาศัยมีความเสี่ยงต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออกน้อยกว่าพื้นที่จุดเสี่ยงสอดคล้องกับการศึกษาของ Peña-Garcíaและคณะ[12]อธิบายว่า การจัดการสภาพแวดล้อมที่ดีช่วยลดความเสี่ยงต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออก

โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีการระบาดส่งผลให้การควบคุมโรคมีประสิทธิภาพสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) จากผลการศึกษาในครั้งนี้มีข้อค้นพบสำคัญเกี่ยวกับการจัดการสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมที่เอื้อให้เกิดการแพร่กระจายของแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายจนนำไปสู่การระบาดซ้ำของโรคไข้เลือดออกในพื้นที่อำเภอพรรณานิคมอาทิเช่น ในด้านการจัดการภาชนะเก็บน้ำในบ้านนั้นพบว่า ภายในบ้านเรือนของประชาชนในพื้นที่ระบาดซ้ำมีมุมอับ มืดทึบ หรือบริเวณที่อากาศถ่ายเทไม่สะดวกร้อยละ 45.1 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[13,15] พบว่า การมีภาชนะใส่น้ำและวางไว้ในบริเวณที่อับชื้นมืด และอากาศถ่ายเทไม่สะดวกนั้นเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย Aedes aegypti ได้ง่าย เนื่องจากยุงลายชอบที่มืดชื้นและน้ำนิ่งเช่น ถังน้ำในห้องน้ำหรือในที่มืด นอกจากนี้ยังพบว่าประชาชนมีโอ่ง ถัง บ่อเก็บน้ำนอกบ้านที่ไม่มีฝาปิดหรือฝาปิดไม่สนิทร้อยละ 33.0 สอดคล้องกับการศึกษาของ Waewwabและคณะ[14,16] รายงานว่า ครัวเรือนที่ไม่ปิดฝาภาชนะบรรจุน้ำดื่มมีโอกาสพบตัวอ่อนของยุงลายมากกว่าครัวเรือนที่ใช้ฝาปิดอย่างมีประสิทธิภาพถึง 4 เท่า (OR = 4.0, p < 0.001) ในส่วนของสภาพแวดล้อมบริเวณบ้านของประชาชนนั้นมีการปลูกพืชที่กักเก็บน้ำตามซอกใบเช่น สับปะรดสี กล้วย บอนพลูด่างในน้ำจำนวนมากในบริเวณบ้านร้อยละ 30.2 บริเวณลานซักล้าง มีน้ำขังนิ่ง หรือมีภาชนะที่ไม่ใช้แล้ววางอยู่ร้อยละ 30.2 และบริเวณบ้าน รั้ว มีการวางกระถาง/จานรอง ขวดภาชนะที่คว่ำไม่สนิทและมีน้ำขังภายในร้อยละ 28.0 สอดคล้องกับการศึกษาของ Mahmudและคณะ[17] ที่พบว่า ภาชนะที่ถูกทิ้งร้างได้แก่ ภาชนะที่ไม่ได้ใช้และยางรถยนต์เก่าจัดเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายที่สำคัญที่สุดในทุกฤดูกาลโดยเฉพาะฤดูฝน ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาดมีความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) เมื่อพิจารณาถึงความรู้ของประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ระบาดซ้ำของโรคไข้เลือดออกนั้นมีระดับความรู้อยู่ในระดับสูง (ค่ามัธยฐานคือ 8 ค่าต่ำสุดเท่ากับ 3 และค่าสูงสุดเท่ากับ 11) เพียงร้อยละ 47.3 ในขณะที่ความรู้ของประชาชนในพื้นที่ไม่ระบาดนั้นมีความรู้อยู่ในระดับสูง (ค่ามัธยฐานคือ 9 ค่าต่ำสุดเท่ากับ 4 และค่าสูงสุดเท่ากับ 11) ถึงร้อยละ 67.6 สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ว่ากลุ่มตัวอย่างของหมู่บ้านที่ไม่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างของหมู่บ้านที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)[18]เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมา[8] ที่ได้ทำการเปรียบเทียบระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคไข้เลือดออกในพื้นที่จุดเสี่ยงและพื้นที่ที่ไม่ใช่พื้นที่จุดเสี่ยงของการระบาดของโรคไข้เลือดออกในรัฐเซลังงอร์ ประเทศมาเลเซีย ผลการศึกษาพบว่าชุมชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ไม่ใช่พื้นที่เสี่ยงมีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกสูงกว่าชุมชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เสี่ยง (p value=0.003; 15.41 vs. 14.55) อธิบายได้ว่า การที่ประชาชนมีความรู้อยู่ในระดับสูงส่วนหนึ่งมาจากการได้รับข้อมูลข่าวสารร้อยละ 92.3 ผ่านหลากหลายช่องทางได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข/หมอ/อสม. วิทยุ/โทรทัศน์ และโซเชียลมีเดียซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไข้เลือดออกสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ชี้ให้เห็นว่า การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับไข้เลือดออกผ่านสื่อได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุ สื่อสิ่งพิมพ์ และสื่อสังคมช่วยเพิ่มระดับความรู้และแรงจูงใจในการป้องกันโรคได้อย่างต่อเนื่อง[19]ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของญาดา โตอุตชนม์และคณะ[20]ที่พบว่า การค้นหาข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต และการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขทำให้ได้รับข้อมูลเรื่องไข้เลือดออกเป็นประจำส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก อย่างไรก็ตามผลการศึกษาในครั้งนี้พบประเด็นที่น่าสนใจนั่นคือ ประชาชนยังขาดความเข้าใจในข้อมูลที่ว่า ไข่ของยุงลายที่มีตัวอ่อนภายในเจริญเติบโตเต็มที่แล้วจะทนต่อสภาพแห้งแล้งได้นาน 1 สัปดาห์ซึ่งในความเป็นจริงแล้วไข่ยุงลายนั้นสามารถทนสภาพได้ตั้งแต่ 1 สัปดาห์ถึง 8 เดือน[21] ซึ่งหากประชาชนขาดความเข้าใจที่ถูกต้องจะส่งผลต่อการกำจัดแหล่งเพาะพันธ์ยุงลาย หากตัวอ่อนภายในพัฒนาเต็มที่แล้ว ไข่ของยุงลายจะถูกวางติดแน่นอยู่ตามขอบภาชนะเหนือระดับน้ำ และมีคุณสมบัติพิเศษในการทนแล้งเมื่อมีน้ำฝนตกลงมาหรือมีคนเติมน้ำลงไปจนท่วมตัวไข่ ไข่เหล่านั้นจะสามารถฟักตัวเป็นลูกน้ำได้ภายใน

เวลาไม่กี่นาทีส่งผลให้ประชาชนทิ้งหรือคว่ำภาชนะแล้วปล่อยทิ้งไว้โดยไม่ทำการขัดล้างบริเวณขอบด้านใน ไข่ที่ติดแน่นอยู่ตามขอบภาชนะในฤดูแล้งเมื่อเข้าสู่ฤดูฝนไข่สะสมทั้งหมดจะเริ่มฟักตัวและนำไปสู่การระบาดของโรคไข้เลือดออก

ผลการศึกษาด้านทัศนคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกไม่มีความแตกต่างกันระหว่างประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาดซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา[18] ที่พบว่า ทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้านที่มีการระบาดมีระดับสูงกว่าหมู่บ้านที่ไม่มีการระบาดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการศึกษาก่อนหน้านี้[(7)]ที่รายงานว่า ทัศนคติในการป้องกันและควบคุมโรคของกลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้านที่ปลอดโรคสูงกว่าหมู่บ้านที่มีการระบาดของโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ถึงแม้ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะพบว่า ประชาชนในพื้นที่ระบาดซ้ำมีทัศนคติอยู่ในระดับสูงร้อยละ 67.0 แต่ด้วยสภาพแวดล้อมและลักษณะของที่อยู่อาศัยของบ้านเรือนประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ระบาดซ้ำมีความเสี่ยงสูงกว่าพื้นที่ไม่มีการระบาดซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกที่ยากต่อการควบคุมซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า การแก้ไขปัญหาไข้เลือดออกในพื้นที่ระบาดซ้ำอาจไม่สามารถทำได้โดยการปรับเปลี่ยนทัศนคติเพียงอย่างเดียว เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านการจัดการสภาพแวดล้อมหรือสภาพแวดล้อมรอบบ้านที่ทำให้เกิดความเสี่ยงสูง

ด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกไม่มีความแตกต่างกันระหว่างประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาดสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[8] ที่ไม่พบความแตกต่างในด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่เสี่ยงและพื้นที่ที่ไม่ใช่พื้นที่เสี่ยงของการระบาดของโรคไข้เลือดออก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในพื้นที่เสี่ยงสูงประชาชนเกิดความคุ้นเคยกับการได้รับข้อมูลข่าวสารหรือการรณรงค์บ่อยครั้งจนมองว่า การระบาดของโรคไข้เลือดออกเป็นเรื่องปกติ จากข้อมูลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ระบาดซ้ำร้อยละ 71.4 ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกหรือการกำจัดลูกน้ำยุงลายซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้[22] ที่พบว่า การไม่เข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการติดเชื้อ โดยผลการวิเคราะห์ชี้ให้เห็นว่าผู้ที่ไม่เข้าร่วมมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงกว่าผู้ที่เข้าร่วมถึง 3.23 เท่า (OR = 3.23; 95% CI: 1.41–7.43)

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ประชาชนในพื้นที่ระบาดซ้ำของโรคไข้เลือดออกมีความเสี่ยงด้านปัจจัยนิเวศวิทยาสูงกว่า และมีระดับความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกต่ำกว่าประชาชนในพื้นที่ไม่มีการระบาดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ทัศนคติและพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่แตกต่างกัน ดังนั้น การดำเนินมาตรการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ระบาดซ้ำควรให้ความสำคัญทั้งการส่งเสริมความรู้ของประชาชนและการจัดการปัจจัยนิเวศวิทยาในระดับครัวเรือนและชุมชนควบคู่กัน โดยนำข้อมูลจากการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ประกอบการวางแผนและพัฒนามาตรการให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ อีกประเด็นหนึ่งที่น่าสนใจและควรได้รับการพิจารณาอย่างจริงจัง คือ พื้นที่ระบาดซ้ำ ซึ่งตามหลักการแล้วควรเป็นพื้นที่เป้าหมายลำดับต้นในการได้รับการจัดสรรงบประมาณ มาตรการควบคุมโรคและการรณรงค์ด้านสุขศึกษาจากภาครัฐอย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง แต่จากผลการศึกษากลับพบว่า ประชาชนในพื้นที่ดังกล่าวมีระดับความรู้ในการป้องกันโรคต่ำกว่า และมีปัจจัยเสี่ยงทางนิเวศวิทยาสูงกว่าพื้นที่ที่ไม่มีการระบาดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อค้นพบนี้สะท้อนให้เห็นว่ามาตรการสาธารณสุขหรือรูปแบบการรณรงค์แบบเดิมที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันอาจยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร หรืออาจมีข้อจำกัดเชิงโครงสร้างที่ไม่เพียงพอต่อการแก้ไขปัญหาในพื้นที่

ข้อสรุป (Conclusions)

การแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ระบาดซ้ำต้องดำเนินการควบคู่กันทั้งการให้ความรู้และการจัดการปัจจัยนิเวศวิทยาเชิงรุกไม่ใช่มุ่งเน้นด้านใดด้านหนึ่งเพียงอย่างเดียว

ข้อจำกัดของงานวิจัย

เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Study) ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูล ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งเพียงครั้งเดียว จึงมีข้อจำกัดสำคัญประการหนึ่ง คือ ไม่สามารถพิสูจน์ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล (Causality) ได้อย่างชัดเจน อีกทั้งยังมีประเด็นเรื่องความคลุมเครือด้านลำดับเวลา (Temporal Ambiguity) กล่าวคือ ไม่อาจสรุปได้อย่างแน่ชัดว่าปัจจัยทางนิเวศวิทยาและพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ไม่เหมาะสมเป็นสาเหตุที่นำไปสู่การเกิดการระบาดซ้ำในพื้นที่นั้น หรือในทางกลับกัน การที่พื้นที่ดังกล่าวมีสถานะเป็นพื้นที่ระบาดซ้ำอย่างต่อเนื่อง อาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลย้อนกลับไปเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชนหรือรูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมในพื้นที่นั้นเอง

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. ผลการศึกษาพบว่าประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ระบาดซ้ำมีความรู้ด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออกต่ำกว่าประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ไม่มีการระบาดซึ่งแสดงให้เห็นว่าการประชาสัมพันธ์แบบดั้งเดิมอาจเข้าไม่ถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างแท้จริง ดังนั้น ควรเปลี่ยนแนวทางจากการให้ความรู้ทั่วไปเป็นการสื่อสารเชิงรุกโดยเน้นการสาธิตวิธีการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายภายในและภายนอกบ้าน

2. เนื่องจากปัจจัยด้านนิเวศวิทยาซึ่งได้แก่ สภาพแวดล้อมเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก หน่วยงานท้องถิ่นเช่น อบต. หรือเทศบาลควรเน้นการดำเนินงานที่ครอบคลุมมากกว่าการพ่นหมอกควันหรือแจกทรายอะเบท เช่น การจัดการขยะ การปรับปรุงระบบระบายน้ำ และกิจกรรม Big Cleaning Day ในพื้นที่เสี่ยงสูงเพื่อป้องกันการระบาดซ้ำ

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

งานวิจัยนี้ยืนยันว่าการระบาดซ้ำของโรคไข้เลือดออกในพื้นที่อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนครนั้นเป็นปัญหาเชิงระบบที่เกิดจากปัจจัยนิเวศวิทยาที่เสี่ยงสูงควบคู่กับช่องว่างด้านความรู้ของประชาชน ข้อค้นพบนี้มีนัยสำคัญต่อการออกแบบนโยบายสาธารณสุขกล่าวคือ มาตรการที่มีประสิทธิภาพต้องทำงานพร้อมกันทั้ง 2 แนวทาง ได้แก่ การจัดการสิ่งแวดล้อมเชิงรุก และการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้หรือความรอบรู้ของประชาชน

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนครที่ให้การสนับสนุนข้อมูลอำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการลงพื้นที่ในพื้นที่

เอกสารอ้างอิง (References)

1. World Health Organization. **Dengue** 2026 [cited 2025 Aug 21]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue
2. สุภาภรณ์ จูจันทร์, ชญานิจมหาสิงห์. สถานการณ์และแนวโน้มโรคไข้เลือดออกในประเทศไทยปีพ.ศ. 2568 (ข้อมูล ณ วันที่ 19 สิงหาคม 2568). **รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์** 2568; 56(8) : e6538. DOI: 10.59096/wesr.v56i8.6538

3. Akter R, Tasneem F, Das SC, Soma MA, Georgakopoulos-Soares I, Juthi RT, et al. Approaches of dengue control: vaccine strategies and future aspects. **Frontiers in Immunology** 2024; 15: 1362780. DOI: 10.3389/fimmu.2024.1362780.
4. กองโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **ยุทธศาสตร์การจัดการโรคติดต่อนำโดยแมลง พ.ศ. 2566–2575**. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
5. จิราพร พัฒน์มณี,ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์, สมเกียรติยศ วรเดช. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ที่อาศัยในพื้นที่มีการระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออก. **วารสารการพยาบาลและการศึกษา** 2566; 16(3): 61-75.
6. Arista I GP, Sawitri AAS, Yatra IMS. A comparison of risk factors of dengue hemorrhagic fever outbreaks between urban and rural areas during the COVID-19 pandemic. **The Journal of Public Health Research and Community Health Development (JPHRECODE)** 2022; 5(2): 99-106. DOI: 10.20473/jphrecode.v5i2.28838.
7. พุทธิพงศ์ บุญชู. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก: ศึกษาเปรียบเทียบ หมู่บ้านปลอดโรค กับหมู่บ้านที่มีการระบาดของโรคในตำบลน้ำผุด อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง. **วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ** 2563; 3(3): 79-94.
8. Ghani NA, Shohaimi S, Hee AKW, Chee HY, Emmanuel O, Ajibola LSA. Comparison of knowledge, attitude, and practice among communities living in hotspot and non-hotspot areas of dengue in Selangor, Malaysia. **Tropical Medicine and Infectious Disease** 2019; 4(1): 37. DOI: 10.3390/tropicalmed4010037.
9. ศูนย์ระบาดอำเภอพรรณานิคม. **กลุ่มผู้ป่วยไข้เลือดออก** [ฐานข้อมูล]. พรรณานิคม: ศูนย์ระบาดอำเภอพรรณานิคม; 2568. ข้อมูลจากระบบ EPIDEM Module for BMS-HOSxP XE 4.0; ข้อมูล ณ วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2568.
10. ณีรนุช วรไธง, ปิยะภรณ์ ดอนหลักคำ, ชินันพร ทองเภา, บุญเลี้ยง สุพิมพ์, จิราภรณ์ จำปาจันทร์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร. **วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย** 2568; 4(2): 191-203.
11. Machin D, Campbell MJ, Tan SB, Tan SH. **Sample size tables for clinical studies**. 3rd ed. John Wiley & Sons; 2009. DOI:10.1002/9781444300710
12. Peña-García VH, LaBeaud AD, Ndenga BA, Mutuku FM, Bisanzio D, Andrews JR, et al. Non-household environments make a major contribution to dengue transmission: implications for vector control. **medRxiv: the preprint server for health sciences** 2024; 12(4). DOI: 10.1101/2024.01.08.24301016.
13. Bloom BS, Hastings JT, Madaus GF. **Handbook on formative and summative evaluation of student learning**. New York: McGraw-Hill; 1971.
14. Best JW. **Research in education**. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1977.
15. Fansiri T, Buddhari D, Pathawong N, Pongsiri A, Klungthong C, Iamsirithaworn S, et al.

Entomological risk assessment for dengue virus transmission during 2016-2020 in Kamphaeng Phet, Thailand. **Pathogens** 2021; 10(10): 1234. DOI: 10.3390/pathogens10101234.

16. Waewwab P, Sungvornyothin S, Potiwat R, Okanurak K. Impact of dengue-preventive behaviors on Aedes immature production in Bang Kachao, Samut Prakan Province, Thailand: A cross-sectional study. **BMC public health** 2020; 20(1): 905. DOI: 10.1186/s12889-020-8394-5.
17. Mahmud MAF, Mutalip MH, Lodz NA, Shahar H, Mahmud CMAF. (2018). Study on key Aedes spp breeding containers in dengue outbreak localities in Cheras district, Kuala Lumpur. **International Journal of Mosquito Research**. 2018; 5(2): 23-30.
18. อภิชัย คุณีพงษ์, เสมอ วุฒิ. การเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลที่มีการระบาด กับตำบลที่ไม่มีการระบาด ในพื้นที่อำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี. **วารสารควบคุมโรค** 2561; 44(1): 102-111. DOI: 10.14456/dcj.2018.10
19. Boonchutima S, Kachentawa K, Limpavithayakul M, Prachansri A. Longitudinal study of Thai people media exposure, knowledge, and behavior on dengue fever prevention and control. **J Infect Public Health** 2017 ;10(6): 836-841. DOI: 10.1016/j.jiph.2017.01.016
20. ญาดา โตอุดชนม์, ธันวดี รู้รอบ, กรรณิกา บัวทะเล, สมร นุ่มผ่อง, รัชนีกร คัชมา. ความรอบรู้ไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ป่วยซ้ำซากเขตสุขภาพที่9. **วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4** 2567; 14(1): 38-48.
21. Centers for Disease Control and Prevention. **Life cycle of Aedes mosquitoes** 2025 [cited 2025 Feb 21]. Available from: https://www.cdc.gov/mosquitoes/about/life-cycle-of-aedes-mosquitoes.html
22. Ismail NA, Haikhah J, Fauziah ET, Prabasunu MA, Rahma FH, Siswanto S, et al. Investigation of risk factors for household-based dengue virus infection in Borobudur 21. Subdistrict, Magelang, Indonesia. **Germs** 2024; 14(3): 277–286. DOI: 10.18683/germs.2024.1438

การศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาและอุปสรรค ปัจจัยที่มีผล และแนวทางการพัฒนาระบบบริหารคุณภาพ ISO 9001:2015 ของโรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่งในประเทศไทย: การศึกษาเชิงคุณภาพ

Current Status, Challenges, Influencing Factors, and Guidelines for Implementing the ISO 9001:2015 Quality Management System at a medical school in Thailand : A Qualitative Study

อุไร รักความซื่อ, นลัทพร สืบเสาะ**,*
อภิญญา จันทุมา, จันทิรา รอดเดช***, อรอนงค์ โนนทิง*****
Urai Rakkhwamsue, Naluttaporn Suebsoh**,*
Apinya Jantuma, Jantira Roddech***, Onanong Nonting*****

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และอุปสรรคของการประยุกต์ใช้ระบบบริหารคุณภาพ ISO 9001:2015 (2) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ และ (3) เสนอแนวทางการพัฒนาระบบบริหารคุณภาพ ISO 9001:2015 ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยผู้บริหาร 6 คน หัวหน้างาน/หัวหน้าหน่วย 20 คน และผู้ปฏิบัติงาน 20 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เก็บข้อมูลด้วยการสืบค้นข้อมูลเอกสารและการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงอุปนัย

ผลการวิจัยพบว่า (1) การนำ ISO 9001:2015 มาใช้ครอบคลุมทุกกระบวนงาน แต่ประสบปัญหาภาระงานที่เพิ่มขึ้น ความไม่เข้าใจข้อกำหนด และความหลากหลายของระบบคุณภาพทางคลินิก (2) ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จมากที่สุดคือปัจจัยด้านการบริหาร ได้แก่ ความมุ่งมั่นของผู้บริหาร การสนับสนุน และการสื่อสาร รองลงมาคือปัจจัยด้านบุคลากรและด้านกระบวนการดำเนินงาน และ (3) แนวทางการพัฒนาระบบบริหารคุณภาพประกอบด้วย 11 ขั้นตอน ตั้งแต่การกำหนดนโยบายคุณภาพจนถึงการรับรองมาตรฐาน โดยข้อเสนอแนะสำคัญคือการพัฒนาระบบสารสนเทศแบบรวมศูนย์เพื่อสนับสนุนการบริหารจัดการคุณภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ระบบบริหารคุณภาพ, ISO 9001:2015, สถาบันการแพทย์, การพัฒนาองค์กรคำสำคัญ

---

* งานบริหารและทรัพยากรบุคคล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** *ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*

**** *งานบริการการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*

* Administration and Human Resources Division, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

** Division of Nursing, Srinagarind Hospital. Faculty of Medicine, Khon Kaen university

*** Department of Pharmacy, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

**** Research and Innovation, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

Corresponding author: Urai Rakkhwamsue *Email: rurai@kku.ac.th*

Received 15/01/2026 *Revised 13/09/2026* *Accepted 24/09/2026*

ABSTRACT

This qualitative study aimed to examine the current status, challenges, influencing factors, and guidelines for implementing the ISO 9001:2015 quality management system at the Faculty of Medicine, Khon Kaen University. Participants included 6 executives, 20 heads of divisions or units, and 20 operational staff members, selected through purposive sampling. The data were collected through searching through documents, semi-structured interviews, focus group discussions, and participant observation, and analyzed using inductive thematic analysis.

The findings indicated that the Faculty of Medicine has implemented ISO 9001:2015 across all operational processes. Key challenges included increased workload, limited understanding of ISO 9001:2015 requirements, and the coexistence of multiple clinical quality systems. Management-related factors (leadership commitment, support, and communication), followed by personnel and operational-related factors"

The proposed development guidelines comprised 11 sequential steps, ranging from establishing and communicating quality policy to achieving ISO 9001:2015 certification. To enhance the effectiveness and sustainability of the quality management system, the establishment of an integrated information system is recommended to support centralized quality management and efficient use of shared organizational resources.

Keywords: Quality Management System, ISO 9001:2015, Faculty of Medicine, Organizational Development

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ในสภาวการณ์การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นทางสังคม การเมือง เศรษฐกิจ รวมทั้งวิทยาการความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรมทำให้ในการดำเนินงานขององค์กรต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐและเอกชนต้องคำนึงถึงความพึงพอใจของลูกค้าที่มีผลต่อผลิตภัณฑ์และการบริการถือเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้องค์กรประสบความสำเร็จและเจริญเติบโตได้อย่างยั่งยืน ในการที่จะสร้างความพึงพอใจกับลูกค้านั้น องค์กรจำเป็นต้องมีผลิตภัณฑ์กับการบริการที่มีคุณภาพสม่ำเสมอ และมีความปลอดภัย ถูกต้องตามความต้องการของลูกค้า ดังนั้นการปรับปรุงกระบวนการทำงานจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการสร้างความพึงพอใจให้กับลูกค้า ซึ่งองค์กรหลายแห่งได้มีการนำระบบต่าง ๆ มาใช้เพื่อสร้างมาตรฐานการทำงานขององค์กรให้มีประสิทธิภาพ และสร้างขีดความสามารถในการแข่งขันด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านคุณภาพ แนวทางการบริหารคุณภาพจัดเป็นเครื่องมือชนิดหนึ่งที่เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางว่าช่วยให้องค์กรประสบความสำเร็จในการดำเนินธุรกิจ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้กำหนดทิศทาง และเป้าหมายเกี่ยวกับการดำเนินงานตามพันธกิจ อันได้แก่ การจัดการศึกษา การวิจัย การรักษาพยาบาล การบริการวิชาการแก่สังคม จึงให้ความสำคัญเกี่ยวกับสภาวการณ์ด้านการแข่งขัน การประเมินภายในองค์กร ภายนอกองค์กร และการปรับปรุงผลการดำเนินการซึ่งต้องอาศัยระบบการบริหารจัดการองค์กรที่ดี จึงต้องมีการพัฒนากระบวนการทำงานให้สามารถตอบสนองความต้องการของลูกค้าได้อย่างมีคุณภาพ และมีความปลอดภัย ซึ่งระบบบริหารคุณภาพ เป็นเครื่องมือหนึ่งที่ช่วยในการบริหารงานเพื่อยกระดับคุณภาพและศักยภาพในการให้บริการ เพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศอย่างยั่งยืน ในเดือนเมษายน 2566 คณะแพทยศาสตร์จึงได้ประกาศนโยบายคุณภาพตามระบบบริหารคุณภาพ ISO 9001:2015 ด้านการบริหารจัดการเพื่อให้บุคลากรในหน่วยงานทราบและถือปฏิบัติ ดังนี้ “มุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนการให้บริการสุขภาพ การศึกษา และการวิจัยในระดับสากล” (แผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประจำปี 2568-2571) และคณะแพทยศาสตร์ ได้รับการรับรองมาตรฐานระบบบริหารคุณภาพ ISO 9001:2015 จาก บริษัท ยูไนเต็ด รีจิสตร้า ออฟ ซิสเท็มส์ (ประเทศไทย) จำกัด เดือนสิงหาคม 2566[1]

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาแนวทางการพัฒนาระบบบริหารงานคุณภาพ ISO 9001:2015 ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการประยุกต์ใช้ระบบบริหารคุณภาพในคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ได้รับการรับรองมาตรฐานระบบบริหารคุณภาพ ISO 9001:2015 รวมถึงอยากทราบว่าบุคลากรในระดับต่าง ๆ แต่ละหน่วยงานมีปัญหา อุปสรรคหรือไม่ในการดำเนินการภายใต้การนำระบบการบริหารงานคุณภาพมาประยุกตใช้ นอกจากนั้นแล้ว ปัจจุบันหลังจากที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน ISO 9001:2015 แล้วมีการดำเนินงานเป็นอย่างไรบ้าง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมรับการตรวจยืนยันรักษามาตรฐานที่จะมีขึ้นทุกปี อันจะเป็นการพัฒนาคุณภาพทั้งองค์กร เพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันและบริหารจัดการองค์กรในระดับมาตรฐานสากลและเป็นไปตามเป้าประสงค์ที่จะพัฒนาระบบการบริหารจัดการคณะแพทยศาสตร์ให้ทันสมัยและทันต่อการเปลี่ยนแปลงสามารถรักษาและพัฒนาคุณภาพการจัดการการศึกษา และงานวิจัยเพื่อมุ่งสู่การเป็นโรงเรียนแพทย์ระดับโลก (300th QS World University Rankings by subject: Medicine) และการพัฒนางานบริการรักษาพยาบาลให้มีคุณภาพระดับสากล และเกิดผลสำเร็จตามวิสัยทัศน์และเป้าหมายของคณะแพทยศาสตร์

นอกจากนั้น การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ อาจเป็นประโยชน์ต่อองค์กรที่ต้องการได้รับการรับรองมาตรฐานระบบบริหารคุณภาพ ISO 9001 รวมถึงอาจไม่ต้องจ้างที่ปรึกษามาช่วยในการจัดเตรียมระบบเพื่อขอการรับรอง ซึ่งเป็นการช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการจ้างที่ปรึกษาได้ด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย (Objective)

1. เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาและอุปสรรคของการประยุกต์ใช้ระบบบริหารคุณภาพ ISO 9001:2015 ของโรงเรียนแพทย์ แห่งหนึ่งในประเทศไทย

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการประยุกต์ใช้ระบบบริหารคุณภาพ ISO 9001:2015 ของโรงเรียนแพทย์ แห่งหนึ่งในประเทศไทย

3. เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาระบบบริหารคุณภาพ ISO 9001:2015 ของ โรงเรียนแพทย์ แห่งหนึ่งในประเทศไทย

วิธีดำเนินการวิจัย (Method)

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ คณะผู้วิจัยดำเนินการวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

สถานที่ศึกษา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

คณะผู้วิจัยกำหนดผู้ให้ข้อมูลโดยใช้การเลือกแบบเจาะจง กลุ่มบุคคลที่มีความเกี่ยวข้อง จำนวน 46 คน เกณฑ์ในการคัดเลือก คือ เป็นผู้ที่มีความรู้ และประสบการณ์การนำระบบบริหารงานคุณภาพ ISO 9001:2015 มาใช้ในการปฏิบัติงาน ได้แก่ ผู้บริหารคณะแพทยศาสตร์ จำนวน 6 คน หัวหน้างาน/หัวหน้าหน่วย จำนวน 20 คน ผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 20 คน หรือจนได้ข้อมูลที่อิ่มตัว (data saturation)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คณะผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญ เป็นผู้สัมภาษณ์และสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยใช้ข้อคำถามการสัมภาษณ์เป็นแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structure) แนวคำถามสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) กลุ่มผู้บริหาร ได้แก่ 1) การดำเนินการระบบบริหารคุณภาพที่ผ่านมา ปัญหา หรืออุปสรรค ในการดำเนินการ 2) วิธีการหรือแนวทางใดในการแก้ไขปัญหา 3) ความสำเร็จของการประยุกต์ใช้ระบบบริหารคุณภาพ ISO 9001:2015 4) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการประยุกต์ใช้ระบบบริหารคุณภาพ ISO 9001:2015 5) การกำหนดแนวทางการดำเนินงานในอนาคตและแนวคำถาม กลุ่มหัวหน้างาน/หัวหน้าหน่วย ได้แก่ 1) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการประยุกต์ใช้ระบบบริหารคุณภาพ 2) การนำระบบบริหารคุณภาพ ISO 9001:2015 มาประยุกต์ใช้ 3) ปัญหาหรืออุปสรรคในการดำเนินการ 4) แนวทางการแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรค 5) แนวทางการพัฒนาระบบบริหารงานในอนาคต และแนวคำถามสนทนากลุ่มย่อย (Focus Group Interview) กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ 1) การนำระบบบริหารคุณภาพ ISO 9001:2015 มาประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน 2) ปัญหาหรืออุปสรรคในการดำเนินการ 3) แนวทางการแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรค 4) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการประยุกต์ใช้ระบบบริหารคุณภาพ 5) แนวทางการพัฒนาการทำงานที่ได้รับผิดชอบ

คณะผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของแบบสัมภาษณ์ โดยนำแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ผ่านการตรวจโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และดำเนินการวิจัยหลังจากได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น แล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ คณะผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากการสืบค้นข้อมูลเอกสาร และจากการสัมภาษณ์ ผู้บริหาร จำนวน 6 คน และเก็บข้อมูลจากการสนทนากลุ่มย่อยหัวหน้างาน/หัวหน้าหน่วย จำนวน 20 คน และผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 20 คน โดยดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2568 สนทนากลุ่ม จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 5 คน แต่ละครั้งไม่เกิน 2 ชั่วโมง ณ ห้องประชุมคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

การตรวจสอบข้อมูล

คณะผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลด้วยวิธีสามเส้า (triangulation method) โดยทำการตรวจสอบข้อมูลใน 3 ลักษณะ ได้แก่ 1) การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) 2) การตรวจสอบสามเส้าด้านทฤษฎี (theory triangulation) 3) การตรวจสามเส้าด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (Methods triangulation)

การวิเคราะห์ข้อมูล

คณะผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการบันทึกแยกแยะข้อมูล จัดข้อมูลออกเป็นกลุ่ม และทำการจัดระเบียบข้อมูล ออกทีละประเด็นตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ด้วยวิธีการสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการพิจารณา อนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ HE671345

ผลการวิจัย (Results)

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ผู้บริหาร หัวหน้างาน/หัวหน้าหน่วยและผู้ปฏิบัติงาน สามารถสังเคราะห์ประเด็นผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาออกเป็น 3 ประเด็นหลัก (Themes) ดังนี้

4.1 สภาพปัจจุบัน ปัญหา และอุปสรรคของการประยุกต์ใช้ระบบบริหารคุณภาพ ISO 9001:2015

การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารระดับสูง พบว่า ความคิดเห็นของผู้บริหารระดับสูงเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้ระบบบริหารคุณภาพ ISO 9001:2015 สามารถจำแนกออกเป็น 6 ประเด็นธีมหลัก ได้แก่ บทบาทและความสำคัญของระบบ ISO 9001:2015 ความมุ่งมั่นของผู้บริหารและการกำหนดนโยบายคุณภาพ โครงสร้างการบริหารจัดการและการบูรณาการระบบคุณภาพ ภาระงานและทรัพยากรสนับสนุน การมีส่วนร่วมของบุคลากรและวัฒนธรรมคุณภาพและแนวทางการพัฒนาเพื่อความยั่งยืนในอนาคต

ผู้บริหารทุกคนเห็นพ้องว่า ระบบ ISO 9001:2015 เป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยยกระดับการบริหารจัดการองค์กรให้เป็นระบบและเป็นไปตามมาตรฐานสากล โดยความสำเร็จของการดำเนินงานมีจุดเริ่มต้นจากความมุ่งมั่นของผู้บริหารระดับสูง การประกาศและสื่อสารนโยบายคุณภาพอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดด้านโครงสร้างการบริหารที่ไม่ชัดเจน ภาระงานที่เพิ่มขึ้น และการขาดทรัพยากรสนับสนุนที่เพียงพอ ขณะเดียวกัน การมีส่วนร่วมของบุคลากรและการสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่มุ่งเน้นคุณภาพ ถูกมองว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้คณะแพทยศาสตร์ได้รับการรับรองมาตรฐาน ISO 9001:2015 และสามารถพัฒนาระบบบริหารคุณภาพได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความคิดเห็นของผู้บริหารระดับสูงต่อการประยุกต์ใช้ระบบบริหารคุณภาพ ISO 9001:2015

Theme	**สาระสำคัญของธีม**	**ตัวอย่างคำพูดจากผู้บริหารผู้ให้ข้อมูล**
บทบาทและความสำคัญของ ISO 9001:2015	ISO 9001:2015 เป็นเครื่องมือสำคัญในการยกระดับการบริหารจัดการให้เป็นระบบตามมาตรฐานสากล สนับสนุนพันธกิจด้านบริการ การศึกษา และการวิจัย	“ระบบบริหารคุณภาพ ISO 9001:2015 ช่วยวางกรอบการทำงานขององค์กรให้เป็นมาตรฐานสากล และสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย” (ชาย, 42 ปี)
ความมุ่งมั่นของผู้บริหารและนโยบายคุณภาพ	ความสำเร็จเริ่มจากความมุ่งมั่นของผู้บริหาร การประกาศและสื่อสารนโยบายคุณภาพอย่างชัดเจน	“ทีมผู้บริหารต้องมีความมุ่งมั่นชัดเจน มีการประกาศนโยบายคุณภาพ และสื่อสารให้บุคลากรถือปฏิบัติร่วมกัน” (ชาย,40 ปี)

โครงสร้างการบริหารและการบูรณาการระบบคุณภาพ	โครงสร้างการบริหารคุณภาพยังไม่ชัดเจน มีความซ้ำซ้อนและขาดการบูรณาการกับระบบคุณภาพของโรงพยาบาล	“การทำงานด้านคุณภาพยังแยกส่วน และมีความซ้ำซ้อนระหว่างระบบคุณภาพของคณะกับโรงพยาบาล” (ชาย, 46 ปี)
ภาระงาน บุคลากร และทรัพยากร	การจัดทำเอกสารคุณภาพเพิ่มภาระงาน ขาดบุคลากรเฉพาะด้าน เวลา และงบประมาณ	“ข้อกำหนดด้านเอกสารทำให้ภาระงานของบุคลากรเพิ่มขึ้น และยังขาดผู้เชี่ยวชาญด้านระบบคุณภาพโดยตรง” (ชาย, 47 ปี)
การมีส่วนร่วมของบุคลากรและวัฒนธรรมคุณภาพ	การมีส่วนร่วม การอบรม และการสื่อสารอย่างต่อเนื่อง ช่วยสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่มุ่งเน้นคุณภาพ	“เมื่อบุคลากรเข้าใจและมีส่วนร่วม จะทำให้การพัฒนาคุณภาพเป็นเรื่องของทุกคน ไม่ใช่เฉพาะคณะกรรมการ” (ชาย, 45 ปี)
แนวทางพัฒนาและความยั่งยืนในอนาคต	ควรพัฒนาโครงสร้างแบบรวมศูนย์ ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล บูรณาการหลายมาตรฐานเพื่อความยั่งยืน	“การนำระบบดิจิทัลและการรวม ISO 9001 เป็นแกนกลาง จะช่วยลดความซ้ำซ้อนและทำให้ระบบคุณภาพยั่งยืนมากขึ้น” (ชาย, 42 ปี)

สนทนากลุ่ม (Focus Group Interview) พบว่า คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้นำระบบบริหารคุณภาพ ISO 9001:2015 มาประยุกต์ใช้ครอบคลุมทุกกระบวนงานหลักและกระบวนงานสนับสนุน โดยมีการกำหนดนโยบายคุณภาพ โครงสร้างการบริหาร และการจัดทำเอกสารตามข้อกำหนดของมาตรฐาน อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานยังประสบปัญหาและอุปสรรคหลายประการ ประเด็นสำคัญ ได้แก่ ภาระงานของบุคลากรที่เพิ่มขึ้นจากการจัดทำเอกสารและการจัดเก็บหลักฐานตามระบบบริหารคุณภาพ ส่งผลให้บุคลากรบางส่วนมองว่าระบบ ISO 9001:2015 เป็นภาระเพิ่มเติมจากงานประจำ

นอกจากนี้ ยังพบปัญหาด้านความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับข้อกำหนดของมาตรฐาน ISO 9001:2015 โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่ยังไม่เข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างระบบบริหารคุณภาพกับการพัฒนาคุณภาพงานประจำ รวมถึงความท้าทายจากความหลากหลายของระบบคุณภาพที่มีอยู่ในงานด้านคลินิก ซึ่งส่งผลให้การบูรณาการระบบ ISO 9001:2015 กับระบบคุณภาพอื่น ๆ เป็นไปได้ยากในทางปฏิบัติ

4.2ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการประยุกต์ใช้ระบบบริหารคุณภาพ ISO9001:2015 พบว่า ปัจจัยด้านการบริหารเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จของการประยุกต์ใช้ระบบบริหารคุณภาพ ISO 9001:2015 มากที่สุด โดยเฉพาะความมุ่งมั่นและการให้ความสำคัญของผู้บริหารระดับสูง การสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น และการสื่อสารนโยบายและเป้าหมายด้านคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยสร้างความเข้าใจและแรงจูงใจให้บุคลากรทุกระดับมีส่วนร่วมในระบบบริหารคุณภาพ

รองลงมาคือปัจจัยด้านบุคลากร ได้แก่ การกำหนดบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบที่ชัดเจน การเปิดโอกาสให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การทำงานเป็นทีม และการเข้ารับการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับข้อกำหนดของ ISO 9001:2015 อย่างสม่ำเสมอ ปัจจัยด้านการดำเนินงาน ได้แก่ การมีแผนปฏิบัติการประจำปีที่ชัดเจน กระบวนการจัดการอบรม การติดตามและประเมินผล การตรวจติดตามคุณภาพภายใน การตรวจประเมินจากหน่วยงานภายนอก และการประชุมทบทวนระบบบริหารคุณภาพ ล้วนเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยสนับสนุนความต่อเนื่องและประสิทธิผลของระบบ

ผลการศึกษา จากสภาพปัจจุบัน ปัญหา และอุปสรรคของการประยุกต์ใช้ระบบบริหารคุณภาพ ISO 9001:2015 และปัจจัยที่มีผลต่อการประยุกต์ใช้ระบบบริหารคุณภาพ ISO 9001:2015 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์เชิงประเด็น ของการประยุกต์ใช้ระบบบริหารคุณภาพ ISO 9001:2015

ประเด็นหลัก (Theme)	**ประเด็นย่อย** (Sub-theme)	**คำอธิบายเชิงเนื้อหา**	**ตัวอย่างสาระจากผู้ให้ข้อมูล**
1. สภาพปัจจุบันของการประยุกต์ใช้ระบบบริหารคุณภาพ	1.1 การนำนโยบายคุณภาพไปสู่การปฏิบัติ	คณะมีการประกาศนโยบายคุณภาพอย่างเป็นทางการ และนำ ISO 9001:2015 มาใช้ครอบคลุมกระบวนการบริหาร การศึกษา การวิจัย และการบริการสุขภาพ	“ผู้บริหารประกาศนโยบายชัดเจน ทำให้ทุกหน่วยงานต้องปรับกระบวนการทำงานให้เป็นระบบมากขึ้น” (ผู้บริหาร ชาย 37 ปี)
	1.2 การจัดทำเอกสารคุณภาพ	มีการจัดทำคู่มือ ระเบียบปฏิบัติ และแบบฟอร์มตามข้อกำหนด ISO แต่ยังพบความซ้ำซ้อนและภาระงานเอกสาร	“เอกสารมีจำนวนมาก ต้องใช้เวลาปรับให้ตรงกับการทำงานจริง” (หัวหน้าหน่วย หญิง 32 ปี)
2. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ	2.1 ภาระงานของบุคลากร	บุคลากรมีภาระงานประจำสูง ทำให้การจัดทำและปรับปรุงเอกสารคุณภาพเป็นภาระเพิ่มเติม	“งานประจำก็เยอะอยู่แล้ว พอมี ISO เข้ามาก็ต้องแบ่งเวลาเพิ่ม” (ผู้ปฏิบัติ หญิง 31 ปี)
	2.2 ความเข้าใจในข้อกำหนด ISO 9001:2015	บุคลากรบางส่วนยังขาดความเข้าใจในข้อกำหนด ส่งผลให้การปฏิบัติไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน	“ยังสับสนว่าต้องทำอะไรถึงจะตรงตามข้อกำหนด” (ผู้ปฏิบัติ หญิง 28 ปี)
	2.3 ความหลากหลายของระบบคุณภาพ	การมีหลายระบบคุณภาพในองค์กร (เช่น HA, JCI) ทำให้เกิดความซ้ำซ้อนและสับสน	“บางเรื่องทำซ้ำกันระหว่าง ISO กับระบบโรงพยาบาล” (ผู้ปฏิบัติ หญิง 36 ปี)
3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ	3.1 ความมุ่งมั่นของผู้บริหาร	ผู้บริหารให้ความสำคัญ สนับสนุนทรัพยากร และติดตามผลอย่างต่อเนื่อง	“ถ้าผู้บริหารไม่ผลักดัน งานนี้เดินไม่ได้” (หัวหน้าหน่วย หญิง 35 ปี)
	3.2 การมีส่วนร่วมของบุคลากร	การเปิดโอกาสให้บุคลากรทุกระดับมีส่วนร่วมช่วยเพิ่มการยอมรับและความร่วมมือ	“เมื่อทุกคนมีส่วนร่วม ก็รู้สึกว่าเป็นงานของเรา” (หัวหน้างาน หญิง 35 ปี) (หัวหน้าหน่วย หญิง 33 ปี) (ผู้ปฏิบัติ หญิง 28 ปี)
	3.3 การสื่อสารและการอบรม	การสื่อสารนโยบายและการจัดอบรมอย่างสม่ำเสมอช่วยสร้างความเข้าใจที่ตรงกัน	“การอบรมช่วยให้เห็นภาพรวมและเข้าใจระบบมากขึ้น” (หัวหน้าหน่วย หญิง 30 ปี)
4. แนวทางการพัฒนาระบบบริหารคุณภาพ	4.1 การพัฒนาระบบสารสนเทศ	การใช้ระบบ IT และ Intranet เป็นศูนย์กลางเอกสารคุณภาพ ลดความซ้ำซ้อน	“ถ้ามีศูนย์เอกสารเดียว ค้นหาง่าย จะช่วยลดเวลาได้มาก” (หัวหน้างาน หญิง 33 ปี)

	4.2 การบูรณาการระบบคุณภาพ	การเชื่อมโยง ISO 9001:2015 กับระบบคุณภาพอื่นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ	“อยากให้ ISO เป็นแกนกลางของระบบคุณภาพทั้งหมด” (หัวหน้างาน หญิง 42 ปี)
	4.3 การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	การตรวจติดตาม ทบทวน และปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอเพื่อความยั่งยืน	“ISO ไม่ใช่ทำครั้งเดียว แต่ต้องพัฒนาไปเรื่อย ๆ” (หัวหน้างาน หญิง 35 ปี) (หัวหน้าหน่วย หญิง 31 ปี) (ผู้ปฏิบัติ หญิง 28 ปี)

4.3 แนวทางการพัฒนาระบบบริหารคุณภาพ ISO 9001:2015 ผลการวิจัย ที่กล่าวมา สามารถสังเคราะห์แนวทางการพัฒนาระบบบริหารคุณภาพ ISO 9001:2015 ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ออกเป็น 11 ขั้นตอน ได้แก่ (1) ผู้บริหารกำหนดนโยบายคุณภาพและสื่อสารให้บุคลากรรับทราบอย่างทั่วถึง พร้อมทั้งสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น (2) การฝึกอบรมและให้ความรู้เกี่ยวกับ ISO 9001:2015 อย่างเป็นระบบ (3) การแต่งตั้งคณะกรรมการหรืออนุกรรมการเพื่อรับผิดชอบงานด้านคุณภาพ (4) การวิเคราะห์บริบทขององค์กร (Context of the Organization) (5) การกำหนดวัตถุประสงค์ด้านคุณภาพ (6) การจัดทำเอกสารตามระบบบริหารคุณภาพ (7) การประเมินสมรรถนะผ่านการติดตาม ตรวจวัด วิเคราะห์ และประเมินผล (8) การตรวจติดตามคุณภาพภายใน (Internal Audit) (9) การทบทวนระบบบริหารคุณภาพโดยฝ่ายบริหาร (10) การรับการตรวจประเมินจากหน่วยงานภายนอก (External Audit) และ (11) การได้รับการรับรองมาตรฐาน ISO 9001:2015

ทั้งนี้ ข้อเสนอแนะสำคัญจากผลการวิจัย คือ การพัฒนาระบบสารสนเทศแบบรวมศูนย์เพื่อใช้เป็นศูนย์กลางในการบริหารจัดการข้อมูลด้านคุณภาพ ช่วยลดความซ้ำซ้อนของงาน เพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงาน และสนับสนุนการใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างเป็นระบบ

อภิปรายผล (Discussion)

5.1 สภาพปัจจุบัน ปัญหา และอุปสรรคของการประยุกต์ใช้ระบบบริหารคุณภาพ ISO 9001:2015

ผลการศึกษาพบว่า คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มีการขับเคลื่อนระบบบริหารคุณภาพ ISO 9001:2015 โดยได้รับแรงสนับสนุนสำคัญจากผู้บริหาร สะท้อนบทบาทของภาวะผู้นำในการกำหนดนโยบายคุณภาพและการสื่อสารเชิงนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับหน่วยงาน อย่างไรก็ตาม ในระยะเริ่มต้นของการดำเนินงานยังคงพบปัญหาและอุปสรรค โดยเฉพาะด้านการจัดการเอกสารและการควบคุมเอกสารให้เป็นฉบับล่าสุด ซึ่งเป็นข้อกำหนดสำคัญของมาตรฐาน ISO 9001:2015 สะท้อนลักษณะเฉพาะขององค์กรที่มีภารกิจหลักด้านบริการและการเรียนการสอน ทำให้บุคลากรมีภาระงานประจำสูงและมีข้อจำกัดด้านเวลาในการปรับปรุงเอกสารคุณภาพอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับงานวิจัยที่ระบุว่าองค์กรด้านสุขภาพมักประสบปัญหาภาระงานด้านเอกสาร ความซับซ้อนของกระบวนการ และการดำรงอยู่ของระบบคุณภาพหลายระบบควบคู่กัน [2,3]

อย่างไรก็ตาม คณะแพทยศาสตร์มีการจัดทำคู่มือระบบบริหารคุณภาพครอบคลุมกระบวนงานจำนวนมาก และมีการติดตามประเมินผลเป็นประจำทุกปี สะท้อนถึงความมุ่งมั่นในการรักษามาตรฐานและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (continuous improvement) ตามกรอบมาตรฐาน ISO 9001:2015

5.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการประยุกต์ใช้ระบบบริหารคุณภาพ ISO 9001:2015

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าความสำเร็จของการประยุกต์ใช้ระบบบริหารคุณภาพ ISO 9001:2015 เกิดจากการบูรณาการปัจจัยหลัก 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้บริหาร ปัจจัยด้านบุคลากร และปัจจัยด้านการดำเนินงาน โดยปัจจัยด้านผู้บริหารมีอิทธิพลสูงสุด เนื่องจากผู้บริหารมีบทบาทสำคัญในการกำหนดนโยบาย แสดงความมุ่งมั่น สนับสนุนทรัพยากร และสร้างความเข้าใจร่วมด้านคุณภาพให้แก่บุคลากรทุกระดับ สอดคล้องกับงานวิจัยของรมณีย์ กองแก้ว[4] ที่ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยด้านผู้บริหารเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญที่สุดของการขอรับรองระบบ ISO 9001 และยังสอดคล้องกับหลักการด้าน Leadership ของ ISO 9001:2015 ที่เน้นบทบาทผู้นำในการสร้างวัฒนธรรมคุณภาพในองค์กร[5] นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับพงษ์ศักดิ์ พลพงษ์ และพรเทพ รัศมีธรรม[6] ที่พบว่าความมุ่งมั่นของผู้บริหาร (Top Management Commitment) อยู่ในระดับ "มาก" โดยผู้บริหารให้ความสำคัญกับการสนับสนุนทรัพยากร (งบประมาณ อุปกรณ์) และการกำหนดนโยบายคุณภาพที่สอดคล้องกับทิศทางกลยุทธ์ขององค์กร

ในส่วนของปัจจัยด้านบุคลากร พบว่าการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน การมีส่วนร่วม การทำงานเป็นทีม และการพัฒนาศักยภาพผ่านการอบรมอย่างต่อเนื่อง ช่วยเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติเชิงบวกต่อระบบบริหารคุณภาพ สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการคุณภาพโดยรวมและการเรียนรู้ขององค์กร[7] รวมถึงงานวิจัยของอัญชลี การบรรจง[8] ที่ระบุว่าบุคลากรที่มีความรู้ความเข้าใจในระบบ ISO 9001 เป็นปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จของระบบอย่างมีนัยสำคัญ และยังสอดคล้องกับวิศิษฏ์ เจริญเลิศ(2564)[9] ที่พบว่าการสื่อสารและการมีส่วนร่วมของพนักงาน (Communication & Teamwork) ช่วยให้พนักงานเห็นประโยชน์ว่าระบบใหม่ช่วยลดความผิดพลาดในการทำงาน มิใช่เป็นเพียงการเพิ่มภาระงานและเอกสารเท่านั้น

ขณะเดียวกัน ปัจจัยด้านการดำเนินงาน เช่น การวางแผน การสื่อสาร การตรวจติดตามภายใน และการตรวจประเมินจากหน่วยงานภายนอก มีบทบาทสำคัญในการสร้างความเป็นระบบและความต่อเนื่องของการดำเนินงาน สอดคล้องกับวงจรการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องแบบ PDCA [10] นอกจากนี้ การจ้างที่ปรึกษาในช่วงการดำเนินงานระยะแรกยังมีส่วนช่วยให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับจิรารัตน์ สว่างศรี และนิตยา งามขำ[11] ที่ระบุว่าที่ปรึกษามีประโยชน์มากในระยะเปลี่ยนผ่าน แต่ไม่ใช่ปัจจัยชี้ขาดความสำเร็จสูงสุด

5.3 แนวทางการพัฒนาระบบบริหารคุณภาพ ISO 9001:2015

ผลการศึกษา พบว่าแนวทางการพัฒนาระบบบริหารคุณภาพ ISO 9001:2015 ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำเป็นต้องอาศัยภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ การกำหนดนโยบายคุณภาพที่ชัดเจน และการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับในองค์กร ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของสุธินี เชฏฐพินิต [12] และชุติมา ทาสุรินทร์ [13] ที่เน้นการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมและการกำหนดโครงสร้างการดำเนินงานที่ชัดเจน

นอกจากนี้ การศึกษาครั้งนี้ได้สังเคราะห์แนวทางการพัฒนาออกเป็น 11 ขั้นตอน แสดงให้เห็นถึงกระบวนการพัฒนาระบบบริหารคุณภาพที่เป็นลำดับขั้น ครอบคลุมตั้งแต่ระดับนโยบาย การปฏิบัติ ไปจนถึงการประเมินผล สะท้อนการดำเนินงานตามแนวคิด process-based approach ของ ISO 9001:2015 อย่างเป็นรูปธรรมและการส่งเสริมค่านิยมองค์กร (ACTS) ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ยังเป็นกลไกสำคัญในการสร้างอัตลักษณ์องค์กรและความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของบุคลากร สอดคล้องกับแนวคิดของกนกวรรณ แก้วดี [14]

แนวทางการพัฒนาระบบบริหารคุณภาพ ISO 9001:2015 ให้ประสบความสำเร็จไม่ได้ขึ้นอยู่กับกระบวนการและระบบเอกสาร (Hard side) เท่านั้น ต้องอาศัยการหล่อหลอมค่านิยมและวัฒนธรรมองค์กร (Soft side) ควบคู่กันไปด้วย โดยเฉพาะค่านิยมด้านการมุ่งเน้นลูกค้า การทำงานเป็นทีม และการตระหนักรู้ถึงความเสี่ยง สอดคล้องกับงานวิจัยของ

Ali & Park [15] และนิตยา พุ่มพวง และสมบัติ ทีฆทรัพย์ [16] ที่ระบุตรงกันว่าองค์กรที่มีค่านิยมเปิดกว้างและมุ่งเน้นการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง จะช่วยลดแรงต้านของบุคลากรและทำให้ระบบ ISO 9001:2015 เกิดประสิทธิผลสูงสุด โดยภาพรวม การพัฒนาระบบบริหารคุณภาพ ISO 9001:2015 ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จึงควรมุ่งเน้นการเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ควบคู่กับการพัฒนาระบบสารสนเทศแบบบูรณาการ เพื่อสนับสนุนการจัดการเอกสาร ลดความซ้ำซ้อนของงาน และเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน อันจะนำไปสู่ความยั่งยืนของระบบบริหารคุณภาพในองค์กรด้านสุขภาพ

ข้อจำกัดของการวิจัย (Limitations)

1. การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณาในการตีความผลการศึกษา ประการแรก การศึกษาใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพและคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง ซึ่งมุ่งเน้นการให้ข้อมูลเชิงลึกตามบริบทของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผลการวิจัยจึงอาจไม่สามารถอ้างอิงทั่วไปไปยังสถาบันการแพทย์หรือองค์กรด้านสุขภาพอื่นที่มีบริบท โครงสร้างการบริหาร และวัฒนธรรมองค์กรแตกต่างกันได้ทั้งหมด
2. การเก็บข้อมูลอาศัยการสัมภาษณ์และการสังเกตเป็นหลัก ซึ่งอาจได้รับอิทธิพลจากมุมมอง ประสบการณ์ และการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา อีกทั้งการดำเนินการระบบบริหารคุณภาพ ISO 9001:2015 เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ผลการวิจัยจึงสะท้อนสถานการณ์ในช่วงเวลาหนึ่งเท่านั้น
3. การศึกษานี้มุ่งเน้นการวิเคราะห์เชิงกระบวนการและปัจจัยความสำเร็จ ยังไม่ได้ประเมินผลลัพธ์เชิงปริมาณ เช่น ประสิทธิภาพการดำเนินงาน ความพึงพอใจของผู้รับบริการ หรือผลลัพธ์ด้านคุณภาพบริการทางการแพทย์ ซึ่งอาจเป็นประเด็นสำคัญสำหรับการศึกษาต่อยอดในอนาคต

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

จากผลการวิจัย สามารถเสนอแนะแนวทางเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติสำหรับการพัฒนาระบบบริหารคุณภาพ ISO 9001:2015 ในองค์กรด้านสุขภาพ ดังนี้

1. ระดับนโยบายและการบริหาร ควรส่งเสริมบทบาทผู้นำของผู้บริหารระดับสูงอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการสื่อสารนโยบายด้านคุณภาพให้ชัดเจนและสม่ำเสมอ ควบคู่กับการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น เพื่อสร้างวัฒนธรรมคุณภาพในองค์กรอย่างยั่งยืน
2. ระดับบุคลากร ควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรผ่านการอบรมและการเรียนรู้เชิงปฏิบัติที่เชื่อมโยงระบบ ISO 9001:2015 เข้ากับงานประจำอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อลดการรับรู้ว่าระบบบริหารคุณภาพเป็นภาระงานเพิ่มเติม และเพิ่มการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับ
3. ระดับกระบวนการและระบบ ควรพัฒนาระบบสารสนเทศแบบรวมศูนย์เพื่อสนับสนุนการจัดการเอกสาร การติดตามประเมินผล และการตรวจติดตามคุณภาพ ช่วยลดความซ้ำซ้อนของงาน เพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน และสนับสนุนการตัดสินใจเชิงบริหาร
4. การวิจัยในอนาคต ควรศึกษาต่อยอดในรูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods) หรือการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการนำระบบ ISO 9001:2015 ไปใช้ในด้านประสิทธิภาพองค์กร คุณภาพบริการ และความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

เอกสารอ้างอิง (References)

1. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. **คู่มือระบบการจัดการระบบคุณภาพ** (MD-Q-M). 2567. จาก: https://sites.google.com/kku.ac.th/isomdkku/Home/iso-9001-2015
2. Hoyle D. **ISO 9000 Quality Systems Handbook**: Increasing the Quality of an Organization's Outputs. 7th ed. Abingdon: Routledge; 2017.
3. Poksinska B, Eklund J, Dahlgaard JJ. ISO 9001 in healthcare organizations: A review. **Int J Qual Reliab Manage** 2019; 36(3): 402-23.
4. รมณีย์ กองแก้ว. **ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการขอรับรองระบบ ISO 9001 สำหรับธุรกิจขนาดกลางและขนาดย่อมในมุมมองของที่ปรึกษา** [การค้นคว้าอิสระ]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2558.
5. Fonseca L, Domingues, JP. ISO 9001:2015 edition- management, quality and value. **Int J Qual Res** 2017 :11(1);149-158. DOI: 10.18421/IJQR11.01-09.
6. พงษ์ศักดิ์ พลพงษ์, พรเทพ รัศมีธรรม. ความมุ่งมั่นของผู้บริหารและการมีส่วนร่วมของพนักงานที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จของระบบ ISO 9001:2015: กรณีศึกษาอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์. **วารสารการจัดการและนวัตกรรม** 2561;5(1):112-125.
7. Goetsch DL, Davis S. **Quality management for organizational excellence: Introduction to total quality**. 8th ed. Upper Saddle River (NJ): Pearson Education; 2015.
8. อัญชลี การบรรจง. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จของ ระบบบริหารงานคุณภาพ ISO9001:2008 โดยหลักการ วิเคราะห์เชิงลำดับชั้น** (Analytic Hierarchy Process: AHP) [วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีมหานคร; 2557.
9. วิศิษฏ์ เจริญเลิศ. **การศึกษาความพร้อมและปัจจัยสู่ความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนระบบ ISO 9001:2008 สู่ ISO 9001:2015 ของวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม** (SMEs) [การค้นคว้าอิสระ]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2564.
10. Deming WE. **Out of the crisis. Cambridge** (MA): MIT Press; 2000.
11. จิรารัตน์ สว่างศรี, นิตยา งามขำ. ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการประยุกต์ใช้ระบบบริหารงานคุณภาพ ISO 9001:2015 ของกลุ่มอุตสาหกรรมยานยนต์ในจังหวัดชลบุรี. **วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยธนบุรี** 2563; 14(2): 45-56.
12. สุธินี เชฎฐพินิต. **ปัจจัยเหตุของการมีส่วนร่วมที่ส่งผลต่อผลการปฏิบัติงานของบุคลากรภายใต้มาตรฐาน ISO 9001:2015** [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการภาครัฐและภาคเอกชน]. เพชรบุรี: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2564.
13. ชุติมา ทาสุรินทร์. **ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานประกันคุณภาพการศึกษาภายในของสถาบันเทคโนโลยีปทุมวัน** [วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการการอุดมศึกษา]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2564.
14. กนกวรรณ แก้วดี. **ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการบริหารงานตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลย่านตาขาว อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง** [วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2565.

15. Ali MA, Park K. The impact of organizational culture on ISO 9001:2015 quality management system implementation. **Total Quality Management & Business Excellence** 2016; 27(11-12): 1278–1295.
16. นิตยา พุ่มพวง, สมบัติ ทีฆทรัพย์. อิทธิพลของวัฒนธรรมองค์กรและภาวะผู้นำที่มีต่อประสิทธิผลการบริหารระบบคุณภาพ ISO 9001:2015 ของอุตสาหกรรมชิ้นส่วนอิเล็กทรอนิกส์. **วารสารวิศวกรรมศาสตร์และนวัตกรรม** 2562; 12(3): 85–96.