



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT



# วารสาร สาธารณสุขมูลฐาน (ภาคกลาง)

The Primary Health Care Journal (Central Edition)

ปีที่ 40 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569

ISSN 3057-0379 (online), 3057-0352 (print)

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6  
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

# วารสารสารานุกรมสุขมูลฐาน (ภาคกลาง)

## วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมและเผยแพร่ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ รวมทั้งเป็นสื่อกลาง ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความรู้ด้านการสาธารณสุขมูลฐาน ด้านการสาธารณสุข และด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องของหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคท้องถิ่น และภาคประชาชน

## ที่ปรึกษา

อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ผู้เชี่ยวชาญกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

## บรรณาธิการ

นายเชาวลิต นาคสวัสดิ์

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

## ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางเพ็ญวิภา นิลเนตร

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

นางสาวกมลชนก สหุณาฬ

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

## กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.วสุธร ตันวัฒนกุล

สถาบันพระบรมราชชนก

รศ.ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รศ.ดร.ทักษพร ชูศักดิ์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์  
ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

ผศ.ดร.อดิศร วงศ์คงเดช

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รศ.ดร.พัชณา ใจดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ดร.ณัฐกร นิลเนตร

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ผศ.ดร. นครินทร์ ประสิทธิ์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผศ.ดร.ปริญญญา เรืองทิพย์

วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา

ผศ.ดร.เพ็ญพร กัณหาธิ์

มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย วิทยาเขตสิรินธร  
ราชวิทยาลัยศรีราชา

ผศ.ดร.อภิชัย คุณิพงษ์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ สถาบันวิทยาการประกอบการแห่งอยุธยา

ผศ.ดร.พัฒนา พรหมณี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ สถาบันวิทยาการประกอบการแห่งอยุธยา

ดร.วันสรา เชาวน์นิม

มหาวิทยาลัยปทุมธานี

ดร.สมภพ อาจชนะศึก

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ดร.ศรัชมา กาญจนสิงห์

ศูนย์อนามัยที่ 5 กรมอนามัย

## ฝ่ายจัดการวารสาร

นางสาวจิรัชยา สารสุวรรณ

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

นายอภิชาติ สบายใจ

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

นางวาริดา สนจิตร์

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

นางสาวนพวรรณ สกุนา

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

นางสาวฉัตรทริกา ผินจัตุรัส

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

นางสุดารัตน์ งามสม

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

นางรุ่งอรุณ บุรณะ

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

นางสุวรรณี มุงคุณ

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

นางสาวจันทนีย์ นพรัตน์

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

นางสาวชมพูนุท พวงแก้ว

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

นางสาวจันทิรา สิงห์เหม

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

นางกรองแก้ว นิลโน

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

## บทบรรณาธิการ

ในวาระที่กองบรรณาธิการ วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคกลาง) ได้ไปศึกษาดูงานโรงเรียนเบาหวานวิทยานครชัยบุรินทร์ จังหวัดนครราชสีมา ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ในการยกระดับการควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเชิงบูรณาการในระดับพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 นั้น

ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะดังกล่าว แม้จะได้รับการวินิจฉัยและเข้ารับการรักษาในระบบสาธารณสุขแล้วยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้ การรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว มีข้อจำกัด หากไม่มีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยอย่างจริงจังจะควบคู่กันไปด้วย

โรงเรียนเบาหวานวิทยา นครชัยบุรินทร์ ประกอบด้วย 5 ฐานการเรียนรู้ ได้แก่ การเรียนรู้สภาวะสุขภาพตนเอง โภชนาการแบบ Low Carb การออกแบบการปรับเปลี่ยนสุขภาพ การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่เหมาะสม และการสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเอง โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพแล้ว ทำหน้าที่เป็นครูจิตอาสาติดตามเยี่ยมบ้านเจาะเลือด และแปลผลให้ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องขับเคลื่อนผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่บูรณาการทุกภาคส่วนตั้งแต่โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น วัด ไปจนถึงครอบครัว ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยสามารถเข้าสู่ภาวะ DM Remission และปรับลดขนาดยาได้ ทั้งยังส่งผลให้มูลค่าการใช้ยาในภาพรวมลดลง จนกระทรวงสาธารณสุขได้นำโมเดลนี้มาเป็นต้นแบบในการขยายผลการจัดการ NCDs เชิงบูรณาการทั่วประเทศ

วารสารฉบับนี้รวบรวมบทความวิชาการที่สะท้อนประเด็นที่เกี่ยวข้องด้านสาธารณสุขที่น่าสนใจไว้ กองบรรณาธิการหวังว่าองค์ความรู้ที่ปรากฏในวารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนานโยบายและการปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ จึงขอเชิญชวนนักวิจัยและบุคลากรสาธารณสุขทุกท่านร่วมส่งผลงานวิชาการเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในฉบับต่อ ๆ ไป

บรรณาธิการวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคกลาง)

เมษายน 2569

# สารบัญ

- ชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน เขตสุขภาพที่ 6 ..... 3
- การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยแนวคิด  
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง  
มะลิวัลย์ ฟองเพชร ..... 5
- ประสิทธิภาพของสมุนไพรดอกขาวต่อการลด ละ เลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง  
โรงพยาบาลสตึก กม.10  
สุภารัตน์ ไชยหาญ ..... 18
- ปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลา Door-to-Balloon Time และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วย  
กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการรักษาด้วย Primary PCI ที่โรงพยาบาลหัวหิน  
จังหวัดประจวบคีรีขันธ์  
นาตาลี ลินนีมัยเยอร์ ..... 31
- ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตในการทำงานกับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากร  
สถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง  
จุฑามาศ วงคำจันทร์, สมบูรณ์ ศรีภู, โยธกา แก้วคำ ..... 43
- แนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริการการนวดแผนไทยในสถานพยาบาลจังหวัดจันทบุรี  
ภาณุ ศรีวรรธน์, ชมภูณัฐ พบประเสริฐ ..... 52

## ชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน เขตสุขภาพที่ 6

รวบรวม/เรียบเรียงโดย นางวาริตา สนจิตร

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

### ที่มาและความสำคัญ

ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่ทวีความรุนแรงขึ้นในปัจจุบัน ล้วนมีรากฐานมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม การแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืนจึงต้องอาศัยพลังของชุมชนเป็นฐานสำคัญ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้มุ่งขับเคลื่อนการสร้างชุมชนจัดการสุขภาพ ผ่านกระบวนการ TPAR (Team, Plan, Activity, Result) ที่เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ผสานกับการยกระดับศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้ก้าวสู่การเป็นผู้นำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อเป็นกลไกหลักในการกระตุ้นสร้างแรงจูงใจ และเป็นต้นแบบที่ดี ซึ่งแนวทางดังกล่าวจะช่วยให้ประชาชนในพื้นที่ สามารถวิเคราะห์ปัญหา ออกแบบนวัตกรรมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน

### การขับเคลื่อนการดำเนินงาน

การขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมชุมชนจัดการสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 6 มุ่งเน้นการบูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่ผ่านกระบวนการ TPAR (Team, Plan, Activity, Result) เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตามบริบทของชุมชน หัวใจสำคัญของกลไกนี้คือการยกระดับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สู่การเป็นผู้นำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และอาสาสร้างสุขภาพในโรงเรียน ที่สามารถชี้แนะ และสนับสนุนให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ได้อย่างยั่งยืน การดำเนินงานดังกล่าวยังเชื่อมโยงการทำงานของหน่วยบริการสุขภาพ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในจังหวัดเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ พร้อมทั้งอาศัยโปรแกรม Health Gate เป็นเครื่องมือหลักในการประเมินผล เพื่อให้มั่นใจว่าทุกพื้นที่สามารถยกระดับเป็นชุมชนจัดการสุขภาพที่มีความเข้มแข็งและตอบสนองต่อนโยบายของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้อย่างเป็นรูปธรรม

### เป้าหมายการดำเนินงาน

เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ชุมชนร้อยละ 90 ในเขตสุขภาพที่ 6 มีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน

### กิจกรรมการดำเนินงาน

การดำเนินงานในเขตสุขภาพที่ 6 มุ่งเน้นการบูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่ายระดับตำบล โดยมีแนวทางขับเคลื่อนที่สำคัญ ดังนี้

- การใช้กระบวนการTPAR(Team,Plan,Activity,Result)เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตามบริบทของชุมชน
- การยกระดับศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) บูรณาการการอบรมพัฒนาศักยภาพอสม.ใหม่ และหลักสูตรอสม. ผู้นำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้เป็นกลไกหลักในการชี้แนะ กระตุ้นสร้างแรงจูงใจ และเป็นต้นแบบที่ดีแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง
- ประสานขอความร่วมมือส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพนักเรียนแกนนำสุขภาพ เป็นอาสาสร้างสุขภาพในโรงเรียนผ่านหลักสูตรออนไลน์ e-learning

- การประเมินผลการดำเนินงานของเครือข่ายระดับตำบล ผ่านโปรแกรม Health Gate ใช้เป็นเครื่องมือหลักในการติดตามผลลัพธ์เชิงปริมาณ เพื่อให้มั่นใจว่าทุกพื้นที่สามารถยกระดับเป็นชุมชนจัดการสุขภาพที่เข้มแข็ง โดยเชื่อมโยงการทำงานระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพัญญัติแห่งชาติ ภายในตำบล

## ผลลัพธ์การดำเนินงาน

จากการติดตามผลการดำเนินงานผ่านระบบ Health Gate ณ วันที่ 31 มีนาคม 2569 พบว่า ภาพรวมของเขตสุขภาพที่มีชุมชนที่ดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมคิดเป็นร้อยละ 88.14 จากเป้าหมายร้อยละ 90 โดยมีรายละเอียดรายจังหวัด ดังนี้

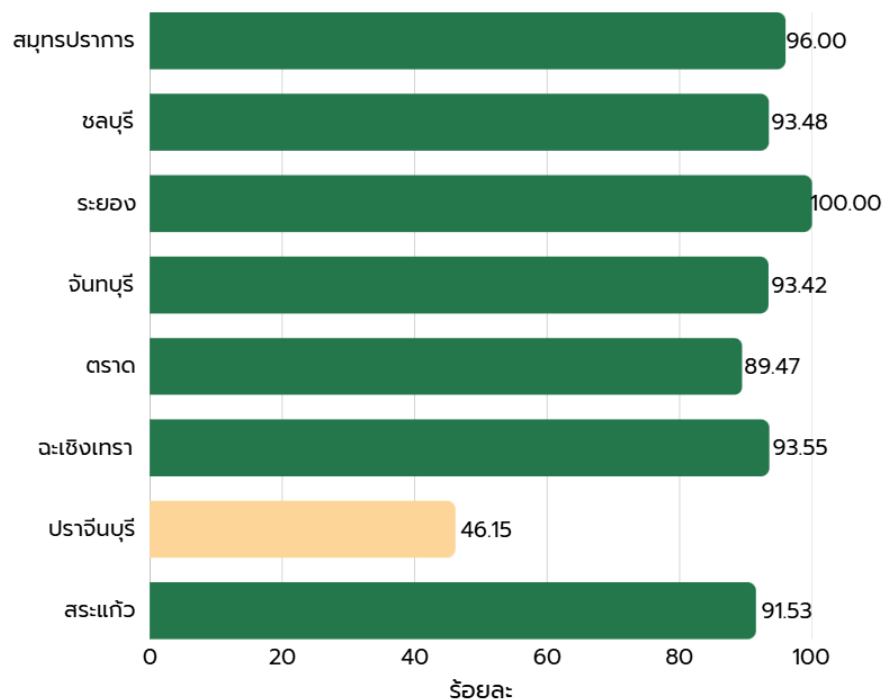
- จังหวัดที่บรรลุเป้าหมายมากกว่าร้อยละ 90 ได้แก่ ระยอง ร้อยละ 100, สมุทรปราการ ร้อยละ 96.00, ฉะเชิงเทรา ร้อยละ 93.55, ชลบุรี ร้อยละ 93.48, จันทบุรี ร้อยละ 93.42 และสระแก้ว ร้อยละ 91.53
  - จังหวัดที่อยู่ระหว่างการพัฒนา ได้แก่ ตราด ร้อยละ 89.47 และปราจีนบุรี ร้อยละ 46.15
- นอกจากนี้ ยังพบรูปแบบการดำเนินงานและนวัตกรรมเชิงพื้นที่ที่โดดเด่น เช่น
- จังหวัดสระแก้ว พื้นที่อำเภอตาพระยา มีการจัดทำทะเบียนแกนนำระดับพื้นที่อย่างเป็นระบบ และมีการกำหนดมาตรการทางสังคมด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และประสานเครือข่าย บ้าน วัด โรงเรียน
  - จังหวัดชลบุรี พื้นที่อำเภอบ่อทอง ยกกระดับศูนย์ป้องกันโรค NCDs ด้วยกระบวนการ 4 หมอ ควบคุมโรค ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิถึงการส่งต่อ
  - จังหวัดระยอง พื้นที่อำเภอแกลง กำหนดนโยบาย สุขกาย สุขใจ สุขเงิน สร้างชุมชนวิถีชีวิตเศรษฐกิจพอเพียง ควบคู่กับการส่งเสริมสุขภาพ

### ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ

(เป้าหมาย รอบ 1 ร้อยละ 50 รอบ 2 ร้อยละ 90)

### ผลลัพธ์เชิงปริมาณ

= ร้อยละ 88.14



ผลการดำเนินงาน ณ วันที่ 31 มีนาคม 2569

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง  
ด้วยแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง  
DEVELOPMENT OF BEHAVIOUR PROMOTION MODEL FOR  
NON COMMUNICABLE DISEASES AMONG RISK GROUP BASED ON  
HEALTH LITERACY CONCEPT NORASING SUBDISTRICT PAMOK DISTRICT  
ANGTHONG PROVINCE

มะลิวัลย์ ฟองเพชร

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนรสิงห์

MALIWAN FONGPHET

NORASING SUBDISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITAL

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบท สถานการณ์ สาเหตุ และแนวทางการแก้ปัญหาสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระยะเวลาดำเนินการเดือนพฤศจิกายน 2567 ถึงเดือนกรกฎาคม 2568 แบ่งขั้นตอนการวิจัยทั้งหมด 3 ระยะ ระยะที่ 1) ประเมินสถานการณ์ ค้นหา สาเหตุและแนวทางการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยการสนทนากลุ่มจำนวน 15 คน ระยะที่ 2) ร่าง ทดสอบ ปรับปรุงร่างรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน และทดลองใช้รูปแบบ ระยะที่ 3) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพด้วยแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อน-หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลนรสิงห์ เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย รูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วยแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 12 สัปดาห์ แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างคำถามและวัตถุประสงค์เท่ากับ 1 และค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86 ผลลัพธ์ คือ ค่ารอบแวน ค่าดัชนีมวลกายและแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติที (t-test)

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1) การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูล ขั้นตอนที่ 2) การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ ตรวจสอบความน่าเชื่อถือ รู้เท่าทันสื่อ และขั้นตอนที่ 3) การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ ได้แก่ การตัดสินใจและการจัดการตนเอง ภายหลังเข้าร่วมรูปแบบ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ค่าดัชนีมวลกายและรอบแวนลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการวิจัยครั้งนี้ ควรนำรูปแบบไปใช้ในวัยทำงานที่มีอาชีพหลากหลายมากยิ่งขึ้น เช่น พนักงานบริษัท พนักงานโรงงานที่มีวิถีชีวิตแตกต่างออกไปจากพื้นที่ที่ศึกษา

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, พฤติกรรมสุขภาพ

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วยแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง

มะลิวัลย์ ฟองเพชร

## Abstract

Non-communicable diseases (NCDs) constitute a predominant public health challenge requiring comprehensive intervention strategies. This research and development endeavor aimed to investigate contextual frameworks, situational dynamics, etiological factors, and remedial approaches for health promotion among populations at risk for chronic non-communicable diseases. The study sought to develop a health behavior enhancement model utilizing health literacy processes and evaluate its efficacy in mitigating NCD risk factors.

This quasi-experimental study employed a three-phase methodological approach conducted from November 2024 to July 2025 in Norasingh Sub-district, Pa Mok District, Ang Thong Province. Phase I encompassed qualitative assessment of NCD prevention behaviors and focus group discussions (n=15) to identify causative factors and solution pathways. Phase II involved model development, prototype testing, and refinement through expert validation (n=5). Phase III evaluated model implemented a two-group pre-post quasi-experimental design with intervention (n=30) and control groups (n=30) comprising individuals at risk for NCDs. The 12-week health literacy intervention concept is IOC =1 and reliability =0.86 incorporated three sequential components: fundamental health literacy development, interactive health literacy enhancement, and critical health literacy cultivation satisfaction. Data were analyzed by t-test statistics.

The comprehensive health behavior enhancement model demonstrated significant efficacy in improving health outcomes. Post-intervention analysis revealed that the experimental group exhibited significantly higher mean health behavior scores compared to the control group ( $p<0.05$ ). Furthermore, the intervention group demonstrated statistically significant reductions in body mass index ( $p<0.05$ ) and waist circumference measurements ( $p<0.05$ ) relative to the comparison group. Data analysis utilized descriptive statistics and t-test procedures for outcome evaluation.

The health literacy-based intervention model proved effective in enhancing health behaviors and reducing physiological risk markers among individuals susceptible to non-communicable diseases. The model has been implemented as a prototype for developing health-literate communities aimed at reducing NCD risk populations. Future applications should extend to diverse occupational groups, including corporate employees and factory workers with varying lifestyle patterns, to enhance generalizability and population-level impact.

**Keywords :** Model development, Health literacy, Non-communicable disease risk groups, Health behavior

## บทนำ

โรคไม่ติดต่อหรือ Non-communicable diseases (NCDs) เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต เจ็บป่วย และทุพพลภาพอันดับต้นๆ ในหลายประเทศทั่วโลก ในปี 2565 องค์การอนามัยโลกรายงานว่าทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นจำนวน 41 ล้านคนต่อปี ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลกและพบว่า 17 ล้านคนเสียชีวิตก่อนอายุ 70 ปี หรือที่เรียกว่าเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (องค์การอนามัยโลก, 2566)

สำหรับประเทศไทย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 75 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด หรือประมาณ 4 แสนคนต่อปี คิดเป็นความสูญเสียทางเศรษฐกิจของไทยถึง 1.6 ล้านล้านบาทต่อปี ดังนั้นโรคไม่ติดต้อยังคงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญอันดับหนึ่ง โดยรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายที่สอดคล้องกับ องค์การอนามัยโลก ได้ประกาศให้การป้องกันและ ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นยุทธศาสตร์หนึ่งของกระทรวงสาธารณสุข (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

จากสถานการณ์กลุ่มโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาสุขภาพ อันดับหนึ่งของโลก และอันดับหนึ่งในประเทศไทย เกิดจากปัจจัยเสี่ยงหลักได้แก่ การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม กิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าอีกสาเหตุหนึ่งมาจากองค์ความรู้ที่มีอยู่อาจจะไม่เหมาะสมกับสถานการณ์และสถานะสุขภาพที่จะทำให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีการเรียนรู้และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องได้ นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การจัดการตนเอง การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การ

สื่อสารสุขภาพ ร่วมกันทำนายระดับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ณัฐสิทธิ์ สีนโทะและคณะ (2565) ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์โดยตรงกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็น พฤติกรรมสุขภาพ การเข้ารับบริการสุขภาพ การป้องกันโรค และการควบคุมโรคเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจะช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพของในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง งานวิจัยที่ผ่านมาแม้มีโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพแต่ยังจำกัดอยู่บางกลุ่ม ยังไม่มีการพัฒนาอย่างคววจรในบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ณัฐสิทธิ์ สีนโทะและคณะ, 2565)

แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพที่มีการนำมาประยุกต์ใช้กันอย่างแพร่หลายคือแนวคิดของ Nutbeam ในปี ค.ศ. 2008 โดยเฉพาะการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ระดับปฏิสัมพันธ์ และระดับวิจารณ์ญาณ เพื่อวิเคราะห์ และสามารถใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ได้ (กองสุศึกษา, 2564)

สำหรับจังหวัดอ่างทอง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ในปี 2567 พบว่าร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ปี 2565-2567 (ค่าเป้าหมาย  $\geq 72$ ) อยู่ที่ 76.68, 84.55, 94.40 และร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ค่าเป้าหมาย  $\geq 85$ ) อยู่ที่ 83.70, 97.81, และ 96.96 ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายทั้งสองโรค (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง, 2567)

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนรสิงห์ ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ดำเนินการอยู่ทุกปี แต่ขณะเดียวกันยังคงพบผู้ป่วย

## วัตถุประสงค์

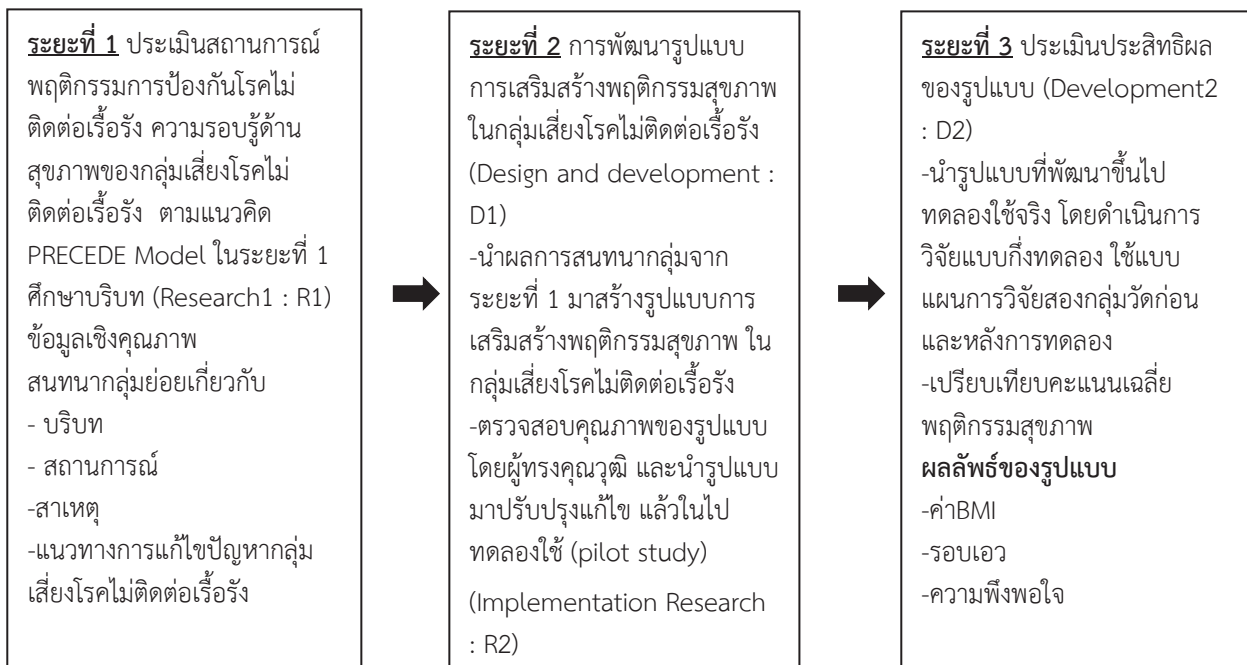
โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพยังไม่มีเปลี่ยนแปลงอย่างเพียงพอ ประกอบกับข้อมูลจากการสำรวจพบว่า ประชาชนกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ ผู้วิจัยเล็งเห็นว่ายังไม่มีการพัฒนา รูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างเป็นระบบโดยเฉพาะอย่างยิ่ง กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มวัยทำงาน ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ต้องนำมาแก้ปัญหาอย่างเร่งด่วน เนื่องจากเป็นกลุ่มที่เป็นกำลังสำคัญของประเทศ จึงได้ ทำการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วยแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อลด ความเสี่ยงที่จะเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อไป

1. เพื่อศึกษาบริบท สถานการณ์ ปัจจัย สาเหตุ และแนวทางการป้องกันปัญหาสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลนรสิงห์ อำเภอบางมก จังหวัดอ่างทอง

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยประยุกต์แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตำบลนรสิงห์ อำเภอบางมก จังหวัดอ่างทอง

3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบโดยการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ ค่าดัชนีมวลกาย และรอบเอวของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยก่อน และหลังการใช้รูปแบบ รวมทั้งเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบและประเมินความพึงพอใจของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีต่อรูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ

## กรอบแนวคิด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในตำบลนรสิงห์ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค ตามหลัก 3อ2ส. ได้อย่างถูกต้อง สามารถจัดการสุขภาพตนเองได้
2. ชุมชนมีความเข้มแข็งในการจัดการสุขภาพ

## วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการแบ่งระยะการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1** ประเมินสถานการณ์พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ค้นหาสาเหตุและแนวทางการแก้ไข ปัญหาสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group) จำนวน 15 คน เป็นเวลา 1 เดือน ประกอบด้วย

- 1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และภาคีเครือข่ายงานสุขภาพในพื้นที่ จำนวน 5 คน
- 2) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความสนใจในการให้ข้อมูลจำนวน 5 คน
- 3) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และ ผู้นำชุมชน ตำบลนรสิงห์ จำนวน 5 คน

รายละเอียดกิจกรรม

ค้นหา สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง การป้องกันอันตราย ภาวะแทรกซ้อน ค้นหาสาเหตุและแนวทางการแก้ไข ปัญหาสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แนวคำถามในการสนทนาแบบมีโครงสร้าง ในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis)

**ระยะที่ 2** การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นำผลการสนทนา

กลุ่มจากระยะที่ 1 มาสร้างร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและบูรณาการแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนักปราชญ์ Nutbeam (2008) ใช้เวลา 2 เดือน ทำการร่างรูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย ผู้ที่มีประสบการณ์การดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และประชาชนที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินงาน จำนวน 10 คน

ทดลองใช้ร่างรูปแบบ โดยมีการพิจารณาความเหมาะสม และตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ และความเหมาะสมของภาษา จากนั้นนำไปศึกษานำร่อง (pilot study) กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ซึ่งสามารถใช้ได้จริง

**ระยะที่ 3** ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

นำรูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไปทดลองใช้จริง โดยการดำเนินการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) ใช้เวลา 4 เดือน

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อายุ 15-59 ปี ในตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง จำนวน 1,343 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีอายุระหว่าง 15-59 ปี ตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G\*Power Version 3.1

(Faul, Erdfelder, Buchner & Lang, 2007) อำนาจการทดสอบ mean: difference between two dependent means (two groups) แบบ two tails ค่าอำนาจการทดสอบที่ 80% ค่าขนาดอิทธิพล .78 ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาผลการศึกษาของ (รุ่งนภา อาระหงส์สุธีรา ยุ่นตระกูล และศศิธร รุจิรเวช, 2562) ซึ่งมีตัวแปรที่

คล้ายคลึงกันกับการวิจัยครั้งนี้ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 คน แต่ป้องกันการสูญเสียของกลุ่มตัวอย่าง (Drop out) จึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 10% (Lemeshow et al., 1990 อ้างถึงใน ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ และคณะ, 2566) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบในพื้นที่ใกล้เคียง ตำบลเอกราช อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง จำนวน 30 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

**1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** คือ รูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วย

สัปดาห์ที่ 1 ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมก่อนการทดลอง (เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง) กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2 ส โดยการบรรยาย

สัปดาห์ที่ 2 ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน

กิจกรรมที่ 3 การสร้างการเรียนรู้โดยใช้คำถามสำคัญ 3 ข้อ โดยการประเมินภาวะสุขภาพ

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมการฝึกทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ผู้วิจัยสาธิตการสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตโดยใช้คำสืบค้น "พฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2 ส"

สัปดาห์ที่ 3 ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์

กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมการฝึกทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2 ส ได้แก่ การคำนวณคาร์โบไฮเดรตผ่านสื่อออนไลน์ที่น่าเชื่อถือได้ด้วยตนเอง และ ฝึกทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2 ส

สัปดาห์ที่ 4 ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์

กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมการฝึกทักษะการรู้เท่าทันสื่อทางสุขภาพและทักษะการสื่อสารโดยการใช้อแอปพลิเคชัน โลกนี้ให้กลุ่มทดลองวิเคราะห์และตัดสินใจว่าจะเลือกปฏิบัติตามหรือไม่ ด้วยเหตุผลใด และผู้วิจัยสาธิตวิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของสื่อ จากเว็บไซต์ที่เชื่อถือได้

สัปดาห์ที่ 5 ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ

กิจกรรมที่ 7 กิจกรรมการฝึกทักษะการตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ ผู้วิจัยสาธิตและให้กลุ่มทดลองสาธิตย้อนกลับการสืบค้น เนื้อหาความรู้ผ่านสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ที่น่าเชื่อถือเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2 ส

สัปดาห์ที่ 6-8 ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ

กิจกรรมที่ 8 กิจกรรมการจัดการตนเองเป็นรายบุคคล ในช่วงสัปดาห์ที่ 6-8 นี้ กลุ่มทดลองปฏิบัติการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อที่บ้านเป็นรายบุคคล ผู้วิจัยติดตามและกระตุ้นเตือนการปฏิบัติของกลุ่มทดลองโดยใช้แอปพลิเคชัน โลกนี้ให้กลุ่มทดลองถ่ายรูปการประกอบอาหาร อาหารที่ตนเองทำมาให้ดูในไลน์กลุ่ม มีการกล่าวชื่นชมและแนะนำให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องต่อไป หรือการถ่ายรูป/ลงรูปการไปเดินออกกำลังกายร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 9 ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ

กิจกรรมที่ 9 กิจกรรมติดตามปัญหาอุปสรรค หลังจากติดตามกระตุ้นเตือนกลุ่มทดลองเป็นประจำ จึงดำเนินการพบปะกับกลุ่มทดลอง ว่ามีปัญหาหรืออุปสรรคใดที่ทำให้ รอบเอวหรือค่าดัชนีมวลกายไม่ลดลง หรือไม่ผู้วิจัยให้ในกลุ่มมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันให้กำลังใจ และค้นหาตัวแบบที่สามารถทำได้ในเวลา 8 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 10-11

กิจกรรมกระตุ้นเตือนผ่านทางไลน์กลุ่ม

สัปดาห์ที่ 12

หลังจากผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมการติดตาม สรุปรประเมินผลกับกลุ่มทดลองเสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยพบกับกลุ่มทดลอง เพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลระยะหลังการทดลองโดยให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ รอบเอว และค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ด้วยตนเอง

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ชุดข้อคำถามเลือกตอบและคำถามปลายเปิด จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่รวมกัน ค่าBMI น้ำหนัก/ส่วนสูง รอบเอว การสูบบุหรี่

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพในการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันตนเองจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของ (อรนุช ชูศรี และคณะ, 2564) มีข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ ลักษณะตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ แต่ละข้อมีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนตรงตามความคิดเห็นกลุ่มเป้าหมายต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นประจำ สม่ำเสมอ 7 วันต่อสัปดาห์

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นส่วนใหญ่ หรือ 3-6 วันต่อสัปดาห์

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นบางครั้ง หรือ 1-2 วันต่อสัปดาห์

ปฏิบัตินานๆ ครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นนานๆ ครั้ง หรือ 1-2 ครั้งต่อเดือน

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลยในระยะเวลา 1 เดือน

มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

|                   | ข้อความเชิงบวก | ข้อความเชิงลบ |
|-------------------|----------------|---------------|
| 7 วัน/สัปดาห์     | มีค่าคะแนน     | 5 1           |
| 3 - 6 วัน/สัปดาห์ | มีค่าคะแนน     | 4 2           |
| 1 - 2 วัน/สัปดาห์ | มีค่าคะแนน     | 3 3           |
| 1 - 2 วัน/เดือน   | มีค่าคะแนน     | 2 4           |
| ไม่เคยปฏิบัติ     | มีค่าคะแนน     | 1 5           |

การแปลผลคะแนนใช้ค่าคะแนนรวมของทุกข้อ คะแนนรวมมาก (มากกว่า 65 คะแนน) หมายถึงมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับเหมาะสมมาก (อรนุช ชูศรี และคณะ, 2564)

แบบประเมินนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านได้ค่า IOC (Item Objective Congruence) เท่ากับ 1 และผ่านการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการ นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างในชุมชน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.86

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ประยุกต์มาจาก (ปาณิสรา ส่งวัฒนาบุตร และคณะ, 2566) ข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งมีตัวเลือก 5 ระดับ ดังนี้

4.51-5.00 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจต่อรูปแบบมากที่สุด

3.51-4.50 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจต่อรูปแบบมาก

2.51-3.50 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจต่อรูปแบบปานกลาง

1.51-2.50 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจต่อรูปแบบน้อย

1.00-1.50 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจต่อรูปแบบน้อยที่สุด

แบบสอบถามความพึงพอใจผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญชุดเดียวกับประเมินความเหมาะสมรูปแบบ 3 คน หลังจากนั้นนำไปทดลองกับกลุ่มเสี่ยงที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .81

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยการตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำรูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาความถูกต้อง ความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ จากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้องภายใต้คำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยได้ค่า IOC=1

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยได้ทำการ ตรวจสอบความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มเสี่ยงที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย (Polit & Hungler, 1999) และนำข้อมูลที่ได้ออกมาหาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient alpha) ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ 0.86 แบบประเมินความพึงพอใจ เท่ากับ 0.80 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2562)

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 27 พฤศจิกายน 2567 ถึงวันที่ 26 กรกฎาคม 2568 โดยขออนุญาตเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนรสิงห์ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเอกราช (กลุ่มเปรียบเทียบ) ก่อนการทดลองผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ตอบข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพรอบเอว น้ำหนักและค่าดัชนีมวลกาย (BMI) หลังจากนั้นกลุ่มทดลองได้รับรูปแบบ ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ จำนวน 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ดำเนินการรวบรวมข้อมูลครั้งที่สอง (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยเก็บข้อมูล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Discriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ของรูปแบบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้สถิติทดสอบ Independent t-test และภายในกลุ่มทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบใช้สถิติ pair t-test

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ดำเนินการเสนอโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง (รหัสโครงการวิจัย ATGEC 117/2567)

## ผลการศึกษา

### 1. ศึกษาบริบท สถานการณ์สาเหตุ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลนรสิงห์

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ความดันโลหิตสูง/เบาหวาน) ปี 2665-2567

| พ.ศ. | จำนวน<br>ประชากรอายุ<br>15 ปีขึ้นไป<br>(คน) | โรคความดันโลหิตสูง                       |                                      |                               | โรคเบาหวาน                               |                                      |                               |
|------|---------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|
|      |                                             | กลุ่มเสี่ยง<br>(คน/ร้อยละ)<br>ของประชากร | ผู้ป่วย<br>(คน/ร้อยละ)<br>ของประชากร | ผู้ป่วย<br>รายใหม่<br>(คน/ปี) | กลุ่มเสี่ยง<br>(คน/ร้อยละ)<br>ของประชากร | ผู้ป่วย<br>(คน/ร้อยละ)<br>ของประชากร | ผู้ป่วย<br>รายใหม่<br>(คน/ปี) |
| 2565 | 2,712                                       | 137 (5.05)                               | 494 (18.22)                          | 8                             | 77 (2.84)                                | 168 (6.19)                           | 7                             |
| 2566 | 2,732                                       | 142 (5.20)                               | 512 (18.74)                          | 5                             | 68 (2.51)                                | 161 (5.89)                           | 5                             |
| 2567 | 2,744                                       | 138 (5.03)                               | 530 (19.31)                          | 7                             | 70 (2.55)                                | 166 (6.05)                           | 5                             |

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานยังไม่ลดลง รวมทั้งผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงยังคงไม่ลดลงเช่นกัน แสดงให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนยังไม่ได้มีการแก้ไขอย่างจริงจัง ยังมีผู้ป่วยรายใหม่ทั้งสองโรค ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า มีผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย จำนวน 5 คน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 7 คน

### 2. พัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ของรูปแบบของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มทดลองใช้รูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และรอบเอวลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ผลลัพธ์ค่าดัชนีมวลกายและรอบเอว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมรูปแบบ

| ตัวแปร                    | กลุ่มทดลอง (n=30) |       | กลุ่มเปรียบเทียบ(n=30) |      | t      | p      |
|---------------------------|-------------------|-------|------------------------|------|--------|--------|
|                           | Mean              | S.D.  | Mean                   | S.D. |        |        |
| คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ |                   |       |                        |      |        |        |
| ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม       | 39.60             | 2.32  | 40.23                  | 4.68 | 4.499  | 0.510  |
| หลังเข้าร่วมโปรแกรม       | 52.50             | 7.41  | 40.26                  | 7.94 | 6.63   | 0.000* |
| ค่าดัชนีมวลกาย            |                   |       |                        |      |        |        |
| ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม       | 26.47             | 3.90  | 25.32                  | 3.43 | 1.207  | 0.233  |
| หลังเข้าร่วมโปรแกรม       | 25.69             | 3.55  | 25.59                  | 3.45 | -2.100 | 0.040* |
| ค่ารอบเอว                 |                   |       |                        |      |        |        |
| ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม       | 86.00             | 10.62 | 84.83                  | 5.18 | 0.726  | 0.471  |
| หลังเข้าร่วมโปรแกรม       | 85.53             | 9.17  | 85.05                  | 5.10 | -2.069 | 0.043* |

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วยแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง

มะลิวัลย์ ฟองเพชร

### 3. ประเมินประสิทธิผลด้วยแบบประเมินความพึงพอใจ

ตารางที่ 3 ระดับความพึงพอใจของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หลังได้รับรูปแบบ (N=30)

| ลำดับ  | รายการ                                                                                  | Mean | S.D. | แปลผล     |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------|------|-----------|
| 1.     | กิจกรรมช่วยเพิ่มความรู้ ทักษะความสามารถในการเข้าถึง<br>เข้าใจประยุกต์ใช้ข้อมูลทางสุขภาพ | 4.73 | 0.67 | มากที่สุด |
| 2.     | กิจกรรมทำให้ท่านได้มีการดูแลสุขภาพ                                                      | 4.68 | 0.50 | มากที่สุด |
| 3.     | กิจกรรมทำให้ท่านได้ปรับพฤติกรรม                                                         | 4.63 | 0.49 | มากที่สุด |
| 4.     | ท่านจะบอกต่อพฤติกรรมที่ดีให้คนในบ้าน                                                    | 4.66 | 0.47 | มากที่สุด |
| 5.     | มีวิธีการสอนที่เหมาะสม                                                                  | 4.64 | 0.44 | มากที่สุด |
| 6.     | ผู้สอนมีความสามารถในการสอนที่เหมาะสม                                                    | 4.60 | 0.49 | มากที่สุด |
| 7.     | คู่มือและสื่อมีความเหมาะสม                                                              | 4.61 | 0.49 | มากที่สุด |
| 8.     | จำนวนครั้ง/เวลาในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม                                             | 4.48 | 0.46 | มาก       |
| ภาพรวม |                                                                                         | 4.63 | 0.52 | มากที่สุด |

### อภิปรายผล

อภิปรายผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1. บริบท สถานการณ์ สาเหตุ และแนวทางการแก้ปัญหาสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากการศึกษาข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้องและฐานข้อมูล ร่วมกับการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ผู้เกี่ยวข้องและสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุ ร่วมกับการสังเกตของผู้วิจัยและมีการวิเคราะห์ร่วมกัน โดยประยุกต์ใช้ PRECEDE Model พบว่า ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ยังมีผู้ป่วยรายใหม่ทั้งสองโรค สถิติโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น มีกลุ่มเสี่ยงจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น สาเหตุจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ (3อ2ส) มีการแก้ไข ปัญหาโดยใช้กระบวนการความรู้ด้านสุขภาพ และพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาของพวงผกา สุวีวรรณ (2564) พบว่า ชุมชนเมืองกิ่งชนบท

มีสถิติโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูง แนวทางของชุมชนคือ ทำโครงการสุขภาพดีด้วย 3อ.และสร้างผู้นำสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริเนตร สุทธิ (2562) ที่พบว่า การใช้กระบวนการกลุ่ม ช่วยให้อุบัติการณ์ปัญหาได้ครอบคลุมยิ่งขึ้นและสอดคล้องกับสุภาพร สุขเกษม, วิชญ์ มั่นคงและรัตน ใจแสง (2566)

2. การศึกษาการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วย กระบวนการความรู้ด้านสุขภาพ พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ เพิ่มขึ้น มีค่าดัชนีมวลกายและค่ารอบเอวลดลง ซึ่งเป็นผล มาจากการค้นหาปัญหาอย่างเป็นระบบ ผู้วิจัยได้มีการ ประยุกต์จากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ นัทบีม (Nutbeam, 2008) ช่วยส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ จากระดับพื้นฐาน ระดับปฏิสัมพันธ์ จนถึง

ระดับวิจารณ์งานที่มีคุณลักษณะพื้นฐาน 6 ด้าน ร่วมกัน  
ในรูปแบบ มีการพัฒนาทักษะการเข้าถึงและสืบค้นข้อมูล  
ได้อย่างถูกต้องและรู้เท่าทันสื่อถูกต้องมากขึ้น มีความ  
สามารถในการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลการ  
ตั้งเป้าหมายที่มีความเจาะจง มีการการปรับเปลี่ยน  
พฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง วิเคราะห์  
ความน่าเชื่อถือของข้อมูลได้ เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยง  
ของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ การใช้แอปพลิเคชัน  
ไลน์ในการสื่อสารแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นต่างๆ  
เรียนรู้ในการดูแลป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ออกกำลังกาย  
รู้จักการเข้าถึงสืบค้นข้อมูลที่เหมาะสมเพื่อให้กลุ่มเสี่ยง  
มีแรงผลักดันในการดูแลสุขภาพและมีพฤติกรรม  
เสริมสร้างสุขภาพที่ดีได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับ  
การศึกษาของปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ, ภคพร กลิ่นหอม,  
จินต์ทิพา ศิริกุลวิวัฒน์ (2566) พบว่าพฤติกรรมสุขภาพ  
ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ดีขึ้น และสอดคล้องกับ  
มนัสนันท์ สุขใส, วิจารณ์ ใจดี, และ สุภาวดี เจริญดี (2565)

ผลลัพธ์ของรูปแบบ ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกายและ  
ค่ารอบเอวพบว่า กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมรูปแบบการ  
เสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ  
เรื้อรังด้วยกระบวนการความรู้ด้านสุขภาพ มีค่า  
ดัชนีมวลกาย และค่ารอบเอวลดลง สอดคล้องกับ  
งานวิจัยของพวงผกา สุริวรรณ (2564) ระดับความ  
พึงพอใจหลังได้รับรูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรม  
สุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยกระบวนการ  
ความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับ  
การศึกษาของปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ, ภคพร กลิ่นหอม,  
จินต์ทิพา ศิริกุลวิวัฒน์ (2566) พบว่าหลังการได้รับ  
รูปแบบแบบความรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุน  
ของครอบครัว มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด

## สรุปผล

การวิจัยครั้งนี้มุ่งพัฒนารูปแบบการเสริมสร้าง  
พฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง  
โดยใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพเป็นฐานของ  
การออกแบบและดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การ  
วิเคราะห์บริบทพื้นที่ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย  
ในชุมชน การทดลองใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิ และการ  
ประเมินในหลายมิติ พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรค  
ความดันโลหิตสูงดีขึ้น มีค่าดัชนีมวลกายและค่ารอบเอว  
ลดลง รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสะท้อนถึงความเหมาะสม  
กับบริบทชุมชน ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริงและ  
ศักยภาพในการนำไปใช้เป็นแนวทางสนับสนุนการดูแล  
สุขภาพตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้อย่างต่อเนื่อง  
ในเชิงนโยบาย ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นต้นแบบ  
ในการบูรณาการเข้ากับการดำเนินงานของคลินิก  
NCDs สนับสนุนนโยบาย “คนไทยรอบรู้ด้านสุขภาพ”  
ควรเน้นการเสริมศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข, อสม.  
และการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเป็นเครื่องมือสำคัญในการ  
ขับเคลื่อนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง  
อย่างยั่งยืนในพื้นที่และระดับประเทศต่อไป

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองกลุ่มเสี่ยงโรคไม่  
ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มลดลงในระยะเวลาที่นานขึ้น  
ดังนั้นควรมีการติดตามช่วงยาว (Longitudinal design)  
ติดตามช่วงเวลาที่เหมาะสมและกระตุ้นซ้ำ เพื่อให้  
พฤติกรรมคงอยู่
2. กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ มีไม่มากและ  
ศึกษาในพื้นที่ตำบลเดียว ดังนั้นควรมีการเพิ่มกลุ่ม  
ตัวอย่างและขยายผลไปยังพื้นที่ระดับอำเภอ

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. หน่วยงานสาธารณสุขในระดับปฐมนิเทศควรนำรูปแบบนี้ไปประยุกต์ใช้ในคลินิกโรคเรื้อรัง โดยเน้นกระบวนการฝึกทักษะทั้ง 3 ระดับ (พื้นฐาน-ปฏิสัมพันธ์-วิจารณ์ญาณ) แทนการให้สุขศึกษาแบบบรรยายเพียงอย่างเดียว เนื่องจากผลการวิจัยยืนยันว่าสามารถลดรอบแอมและดัชนีมวลกายได้จริง
2. ควรส่งเสริมให้มีการใช้แอปพลิเคชันไลน์ (Line Application) หรือสื่อสังคมออนไลน์ที่ประชาชนคุ้นเคยมาเป็นเครื่องมือในการกำกับเสริมแรงอย่างต่อเนื่อง เพราะเป็นช่องทางที่ต้นทุนต่ำแต่มีประสิทธิภาพในการสร้างความต่อเนื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงานที่มีเวลาจำกัด
3. การสร้างต้นแบบในชุมชน ควรคัดเลือกผู้ที่ประสบความสำเร็จในการเข้าร่วมโครงการ มาพัฒนาเป็น “แกนนำความรู้ด้านสุขภาพ” เพื่อเป็นพี่เลี้ยงและตัวแบบให้กับกลุ่มเสี่ยงรายใหม่ ซึ่งจะช่วยสร้างแรงบันดาลใจและความเชื่อมั่นในศักยภาพตนเอง

### เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข.(2566). รายงานประจำปี 2565. สืบค้น 20 ตุลาคม 2567, จาก [https://ddc.moph.go.th/dncd/journal\\_detail.php?publish=16681/สถิติโรค](https://ddc.moph.go.th/dncd/journal_detail.php?publish=16681/สถิติโรค)
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2564). กลยุทธ์การเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม. สืบค้น 20 ตุลาคม 2567, <https://hed.hss.moph.go.th/tool-hlhb/ความรู้>
- ณัฐสิทธิ์ สินโท และคณะ. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี, 6(3), 171-178.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากุล.(2562). การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย:คุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ, ภคพร กลิ่นหอม, จินต์ทิพา ศิริกุลวิวัฒน์. (2566). การพัฒนารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนของครอบครัว เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงจังหวัดเพชรบุรี. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 31(4), 91-106.
- พวงผกา สุวีวรรณ. (2564). รูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ด้วยกระบวนการจัดการความรู้ จังหวัดลำพูน. วารสารกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 17(2), 41-50.
- มนัสนันท์ สุขใส, วิราพร ใจดี, และ สุภาวดี เจริญดี. (2565). ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองตามแนวทาง 3อ2ส ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วารสารโรคหัวใจและหลอดเลือด, 31(2), 78-91.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนรสิงห์. (2567). ฐานข้อมูลสุขภาพ. รายงานสรุปผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2567. รพ.สต.นรสิงห์.
- รุ่งนภา อาระหัง, สุธีรา ชื่นตระกูล, และศศิธร รุจิรเวช. (2562). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงที่แห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม. วารสารแพทยธานี, 45(3), 509-26.

- ศิริเนตร สุทธิ. (2562). การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- สุภาพร สุขเกษม, วิษณุ มั่นคง, และรัตนา ใจแสง. (2566). ปัญหาและความท้าทายในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน: การศึกษาเชิงคุณภาพ. *วารสารสุขภาพชุมชน*, 29(1), 34-47.
- สำนักสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง. (2567). ระบบคลังข้อมูลด้านสุขภาพและการแพทย์. สืบค้น 21 ตุลาคม 2567, จาก <https://atgh.moph.go.th/HDC>
- อรนุช ชูศรี และคณะ. (2564). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 34(3), 20-36.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A-G., & Buchner, A. (2007). "G\*power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences". *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191. doi: 10.3758/BF03193146.
- Lemeshow, S., Hosmer, D.W., Klar, J., & Lwanga, S.K. (1990). Adequacy of sample size in health studies. USA: John Wiley & Sons
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2071-2078.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). Nursing Research Principles and Methods. Philadelphia: Lippincott
- World Health Organization [WHO]. (2023). *World Health Day 2023*. Retrieved from [https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2013/campaign\\_essentials.pdf?ua=1](https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2013/campaign_essentials.pdf?ua=1)

## ประสิทธิผลของสมุนไพรหน้าดอกขาวต่อการลด ละ เลิกบุหรี่ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสตึก กม.10

### EFFECTIVENESS OF VERNONIA CINEREA FOR SMOKING CESSATION AMONG HYPERTENSION PATIENTS AT SATTAHIP KM.10 HOSPITAL.

สุภารัตน์ ไชยหาญ  
โรงพยาบาลสตึก กม.10  
SUPARAT CHAIHAN  
SATTAHIP KM.10 HOSPITAL

#### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของสมุนไพรหน้าดอกขาวต่อการลด ละ เลิกบุหรี่ รวมทั้งประเมินระดับความดันโลหิตและความปลอดภัยต่อการทำงานของไตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประชากรคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่และมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสตึก กม.10 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 36 ราย คัดเลือกคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและไม่มีข้อห้ามในการใช้สมุนไพร เก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2567 ถึง มิถุนายน 2568 เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แนวทางการใช้สมุนไพรหน้าดอกขาว 2) แบบสอบถาม 4 ส่วน และ 3) แบบบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (BUN และ Creatinine) กลุ่มตัวอย่างได้รับชาหน้าดอกขาวขนาด 2 กรัม ชงในน้ำร้อน 200 มิลลิลิตร วันละ 4 ครั้ง ต่อเนื่อง 30 วัน และติดตามประเมินผลในสัปดาห์ที่ 1, 2, 4, 12 และ 24 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ Repeated Measures ANOVA กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า จำนวนบุหรี่เฉลี่ยต่อวันลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 8.27, p < 0.001$ ) และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างช่วงเวลา ( $F(5,175) = 48.12, p < 0.001$ ) อัตราการเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.9 ในสัปดาห์ที่ 2 เป็นร้อยละ 63.9 ในสัปดาห์ที่ 24 ค่า BUN และ Creatinine ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) และไม่พบอาการไม่พึงประสงค์รุนแรง แสดงถึงความปลอดภัยต่อไต ระดับความดันโลหิตมีแนวโน้มลดลง แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) กลไกการออกฤทธิ์ที่พบจากการติดตาม ได้แก่ อาการชาลิ้น การรับรู้กลิ่นบุหรี่ไม่พึงประสงค์ และอาการคลื่นไส้หลังสูบบุหรี่ ซึ่งส่งผลให้ความอยากสูบบุหรี่ลดลง

ข้อเสนอแนะ ควรมีการศึกษาต่อยอดในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นและติดตามผลในระยะยาว รวมทั้งพัฒนาแนวทางประยุกต์ใช้สมุนไพรหน้าดอกขาวในคลินิกเลิกบุหรี่สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น เช่น โรคเบาหวาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตลอดจนจัดทำสื่อเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจและความเชื่อมั่นในการใช้สมุนไพรอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : หน้าดอกขาว, การเลิกบุหรี่, ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง, สมุนไพร, ชาสมุนไพร, ความปลอดภัย

## Abstract

This quasi-experimental study employed a one-group pretest-posttest design to evaluate the effectiveness of Vernonia cinerea herbal tea in reducing and promoting smoking cessation, as well as to assess blood pressure levels and renal safety among patients with hypertension. The study population consisted of hypertensive patients who had smoking behavior and received services at Sattahip Hospital Km.10. A total of 36 participants were recruited according to the inclusion criteria and had no contraindications for herbal use. Data were collected from December 2024 to June 2025. The research instruments included: (1) a guideline for the use of Vernonia cinerea herbal tea, (2) a four-part questionnaire, and (3) laboratory record forms for blood urea nitrogen (BUN) and creatinine levels. Participants received Vernonia cinerea herbal tea at a dose of 2 grams infused in 200 ml of hot water, four times daily, for 30 consecutive days. Follow-up assessments were conducted at weeks 1, 2, 4, 12, and 24. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and repeated measures ANOVA, with the significance level set at 0.05.

The results showed that the average number of cigarettes smoked per day significantly decreased ( $t = 8.27, p < 0.001$ ), with significant differences observed across follow-up periods ( $F(5,175) = 48.12, p < 0.001$ ). The smoking cessation rate increased from 13.9% at week 2 to 63.9% at week 24. BUN and creatinine levels showed no statistically significant differences ( $p > 0.05$ ), and no serious adverse events were reported, indicating renal safety. Blood pressure levels tended to decrease, although no statistically significant differences were found ( $p > 0.05$ ). Observed mechanisms during follow-up included tongue numbness, unpleasant perception of cigarette smoke odor, and nausea after smoking, which contributed to reduced craving for cigarettes.

Recommendations Future studies should include larger sample sizes and longer follow-up periods. Additionally, the integration of Vernonia cinerea into smoking cessation clinics should be further developed, particularly for patients with other non-communicable diseases such as diabetes mellitus and chronic obstructive pulmonary disease. Educational materials should also be developed to enhance understanding and confidence in the safe and effective use of herbal medicine.

**Keywords :** Vernonia cinerea, smoking cessation, hypertension patients, herbal medicine, herbal tea, safety.

## บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 3 - 4 เท่า นิโคตินและสารพิษในควันบุหรี่สามารถกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น เพิ่มความหนืดของเลือด และกระตุ้นกระบวนการอักเสบของผนังหลอดเลือด ส่งผลให้เกิดภาวะหลอดเลือดตีบแข็งและการอุดตันของหลอดเลือดระยะยาว องค์การอนามัยโลกระบุว่าการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากกว่า 8 ล้านคนต่อปีทั่วโลก (WHO, 2021) ขณะที่ในประเทศไทยพบผู้เสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ไม่น้อยกว่า 72,000 คนต่อปี สะท้อนถึงภาวะโรคและผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2563) ในบริบทพื้นที่ โรงพยาบาลสตึก กม.10 พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวนหนึ่งยังคงมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ แม้จะได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์แล้วก็ตาม โดยพบว่าประมาณร้อยละ 40 ของผู้ป่วยยังคงสูบบุหรี่ต่อเนื่องข้อมูลระหว่างปีพ.ศ.2565-2567 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่รวมทั้งสิ้น 469 ราย โดยแยกเป็นรายปีจำนวน 147, 158 และ 164 ราย ตามลำดับ ในจำนวนดังกล่าวเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังคงสูบบุหรี่จำนวน 47, 59 และ 71 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.97, 37.34 และ 43.29 ตามลำดับ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับพื้นที่ (โรงพยาบาลสตึก กม.10, 2567)

หญ้าดอกขาว (Vernonia cinerea) เป็นสมุนไพรที่ได้รับการบรรจุอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพรของประเทศไทย มีสรรพคุณตามภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยในการช่วยลดความอยากบุหรี่ บรรเทาอาการหงุดหงิด และช่วยลดอาการถอนนิโคติน โดยมีวิธีใช้รับประทานครั้งละ 1 ช้อน (2 กรัม) ชงในน้ำร้อน 200 มิลลิลิตร วันละ 4 ครั้ง ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 30 วัน (กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก,

2564) ปัจจุบัน โรงพยาบาลสตึก กม.10 ได้นำสมุนไพรหญ้าดอกขาวมาใช้ในคลินิกเพื่อช่วยสนับสนุนการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างไรก็ตามยังพบอุปสรรคสำคัญ ได้แก่ ผู้ป่วยขาดความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการใช้สมุนไพรในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีความกังวลเกี่ยวกับการใช้ร่วมกับยาแผนปัจจุบัน และกังวลต่อผลกระทบโรคประจำตัว ส่งผลให้การใช้สมุนไพรยังไม่บรรลุตามเป้าหมาย ในการศึกษานี้ “ประสิทธิผลของสมุนไพรหญ้าดอกขาว” หมายถึง ความสามารถในการช่วยลดจำนวนการสูบบุหรี่เฉลี่ยต่อวัน เพิ่มอัตราการเลิกสูบบุหรี่ภายในระยะติดตาม 24 สัปดาห์ ลดความอยากนิโคติน ตลอดจนประเมินความปลอดภัยจากการเปลี่ยนแปลงค่าการทำงานของไต ระดับความดันโลหิต และการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ระหว่างการศึกษา

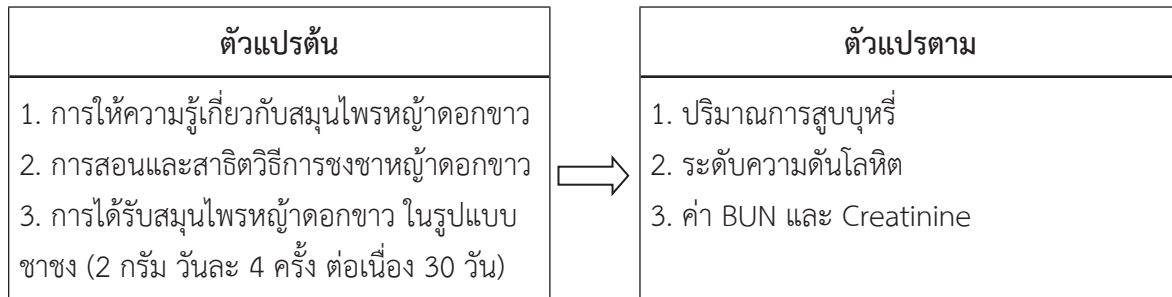
ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของสมุนไพรหญ้าดอกขาวในการลด ละ และเลิกบุหรี่ รวมทั้งประเมินผลระดับความดันโลหิตและความปลอดภัยต่อการทำงานของไตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อสนับสนุนการบูรณาการสมุนไพรในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพิ่มทางเลือกในการช่วยเลิกบุหรี่ที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน และลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด รวมทั้งส่งเสริมผลลัพธ์ด้านสุขภาพในระยะยาวของผู้ป่วย

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของสมุนไพรหญ้าดอกขาวต่อการลด ละ เลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสตึก กม.10
2. เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิตก่อน - หลังการใช้สมุนไพรหญ้าดอกขาว
3. เพื่อประเมินความปลอดภัยของการใช้สมุนไพรหญ้าดอกขาว โดยพิจารณาการเปลี่ยนแปลงค่า BUN และ Creatinine ก่อน - หลังการใช้สมุนไพร

## กรอบแนวคิด

จากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้กำหนดตัวแปรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยได้กำหนดกรอบความคิดและตัวแปรในการศึกษาดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## สมมติฐานงานวิจัย

1. การใช้สมุนไพรหญ้าดอกขาวร่วมกับการให้ความรู้และติดตามอย่างเป็นระบบ สามารถลดจำนวนบุหรี่เฉลี่ยต่อวันของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
2. การใช้สมุนไพรหญ้าดอกขาวไม่มีผลกระทบต่อระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อน - หลังการใช้สมุนไพร
3. การใช้สมุนไพรหญ้าดอกขาวไม่มีผลต่อค่า BUN และ Creatinine ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อน - หลังการใช้สมุนไพรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. สนับสนุนการบูรณาการการแพทย์แผนไทยร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างครอบคลุม
4. สามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนนโยบายหรือมาตรการลดการสูบบุหรี่ในระดับหน่วยบริการและระดับชุมชน

## วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน - หลัง (One-group Pretest-Posttest Design) เพื่อประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัยของสมุนไพรหญ้าดอกขาวในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ดำเนินการ ณ โรงพยาบาลสตึก อบ.10 จังหวัดสุรินทร์ ระหว่างเดือนธันวาคม 2567 ถึง มิถุนายน 2568

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากรเป้าหมาย** ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ อายุระหว่าง 35-65 ปีและได้รับการส่งต่อจากแพทย์แผนปัจจุบันให้เข้ารับบริการที่งานแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสตึก อบ.10

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประสิทธิผลและความปลอดภัยของสมุนไพรหญ้าดอกขาวในการช่วยลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. ได้แนวทางการใช้สมุนไพรหญ้าดอกขาวอย่างเป็นระบบ สามารถประยุกต์ใช้ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลสตึก อบ.10 และสถานพยาบาลอื่นๆ

**การเลือกตัวอย่าง** ใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 36 คน

**เกณฑ์การคัดเลือก** แบ่งเป็น 3 เกณฑ์ ดังนี้

**เกณฑ์การคัดเข้า**

1.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ และได้รับการส่งต่อจากแพทย์แผนปัจจุบันให้เข้ารับบริการที่งานแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสตึก กม.10

1.2 ไม่มีข้อห้ามในการใช้สมุนไพรพญาดอกขาว เช่น ไม่เป็นผู้ที่มีภาวะโรคไต โดยกำหนดให้มีค่าการทำงานของไตอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ค่า BUN = 7.0-18.0 mg/dl, ค่า Creatinine = 0.51-1.17 mg/dl)

1.3 สมัครใจเข้าร่วมโครงการและให้ความยินยอมโดยเซ็นแบบฟอร์มแสดงความยินยอม

1.4 ไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือค่าจ้างในการเข้าร่วมโครงการ

1.5 สามารถเข้าร่วมกิจกรรมและการติดตามผลได้จนเสร็จสิ้นโครงการ

**เกณฑ์การคัดออก**

2.1 ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหัวใจหรือโรคไตอยู่นอกเกณฑ์ปกติ เนื่องจากสมุนไพรพญาดอกขาวมีโพแทสเซียมสูง ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้

2.2 ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนดไว้ หรือมีข้อจำกัดที่อาจทำให้ไม่สามารถติดตามผลได้อย่างต่อเนื่อง

2.3 ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า

**เกณฑ์การยุติ**

3.1 หากพบว่าผู้ป่วยมีอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงหลังจากการใช้สมุนไพรพญาดอกขาว เช่น ผื่นคัน อากาบวม แดงหน้าอก หรืออาการอื่นที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ จะยุติการเข้าร่วมโครงการทันที

3.2 ผู้ป่วยที่มีการปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการหลังจากเริ่มต้น หรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างสม่ำเสมอ

**ขนาดตัวอย่าง**

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ และได้รับการส่งต่อจากแพทย์แผนปัจจุบันให้เข้ารับบริการที่งานแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสตึก กม.10 จำนวน 36 คน ซึ่งกำหนดขนาดตัวอย่างโดยการคำนวณความเหมาะสมตามวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลองและจำนวนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ในช่วงเวลาศึกษา

**การดำเนินการทดลอง (Intervention)**

ผู้เข้าร่วมจะได้รับสมุนไพรพญาดอกขาวชนิดผง ขนาด 2 กรัม ชงในน้ำร้อน 200 มิลลิลิตร วันละ 4 ครั้ง ต่อเนื่อง 30 วัน ตามแนวทางปฏิบัติทางคลินิก (CPG) และให้คำแนะนำโดยแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับกลไกการออกฤทธิ์ ข้อบ่งใช้ และข้อควรระวัง 2) การสาธิตวิธีชงและการรับประทานที่ถูกต้อง 3) การติดตามอาการไม่พึงประสงค์ 4) ติดตามผลในสัปดาห์ที่ 1, 2, 4, 12 และ 24 ตลอดช่วงระยะเวลาการศึกษา เพื่อประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัยของสมุนไพรในกลุ่มตัวอย่าง

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

1. แบบสอบถาม ใช้เก็บข้อมูล 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประสิทธิผลของ

สมุนไพรพญาดอกขาวในการลด ละ เลิกบุหรี่

ส่วนที่ 3 ปริมาณการสูบบุหรี่ที่ลดลง

ส่วนที่ 4 ข้อมูลค่า BUN และ Creatinine

และระดับความดันโลหิตก่อน-หลัง

2. แนวทางการจ่ายยาสมุนไพร (CPG) เพื่อให้การบำบัดเลิกบุหรี่มีมาตรฐานและมีขั้นตอนที่ชัดเจน

3. สมุนไพรหญ้าดอกขาว ผู้ป่วยจะได้รับสมุนไพรหญ้าดอกขาว รับประทานครั้งละ 1 ชอง 2 กรัม ชงในน้ำร้อน 200 มล. วันละ 4 ครั้ง ติดต่อกัน 30 วัน และให้คำแนะนำโดยแพทย์แผนไทย

**การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา :** เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์ผู้มีประสบการณ์ด้านการใช้สมุนไพร และการบำบัดเลิกระบุน้ำ นำเครื่องมือที่ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha) กำหนดค่า  $\geq 0.87$  และเพื่อให้มั่นใจในความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ

**วิธีดำเนินการวิจัย** แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่

1) การเตรียมการ การสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัย (แบบสอบถาม 4 ส่วน) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และจัดทำแนวทางการจ่ายยาสมุนไพร (CPG)

2) การดำเนินการทดลอง คัดเลือกผู้เข้าร่วมที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์, กรณิ ค่า LAB ตามเกณฑ์ให้ดำเนินการตามแนวทางการเลิกระบุน้ำที่พัฒนาขึ้น และกรณิค่า LAB ไม่อยู่ในเกณฑ์ ปรีกษาแพทย์แผนปัจจุบัน

3) การประเมินผล วัดผลหลังสิ้นสุดการทดลอง โดยติดตามผลการรักษาในวันที่แพทย์แผนปัจจุบันนัด, ติดตามทางการโทรศัพท์ รวม 5 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1, 2, 4, 12 และ 24 โดยติดตามผลการสูบบุหรี่ ระดับความดันโลหิต และค่าการทำงานของไตในช่วงเวลาที่กำหนด

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย** การศึกษาครั้งนี้ได้ดำเนินการภายใต้หลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผู้วิจัยได้อธิบายรายละเอียดของการศึกษา วัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยอย่าง

ชัดเจน ก่อนให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้ลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent) และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัยถูกเก็บรักษาเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ตลอดระยะเวลาการศึกษา ผู้วิจัยได้ติดตามความปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่างโดยเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้สมุนไพรหญ้าดอกขาว รวมทั้งประเมินค่า BUN และ Creatinine ระดับความดันโลหิต หากพบความผิดปกติ ผู้วิจัยจะหยุดการทดลองและส่งต่อเพื่อรับการดูแลรักษาแพทย์แผนปัจจุบันทันที การวิจัยนี้ดำเนินการภายใต้การกำกับดูแลของโรงพยาบาลสัทธิบ กม.10 และได้รับการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดชลบุรี เลขที่หนังสือรับรอง 098/2567

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ดำเนินการโดยแพทย์แผนไทยผู้วิจัย แบบสอบถาม 4 ส่วน ซึ่งมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ ความหมาย การพิทักษ์สิทธิก่อนทำแบบสอบถาม พร้อมลงลายลักษณ์อักษรในใบยินยอม จากนั้นเก็บข้อมูลก่อนทดลอง ระหว่างติดตาม และหลังสิ้นสุดการศึกษา รวม 5 ครั้ง

**วิเคราะห์ข้อมูล** ด้วยโปรแกรม SPSS สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ วิเคราะห์เชิงอนุมานโดยใช้ Paired t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อน-หลังใช้สมุนไพร (จำนวนมวนบุหรี่ ระดับความดันโลหิต และค่า BUN, Creatinine) และ Repeated Measures ANOVA ใช้วิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงจำนวนมวนบุหรี่ในช่วงติดตามสัปดาห์ที่ 1, 2, 4, 12 และ 24 กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่  $p \leq 0.05$

## ผลการศึกษา

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n=36)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 36)

| รายการ                            | จำนวน<br>(คน) | ร้อยละ | ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD | ช่วง<br>(ต่ำสุด-สูงสุด) |
|-----------------------------------|---------------|--------|--------------------|-------------------------|
| เพศ                               |               |        |                    |                         |
| ชาย                               | 30            | 83.33  | -                  | -                       |
| หญิง                              | 6             | 16.67  | -                  | -                       |
| อายุ (ปี)                         | -             | -      | 58.6 $\pm$ 9.3     | -                       |
| ระดับการศึกษา                     |               |        |                    |                         |
| ประถมศึกษา                        | 19            | 52.78  | -                  | -                       |
| มัธยมศึกษา                        | 9             | 25.00  | -                  | -                       |
| ปวช./ปวส.                         | 5             | 13.89  | -                  | -                       |
| ปริญญาตรีหรือสูงกว่า              | 3             | 8.33   | -                  | -                       |
| ระยะเวลาการสูบบุหรี่ (ปี)         | -             | -      | 25.9 $\pm$ 12.1    | 10-50                   |
| จำนวนบุหรี่ก่อนเข้าร่วม (มวน/วัน) | -             | -      | 11.1 $\pm$ 6.6     | 3-40                    |

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 36 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 83.33 มีอายุเฉลี่ย 58.6  $\pm$  9.3 ปีการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 52.78 รองลงมาคือมัธยมศึกษา ร้อยละ 25.00 ปวช./ปวส. ร้อยละ 13.89 และปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 8.33 มีระยะเวลาการสูบบุหรี่เฉลี่ย 25.9  $\pm$  12.1 ปี (ช่วงอายุระหว่าง 10-50 ปี) และมีจำนวนบุหรี่ที่สูบบeforeเข้าร่วมโครงการเฉลี่ย 11.1  $\pm$  6.6 มวนต่อวัน

### ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตก่อน - หลังการใช้สมุนไพรหนวดดอกขาวด้วยสถิติ

Paired t-test (n = 36)

| การเปลี่ยนแปลง<br>ความดันโลหิต | ก่อนใช้สมุนไพร<br>Mean $\pm$ SD | หลังใช้สมุนไพร<br>Mean $\pm$ SD | ค่าเฉลี่ยการ<br>เปลี่ยนแปลง | t    | p-value |
|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|------|---------|
| Systolic Blood Pressure        | 153 $\pm$ 12                    | 140 $\pm$ 10                    | ↓ 13.00                     | 1.72 | 0.094   |
| Diastolic Blood Pressure       | 90 $\pm$ 8                      | 86 $\pm$ 7                      | ↓ 4.19                      | 1.41 | 0.166   |

จากตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย Systolic Blood Pressure ลดลงจาก 153  $\pm$  12 เป็น 140  $\pm$  10 mmHg ลดลงเฉลี่ย 13.00 mmHg และค่าเฉลี่ย Diastolic Blood Pressure ลดลงจาก 90  $\pm$  8 เป็น 86  $\pm$  7 mmHg ลดลงเฉลี่ย 4.19 mmHg อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์ด้วย Paired t-test พบว่าไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p > 0.05)

## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประสิทธิผลของสมุนไพรหญ้าดอกขาว

ตารางที่ 3 ผลการประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัยของสมุนไพรหญ้าดอกขาว (n = 36)

| ประเด็นคำถาม                                      | ข้อย่อย                            | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---------------------------------------------------|------------------------------------|------------|--------|
| <b>พฤติกรรมกาสูบหรี่</b>                          |                                    |            |        |
| 1. ความถี่ในการสูบบุหรี่ลดลง                      | ลดลงมาก                            | 24         | 66.7   |
|                                                   | ลดลงเล็กน้อย                       | 10         | 27.8   |
|                                                   | ไม่เปลี่ยนแปลง                     | 2          | 5.5    |
|                                                   | เพิ่มขึ้น                          | 0          | 0.0    |
| 2. ความต้องการสูบบุหรี่ลดลง                       | ลดลงมาก                            | 20         | 55.6   |
|                                                   | ลดลงเล็กน้อย                       | 13         | 36.1   |
|                                                   | ไม่เปลี่ยนแปลง/เพิ่มขึ้น           | 3          | 8.3    |
|                                                   | เลิกบุหรี่ถาวร (ติดตาม 24 สัปดาห์) | 23         | 63.9   |
| 3. ผลสัมฤทธิ์ในการลด ละ เลิกบุหรี่                | ลดลงภายใน 1 เดือนแรก               | 18         | 50.0   |
|                                                   | เลิกได้ในสัปดาห์แรก                | 12         | 33.3   |
|                                                   | เลิกไม่ได้                         | 5          | 13.9   |
| <b>ประสิทธิผลของสมุนไพร</b>                       |                                    |            |        |
| 4. ความคิดเห็นต่อประโยชน์ของสมุนไพร               | มีประโยชน์มาก                      | 28         | 77.8   |
|                                                   | มีประโยชน์ปานกลาง                  | 7          | 19.4   |
|                                                   | ไม่เห็นว่ามีประโยชน์               | 1          | 2.8    |
| <b>ความปลอดภัย</b>                                |                                    |            |        |
| 5. อาการข้างเคียงที่พบ                            | วิงเวียนศีรษะ                      | 4          | 11.1   |
|                                                   | คลื่นไส้                           | 3          | 8.3    |
|                                                   | ปวดท้อง                            | 1          | 2.8    |
|                                                   | ไม่พบอาการใด                       | 28         | 77.8   |
| 6. ความปลอดภัยเมื่อใช้ร่วมกับยาควบคุมความดันโลหิต | ปลอดภัย                            | 30         | 83.3   |
|                                                   | มีผลข้างเคียงเล็กน้อย              | 6          | 16.7   |
|                                                   | ไม่ปลอดภัย/ไม่แน่ใจ                | 0          | 0.0    |
| 7. การทำงานของไต (BUN, Creatinine)                | อยู่ในเกณฑ์ปกติทั้งก่อนและหลังใช้  | 36         | 100.0  |
|                                                   | ผิดปกติ                            | 0          | 0.0    |

จากตารางที่ 3 พบว่าหลังได้รับสมุนไพรหญ้าดอกขาว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความถี่ในการสูบบุหรี่ลดลง โดยร้อยละ 66.7 ลดลงมาก และไม่มีผู้ที่มีความถี่เพิ่มขึ้น ด้านความต้องการสูบบุหรี่ พบว่าร้อยละ 55.6 ลดลงมาก และร้อยละ 36.1 ลดลงเล็กน้อย สะท้อนให้เห็นแนวโน้มการลดความอยากสูบบุหรี่หลังการใช้สมุนไพร ผลสัมฤทธิ์ในการลด ละ เลิกบุหรี่ พบว่าร้อยละ 63.9 สามารถเลิกบุหรี่ได้ภายในระยะติดตาม 24 สัปดาห์ ขณะที่ร้อยละ 50.0 สามารถลดจำนวนการสูบได้ภายใน 1 เดือนแรก และร้อยละ 33.3 เลิกสูบ

ได้ตั้งแต่สัปดาห์แรก ด้านความคิดเห็นต่อสมุนไพรร้อยละ 77.8 เห็นว่าสมุนไพรมีประโยชน์มาก แสดงถึงทัศนคติเชิงบวกต่อการใช้หญ้าดอกขาว อาการข้างเคียงที่พบส่วนใหญ่เป็นอาการเล็กน้อย และร้อยละ 77.8 ไม่พบอาการผิดปกติใดๆ ด้านความปลอดภัยเมื่อใช้ร่วมกับยาควบคุมความดันโลหิตพบว่าร้อยละ 83.3 เห็นว่าปลอดภัย และไม่พบรายงานว่าไม่ปลอดภัยส่วนผลการตรวจค่าการทำงานของไต (BUN และ Creatinine) อยู่ในเกณฑ์ปกติในผู้ป่วยทุกราย (ร้อยละ 100) แสดงให้เห็นถึงความปลอดภัยของการใช้สมุนไพรในระยะเวลาศึกษา

### ส่วนที่ 3 ปริมาณการสูบบุหรี่ก่อน - หลังรับสมุนไพรหญ้าดอกขาว

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบจำนวนบุหรี่เฉลี่ยต่อวันก่อน - หลังการใช้สมุนไพร Paired t-test (n = 36)

| ช่วงเวลา       | ค่าเฉลี่ย (มวน/วัน) | SD   | t    | p-value |
|----------------|---------------------|------|------|---------|
| ก่อนใช้สมุนไพร | 11.10               | 6.60 |      |         |
| สัปดาห์ที่ 4   | 5.42                | 4.83 | 8.27 | <0.001* |

จากตารางที่ 4 พบว่าจำนวนบุหรี่เฉลี่ยต่อวันลดลงจาก  $11.10 \pm 6.60$  มวนต่อวัน เหลือ  $5.42 \pm 4.83$  มวนต่อวัน ในสัปดาห์ที่ 4 โดยมีความแตกต่างอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 8.27, p < 0.001$ ) แสดงให้เห็นว่าสมุนไพรหญ้าดอกขาวมีผลต่อการลดจำนวนการสูบบุหรี่ได้อย่างชัดเจน

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบจำนวนบุหรี่เฉลี่ยต่อวันในแต่ละช่วงเวลา Repeated Measures ANOVA (n=36)

| ช่วงเวลา       | ค่าเฉลี่ย (มวน/วัน) | SD   |
|----------------|---------------------|------|
| ก่อนใช้สมุนไพร | 11.10               | 6.60 |
| สัปดาห์ที่ 1   | 8.36                | 5.72 |
| สัปดาห์ที่ 2   | 6.94                | 5.01 |
| สัปดาห์ที่ 4   | 5.42                | 4.83 |
| สัปดาห์ที่ 12  | 3.11                | 3.96 |
| สัปดาห์ที่ 24  | 1.78                | 2.84 |

จากตารางที่ 5 การวิเคราะห์แบบ Repeated Measures ANOVA พบว่าจำนวนบุหรี่เฉลี่ยในแต่ละช่วงเวลามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F(5,175) = 48.12, p < 0.001$ ) โดยจำนวนบุหรี่เฉลี่ย

มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจาก  $11.10 \pm 6.60$  มวนต่อวัน ก่อนการใช้สมุนไพร เหลือ  $1.78 \pm 2.84$  มวนต่อวัน ในสัปดาห์ที่ 24

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้เลิกบุหรี่ได้ในแต่ละช่วงเวลา (n = 36)

| ช่วงเวลา                      | เลิกสูบได้ (คน) | ร้อยละ |
|-------------------------------|-----------------|--------|
| สัปดาห์ที่ 2                  | 5               | 13.9   |
| สัปดาห์ที่ 12                 | 18              | 50.0   |
| สัปดาห์ที่ 24                 | 23              | 63.9   |
| ยังเลิกไม่ได้ (สัปดาห์ที่ 24) | 13              | 36.1   |

จากตารางที่ 6 เมื่อพิจารณาจำนวนผู้ที่สามารถ และร้อยละ 63.9 ในสัปดาห์ที่ 24 ขณะที่ยังมีผู้ที่ไม่เลิกสูบบุหรี่ได้ พบว่าสัปดาห์ที่ 2 มีผู้เลิกสูบได้ร้อยละ 13.9 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 50.0 ในสัปดาห์ที่ 12 สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 36.1

#### ส่วนที่ 4 ข้อมูล ค่า BUN และ Creatinine ก่อน - หลังรับยาสมุนไพร

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย BUN และ Creatinine ก่อน - หลังการใช้สมุนไพร (n = 36)

| รายการ             | ก่อนใช้สมุนไพร<br>(Mean $\pm$ SD) | หลังใช้สมุนไพร<br>(Mean $\pm$ SD) | t     | p-value |
|--------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-------|---------|
| BUN (mg/dL)        | 15.82 $\pm$ 3.41                  | 15.47 $\pm$ 3.36                  | 0.98  | 0.334   |
| Creatinine (mg/dL) | 0.94 $\pm$ 0.18                   | 0.96 $\pm$ 0.17                   | -1.12 | 0.271   |

จากตารางที่ 7 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย BUN และ Creatinine ก่อน - หลังการใช้สมุนไพรหญ้าดอกขาว ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p > 0.05) แสดงให้เห็นว่าการใช้สมุนไพรไม่มีผลกระทบต่อการทำงานของไตในช่วงระยะเวลาศึกษา ด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยทั้งสองตัวแปร

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของผู้ที่มีค่า BUN และ Creatinine อยู่ในเกณฑ์ปกติ ก่อน - หลังการใช้สมุนไพร (n = 36)

| รายการ     | ก่อนใช้สมุนไพร<br>ปกติ (คน) | ร้อยละ | หลังใช้สมุนไพร<br>ปกติ (คน) | ร้อยละ |
|------------|-----------------------------|--------|-----------------------------|--------|
| BUN        | 36                          | 100.0  | 36                          | 100.0  |
| Creatinine | 36                          | 100.0  | 36                          | 100.0  |
| ค่าผิดปกติ | 0                           | 0.0    | 0                           | 0.0    |

จากตารางที่ 8 พบว่าผู้ป่วยทั้ง 36 ราย ร้อยละ 100 มีค่า BUN และ Creatinine อยู่ในเกณฑ์ปกติทั้งก่อน และหลังการใช้สมุนไพร และไม่พบผู้ที่มีค่าผิดปกติ ภายหลังจากการใช้สมุนไพรหญ้าดอกขาว ผลลัพธ์ดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าสมุนไพรหญ้าดอกขาวไม่มีผลกระทบต่อการทำงานของไตในระยะเวลาศึกษา และมีความปลอดภัยภายใต้การดูแลของแพทย์แผนไทยร่วมกับ ทีมสหวิชาชีพ

## อภิปรายผล

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าสมุนไพรหน้ำดอกขาว (*Vernonia cinerea*) มีประสิทธิภาพในการช่วยลด ละ และเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยพบว่าผู้เข้าร่วมการศึกษาสามารถลดจำนวนบุหรี่ที่สูบบุหรี่ต่อวันได้อย่างต่อเนื่อง และมีผู้ที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ถึงร้อยละ 63.9 ภายในระยะเวลา 24 สัปดาห์ สะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพของสมุนไพรหน้ำดอกขาวในการช่วยลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wongwiwatthanakut, S. et al. (2009) ที่รายงานว่าสมุนไพรหน้ำดอกขาวสามารถช่วยลดความอยากสูบบุหรี่และเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ในผู้สูบบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยกลไกสำคัญอาจเกี่ยวข้องกับสารในเตรทและสารออกฤทธิ์ทางชีวภาพในพืชที่ส่งผลต่อการรับรู้รสบริเวณลิ้น ทำให้รสชาติของบุหรี่เปลี่ยนแปลงและลดความพึงพอใจต่อการสูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาทางคลินิกของ Krissanaporn Tuenthosarn et al. (2023) ที่พบว่าสมุนไพรหน้ำดอกขาวสามารถช่วยลดความอยากสูบบุหรี่และเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ได้ โดยผู้ใช้สมุนไพรบางรายอาจมีการเปลี่ยนแปลงของการรับรส เช่น รสขมหรือความรู้สึกไม่พึงประสงค์ขณะสูบบุหรี่ ส่งผลให้ความพึงพอใจต่อการสูบบุหรี่ลดลงและช่วยสนับสนุนกระบวนการเลิกบุหรี่ได้ ด้านกลไกการออกฤทธิ์ การศึกษาของ Thongphew, N. et al. (2017) รายงานว่าสารสำคัญในสมุนไพรหน้ำดอกขาว เช่น alkaloids และ flavonoids อาจมีฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางช่วยลดความอยากนิโคตินในลักษณะคล้ายการบำบัดทดแทนนิโคติน จึงช่วยลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้โดยไม่ก่อให้เกิดผลข้างเคียงรุนแรง สำหรับผลต่อระดับความดันโลหิต พบว่าหลังการใช้สมุนไพรหน้ำดอกขาว

กลุ่มตัวอย่างมีค่าความดันโลหิตเฉลี่ยลดลง โดยค่า systolic blood pressure ลดลงเฉลี่ย 13.00 มิลลิเมตรปรอท และค่า diastolic blood pressure ลดลงเฉลี่ย 4.19 มิลลิเมตรปรอท อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์ทางสถิติพบว่าไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเกิดจากหลายปัจจัยร่วม เช่น การใช้ยาควบคุมความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย หรือระยะเวลาการติดตามที่อาจยังไม่เพียงพอในการแสดงผลของการเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิตอย่างชัดเจน ด้านความปลอดภัยของการใช้สมุนไพรพบว่าค่าการทำงานของไต ได้แก่ BUN และ Creatinine ก่อนและหลังการใช้สมุนไพรไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังคงอยู่ในเกณฑ์ปกติในผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกราย อีกทั้งไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง สอดคล้องกับการศึกษาทางคลินิกก่อนหน้านี้ที่รายงานว่าสมุนไพรหน้ำดอกขาวมีความปลอดภัยสูงเมื่อใช้ในช่วงเวลาที่เหมาะสมและอยู่ภายใต้การดูแลของบุคลากรทางการแพทย์ นอกจากนี้ การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยทีมสหวิชาชีพควบคู่กับการใช้สมุนไพรอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และช่วยส่งเสริมความต่อเนื่องของการลดหรือเลิกบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กและไม่มีการควบคุมจึงอาจมีปัจจัยแทรกซ้อนอื่นที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ของการศึกษา ดังนั้น ในอนาคตควรมีการศึกษาในรูปแบบการทดลองที่มีกลุ่มควบคุม และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งติดตามผลในระยะยาว เพื่อยืนยันประสิทธิภาพและความปลอดภัยของสมุนไพรหน้ำดอกขาวในการช่วยลด ละ และเลิกบุหรี่อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น

## สรุปผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของสมุนไพรหนวดดอกขาวในการลด และเลิกบุหรี่ รวมทั้งศึกษาผลต่อระดับความดันโลหิต และความปลอดภัยต่อการทำงานของไตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสตึก กม.10 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 36 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 58.6 ปี และมีประวัติการสูบบุหรี่เฉลี่ย 25.9 ปี โดยก่อนเข้าร่วมโครงการมีจำนวนการสูบบุหรี่เฉลี่ย 11.1 มวนต่อวัน ภายหลังได้รับสมุนไพรหนวดดอกขาวร่วมกับการให้คำแนะนำด้านพฤติกรรม พบผลการศึกษาดังนี้

1. ด้านประสิทธิผลในการลด ละ และเลิกบุหรี่ ภายหลังได้รับสมุนไพรหนวดดอกขาวร่วมกับการให้คำแนะนำ กลุ่มตัวอย่างมีความถี่และความต้องการสูบบุหรี่ลดลง โดยร้อยละ 66.7 รายงานว่าความถี่ในการสูบบุหรี่ลดลงมาก และร้อยละ 55.6 มีความต้องการสูบบุหรี่ลดลงมาก เมื่อวิเคราะห์เชิงปริมาณด้วยสถิติ Paired t-test และ Repeated Measures ANOVA พบว่าจำนวนบุหรี่เฉลี่ยต่อวันลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) ตั้งแต่สัปดาห์แรก และลดลงอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาติดตาม 24 สัปดาห์ สำหรับผลการเลิกบุหรี่ พบว่าในสัปดาห์ที่ 2 มีผู้เลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 13.9 เพิ่มขึ้นร้อยละ 50.0 ในสัปดาห์ที่ 12 และเพิ่มเป็นร้อยละ 63.9 ในสัปดาห์ที่ 24 แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

2. ด้านผลต่อระดับความดันโลหิต ภายหลังการใช้สมุนไพรหนวดดอกขาว พบว่าค่าความดันโลหิตมีแนวโน้มลดลง โดยค่า Systolic ลดลงเฉลี่ย 13.00 มิลลิเมตรปรอท และค่า Diastolic ลดลงเฉลี่ย 4.19 มิลลิเมตรปรอท อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์ทางสถิติ พบว่าไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยร่วมอื่น เช่น การใช้ยาควบคุมความดันโลหิตและการปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย

3. ด้านความปลอดภัยต่อการทำงานของไต ผลการติดตามค่าการทำงานของไต พบว่าค่า BUN และ Creatinine ก่อนและหลังการใช้สมุนไพรไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) และยังคงอยู่ในเกณฑ์ปกติในผู้เข้าร่วมวิจัยทุกราย อาการไม่พึงประสงค์ส่วนใหญ่เป็นอาการเล็กน้อยและเกิดขึ้นชั่วคราว โดยร้อยละ 77.8 ไม่พบอาการผิดปกติใดๆ และร้อยละ 83.3 เห็นว่าสามารถใช้สมุนไพรหนวดดอกขาวร่วมกับยาควบคุมความดันโลหิตได้อย่างปลอดภัย

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าสมุนไพรหนวดดอกขาวมีประสิทธิภาพในการลดจำนวนมวนบุหรี่และเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ภายใต้การดูแลของบุคลากรทางการแพทย์ ไม่พบผลกระทบต่อการการทำงานของไตในช่วงระยะเวลาการศึกษา

## ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาวิจัยในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้นและติดตามผลในระยะยาว เพื่อยืนยันประสิทธิผลและความปลอดภัยของการใช้สมุนไพรหนวดดอกขาวอย่างเป็นระบบ

2. ควรส่งเสริมการบูรณาการสมุนไพรหนวดดอกขาวในคลินิกเลิกบุหรี่ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคเบาหวาน และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อเพิ่มทางเลือกในการบำบัดที่เหมาะสม

3. ควรพัฒนาแนวทางการใช้สมุนไพรที่ชัดเจน (Clinical Practice Guideline) ครอบคลุมข้อบ่งชี้ ข้อห้ามใช้ การใช้ร่วมกับยามาตรฐาน และระบบเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ เพื่อยกระดับมาตรฐานการให้บริการและสร้างความมั่นใจแก่บุคลากรทางการแพทย์

4. ส่งเสริมการจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ เช่น แผ่นพับ สื่อวิดีโอ เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจ และความเชื่อมั่นในการใช้สมุนไพรหนวดดอกขาวอย่างถูกต้องและปลอดภัย สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงในระดับหน่วยบริการและระดับชุมชนได้อย่างเหมาะสม

## เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2564). รายงานประจำปีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก พ.ศ. 2564. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. (2557). หน้้าดอกขาว: หมอข้างกาย ทางเลือกช่วยเลิกบุหรี่. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- โรงพยาบาลสตึก กม.10. (2567). รายงานสถิติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ พ.ศ. 2567. ชลบุรี: โรงพยาบาลสตึก กม.10.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2563). รายงานการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรไทย พ.ศ. 2563. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- Thongphew, N., Tantapakul, C., & Chaiyakunapruk, N. (2017). Effectiveness of Vernonia cinerea for smoking cessation: A systematic review. *Journal of Herbal Medicine*, 9, 1-7.
- Tuenthosarn, K., Budkaew, J., Sorncha, N., & Chumworathayi, B. (2023). Efficacy and safety of Vernonia cinerea for smoking cessation: An open-label randomized controlled trial. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 24(1), 101-109.
- Wongwiwatthanakut, S., Benjanakaskul, P., Songsak, T., Suwanamajo, S., & Verachai, V. (2009). Efficacy of Vernonia cinerea for smoking cessation. *Journal of Health Research*, 23(1), 31-36.
- World Health Organization. (2021). *WHO report on the global tobacco epidemic 2021: Addressing new and emerging products*. Geneva: World Health Organization.

# ปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลา Door-to-Balloon Time และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการรักษาด้วย Primary PCI ที่โรงพยาบาลหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

## FACTORS ASSOCIATED WITH DOOR-TO-BALLOON TIME AND CLINICAL OUTCOMES IN PATIENTS WITH ST-ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION UNDERGOING PRIMARY PCI AT HUA HIN HOSPITAL

นาตาลี ลินนีย์เมอร์

โรงพยาบาลหัวหิน

NATALIE LINNEMAYR

HUA HIN HOSPITAL

### บทคัดย่อ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST-elevation myocardial infarction (STEMI) ต้องการการรักษาที่รวดเร็ว โดยมีระยะเวลา Door-to-Balloon (D2B) Time เป็นตัวชี้วัดคุณภาพที่สำคัญ การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับ D2B Time ที่นานกว่า 90 นาที และวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางคลินิก การวิจัยเป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Retrospective Analytical Study) โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย STEMI จำนวน 304 ราย ที่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจปฐมภูมิ (Primary PCI) ณ โรงพยาบาลหัวหิน ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2567 ถึง 31 ธันวาคม 2568 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา, Chi-square test, Independent t-test และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 57.2 มี D2B Time นานกว่า 90 นาที ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือการมาถึงโรงพยาบาลในช่วงนอกเวลาราชการ ( $p < 0.001$ ) และความล่าช้าที่เกิดขึ้นในทุกขั้นตอนของกระบวนการในห้องฉุกเฉิน ( $p < 0.001$ ) ส่วนปัจจัยด้านผู้ป่วยไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อวิเคราะห์ผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่ากลุ่มที่มี D2B Time  $> 90$  นาที มีอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลสูงกว่า (ร้อยละ 12.1 เทียบกับร้อยละ 4.6,  $p = 0.021$ ) และมีอัตราการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาทันเวลา (ร้อยละ 23.6 เทียบกับร้อยละ 10.8,  $p = 0.004$ ) อย่างมีนัยสำคัญ

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าปัจจัยเชิงระบบบริการ โดยเฉพาะความพร้อมในช่วงนอกเวลาราชการ เป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลต่อความล่าช้าในการรักษาและผลลัพธ์ทางคลินิก ดังนั้น การพัฒนากระบวนการทำงานภายในโรงพยาบาลจึงมีความจำเป็นเร่งด่วนเพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย

**คำสำคัญ :** ระยะเวลา Door-to-Balloon, กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST-Elevation, การขยายหลอดเลือดหัวใจปฐมภูมิ, ผลลัพธ์ทางคลินิก

## Abstract

ST-elevation myocardial infarction (STEMI) is a time-sensitive condition where prompt treatment is crucial, with Door-to-Balloon (D2B) time serving as a critical quality indicator. This study aimed to investigate factors associated with a D2B time exceeding 90 minutes and to analyze its association with clinical outcomes. A retrospective analytical study was conducted using medical records from 304 STEMI patients who underwent Primary Percutaneous Coronary Intervention (Primary PCI) at Hua Hin Hospital between January 1, 2024, and December 31, 2025. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, independent t-test, and binary logistic regression.

The results indicated that 57.2% of patients experienced a D2B time exceeding 90 minutes. Factors significantly associated with treatment delay included arrival during off-hours ( $p < 0.001$ ) and prolonged times at each step of the emergency department process ( $p < 0.001$ ). Patient-related factors did not show a significant association. The group with a D2B time  $> 90$  minutes had significantly higher in-hospital mortality (12.1% vs. 4.6%,  $p = 0.021$ ) and a higher incidence of acute heart failure (23.6% vs. 10.8%,  $p = 0.004$ ) compared to the on-time group.

The study concludes that service system factors, particularly off-hour readiness, are critical determinants of treatment delays and adverse clinical outcomes. Therefore, improving internal hospital workflows is imperative to enhance the quality of care and reduce patient mortality.

**Keywords :** Door-to-Balloon Time, ST-Elevation Myocardial Infarction, Primary Percutaneous Coronary Intervention, Clinical Outcomes

## บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST-elevation myocardial infarction (STEMI) เป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่มีความรุนแรงสูง และเป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของประชากรทั่วโลก (Ibanez et al., 2018) ภาวะดังกล่าวเกิดจากการอุดตันเฉียบพลันของหลอดเลือดโคโรนารี ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและถูกทำลายอย่างถาวรหากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที แนวทางการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในปัจจุบันคือการขยายหลอดเลือดหัวใจแบบปฐมภูมิ (Primary Percutaneous Coronary Intervention: Primary PCI) ซึ่งเป็นการเปิดหลอดเลือดที่อุดตันโดยตรง เพื่อฟื้นฟูการไหลเวียนของเลือดกลับไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจให้เร็วที่สุด

แนวคิด "Time is Muscle" หรือ "เวลายิ่งน้อย กล้ามเนื้อหัวใจยิ่งรอด" เป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วย STEMI โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันว่าการลดระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนถึงเวลาที่บอลลูนถูกขยายในหลอดเลือดหัวใจสำเร็จ (Door-to-Balloon Time: D2B Time) มีความสัมพันธ์โดยตรงกับการลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อน (Foo et al., 2018) การศึกษาของ De Luca และคณะ (2004) พบว่าทุกๆ 30 นาทีที่ล่าช้าในการเปิดหลอดเลือด จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 7.5 ด้วยเหตุนี้ แนวทางเวชปฏิบัติสากลโดย American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA) และ European Society of Cardiology (ESC) จึงกำหนดให้ D2B Time ควรน้อยกว่าหรือเท่ากับ 90 นาที เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีที่สุด (Ibanez et al., 2018; Menees et al., 2013)

อย่างไรก็ตาม การบรรลุเป้าหมาย D2B Time  $\leq$  90 นาที ยังคงเป็นความท้าทายสำคัญของระบบบริการสุขภาพในหลายประเทศ รวมถึงประเทศไทย ข้อมูลจาก Thai PCI Registry ชี้ว่าโรงพยาบาลจำนวนมากยังไม่สามารถทำได้ตาม

เกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งความล่าช้านี้เกิดจากปัจจัยหลายมิติทั้งปัจจัยด้านผู้ป่วยและปัจจัยเชิงระบบบริการ เช่น กระบวนการในห้องฉุกเฉิน การประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ และความพร้อมของบุคลากรโดยเฉพาะในช่วงเวลานอกเวลาราชการ (Champasri et al., 2024) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจาก Thai Acute Coronary Syndrome Registry ในอดีตที่พบว่าความล่าช้าในการเข้าถึงการรักษาเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่ออัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยในประเทศไทย (Sritara et al., 2008)

สำหรับโรงพยาบาลหัวหิน ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับภูมิภาคที่ให้บริการ Primary PCI ตลอด 24 ชั่วโมง พบว่ายังคงมีผู้ป่วยบางส่วนที่มี D2B Time เกินเกณฑ์มาตรฐาน 90 นาที ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์การรักษาที่ไม่พึงประสงค์ (De Luca et al., 2004; Foo et al., 2018; Champasri et al., 2024) แม้ว่าการวิจัยระดับประเทศจะชี้ให้เห็นภาพรวมของปัญหา แต่ยังขาดการศึกษาระดับพื้นที่ที่เจาะลึกถึงสาเหตุของปัญหา และยังขาดการศึกษาระดับพื้นที่ที่เจาะลึกถึงสาเหตุของปัญหาที่ส่งผลต่อความล่าช้าในบริบทของโรงพยาบาลระดับภูมิภาคที่มีปริมาณผู้ป่วยและข้อจำกัดด้านทรัพยากรที่แตกต่างจากศูนย์หัวใจขนาดใหญ่ในเมืองหลวง ดังนั้น การระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในกระบวนการดูแลผู้ป่วย ณ โรงพยาบาลหัวหิน จึงเป็นสิ่งจำเป็นเร่งด่วนเพื่อพัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยด้านผู้ป่วยและกระบวนการบริการที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลา D2B Time และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง D2B Time กับผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วย STEMI ที่โรงพยาบาลหัวหิน เพื่อนำข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย ลดความล่าช้าที่ไม่จำเป็น และยกระดับคุณภาพการรักษาให้เป็นไปตามมาตรฐานสากล ซึ่งจะนำไปสู่การลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบได้อย่างยั่งยืน

## วัตถุประสงค์

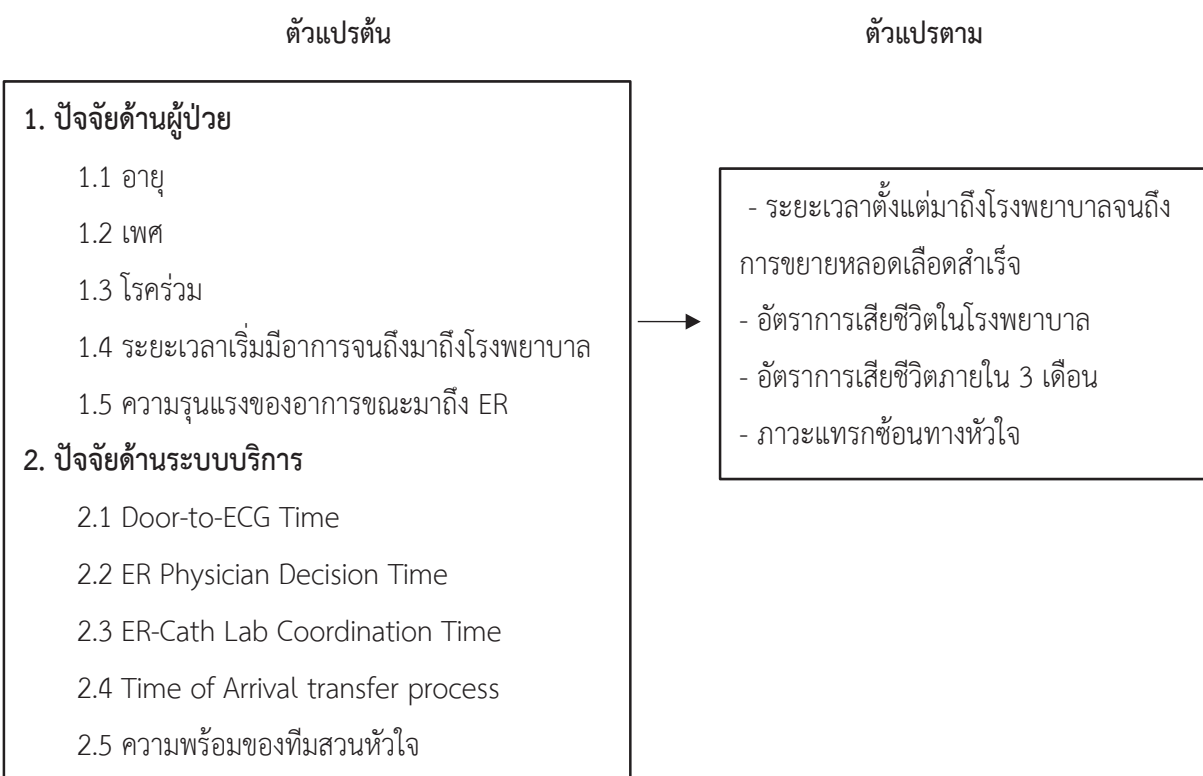
การศึกษครั้งนี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลา Door-to-Balloon Time และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาดังกล่าวกับผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการรักษาด้วย Primary PCI ณ โรงพยาบาลหัวหิน โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

1. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านผู้ป่วยและกระบวนการบริการที่สัมพันธ์กับการมีระยะเวลา Door-to-Balloon Time นานกว่า 90 นาที

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลา Door-to-Balloon Time กับอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย

3. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ อัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อน ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มี Door-to-Balloon Time น้อยกว่าหรือเท่ากับ 90 นาที กับกลุ่มที่นานกว่า 90 นาที

## กรอบแนวคิด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับโรงพยาบาล หัวหินในการระบุปัจจัยที่ก่อให้เกิดความล่าช้าในกระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI และใช้เป็นแนวทางปรับปรุงระบบบริการระหว่างห้องฉุกเฉินและห้องปฏิบัติการ สวนหัวใจให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
2. สร้างองค์ความรู้ที่ยืนยันความสัมพันธ์ระหว่างการลดระยะเวลา Door-to-Balloon กับการลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนในบริบทของโรงพยาบาล ศูนย์ระดับภูมิภาค
3. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาล และผู้กำหนดนโยบายในการพัฒนากลยุทธ์หรือมาตรการด้านคุณภาพบริการ (Quality Improvement) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามมาตรฐานสากล
4. ส่งเสริมการพัฒนาองค์ความรู้ทางวิชาการด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในประเทศไทย ซึ่งผลการวิจัยสามารถนำไปประยุกต์หรือเป็นต้นแบบสำหรับการศึกษาในโรงพยาบาลอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

## วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Retrospective Analytical Study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลา Door-to-Balloon (D2B) Time และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาดังกล่าวกับผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการรักษาด้วย Primary PCI การศึกษาดำเนินการโดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย ณ โรงพยาบาล หัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ภายหลังจากที่โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลหัวหิน (เลขที่โครงการวิจัย: RECHHH028/2568, วันที่รับรอง: 3 ธันวาคม 2568)

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ เวชระเบียนของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการรักษาด้วย Primary PCI ณ โรงพยาบาลหัวหิน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวิจัยและได้รับการรักษาในช่วงระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2567 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2568

ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G\*Power สำหรับการเปรียบเทียบสัดส่วนระหว่างสองกลุ่มอิสระ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $\alpha$ ) ที่ 0.05 และอำนาจการทดสอบ (Power) ที่ร้อยละ 80 อ้างอิงสัดส่วนอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มควบคุม ( $D2B \leq 90$  นาที) ที่ร้อยละ 5 และคาดการณ์อัตราการเสียชีวิตในกลุ่มศึกษา ( $D2B > 90$  นาที) ที่ร้อยละ 15 จากข้อมูลของ Thai PCI Registry (Champasri et al., 2024) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการรวม 276 ราย และเพื่อข้อมูลไม่สมบูรณ์อีกร้อยละ 10 ทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างสุดท้ายจำนวน 304 ราย

## การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้เกณฑ์ Inclusion criteria คือ

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น STEMI และได้รับการรักษาด้วย Primary PCI
2. มีอายุ 18 ปีขึ้นไป
3. มาถึงโรงพยาบาลภายใน 12 ชั่วโมงหลังเริ่มมีอาการ

## มีเกณฑ์ Exclusion criteria คือ

1. เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นก่อนถึงห้องสวนหัวใจ
2. ถูกส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่นเพื่อทำ Primary PCI โดยเฉพาะ
3. ได้รับยาละลายลิ่มเลือดมาก่อน
4. เวชระเบียนมีข้อมูลด้านเวลาที่สำคัญไม่ครบถ้วน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบบันทึกข้อมูล (Case Record Form) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วนหลัก ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ เพศ โรคร่วมสำคัญ ภาวะทางคลินิกแรกพบ และลักษณะการมาถึงโรงพยาบาล ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลด้านเวลาและกระบวนการบริการ ซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญในการวิเคราะห์ ได้แก่ เวลาที่ผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉิน (Door Time) เวลาที่ได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG Time) เวลาที่แพทย์ห้องฉุกเฉินตัดสินใจปรึกษาทีมสวนหัวใจ และเวลาที่บอลลูนถูกขยายในหลอดเลือดหัวใจ (Balloon Time) และ ส่วนที่ 3 แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก ประกอบด้วย อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลและภายใน 3 เดือน การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล

## ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเริ่มต้นหลังจากที่โครงการได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลหัวหิน จากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตเข้าถึงฐานข้อมูลเวชระเบียนจากฝ่ายเวชสถิติของโรงพยาบาล เพื่อรวบรวมรายชื่อผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้าเกณฑ์ตามช่วงเวลาที่กำหนด ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบเวชระเบียนแต่ละรายอย่างละเอียดเพื่อคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกที่ตั้งไว้จนครบตามจำนวนที่คำนวณได้ จากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามที่ระบุไว้ในแบบบันทึกข้อมูล โดยในทุกขั้นตอนจะมีการปกปิดข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนของผู้ป่วยได้ เช่น ชื่อ-นามสกุล และหมายเลขประจำตัวผู้ป่วยโดยใช้รหัสการวิจัยแทนเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์และรักษาความลับของผู้ป่วยอย่างเคร่งครัดตามหลักปณิญาเฮลซิงกิ (The World Medical Association, 2013)

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยทบทวนข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective Review) จากแหล่งข้อมูลในเวชระเบียนของผู้ป่วยแต่ละรายที่ได้คัดเลือก ได้แก่ เอกสารบันทึกประวัติผู้ป่วยใน แฟ้มประวัติผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน รายงานผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ บันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ รายงานการทำการหัตถการสวนหัวใจ และใบสรุปจำหน่ายผู้ป่วย ข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากแหล่งต่างๆ จะถูกบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูล (Case Record Form) ที่สร้างขึ้น เมื่อบันทึกข้อมูลครบถ้วนแล้ว จะมีการตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลซ้ำอีกครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่นำไปวิเคราะห์มีความน่าเชื่อถือสูงสุด

## สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

ข้อมูลทั้งหมดจะถูกนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ การวิเคราะห์แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่ศึกษา โดยข้อมูลเชิงคุณภาพจะนำเสนอในรูปของความถี่และร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณจะนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ ขึ้นอยู่กับการกระจายของข้อมูล 2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อทดสอบสมมติฐานของการวิจัย โดยใช้สถิติ Chi-square test หรือ Fisher's Exact test ในการเปรียบเทียบตัวแปรเชิงคุณภาพ และใช้สถิติ Independent t-test หรือ Mann-Whitney U test ในการเปรียบเทียบตัวแปรเชิงปริมาณระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มี D2B Time  $\leq 90$  นาที และกลุ่มที่  $> 90$  นาที นอกจากนี้ จะใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Binary Logistic Regression) เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด D2B Time เกิน 90 นาที โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$

## ผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการรักษาด้วย Primary PCI ณ โรงพยาบาลหัวหิน ตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวนทั้งสิ้น 304 ราย พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา ภายในระยะเวลา Door-to-Balloon (D2B) Time  $\leq$  90 นาที จำนวน 130 ราย ร้อยละ 42.8 และมีผู้ป่วยที่มี D2B Time  $>$  90 นาที จำนวน 174 ราย ร้อยละ 57.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถนำเสนอได้ดังนี้

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยระหว่างกลุ่ม D2B Time  $\leq$  90 นาที และกลุ่ม  $>$  90 นาที (n = 304)

| ข้อมูลทั่วไป                | กลุ่ม D2B $\leq$ 90 นาที (n = 130) | กลุ่ม D2B $>$ 90 นาที (n = 174) | p-value   |
|-----------------------------|------------------------------------|---------------------------------|-----------|
| จำนวน (ร้อยละ)              | จำนวน (ร้อยละ)                     | จำนวน (ร้อยละ)                  |           |
| 1. เพศ                      |                                    |                                 | 0.849     |
| ชาย                         | 95 (73.1)                          | 129 (74.1)                      |           |
| หญิง                        | 35 (26.9)                          | 45 (25.9)                       |           |
| 2. อายุ, ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD | 62.5 $\pm$ 11.8                    | 63.1 $\pm$ 12.4                 | 0.675     |
| 3. โรคเบาหวาน               | 42 (32.3)                          | 61 (35.1)                       | 0.611     |
| 4. โรคความดันโลหิตสูง       | 85 (65.4)                          | 118 (67.8)                      | 0.662     |
| 5. ลักษณะการมาถึง           |                                    |                                 | 0.012     |
| Walk-in                     | 68 (52.3)                          | 110 (63.2)                      |           |
| Refer                       | 62 (47.7)                          | 64 (36.8)                       |           |
| 6. ช่วงเวลาที่มาถึง         |                                    |                                 | $<$ 0.001 |
| ในเวลาราชการ                | 75 (57.7)                          | 43 (24.7)                       |           |
| นอกเวลาราชการ               | 55 (42.3)                          | 131 (75.3)                      |           |

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันในด้านปัจจัยพื้นฐานทางประชากรและปัจจัยเสี่ยงทางคลินิก โดยอายุเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มอยู่ที่ประมาณ 62-63 ปี และมีสัดส่วนเพศชายเป็นส่วนใหญ่ในทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 73.1 และ 74.1 ตามลำดับ ซึ่งไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับกับสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีโรคร่วมอย่างโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงก็ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่ม D2B  $\leq$  90 นาที และกลุ่ม  $>$  90 นาที ซึ่งชี้ให้เห็นว่าปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยเหล่านี้อาจไม่ใช่ปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อความล่าช้าในการรักษาในบริบทของการศึกษานี้

อย่างไรก็ตาม พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการ โดยพบว่ากลุ่มที่มี D2B Time  $>$  90 นาที มีสัดส่วนของผู้ป่วยที่มาถึงโรงพยาบาลด้วยตนเอง (Walk-in) สูงกว่ากลุ่มที่ถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น (Refer) อย่างมีนัยสำคัญ (ร้อยละ 63.2 เทียบกับ 52.3,  $p = 0.012$ ) และที่สำคัญที่สุดคือปัจจัยด้านช่วงเวลาที่มาถึงโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มที่มี D2B Time  $>$  90 นาที มีสัดส่วนการมาถึงโรงพยาบาลในช่วงนอกเวลาราชการสูงถึงร้อยละ 75.3 ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับการรักษาทันเวลาส่วนใหญ่มาถึงในช่วงเวลาราชการ ร้อยละ 57.7 ซึ่งความแตกต่างนี้มีนัยสำคัญทางสถิติอย่างยิ่ง ( $p < 0.001$ )

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบระยะเวลาในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการบริการ (นาที) ระหว่างสองกลุ่ม

| ตัวแปรด้านเวลา (นาที)            | กลุ่ม D2B ≤ 90 นาที<br>(n = 130)<br>Mean ± SD | กลุ่ม D2B > 90 นาที<br>(n = 174)<br>Mean ± SD | p-value |
|----------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------|
| Door-to-ECG Time                 | 8.5 ± 3.1                                     | 15.2 ± 6.5                                    | <0.001  |
| ER Physician Decision Time       | 12.4 ± 5.8                                    | 25.8 ± 11.2                                   | <0.001  |
| ER-Cath Lab<br>Coordination Time | 18.1 ± 7.3                                    | 35.5 ± 14.9                                   | <0.001  |

จากตารางที่ 2 พบว่า ผลการวิเคราะห์ระยะเวลาในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการดูแลผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินสะท้อนให้เห็นถึงสาเหตุของความล่าช้าได้อย่างชัดเจน โดยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มี D2B Time > 90 นาที ใช้ระยะเวลาในทุกขั้นตอนนานกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาทันเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ในทุกตัวแปรที่วัดผล โดยระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงจนได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Door-to-ECG Time) ในกลุ่มที่ล่าช้าเฉลี่ยอยู่ที่ 15.2 นาที ซึ่งนานกว่ากลุ่มที่ทันเวลาซึ่งใช้เวลาเฉลี่ยเพียง 8.5 นาที ความล่าช้ายังปรากฏชัดเจนมากขึ้นในขั้นตอน

การตัดสินใจของแพทย์ห้องฉุกเฉิน (ER Physician Decision Time) ซึ่งกลุ่มที่ล่าช้าใช้เวลาเฉลี่ยถึง 25.8 นาทินานกว่ากลุ่มที่ทันเวลาที่ใช้เวลาเฉลี่ย 12.4 นาที มากกว่าสองเท่า และสุดท้ายในขั้นตอนการประสานงานระหว่างห้องฉุกเฉินกับทีมสวนหัวใจจนผู้ป่วยออกจากห้องฉุกเฉิน (ER-Cath Lab Coordination Time) กลุ่มที่ล่าช้าก็ยังคงใช้เวลาเฉลี่ยนานกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (35.5 นาที เทียบกับ 18.1 นาที) ผลลัพธ์นี้ชี้ให้เห็นว่าความล่าช้าที่เกิดขึ้นเป็นผลรวมของความล่าช้าที่สะสมในทุกขั้นตอนของกระบวนการภายในโรงพยาบาล

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างสองกลุ่ม

| ผลลัพธ์ทางคลินิก                 | กลุ่ม D2B ≤ 90 นาที<br>(n = 130)<br>จำนวน (ร้อยละ) | กลุ่ม D2B > 90 นาที<br>(n = 174)<br>จำนวน (ร้อยละ) | p-value |
|----------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------|
| อัตราการเสียชีวิตใน รพ           | 6 (4.6)                                            | 21 (12.1)                                          | 0.021   |
| ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน        | 14 (10.8)                                          | 41 (23.6)                                          | 0.004   |
| การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ     | 4 (3.1)                                            | 12 (6.9)                                           | 0.158   |
| ภาวะสมองขาดเลือด (Stroke)        | 2 (1.5)                                            | 5 (2.9)                                            | 0.467   |
| ระยะเวลานอน รพ. (วัน), Mean ± SD | 4.2 ± 2.1                                          | 6.5 ± 3.8                                          | <0.001  |

จากตารางที่ 3 พบว่า ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ที่ชัดเจนระหว่างความล่าช้าในการรักษา (D2B Time > 90 นาที) กับผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์ โดยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาล่าช้ามีอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลสูงถึงร้อยละ 12.1 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาทันเวลาซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตเพียงร้อยละ 4.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.021$ ) นอกจากนี้ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญอย่างภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันในกลุ่มที่ล่าช้าก็สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน (ร้อยละ 23.6 เทียบกับร้อยละ 10.8,  $p = 0.004$ ) สำหรับภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและภาวะสมองขาดเลือด แม้จะพบในสัดส่วนที่สูงกว่าในกลุ่มที่ล่าช้า แต่ยังไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการศึกษานี้ ยิ่งไปกว่านั้น ความล่าช้าในการรักษายังส่งผลกระทบต่อการใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาล โดยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มี D2B Time > 90 นาที มีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยนานกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (6.5 วัน เทียบกับ 4.2 วัน,  $p < 0.001$ ) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงภาระการดูแลที่เพิ่มขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นตัวที่ช้ากว่า

## อภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าระยะเวลา Door-to-Balloon (D2B) Time ที่นานกว่า 90 นาที ยังคงเป็นปัญหาสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ณ โรงพยาบาลหัวหิน และความล่าช้านี้มีความสัมพันธ์โดยตรงกับผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งตอกย้ำถึงความสำคัญของแนวคิด “Time is Muscle” ที่ว่าการเปิดหลอดเลือดหัวใจที่อุดตันอย่างรวดเร็วเป็นปัจจัยชี้ขาดในการรักษาชีวิตและลดความเสียหายของกล้ามเนื้อหัวใจ (De Luca et al., 2004) ประเด็นสำคัญจากการศึกษาคือ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ D2B Time ที่ล่าช้าอย่างชัดเจนมิใช่ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย เช่น อายุ เพศ หรือโรคร่วม แต่เป็นปัจจัยเชิงระบบบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การมาถึงโรงพยาบาลในช่วงนอกเวลาราชการ และ ความล่าช้าที่เกิดขึ้นในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการในห้อง

ฉุกเฉิน ผลการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยที่มาถึงนอกเวลาราชการ มีความเสี่ยงต่อการได้รับการรักษาล่าช้าสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญนั้น สะท้อนถึงความท้าทายด้านการบริหารจัดการทรัพยากรและบุคลากร ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับความพร้อมของทีมสวนหัวใจที่ต้องใช้เวลาในการเดินทางมายังโรงพยาบาล (On-call system) หรือกระบวนการประสานงานที่ซับซ้อนกว่าในช่วงเวลากลางวัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยจำนวนมากที่ระบุว่า “Off-hour delay” เป็นอุปสรรคสำคัญในการบรรลุเป้าหมาย D2B Time (Nallamothu et al., 2015; Narindrarangkura et al., 2019; Chimluang et al., 2023) นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยซึ่งมาถึงโรงพยาบาลด้วยตนเอง (Walk-in) มีแนวโน้มที่จะได้รับการรักษาล่าช้ากว่ากลุ่มที่ถูกส่งต่อ (Refer) อาจอธิบายได้ว่ากลุ่มที่ถูกส่งต่อมักมีการแจ้งเตือนล่วงหน้า (Pre-hospital notification) ทำให้โรงพยาบาลสามารถเตรียมทีมและห้องสวนหัวใจไว้ล่วงหน้าได้ ซึ่งช่วยลดระยะเวลาในขั้นตอนต่างๆ ลงได้

ผลการวิเคราะห์ยังแสดงให้เห็นว่าความล่าช้าของ D2B Time เป็นผลรวมของความล่าช้าที่สะสมในทุกขั้นตอนย่อย ตั้งแต่ Door-to-ECG Time, ER Physician Decision Time ไปจนถึง ER-Cath Lab Coordination Time ซึ่งบ่งชี้ถึงปัญหาคอขวด (bottleneck) ในกระบวนการทำงานภายในโรงพยาบาล ผลการศึกษานี้จึงเป็นการยืนยันแนวคิดของ Donabedian (1988) ที่ว่าคุณภาพของ “กระบวนการ” (Process) ย่อมส่งผลโดยตรงต่อ “ผลลัพธ์” (Outcome) ของการรักษา การปรับปรุงคุณภาพจึงจำเป็นต้องมองภาพรวมของทั้งระบบบริการ ไม่ใช่เพียงแค่การแก้ไขที่จุดใดจุดหนึ่ง

ผลลัพธ์ทางคลินิกที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มี D2B Time > 90 นาที มีอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลและอัตราการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญนั้น สอดคล้องอย่างยิ่งกับหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยขนาดใหญ่ทั้งในระดับนานาชาติและในประเทศ (Sritara et al., 2008) การวิเคราะห์ห่อถักของ Foo และคณะ (2018) ได้ยืนยันความสัมพันธ์นี้อย่างชัดเจน เช่นเดียวกับข้อมูลจาก Thai PCI Registry โดย Champasri และคณะ (2024) ที่พบว่าผู้ป่วย STEMI ในประเทศไทยที่ได้รับการรักษาล่าช้า มีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษา

ของเราจึงช่วยเสริมความหนักแน่นขององค์ความรู้เดิม และยืนยันว่ามาตรฐาน D2B Time  $\leq 90$  นาทียังคงมีความสำคัญอย่างยิ่งยวดในบริบทของโรงพยาบาลศูนย์ระดับภูมิภาคของไทย แม้ว่างานวิจัยของ Menees และคณะ (2013) จะชี้ให้เห็นว่าการลดค่าเฉลี่ย D2B Time ของทั้งระบบอาจไม่สัมพันธ์กับการลดอัตราการตายเสมอไป แต่การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าในระดับปัจเจกบุคคล การได้รับการรักษาที่ล่าช้ายังคงส่งผลเสียต่อผู้ป่วยอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดบางประการ ประการแรก การเป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Retrospective Study) ทำให้ไม่สามารถควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจไม่ถูกบันทึกไว้ในเวชระเบียนได้ และสามารถชี้ได้เพียงความสัมพันธ์ (Association) แต่ไม่สามารถสรุปความเป็นเหตุเป็นผล (Causation) ได้ ประการที่สอง การศึกษาในโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียว (Single-center Study) อาจทำให้ผลลัพธ์ไม่สามารถอ้างอิงไปสู่โรงพยาบาลอื่นที่มีบริบทแตกต่างกันได้ทั้งหมด ประการสุดท้าย ความถูกต้องของข้อมูลขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน โดยเฉพาะข้อมูลด้านเวลาซึ่งอาจมีความคลาดเคลื่อนได้ ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติจากผลการวิจัยนี้คือ โรงพยาบาลควรทบทวนและพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI อย่างเร่งด่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แนวปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยที่มาถึงนอกเวลาราชการ โดยอาจพิจารณาจัดตั้งระบบทีมที่พร้อมปฏิบัติงานในโรงพยาบาล (In-house team) หรือปรับปรุงระบบการสื่อสารเพื่อลดเวลาในการระดมทีม นอกจากนี้ ควรมีการจัดตั้งระบบ "STEMI Alert" ที่ชัดเจนเพื่อให้เกิดการทำงานแบบคู่ขนาน (Parallel processing) แทนที่จะเป็นลำดับขั้น (Sequential processing) และควรมีการให้ความรู้แก่ประชาชนในพื้นที่ให้ตระหนักถึงความสำคัญของการเรียกรถพยาบาลฉุกเฉินแทนการเดินทางมาเอง เพื่อให้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินสามารถคัดกรองและแจ้งเตือนโรงพยาบาลล่วงหน้าได้ สำหรับการศึกษาในอนาคต ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อสำรวจมุมมองและอุปสรรคในการทำงานของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง หรือการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อประเมินประสิทธิผลของมาตรการปรับปรุงกระบวนการที่นำมาใช้จริง

## สรุปผล

การวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่มีระยะเวลา Door-to-Balloon (D2B) Time นานกว่า 90 นาที มีอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล (ร้อยละ 12.1 เทียบกับ ร้อยละ 4.6,  $p = 0.021$ ) และอัตราการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน (ร้อยละ 23.6 เทียบกับ ร้อยละ 10.8,  $p = 0.004$ ) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับ การรักษาภายในเวลา 90 นาทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญคือปัจจัยเชิงระบบบริการ ได้แก่ การมาถึงโรงพยาบาลในช่วงนอกเวลาราชการ ( $p < 0.001$ ) และความล่าช้าในทุกขั้นตอนของกระบวนการในห้องฉุกเฉิน ( $p < 0.001$ ) ในขณะที่ปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น อายุ เพศ และโรคร่วม ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ

โดยสรุป ปัจจัยด้านกระบวนการบริการของโรงพยาบาล โดยเฉพาะความพร้อมของระบบในช่วงนอกเวลาราชการเป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลต่อความล่าช้าในการรักษา ซึ่งความล่าช้ามีความสัมพันธ์โดยตรงกับผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์ การศึกษานี้จึงให้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนความจำเป็นในการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI ภายในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพและรวดเร็วยิ่งขึ้น เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยต่อไป

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. สำหรับหน่วยงานระดับโรงพยาบาล ควรทบทวนและพัฒนากระบวนการเตรียมความพร้อมของทีมสวนหัวใจและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในช่วง นอกเวลาราชการอย่างเร่งด่วน โดยอาจพิจารณาปรับปรุงระบบการสื่อสารให้รวดเร็วขึ้น หรือจัดทำแนวทางการระดมทีมที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดความล่าช้าที่เป็นปัญหาสำคัญที่สุดที่พบในการศึกษานี้
2. สำหรับทีมสหวิชาชีพ ควรจัดทำแนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับผู้ป่วย STEMI ของโรงพยาบาลให้มีความชัดเจนและเป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยเน้นการลดระยะเวลาในแต่ละขั้นตอนย่อย เช่น กำหนดเป้าหมาย Door-to-ECG

Time ภายใน 10 นาที และจัดตั้งระบบ "STEMI Alert" ที่สามารถแจ้งเตือนสวนหัวใจได้ทันทีจากห้องฉุกเฉิน เพื่อให้เกิดกระบวนการทำงานแบบคู่ขนาน (Parallel Processing)

3. สำหรับงานพัฒนาคุณภาพบริการ ควรจัดตั้งทีมพัฒนาคุณภาพ เพื่อติดตามและประเมินผลตัวชี้วัด D2B Time อย่างต่อเนื่อง มีการทบทวนทุกกรณีที่เกิดความล่าช้า เพื่อค้นหาสาเหตุและวางแนวทางป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ และนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างสม่ำเสมอ

4. สำหรับงานสาธารณสุขชุมชน ควรมีการส่งเสริมความรู้แก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ให้ตระหนักถึงอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และเน้นย้ำถึงความสำคัญของการเรียกรถพยาบาลฉุกเฉิน (โทร. 1669) แทนการเดินทางมาโรงพยาบาลด้วยตนเอง เพื่อให้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินสามารถประเมินและแจ้งเตือนโรงพยาบาลล่วงหน้า ซึ่งจะช่วยลดระยะเวลาในการรักษาลงได้อย่างมีนัยสำคัญ

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) หรือการสนทนากลุ่มกับบุคลากรทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อทำความเข้าใจถึงอุปสรรคเชิงลึกและมุมมองต่อกระบวนการทำงานที่ทำให้เกิดความล่าช้า ซึ่งจะช่วยให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่การวิจัยเชิงปริมาณไม่สามารถเข้าถึงได้

2. ควรมีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ หรือการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อประเมินประสิทธิผลของมาตรการหรือแนวทางปฏิบัติใหม่ที่พัฒนาขึ้นจากข้อค้นพบของการวิจัยนี้ เช่น การเปรียบเทียบ D2B Time ก่อนและหลังการใช้ระบบ STEMI Alert ฉบับปรับปรุง

3. ควรมีการขยายขอบเขตการวิจัยไปยังโรงพยาบาลศูนย์อื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยและผลลัพธ์ ซึ่งจะช่วยให้ข้อค้นพบมีความน่าเชื่อถือและสามารถอ้างอิงในระดับนโยบายได้กว้างขวางขึ้น

4. ควรมีการศึกษาในรูปแบบวิจัยไปข้างหน้า เพื่อให้สามารถเก็บข้อมูลตัวแปรอื่นๆ ที่อาจเกี่ยวข้องได้อย่างครบถ้วนและควบคุมคุณภาพของข้อมูลได้ดีกว่าการเก็บข้อมูลย้อนหลัง ซึ่งจะช่วยยืนยันความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ได้อย่างแม่นยำยิ่งขึ้น

#### เอกสารอ้างอิง

- Champasri, U., Kittayaphong, R., Kiatchoosakun, S., et al. (2024). Door-to-device time and mortality in patients with ST-elevation myocardial infarction treated with primary percutaneous coronary intervention: Insight from real world data of Thai PCI Registry. *Cardiovascular Diagnosis and Therapy*, 14(2), 200-211.
- Chimluang, J., Apiratwarakul, K., Ienghong, K., Phothisri, K., & Kotruchin, P. (2023). The impact of emergency department arrival time on door-to-balloon time in patients with ST-segment elevation myocardial infarction receiving primary percutaneous coronary intervention. *Journal of Clinical Medicine*, 12(6), 2392.
- De Luca, G., Suryapranata, H., Ottervanger, J. P., & Antman, E. M. (2004). Time delay to treatment and mortality in primary angioplasty for acute myocardial infarction. *Circulation*, 109(10), 1223-1225. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.0000121424.76486.20>
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743-1748. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>

- Foo, C. Y., Bonsu, K. O., Nallamothu, B. K., et al. (2018). Coronary intervention door-to-balloon time and outcomes in ST-elevation myocardial infarction: A meta-analysis. *Heart*, 104(16), 1362-1369. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2017-312517>
- Ibanez, B., James, S., Agewall, S., Antunes, M. J., Bucciarelli-Ducci, C., Bueno, H., ... Widimský, P. (2018). 2017 ESC guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *European Heart Journal*, 39(2), 119-177. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393>
- Menees, D. S., Peterson, E. D., Wang, Y., Curtis, J. P., Messenger, J. C., Rumsfeld, J. S., ... Gurm, H. S. (2013). Door-to-balloon time and mortality among patients undergoing primary PCI. *New England Journal of Medicine*, 369(10), 901-909. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1208200>
- Nallamothu, B. K., Normand, S. L. T., Wang, Y., Hofer, T. P., Brush, J. E., Messenger, J. C., ... Krumholz, H. M. (2015). Relation between door-to-balloon times and mortality after primary percutaneous coronary intervention over time: A retrospective study. *The Lancet*, 385(9973), 1114-1122. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61932-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61932-2)
- Narindrarangkura, P., Srisawat, C., Siribumrungwong, B., & Borwornboon, S. (2019). Door-to-balloon time and factors associated with delayed door-to-balloon time in ST-segment elevation myocardial infarction at Thailand's largest tertiary referral centre. *Emergency Medicine Australasia*, 31(4), 624-630.
- Sritara, P., et al. (2008). Registry of Acute Coronary Syndrome in Thailand (Thai ACS Registry): Patient characteristics, management, and clinical outcomes. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 91(Suppl 3), S1-S10.
- The World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191-2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>

## ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตในการทำงานกับประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน ของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง

### RELATIONSHIP BETWEEN QUALITY OF WORK LIFE AND PERFORMANCE OF PERSONNEL OF METROPOLITAN HEALTH AND WELLNESS INSTITUTE

จุฑามาศ วงคำจันทร์, สมบูรณ์ ศรีภู, โยธกา แก้วคำ  
สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง

JUTAMAET WONGKAMJAN, SOMBOON SRIPHU, YOTHAKA KAEWKAM  
METROPOLITAN HEALTH AND WELLNESS INSTITUTE

#### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. ศึกษาระดับคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง 2. ศึกษาประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง 3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตในการทำงานที่มีผลต่อประสิทธิภาพ การปฏิบัติงานของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง โดยประชากรเป็นบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมืองกลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน สุ่มด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า 1) คุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง ภาพรวมอยู่ในระดับมาก 2) ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมืองในภาพรวมอยู่ในระดับสูง และ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตในการทำงานที่มีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นงานวิจัยนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการบริหารบุคลากรเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรในองค์กรได้ต่อไป

**คำสำคัญ :** คุณภาพชีวิตในการทำงาน, ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน, สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง

## Abstract

This study is a descriptive research with the following objectives: (1) to examine the level of quality of work life among personnel of the Urban Health Development Institute; (2) to evaluate the work performance efficiency of the institute's personnel; and (3) to investigate the relationship between quality of work life and work performance efficiency among the personnel. The population consisted of personnel of the Urban Health Development Institute. The sample size 150 participants selected through simple random sampling. The research instrument was a questionnaire. Data were analyzed using percentage, mean, and standard deviation, and the relationship was analyzed using Pearson's correlation coefficient.

The results indicated that: (1) the overall quality of work life of the personnel was at a high level; (2) the overall work performance efficiency was also at a high level; and (3) there was a statistically significant relationship between quality of work life and work performance efficiency at the 0.05 level. Therefore, this study can be applied as a guideline for personnel management to further improve work performance efficiency within the organization.

**Keywords :** Quality of working life, work efficiency, Metropolitan Health and Wellness Institute.

## บทนำ

หน่วยงานราชการถือเป็นองค์กรหลักที่มีหน้าที่ในการขับเคลื่อนประเทศไทยและดูแลความเป็นอยู่ของประชาชน เพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายของแต่ละหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล หน่วยงานจึงต้องให้ความสำคัญในการพัฒนาทรัพยากรบุคคล เนื่องจากการพัฒนาทรัพยากรบุคคลเป็นการ ทำให้บุคลากรมีประสิทธิภาพและเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติงานให้มีความรับผิดชอบมากยิ่งขึ้น ซึ่งหากมีการพัฒนาของบุคลากรมากยิ่งขึ้นก็จะส่งผลให้บุคลากรสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่หน่วยงาน (เอกสิทธิ์ สนามทอง, 2562)

สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับจังหวัด สังกัดกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานส่วนภูมิภาค ให้บริการประชาชนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โครงสร้างหน่วยงานแบ่งเป็น 3 กลุ่มภารกิจ ได้แก่ 1. กลุ่มภารกิจขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และระบบสนับสนุน 2. กลุ่มภารกิจบริการทางการแพทย์และเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3. กลุ่มภารกิจวิจัย พัฒนา ขับเคลื่อนสุขภาพระดับจังหวัด โดยดำเนินงานภายใต้วิสัยทัศน์ เป็นสถาบันชั้นนำวิจัยและนวัตกรรมสู่การเป็นเมืองสุขภาพดีภายในปี 2570 เป้าหมายหลักเพื่ออภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพและระบบอนามัยสิ่งแวดล้อม มีบทบาทหน้าที่คือ 1) การผลักดันนโยบายสาธารณะ เพื่อปกป้องสุขภาพของประชาชนในเขตเมือง โดยครอบคลุมประชากรเคลื่อนย้ายแรงงานต่างด้าว 2) ดำเนินการ ตามกฎหมายที่กรมอนามัยรับผิดชอบรวมทั้งผลักดัน ชี้แนะ กำกับ และติดตามการปฏิบัติงานของหน่วยงานตามมาตรการทางกฎหมายสาธารณสุข และกฎหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง 3) พัฒนาองค์ความรู้หรือเทคโนโลยีการส่งเสริมสุขภาพและสร้างสมดุลอนามัยสิ่งแวดล้อม และถ่ายทอดเป็นแนวทางการปฏิบัติงานหรือหลักสูตร

คุณภาพชีวิตในการทำงาน (Quality of Working Life) จึงถือว่าเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งเพราะคนเป็นทรัพยากรที่มีค่าและมีความสำคัญต่อองค์กร การให้ความเอาใจใส่ต่อทรัพยากรบุคคลจึงเป็นเรื่องสำคัญ เพราะจะส่งผลให้องค์กรประสบความสำเร็จ หากมีการให้ผลตอบแทนที่ดีมีสวัสดิการที่สร้างความมั่นคง ให้โอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งงาน

มอบรางวัลประกาศเกียรติคุณ ให้กับพนักงานที่ปฏิบัติงานดีและรับผิดชอบต่อหน้าที่เพื่อเป็นขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานและเป็นการกระตุ้นให้พนักงานมีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน สร้างแรงจูงใจและทำให้พนักงานมีทัศนคติที่ดีต่อองค์กร เกิดความผูกพันและจงรักภักดีต่อองค์กร พนักงานปฏิบัติงานเต็มความสามารถ ส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลให้การปฏิบัติงานของพนักงานที่ดีขึ้น (อรรวรา กล้าหาญ, 2564)

อย่างไรก็ตาม คุณภาพชีวิตในการทำงานของแต่ละองค์กรมีความหลากหลายและแตกต่างกัน เช่น ความหลากหลายลดความซับซ้อนของงาน ลักษณะการบริหารงานงบประมาณ ความพร้อม ของเทคโนโลยีและเครื่องมือต่าง ๆ ซึ่งมีความแตกต่างกันตามนโยบายและภารกิจหลักของแต่ละหน่วยงาน

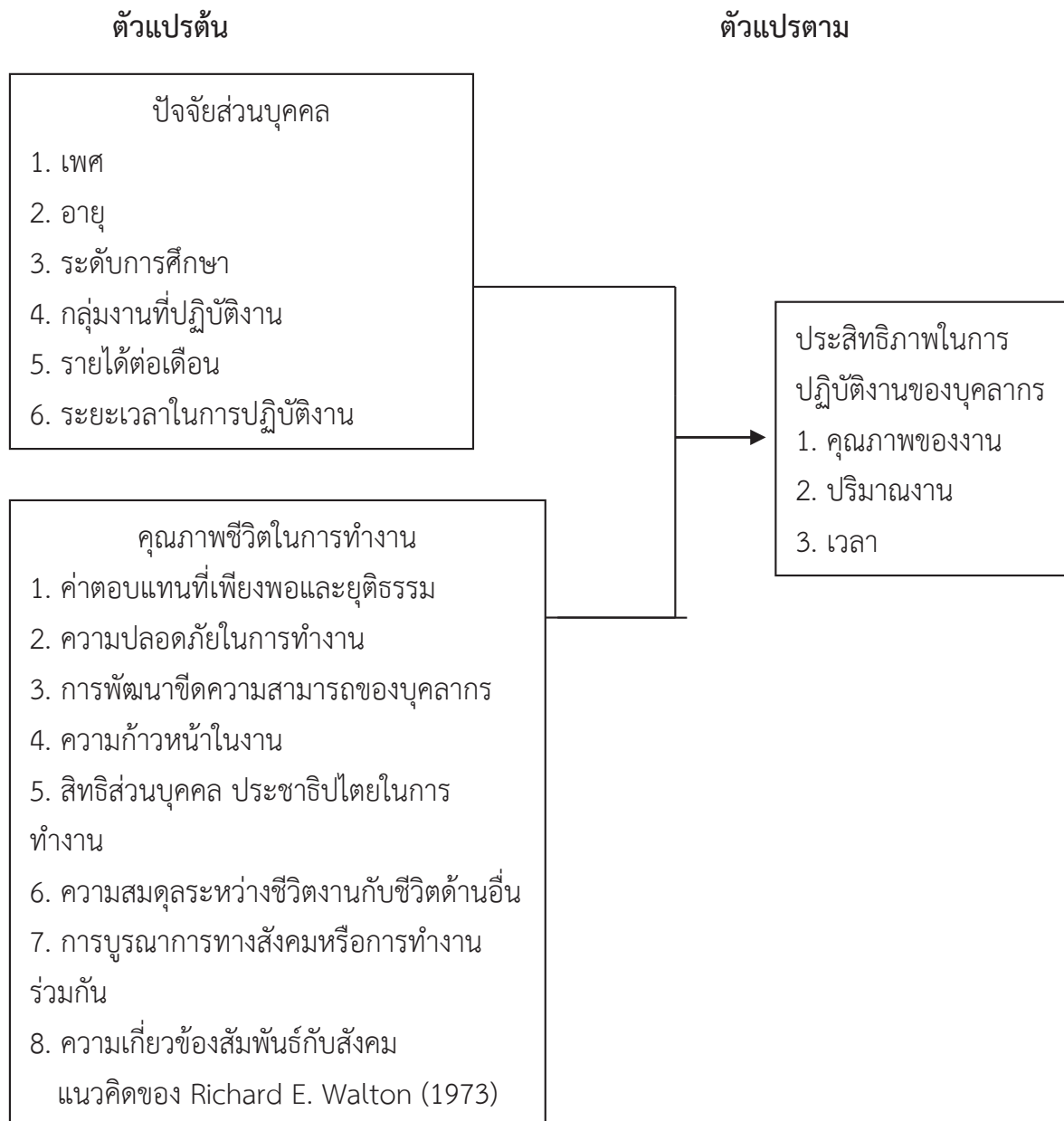
จากภารกิจหลักของสถาบันพัฒนาสุขภาพระดับจังหวัดเป็นงานด้านการให้บริการประชาชน ซึ่งต้องอาศัยการปฏิบัติงานที่ดี มีประสิทธิภาพ รวมถึงการสร้างความปลอดภัยให้กับประชาชนที่มาใช้บริการ และการที่เจ้าหน้าที่จะปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพพลนั้น จำเป็นต้องมีคุณภาพที่ดีในการทำงาน ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะทำวิจัย เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตในการทำงานกับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพระดับจังหวัด และเป็นแนวทางให้กับผู้บริหารสถาบันฯ สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรได้อย่างถูกต้องและมีทิศทางต่อไป เพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพระดับจังหวัด
2. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพระดับจังหวัด
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตในการทำงานที่มีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพระดับจังหวัด

## กรอบแนวคิด

ในการศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตในการทำงานกับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง ผู้วิจัยจึงได้กำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยไว้ดังนี้



**ภาพที่1** กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตในการทำงานกับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. สามารถนำผลการศึกษา ไปใช้เป็นแนวในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากร ให้เหมาะสมกับความต้องการและส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานในองค์กร
2. ผลการศึกษาสามารถนำมาพัฒนาและปรับปรุงการบริหารงานต่าง ๆ กำหนดนโยบายในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรในองค์กร เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด

## วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตในการทำงานกับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง

**ประชากรที่ใช้ในการศึกษา** ได้แก่ บุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง จำนวน 232 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 8 ธันวาคม 2566)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย โดยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Sampling) และแบบง่าย (Simple random sampling) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางของ Krejcie & Morgan (1970 : 607-610) ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 150 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลแบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามเกี่ยวกับชีวิตการทำงานของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง ตามแบบประเมิน 8 ด้าน ประกอบด้วย 1) ค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม 2) ความปลอดภัยในการทำงาน 3) การพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากร 4) ความก้าวหน้าในงาน 5) สิทธิส่วนบุคคล ประชาธิปไตยในการทำงาน 6) ความสมดุลระหว่างชีวิตงานกับชีวิตด้านอื่น 7) การบูรณาการ

ทางสังคมหรือการทำงานร่วมกัน และ 8) ความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสังคม จำนวน 26 ข้อ

**ส่วนที่ 3** ข้อมูลแบบสอบถามเกี่ยวกับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรสถาบันพัฒนา สุขภาพเขตเมืองตามแบบประเมิน 3 ด้าน ประกอบด้วย ด้านคุณภาพงาน, ด้านปริมาณงาน, ด้านเวลา ด้านละ 3 ข้อ รวมทั้งหมด 9 ข้อ แบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 ผู้วิจัยกำหนดเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) มีเกณฑ์การให้คะแนน 1 - 5 คะแนน จากระดับน้อยที่สุด ถึงมากที่สุด และกำหนดเกณฑ์ การแปลความหมายคะแนนเฉลี่ยจากน้อยที่สุด (1.00 - 1.80) น้อย (1.81 - 2.60) ปานกลาง (2.61 - 3.40) มาก (3.41 - 4.20) ถึงมากที่สุด (4.21 - 5.00)

**ส่วนที่ 4** หาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) เกณฑ์ของระดับความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง นั้นได้ถูกแปลความหมายของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตามระดับของความสัมพันธ์ (Bartz, 1999 อ้างถึงใน สุขมาสถ์ อังศุโชติ, 2556) ดังนี้

|                                 |          |
|---------------------------------|----------|
| ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทางบวก | ความหมาย |
| 0.81 ถึง 1.0                    | สูงมาก   |
| 0.61 ถึง 0.80                   | สูง      |
| 0.41 ถึง 0.60                   | ปานกลาง  |
| 0.21 ถึง 0.40                   | ต่ำ      |
| 0.0 ถึง 2.0                     | ต่ำมาก   |

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยหาคุณภาพเครื่องมือจากการการพิจารณาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ 1 คน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ 1 คน และนักโภชนาการชำนาญการพิเศษ 1 คน ปรากฏว่าข้อคำถามทุกข้อมีค่า IOC 0.78 ซึ่งกำหนดดัชนีความสอดคล้อง

ตั้งแต่ 0.5 - 1 และการทดสอบความเชื่อมั่นของชุดคำถามที่ใช้วัดตัวแปร (Reliability of Measurement) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไปทดลองใช้ (Try out) ในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขในสังกัดกรมควบคุมโรค จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ภาพรวม เท่ากับ 0.959 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.7 ขึ้นไป

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1. ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ตอบแบบสอบถามการวิจัย เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตในการทำงานกับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุภาพะเขตเมืองโดยส่งหนังสือ แจ้งเวียนหัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่ม มีการชี้แจงวัตถุประสงค์หากผู้ยินดีเข้าร่วมบันทึกใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent form) รูปแบบออนไลน์

2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถาม ติดตามแบบสอบถาม ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถาม เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์

3. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติพรรณนา ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ใช้สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

### การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย ตามใบรับรองโครงการวิจัย รหัสโครงการวิจัย 756/2567 ลงวันที่ 10 กันยายน 2567 ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการจากสถาบันพัฒนาสุภาพะเขตเมือง โดยแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยให้ผู้ร่วมวิจัยทราบ ก่อนเก็บข้อมูลการวิจัยไว้เป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถถอนตัวจากการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาโดยไม่มีข้อผูกมัดและผลกระทบใด ๆ

### ผลการศึกษา

#### 1. ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุภาพะเขตเมือง

จากการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 81.3 มีอายุมากกว่า 46 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.3 มากเป็นอันดับหนึ่ง มีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 48.0 มากเป็นอันดับหนึ่ง ปฏิบัติงานกลุ่มภารกิจเทคนิคบริการและวิชาการ คิดเป็นร้อยละ 36.7 มากเป็นอันดับหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 26.0 และมีรายได้ต่อเดือน 15,000 - 25,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 26.0 มากเป็นอันดับหนึ่ง และกลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่ง มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน มากกว่า 9 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.3

#### 2. คุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุภาพะเขตเมือง

ตารางที่ 1 แสดงคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุภาพะเขตเมือง ในภาพรวมและรายด้าน (n=150)

| คุณภาพชีวิตในการทำงาน                       | $\bar{x}$ | S.D. | ระดับคุณภาพชีวิต |
|---------------------------------------------|-----------|------|------------------|
| 1. ผลตอบแทนที่เป็นธรรมและเพียงพอ            | 3.67      | 0.81 | มาก              |
| 2. ความปลอดภัยในการทำงาน                    | 4.27      | 0.60 | สูงมาก           |
| 3. การพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากร          | 4.18      | 0.59 | มาก              |
| 4. ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน              | 4.03      | 0.73 | มาก              |
| 5. สิทธิส่วนบุคคล ประชาธิปไตยในการทำงาน     | 4.17      | 0.69 | มาก              |
| 6. ความสมดุลระหว่างชีวิตงานกับชีวิตด้านอื่น | 4.01      | 0.65 | มาก              |
| 7. การบูรณาการทางสังคมหรือการทำงานร่วมกัน   | 4.37      | 0.57 | สูงมาก           |
| 8. ความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสังคม           | 4.50      | 0.51 | สูงมาก           |
| คุณภาพชีวิตโดยรวม                           | 4.15      | 0.52 | มาก              |

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตในการทำงานกับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุภาพะเขตเมือง

จุฑามาศ วงคำจันทร์, สมบูรณ์ ศรีภู, โยภา แก้วคำ

จากตารางที่ 1 สรุปผลการวิจัยคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเมือง ในภาพรวมและรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตการทำงานในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.15$ , S.D. = 0.52) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า มีคุณภาพชีวิตการทำงานอยู่ในระดับสูงมาก ดังนี้ ความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสังคม ( $\bar{X} = 4.50$ , S.D. = 0.51) การบูรณาการทางสังคมหรือการทำงานร่วมกัน ( $\bar{X} = 4.37$ , S.D. = 0.57) ความปลอดภัยในการทำงาน ( $\bar{X} = 4.27$ , S.D. = 0.60) และมีคุณภาพ

ชีวิตการทำงานอยู่ในระดับมาก ดังนี้ การพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากร ( $\bar{X} = 4.18$ , S.D. = 0.59) ประชาธิปไตยในการทำงาน ( $\bar{X} = 4.17$ , S.D. = 0.69) ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ( $\bar{X} = 4.03$ , S.D. = 0.73) สิทธิส่วนบุคคล ความสมดุลระหว่างชีวิตงานกับชีวิตด้านอื่น ( $\bar{X} = 4.01$ , S.D. = 0.65) และผลตอบแทนที่เป็นธรรมและเพียงพอ ( $\bar{X} = 3.67$ , S.D. = 0.81) ตามลำดับ

2. ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเมือง

ตารางที่ 2 แสดงประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเมือง ในภาพรวมและรายด้าน (n=150)

| ประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน | $\bar{X}$ | S.D. | ระดับประสิทธิภาพ |
|--------------------------|-----------|------|------------------|
| 1. ด้านคุณภาพงาน         | 4.36      | 0.52 | สูงมาก           |
| 2. ด้านปริมาณงาน         | 4.24      | 0.59 | สูงมาก           |
| 3. ด้านเวลา              | 4.38      | 0.54 | สูงมาก           |
| ประสิทธิภาพโดยรวม        | 4.32      | 0.51 | สูงมาก           |

จากตารางที่ 2 พบว่า ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานในภาพรวมอยู่ในระดับสูงมาก ( $\bar{X} = 4.32$ , S.D. = 0.51) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า มีประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน

อยู่ในระดับสูงมาก ดังนี้ ด้านเวลา ( $\bar{X} = 4.38$ , S.D. = 0.54) ด้านคุณภาพงาน ( $\bar{X} = 4.36$ , S.D. = 0.52) ด้านปริมาณงาน ( $\bar{X} = 4.24$ , S.D. = 0.59) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตในการทำงานและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานในภาพรวมและรายด้าน (n=150)

| คุณภาพชีวิตในการทำงาน                       | ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน |       |
|---------------------------------------------|----------------------------|-------|
|                                             | r                          | p     |
| 1. ค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม           | 0.502                      | .000* |
| 2. ความปลอดภัยในการทำงาน                    | 0.627                      | .000* |
| 3. การพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากร          | 0.620                      | .000* |
| 4. ความก้าวหน้าในงาน                        | 0.521                      | .000* |
| 5. สิทธิส่วนบุคคล ประชาธิปไตยในการทำงาน     | 0.614                      | .000* |
| 6. ความสมดุลระหว่างชีวิตงานกับชีวิตด้านอื่น | 0.693                      | .000* |
| 7. การบูรณาการทางสังคมหรือการทำงานร่วมกัน   | 0.688                      | .000* |
| 8. ความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสังคม           | 0.590                      | .000* |
| ภาพรวม                                      | 0.744                      | .000* |

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตในการทำงานกับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเมือง

จุฑามาศ วงคำจันทร์, สมบูรณ์ ศรีภู, โยธกา แก้วคำ

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า คุณภาพชีวิตในการทำงานมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 ทั้งในภาพรวมและรายด้านทั้ง 8 ด้าน ได้แก่ ค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม ความปลอดภัยในการทำงาน การพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากร ความก้าวหน้าในงาน สิทธิส่วนบุคคล ประชาธิปไตยในการทำงาน ความสมดุลระหว่างชีวิตงานกับชีวิตด้านอื่น การบูรณาการทางสังคมหรือการทำงานร่วมกัน ความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสังคม

### อภิปรายผล

คุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง จากการวิจัย พบว่า คุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมืองอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณา เป็นรายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมืองอยู่ในระดับสูงมาก ได้แก่ ความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสังคม การบูรณาการทางสังคมหรือการทำงานร่วมกัน และความปลอดภัยในการทำงาน อยู่ในระดับมาก ได้แก่ การพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากร ประชาธิปไตยในการทำงาน ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน สิทธิส่วนบุคคล ความสมดุลระหว่างชีวิตงานกับชีวิตด้านอื่น และผลตอบแทนที่เป็นธรรมและเพียงพอ สอดคล้องกับงานวิจัยของ กิตติคุณ ชื่อสัตย์ดี (2557) ได้ศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตการทำงานกับประสิทธิผลในการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานชลเลข สังกัดสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร พบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับดี ซึ่งส่งผลเชิงบวกต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานของเจ้าพนักงาน โดยเฉพาะด้านความก้าวหน้าและการมีสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย

ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง จากการวิจัย พบว่า ประสิทธิภาพ

การปฏิบัติงานการทำงานของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมืองอยู่ในระดับสูงมาก ทั้งภาพรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านคุณภาพงาน ด้านปริมาณงาน ด้านเวลา ซึ่งสอดคล้องกับนโยบาย ของหน่วยงาน นโยบายการทำงานในเวลา โดยการแยกเวลาทำงานและเวลาส่วนตัวออกจากกันทำให้บุคลากร มีขอบเขตและแรงจูงใจในการทำงานระหว่างระยะเวลาที่ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับ อรรธา กล้าหาญ (2564) ได้ศึกษา คุณภาพชีวิตในการทำงานที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ของพนักงานการรถไฟแห่งประเทศไทยสำนักงานใหญ่ พบว่า คุณภาพชีวิตในการทำงานด้านความสมดุลของชีวิตทำงานและครอบครัว มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพนักงานการรถไฟแห่งประเทศไทย สำนักงานใหญ่ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า จากปัญหาการขาดแคลนพนักงาน ทำให้พนักงานมีภาระงานที่มากขึ้นและทำงานล่วงเวลา ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพนักงาน

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตในการทำงานและประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน จากการวิจัย พบว่า คุณภาพชีวิตในการทำงานมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ทั้งในภาพรวมและรายด้าน สอดคล้องกับงานวิจัยของ สมพงษ์ รัตนบุบผะ (2558) ได้ศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตในการทำงานกับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของพนักงานศูนย์ข่าว SMM พบว่า คุณภาพงานและปริมาณงานประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ทั้ง 3 ด้าน มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับระดับคุณภาพชีวิตในการทำงาน และ อุสุมา ศักดิ์ไพศาล (2556) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตในการทำงานที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพนักงานบริษัท อินเตอร์ รีเลย์ดี แมนเนจเม้นท์ จำกัด พบว่า ถ้าพนักงานมีคุณภาพชีวิตในการทำงานสูง ก็จะส่งผลให้ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพนักงานสูงตามไปด้วย

## สรุปผล

1. ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุมากกว่า 46 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ปฏิบัติงานกลุ่มภารกิจเทคนิคบริการและวิชาการ มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 15,000 บาทและกลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่ง มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากกว่า 9 ปี

2. คุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมืองอยู่ในระดับสูงมาก ได้แก่ ความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสังคม การบูรณาการทางสังคมหรือการทำงานร่วมกัน และความปลอดภัยในการทำงานอยู่ในระดับมาก ได้แก่ การพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรวิชาชีพไปใช้ในการทำงาน ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน สิทธิส่วนบุคคล ความสมดุลระหว่างชีวิตงานกับชีวิตด้านอื่น และผลตอบแทนที่เป็นธรรมและเพียงพอ

3. ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง จากการวิจัย พบว่า ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานการทำงานของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมืองอยู่ในระดับสูงมาก ทั้งภาพรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านคุณภาพงาน ด้านปริมาณงาน ด้านเวลา

4. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตในการทำงานและประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน จากการวิจัย พบว่า คุณภาพชีวิตในการทำงานมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง อยู่ในระดับมาก เพื่อเพิ่มศักยภาพการทำงานให้กับบุคลากรทุกระดับ เช่น ควรมีการจัดฝึกอบรมงานวิชาการต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกองค์กร การจัดกิจกรรมกีฬา การจัดสรรเวลาการทำงานและเวลาส่วนตัว เพื่อให้มีการพักผ่อนที่เพียงพอ รวมถึงการจัดกิจกรรมออกกำลังกายร่วมกันของบุคลากรหลังเวลาเลิกงาน

2. จากผลการศึกษา พบว่า ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานการทำงานของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมืองอยู่ในระดับสูงมาก ทั้งภาพรวมและรายด้าน ได้แก่

ด้านคุณภาพงาน ด้านปริมาณงาน ด้านเวลา ดังนั้นหน่วยงานควรรักษามาตรฐานประสิทธิภาพการปฏิบัติงานให้คงอยู่ตลอดไป

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตในการทำงานกับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานตามการแบ่งสายการบังคับบัญชาบุคลากร เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่าง สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงหน่วยงานให้ดียิ่งขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

- กิตติคุณ ชื่อสัตย์ดี. (2557). *คุณภาพชีวิตการทำงานกับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานฯ* สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี (สารนิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเกริก, กรุงเทพฯ.
- สมพงศ์ รัตนพงศ์. (2558). *คุณภาพชีวิตในการทำงานกับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของพนักงานศูนย์ข่าว SMM* (สารนิพนธ์พัฒนาแรงงานและสวัสดิการมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- อรรณพ กล้าหาญ. (2564). *คุณภาพชีวิตในการทำงานที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพนักงานการรถไฟแห่งประเทศไทย สำนักงานใหญ่* (สารนิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพฯ.
- อุสุมา ศักดิ์ไพศาล. (2558). *คุณภาพชีวิตในการทำงานที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพนักงาน บริษัท อินเทอร์เน็ตประเทศไทย จำกัด (มหาชน) บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต*. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี, ปทุมธานี.
- เอกสิทธิ์ สนามทอง. (2562). การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ แนวทางพัฒนาสู่ความสำเร็จขององค์กร. *วารสารเกษมบัณฑิต*, 20(1), 67-77.
- Bartz, A.E.(1999). *Basics Statistical Concepts*. 4<sup>th</sup> ed. New Jersey: Prentice Hall.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.

## แนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริการการนวดแผนไทยในสถานพยาบาล จังหวัดจันทบุรี

### GUIDELINES FOR DEVELOPING THE QUALITY OF THAI MASSAGE SERVICES IN HOSPITALS IN CHANTHABURI PROVINCE

ภาณุ ศรีวรรัตน์, ชมกฤษ พบประเสริฐ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

PANU SRIWORARAT AND CHOMPHUNUT PHOPPRASOEP  
CHANTHABURI PROVINCIAL PUBLIC HEALTH OFFICE

#### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และอุปสรรคในการให้บริการการนวดแผนไทย รวมทั้งศึกษาแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริการการนวดแผนไทยในสถานพยาบาลจังหวัดจันทบุรี กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน 45 คน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการการนวดแผนไทยในจังหวัดจันทบุรี จำนวน 5 คน 2) กลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานซึ่งเป็นหมอนวดแผนไทยประจำสถานพยาบาล จำนวน 15 คน และ 3) กลุ่มผู้ใช้บริการซึ่งเป็นประชาชนทั่วไปที่มาใช้บริการในสถานพยาบาล จำนวน 25 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแนวทางการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการวิเคราะห์สรุปอุปนัยร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลเอกสาร

ผลการวิจัยพบว่า สถานพยาบาลในจังหวัดจันทบุรีมีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ โดยบริการหลัก ได้แก่ การนวดแผนไทย การประคบสมุนไพร การอบสมุนไพร และการใช้ยาสมุนไพร ภายใต้การกำกับดูแลของแพทย์แผนไทย อย่างไรก็ตาม พบปัญหาสำคัญ ได้แก่ การขาดแคลนบุคลากร งบประมาณไม่เพียงพอ ระบบการจัดบริการและการจูงใจยังไม่เป็นระบบ รวมถึงความแตกต่างของทักษะผู้ให้บริการที่ส่งผลต่อคุณภาพการบริการ และแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการควรมุ่งเน้นการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การติดตามประเมินผล และการปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ควบคู่กับการพัฒนาศักยภาพบุคลากร การกำหนดมาตรฐานบริการ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การเพิ่มการเข้าถึงบริการ และการจัดสภาพแวดล้อมบริการที่ปลอดภัยและได้มาตรฐาน เพื่อยกระดับคุณภาพการบริการอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ หน่วยงานภาครัฐควรส่งเสริมมาตรฐานการให้บริการการนวดแผนไทยที่ได้รับการรับรอง พร้อมสนับสนุนนโยบายและงบประมาณในการพัฒนาศักยภาพบุคลากร เพื่อยกระดับคุณภาพการบริการและสร้างความเชื่อมั่นแก่ประชาชนในการใช้บริการนวดแผนไทย

คำสำคัญ : นวดแผนไทย, การพัฒนา, คุณภาพบริการ, จันทบุรี

## Abstract

This research was a qualitative study aimed at examining the current situation, problems, and obstacles in providing Thai traditional massage services, as well as exploring guidelines for improving the quality of Thai traditional massage services in healthcare facilities in Chanthaburi Province. The key informants consisted of 45 participants divided into three groups: (1) representatives from organizations related to Thai traditional massage services in Chanthaburi Province (5 persons), (2) operational staff who were Thai traditional massage practitioners working in healthcare facilities (15 persons), and (3) service users who were members of the general public receiving services in healthcare facilities (25 persons). The instruments used for data collection included in-depth interview forms and focus group discussion guidelines. The data were analyzed using inductive analysis together with documentary data analysis.

The findings revealed that healthcare facilities in Chanthaburi Province provide Thai traditional medicine services aimed at health promotion, disease prevention, treatment, and rehabilitation. The main services include Thai traditional massage, herbal compress, herbal steam therapy, and herbal medicine, which are conducted under the supervision of Thai traditional medicine physicians. However, several major problems and obstacles were identified, including shortages of personnel, insufficient budgets, unsystematic service management and appointment systems, and differences in the skills and experience of service providers that affect service quality. Guidelines for service quality improvement emphasize systematic management processes, including planning, implementation, monitoring and evaluation, and continuous improvement. In addition, developing personnel competencies, establishing service standards, improving communication with clients, increasing service accessibility, and providing safe and standardized service environments are essential to enhance the quality and sustainability of Thai traditional massage services.

Recommendations: Government agencies should promote certified standards for Thai traditional massage services and support policies and budgets for personnel capacity development in order to improve service quality and enhance public confidence in using Thai traditional massage services.

**Keywords :** Thai Massage, Development, Service Quality, Chanthaburi

## บทนำ

การดูแลสุขภาพของประชาชนไทยในปัจจุบันให้ความสำคัญกับแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยมีการบูรณาการการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพของรัฐอย่างต่อเนื่อง กระทรวงสาธารณสุขได้ส่งเสริมบริการการแพทย์แผนไทย เช่น การนวดแผนไทย การอบสมุนไพร และการใช้ยาสมุนไพร ให้เป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อเพิ่มทางเลือกในการรักษา ลดการพึ่งพายาเข้าและส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่นของประเทศ (Office of the National Economic and Social Development Council, 2025) ปัจจุบันมีสถานพยาบาลภาครัฐที่ให้บริการการแพทย์แผนไทยจำนวน 10,692 แห่งทั่วประเทศ ซึ่งสะท้อนการกระจายบริการอย่างครอบคลุมในระบบสาธารณสุข (Globin Med, 2022)

การให้บริการการแพทย์แผนไทยในระยะแรกมีลักษณะเป็นการผสมผสานกับระบบบริการของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยบริการที่พบมาก ได้แก่ การนวดแผนไทย การอบหรือประคบสมุนไพร และการใช้ยาสมุนไพร ซึ่งเป็นยาที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ นอกจากนี้ นโยบายด้านสุขภาพยังได้ส่งเสริมการพัฒนาระบบบริการ การพัฒนาบุคลากร และการจัดสรรทรัพยากรด้านการแพทย์แผนไทยอย่างเป็นระบบ ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เพื่อสนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (สถาบันการแพทย์แผนไทยเบื้องต้น, 2559)

สำหรับจังหวัดจันทบุรี ซึ่งเป็นจังหวัดในภาคตะวันออก มีสถานพยาบาลภาครัฐประมาณ 138 แห่ง รองรับประชากรกว่า 5 แสนคน ส่งผลให้สถานพยาบาลของรัฐเป็นกลไกสำคัญในการให้บริการแพทย์แผนไทยแก่ประชาชนในพื้นที่ ทั้งนี้พบว่าประชาชนที่เข้ารับบริการในสถานพยาบาลภาครัฐประมาณร้อยละ 10 ได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยโดยบริการด้านการรักษาและฟื้นฟูมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 81.7

และการนวดแผนไทยมีสัดส่วนสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.6 ของบริการทั้งหมด (Peltzer & Pengpid, 2016; Globin Med, 2022) อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดในระดับพื้นที่ เช่น ความแตกต่างของทรัพยากรระหว่างสถานพยาบาล มาตรฐานบริการที่ไม่สม่ำเสมอ ระยะเวลารอคอยบริการ และข้อจำกัดด้านบุคลากร ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการและความพึงพอใจของผู้รับบริการ

นอกจากนี้ ข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับคุณภาพบริการนวดแผนไทยจากมุมมองของผู้รับบริการในจังหวัดจันทบุรียังมีอยู่อย่างจำกัด ดังนั้น การศึกษารังนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และอุปสรรคในการให้บริการการนวดแผนไทย รวมทั้งศึกษาแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริการในสถานพยาบาลจังหวัดจันทบุรี เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนามาตรฐานการให้บริการและยกระดับคุณภาพระบบบริการสุขภาพในระดับพื้นที่

## วัตถุประสงค์

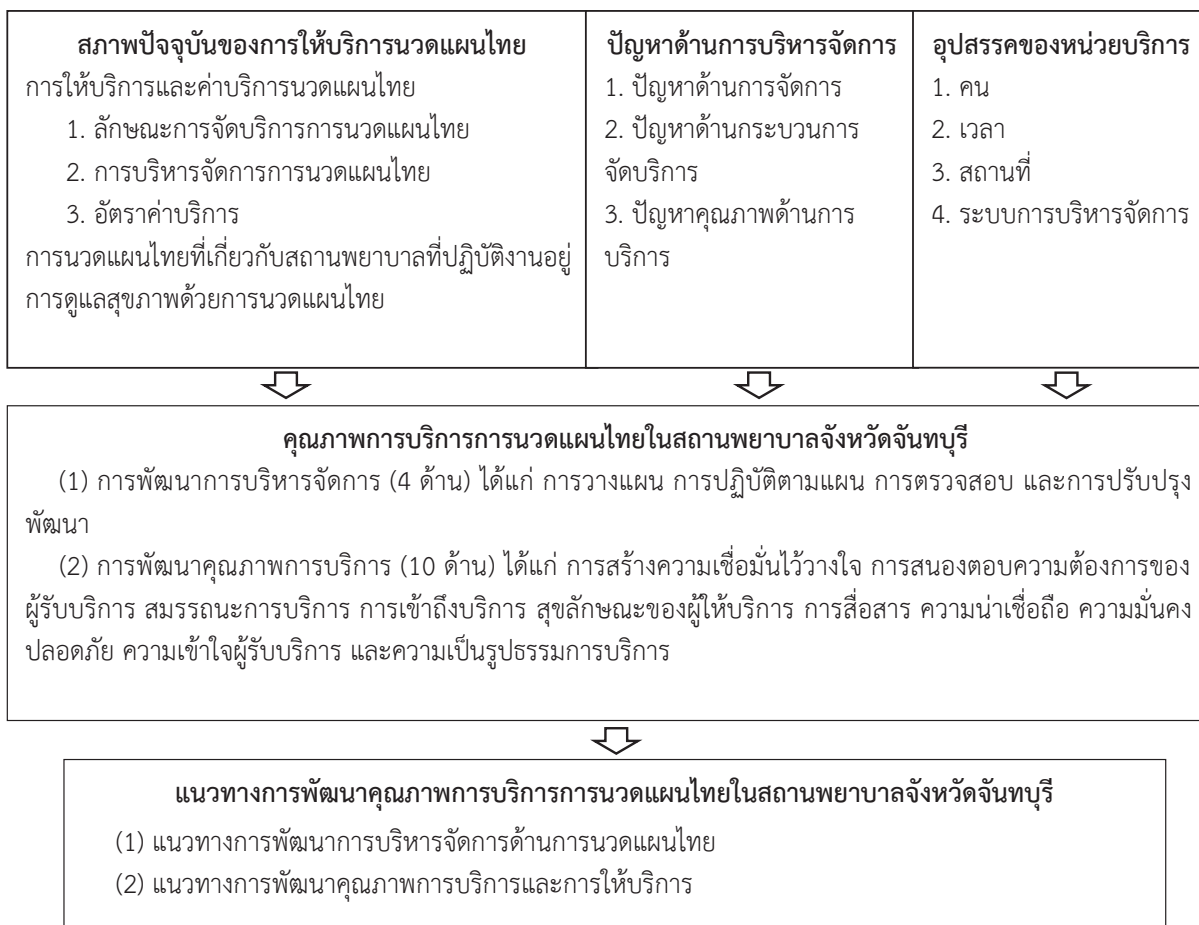
1. เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการการนวดแผนไทยในสถานพยาบาลจังหวัดจันทบุรี
2. เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริการการนวดแผนไทยในสถานพยาบาลจังหวัดจันทบุรี

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผลการศึกษาทำให้ทราบสภาพการจัดและปัญหาการจัดบริการการนวดแผนไทยในสถานพยาบาลและแนวทางในการพัฒนาการบริการให้เป็นที่พึงพอใจของผู้รับบริการ
2. สถานพยาบาลสามารถใช้ข้อมูลจากการวิจัยเป็นแนวทางในการพัฒนาการบริการการนวดแผนไทยให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น
3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถใช้ผลการวิจัยเป็นข้อมูลในการส่งเสริมพัฒนาการบริการการนวดแผนไทยในสถานพยาบาลที่อยู่ในความรับผิดชอบ

## กรอบแนวคิด

ในการศึกษาวิจัยเรื่อง แนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริการการนวดแผนไทยในสถานพยาบาลจังหวัดจันทบุรี ผู้วิจัยได้กรอบแนวคิดในการศึกษา ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริการการนวดแผนไทยในสถานพยาบาล จ.จันทบุรี

## วิธีการศึกษา

**รูปแบบการวิจัย** ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ซึ่งใช้เวลาในการทบทวนวรรณกรรมเก็บข้อมูลดำเนินการวิจัยและทำรูปแบบระหว่างเดือนกรกฎาคม 2568 ถึง มกราคม 2569

**ประชากรและผู้ให้ข้อมูลสำคัญ** คือ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนวดแผนไทยในสถานพยาบาลที่ผ่านการประเมินมาตรฐานการแพทย์แผนไทย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) จากสถานพยาบาลจำนวน 5 แห่ง ได้แก่ คลินิกแพทย์แผนไทย

และการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลพระปกเกล้า ซึ่งคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลศูนย์ที่มีผู้ใช้บริการจำนวนมากและมีรูปแบบบริการที่หลากหลาย และโรงพยาบาลชุมชนอีก 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลขลุง โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ โรงพยาบาลมะขาม และโรงพยาบาลท่าใหม่ ซึ่งคัดเลือกโดยการสุ่มแบบจับฉลากเพื่อให้ได้ตัวแทนของสถานพยาบาลระดับชุมชนในจังหวัดจันทบุรี ซึ่งผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน 45 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มงานหรือผู้รับผิดชอบงานนวดแผนไทย จากสถานพยาบาลทั้ง 5 แห่ง แห่งละ 1 คน รวม 5 คน เนื่องจากเป็นผู้กำหนดนโยบายและกำกับดูแลการจัดการบริการ

2. กลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน (Casual Informants) ได้แก่ หมอนวดแผนไทยประจำสถานพยาบาล แห่งละ 3 คน รวม 15 คน คัดเลือกแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) จากผู้ปฏิบัติงานที่มีคุณสมบัติเหมาะสมเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) เพื่อสะท้อนประสบการณ์จริงในการให้บริการ

3. กลุ่มผู้ใช้บริการ (General Informants) ได้แก่ ประชาชนที่มาใช้บริการนวดแผนไทย แห่งละ 5 คน รวม 25 คน คัดเลือกแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) จากผู้ใช้บริการที่มีคุณสมบัติเหมาะสมเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) เพื่อสะท้อนมุมมอง ความพึงพอใจ และข้อเสนอแนะต่อคุณภาพการให้บริการนวดแผนไทยในสถานพยาบาล

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนวดแผนไทย คือ หัวหน้ากลุ่มงานหรือผู้รับผิดชอบ (2) กลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นหมอนวดแผนไทยประจำสถานพยาบาล และ (3) กลุ่มผู้ใช้บริการนวดแผนไทย อายุ 25-60 ปี และเคยใช้บริการในสถานพยาบาล

2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสาร ฟัง อ่าน และเขียนได้

3. ไม่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัย

4. ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยจนสิ้นสุดการศึกษา.

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ และแนวทางการสนทนากลุ่ม แสดงผลได้ดังนี้

## 1. แบบสัมภาษณ์

1.1 แบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง (Non-Structure Interview) ซึ่งผู้ให้ข้อมูล คือ หัวหน้ากลุ่มงานหรือผู้รับผิดชอบประสานงานที่เกี่ยวข้อง แนวการสัมภาษณ์ ได้แก่ การให้บริการและค่าบริการ ปัญหาการจัดการ แนวทางการพัฒนาการบริหารจัดการนวดแผนไทย แนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริการนวดแผนไทย

1.2 แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structure Interview) แบ่งออกเป็น 2 ชุด คือ แบบสัมภาษณ์กลุ่มผู้ปฏิบัติ และแบบสัมภาษณ์ผู้มาใช้บริการ แต่ละชุดแบ่งออกเป็นตอน ดังนี้

1.2.1 แบบสัมภาษณ์กลุ่มผู้ปฏิบัติ ซึ่งเป็นหมอนวดแผนไทย แนวการสัมภาษณ์ ได้แก่ การนวดแผนไทย ที่เกี่ยวกับสถานพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ การดูแลสุขภาพ ด้วยการนวดแผนไทย ปัญหาการจัดการบริการและอุปสรรคของหน่วยบริการต่างๆ แนวทางการพัฒนาการบริหารจัดการนวดแผนไทย และแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริการนวดแผนไทยในสถานพยาบาล

1.2.2 แบบสัมภาษณ์ผู้มาใช้บริการ มีแนวการสัมภาษณ์ ได้แก่ ปัญหาการจัดการบริการและอุปสรรคของหน่วยบริการต่างๆ และแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริการนวดแผนไทย

2. การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ทั้งหมดจำนวน 5 คน ซึ่งผู้ให้ข้อมูล คือ หัวหน้ากลุ่มงานหรือผู้รับผิดชอบประสานงานที่เกี่ยวข้อง โดยแบบสัมภาษณ์การสนทนากลุ่ม ใช้สัมภาษณ์กับกลุ่มเป้าหมายเพื่อเก็บข้อมูลแนวคิดและร่วมกันพิจารณาแนวทางการพัฒนาการบริหารจัดการการนวดแผนไทย การพัฒนาคุณภาพการบริการการนวดแผนไทย รวมถึงปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ในการพัฒนาคุณภาพการบริการการนวดแผนไทย

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 3 กลุ่ม ได้แก่

(1) กลุ่มหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (2) กลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน และ (3) กลุ่มผู้ใช้บริการ โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participatory observation) โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังต่อไปนี้

### 1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ศึกษาและทบทวนเอกสาร งานวิจัย และแนวคิดที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้กำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนาเครื่องมือวิจัย

1.2 ศึกษาบริบทของภูมิปัญญาไทยและภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการนวดแผนไทย เพื่อทำความเข้าใจลักษณะและรูปแบบการให้บริการในสถานพยาบาล รวมถึงศึกษาปัญหาและกระบวนการจัดการบริการนวดแผนไทยเพื่อนำมากำหนดประเด็นคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มโดยใช้คำถามปลายเปิดให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย

1.3 เตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึก และเอกสารที่เกี่ยวข้อง อีกทั้งการขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี พร้อมประสานงานกับหน่วยงานและสถานพยาบาลที่เป็นแหล่งข้อมูล

### 2. ขั้นตอนการ ดำเนินการ โดยดำเนินการดังนี้

2.1 ผู้วิจัยประสานงานและแนะนำตนเองกับผู้ให้ข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และกระบวนการดำเนินการวิจัย โดยขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลในการเข้าร่วมการวิจัย และให้ผู้ให้ข้อมูลลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงการรักษาความลับและการเก็บรักษาข้อมูล

2.2 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการสังเกตภาคสนามอย่างเป็นระบบ รวมทั้งรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน หมอนวดแผนไทย และผู้ใช้บริการ

2.3 หลังจากเสร็จสิ้นการวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเอกสารและข้อมูลที่เกี่ยวข้องไว้เป็นระยะเวลา 1 ปี และจะดำเนินการทำลายเอกสารเมื่อครบกำหนดระยะเวลาดังกล่าว

### 3. การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม

ดำเนินการกับผู้ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง โดยดำเนินการในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 ซึ่งแบ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในสถานพยาบาล ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกกับหัวหน้ากลุ่มงานหรือผู้รับผิดชอบการให้บริการนวดแผนไทยในสถานพยาบาล โดยมีประเด็นการสัมภาษณ์ ได้แก่ การใช้บริการและค่าบริการนวดแผนไทย และปัญหาในการจัดการบริการนวดแผนไทย

นอกจากนี้ยังดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ในประเด็นดังต่อไปนี้ แนวทางการพัฒนาการบริหารจัดการการนวดแผนไทย แนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริการนวดแผนไทย และปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการ

กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน (Casual Informants) ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ปฏิบัติงานด้านการนวดแผนไทย โดยมีประเด็นการสัมภาษณ์ ได้แก่ การให้บริการนวดแผนไทยในสถานพยาบาล การดูแลสุขภาพด้วยการนวดแผนไทย ปัญหาในการจัดการบริการนวดแผนไทย แนวทางการพัฒนาการบริหารจัดการการนวดแผนไทย และแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริการนวดแผนไทย

กลุ่มผู้ใช้บริการ (General Informants) ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ใช้บริการนวดแผนไทย โดยมีประเด็นการสัมภาษณ์ ได้แก่ ปัญหาในการใช้บริการนวดแผนไทย และแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริการนวดแผนไทย ทั้งนี้ การสัมภาษณ์ใช้คำถามปลายเปิดและสามารถปรับเปลี่ยนประเด็นคำถามตามบริบท บทบาท และประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้จัดทำหนังสือขออนุญาตจากกลุ่มงานการแพทย์ไทยและการแพทย์ทางเลือกถึงผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อปรึกษาหาทางปรับปรุงแก้ไขส่วนที่บกพร่อง ตรวจสอบความเหมาะสมของข้อความ ความชัดเจนของภาษา และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขแบบสัมภาษณ์ให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ก่อนที่จะนำไปใช้เก็บข้อมูลในพื้นที่ต่อไป มีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ระหว่างข้อความถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย จากนั้นนำผลการประเมินมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง โดยกำหนดเกณฑ์ได้ค่า IOC มากกว่า 0.81 ทุกข้อ

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) จากหลายแหล่งข้อมูล ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม รวมทั้งการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลกับผู้ใช้ข้อมูล (Member Checking) เพื่อให้ข้อมูลที่ได้รับความถูกต้องและสะท้อนข้อเท็จจริงมากที่สุด

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยให้ความสำคัญต่อการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยได้จัดทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เพื่อให้ผู้ใช้ข้อมูลทราบว่า ข้อมูลที่ได้รับจะถูกเก็บเป็นความลับและใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมมีสิทธิตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวได้โดยสมัครใจ ไม่มีการบังคับใดๆ งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 เลขที่โครงการ CTIREC 057/68

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกต และข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง โดยใช้วิธีการวิเคราะห์สรุปอุปนัย ร่วมกับการวิเคราะห์เอกสาร โดยเริ่มจากการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล จากนั้นจัดหมวดหมู่

ข้อมูลตามประเด็นที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย อ่านและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างละเอียดเพื่อค้นหารูปแบบหรือประเด็นสำคัญ จัดกลุ่มข้อมูลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน และสังเคราะห์เป็นประเด็นหลักของการวิจัย พร้อมทั้งนำข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้องมาประกอบการวิเคราะห์และอธิบายผลการศึกษา

### ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาด้านสภาพปัจจุบัน ปัญหา และอุปสรรคในการจัดบริการการนวดแผนไทยในสถานพยาบาลจังหวัดจันทบุรี จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มกับผู้ใช้ข้อมูล พบว่า

1) สภาพปัจจุบันของหน่วยบริการนวดแผนไทยสถานพยาบาลในจังหวัดจันทบุรีมีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษา และฟื้นฟูสุขภาพของประชาชน โดยบริการหลัก ได้แก่ การนวดแผนไทย การประคบสมุนไพร การอบสมุนไพร และการใช้ยาสมุนไพร ภายใต้การกำกับดูแลของแพทย์แผนไทย หน่วยบริการมีการประเมินอาการก่อนรับบริการและให้คำแนะนำด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการ โดยผู้ให้บริการต้องผ่านการอบรมตามมาตรฐานที่กำหนด (KI-01, CI-02) การรักษา มักใช้การนวดร่วมกับการประคบสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อยและส่งเสริมการไหลเวียนโลหิต ดังที่ผู้ใช้ข้อมูลกล่าวว่า “การนวดแผนไทยช่วยให้ผู้ป่วยลดอาการปวดเมื่อยและรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น” (CI-01) โดยมีค่าบริการเฉลี่ยประมาณ 200-250 บาทต่อครั้ง ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง และมีผู้ใช้บริการเฉลี่ยประมาณ 120-160 ราย ต่อเดือนต่อผู้ให้บริการ 1 คน แสดงให้เห็นว่าการนวดแผนไทยเป็นบริการสุขภาพที่ได้รับความนิยมในพื้นที่ ดังคำกล่าวของผู้ใช้บริการว่า “พอมานวดที่โรงพยาบาลแล้วอาการดีขึ้น จึงมาใช้บริการเป็นประจำ” (CI-07)

2) ปัญหาในการจัดบริการการนวดแผนไทยปัญหาการจัดบริการสามารถแบ่งได้เป็น 3 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านการจัดการ พบการขาดแคลนบุคลากรและงบประมาณ ทำให้จำนวนผู้ให้บริการไม่เพียงพอต่อความต้องการ ส่งผลให้

เกิดปัญหาการจัดคิวและระยะเวลาารอคอย เช่น “จำนวนผู้ให้บริการไม่เพียงพอต่อความต้องการ ทำให้การจัดคิวคนมีข้อจำกัด” (KI-02) (2) ด้านกระบวนการบริการ พบว่าการให้บริการยังขาดระบบที่ชัดเจน เช่น ขั้นตอนการรับบริการ การประเมินอาการ และระบบการจองคิวยังใช้แบบ Manual ทำให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการได้ยาก (KI-04) และ (3) ด้านคุณภาพบริการ พบว่าคุณภาพการนัดแตกต่างกันตามทักษะและประสบการณ์ของผู้ให้บริการ ส่งผลให้ผลลัพธ์การรักษาไม่สม่ำเสมอ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า “หมอนวดแต่ละคนมีทักษะและประสบการณ์ต่างกันทำให้ผลลัพธ์แตกต่างกัน” (CI-12)

3) อุปสรรคของหน่วยบริการนวดแผนไทยอุปสรรคสำคัญ ได้แก่ ข้อจำกัดด้านสถานที่ บุคลากร งบประมาณ และระบบการบริหารจัดการ เช่น พื้นที่ให้บริการไม่เพียงพอ บุคลากรไม่สอดคล้องกับจำนวนผู้รับบริการ และงบประมาณในการพัฒนาสถานที่หรืออุปกรณ์จำกัด ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า “งบประมาณมีน้อย ทำให้การพัฒนาสถานที่และการจัดบริการมีข้อจำกัด” (KI-05) โดยสรุป ปัญหาหลักของการจัดบริการนวดแผนไทย คือ การขาดแคลนบุคลากร งบประมาณ ระบบการจัดบริการที่ยังไม่เป็นระบบ และความแตกต่างของคุณภาพการให้บริการ ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพและการเข้าถึงบริการของประชาชน.

## 2. ผลการศึกษาด้านแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริการการนวดแผนไทยในสถานพยาบาลจังหวัดจันทบุรี พบว่า

แนวทางการพัฒนาการบริหารจัดการการนวดแผนไทยในสถานพยาบาลจังหวัดจันทบุรีควรดำเนินการตามกระบวนการบริหารจัดการ 4 ด้าน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติตามแผน การตรวจสอบ และการปรับปรุงพัฒนา โดยในด้านการวางแผนควรกำหนดนโยบาย เป้าหมาย และแผนการดำเนินงานที่ชัดเจน รวมถึงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและมาตรฐานการให้บริการอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า “ควรมีการกำหนดวิสัยทัศน์และพันธกิจเกี่ยวกับงานบริการ รวมถึงวิเคราะห์สถานการณ์และวางแผนการดำเนินงาน” (KI-01) ในด้านการปฏิบัติตามแผน

ควรมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคลากรอย่างชัดเจน มีการสื่อสารแผนงานและจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม โดยผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า “การมอบหมายงานและสื่อสารแผนให้ทุกคนเข้าใจตรงกัน จะช่วยให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ” (CI-02) และในขณะเดียวกัน ควรมีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการปรับปรุงการให้บริการ โดยผู้ให้ข้อมูลระบุว่า “มีการประเมินคุณภาพและรับฟังความคิดเห็นจากผู้มารับบริการ เพื่อนำมาพัฒนาการให้บริการ” (KI-03) โดยสรุป การพัฒนาการบริหารจัดการการนวดแผนไทยควรมุ่งเน้นการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การวางแผน การปฏิบัติ การติดตาม ประเมินผล และการปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อยกระดับคุณภาพบริการและสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้รับบริการ

และแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริการการนวดแผนไทยในจังหวัดจันทบุรีประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญหลายด้าน ได้แก่ การสร้างความเชื่อมั่นไว้วางใจของผู้รับบริการ การพัฒนาสมรรถนะของผู้ให้บริการการสนองตอบต่อความต้องการของผู้รับบริการ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การเข้าถึงบริการที่สะดวก และการจัดสภาพแวดล้อมบริการที่ปลอดภัยและเป็นมาตรฐาน โดยผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า “สถานบริการต้องผ่านการประเมินมาตรฐาน และผู้ให้บริการต้องมีความรู้และทักษะที่ได้รับการรับรอง” (KI-01) นอกจากนี้ ผู้ให้บริการควรมีทักษะการสื่อสารและการดูแลผู้รับบริการอย่างเหมาะสม ดังที่ผู้ปฏิบัติงานกล่าวว่า “ควรอธิบายขั้นตอนการนวดและให้คำแนะนำในการดูแลตนเองหลังการนวด เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าใจและเกิดความเชื่อมั่น” (CI-09) ขณะเดียวกัน ผู้รับบริการให้ความสำคัญกับมาตรฐาน ความสะอาด และความปลอดภัยของสถานบริการ โดยระบุว่า “สถานที่ต้องสะอาด มีอุปกรณ์ได้มาตรฐาน และมีขั้นตอนการบริการที่ชัดเจน” (GI-13) ดังนั้น การพัฒนาคุณภาพการบริการควรมุ่งเน้นทั้งด้านบุคลากร ระบบการให้บริการ และสิ่งแวดล้อมของสถานบริการ เพื่อให้การนวดแผนไทยมีคุณภาพ มาตรฐาน และสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการอย่างยั่งยืน

## อภิปรายผล

สภาพปัจจุบัน ปัญหา อุปสรรคในการให้บริการ การนวดแผนไทยในสถานพยาบาลจังหวัดจันทบุรี ผลการศึกษาพบว่า การให้บริการการนวดแผนไทยในสถานพยาบาลจังหวัดจันทบุรีมีการดำเนินงานภายใต้แนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health Care) ครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ โดยสถานพยาบาลมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและนำเทคโนโลยีมาสนับสนุนการให้บริการ ส่งผลให้สามารถเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลสุขภาพประชาชนได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้เนื่องมาจากนโยบายของภาครัฐที่ส่งเสริมการบูรณาการการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตามยังพบข้อจำกัดด้านบุคลากร งบประมาณ และทรัพยากรในการให้บริการ ซึ่งส่งผลให้การให้บริการไม่สามารถรองรับจำนวนผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้นได้อย่างเพียงพอ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ ขนิษฐา ชัยสุวรรณ และทรงคุณ จันทจร (2560) ที่พบว่า การนวดแผนไทยมีพัฒนาการจากภูมิปัญญาท้องถิ่นสู่การจัดการเรียนการสอนและการให้บริการอย่างเป็นระบบแต่ยังมีข้อจำกัดด้านศักยภาพและมาตรฐานของผู้ให้บริการ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ สุภัทรชัย ชูประเสริฐ (2565) ที่พบว่า การจัดบริการนวดแผนไทยในหน่วยบริการสุขภาพจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนด้านบุคลากร งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์จากหน่วยงานภาครัฐเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามมาตรฐานบริการ อีกทั้งยังสอดคล้องกับ พรทิพย์ ศรีสุข และสมชาย บุญศรี (2561) ที่พบว่า การพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชนต้องอาศัยการบริหารจัดการที่เป็นระบบและการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งสอดคล้องกับ กนกวรรณ แก้วคำ และสุภาพร จันทรงาม (2562) ที่พบว่าปัจจัยด้านบุคลากร เครื่องมืออุปกรณ์ และกระบวนการให้บริการมีผลต่อคุณภาพการให้บริการนวดแผนไทยในสถานบริการสุขภาพ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ ธนพร สุวรรณศรี และประเสริฐ ชัยกิจ (2564) ที่พบว่าพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลของรัฐจำเป็นต้องดำเนินการ

ควบคู่ทั้งด้านการบริหารจัดการทรัพยากร การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการกำหนดมาตรฐานการบริการที่ชัดเจน รวมถึงแนวทางของ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (2563) ที่ระบุว่าพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาลควรดำเนินการอย่างบูรณาการทั้งด้านบุคลากร ระบบบริหารจัดการ และมาตรฐานการบริการ เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. แนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริการการนวดแผนไทยในสถานพยาบาลจังหวัดจันทบุรี จากผลการศึกษาพบว่า แนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริการการนวดแผนไทยในสถานพยาบาลจังหวัดจันทบุรีควรมุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบองค์รวม โดยให้ความสำคัญทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และมาตรฐานการให้บริการ เพื่อให้การนวดแผนไทยสามารถใช้เป็นทางเลือกในการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เนื่องจากความนิยมของประชาชนในการใช้บริการการแพทย์แผนไทยเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับนโยบายของภาครัฐที่ส่งเสริมการบูรณาการการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขในสถานพยาบาลของรัฐ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ สุภัทรชัย ชูประเสริฐ (2565) ที่พบว่า การจัดบริการนวดแผนไทยที่มีคุณภาพจำเป็นต้องมีการสนับสนุนด้านบุคลากร งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ รวมถึงการดำเนินงานตามมาตรฐานด้านสถานที่ บุคลากร และกระบวนการให้บริการ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ ขนิษฐา ชัยสุวรรณ และทรงคุณ จันทจร (2560) ที่พบว่า การพัฒนาผู้ให้บริการนวดแผนไทย ควรดำเนินการอย่างเป็นระบบภายใต้แนวคิดการพัฒนาทรัพยากรบุคคลตามแนวทาง 5P ได้แก่ Policy, Practice, Polite, Perfect และ Promotion เพื่อยกระดับมาตรฐานวิชาชีพและสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ อีกทั้งยังสอดคล้องกับ วรางคณา ศรีสุข และคณะ (2562) ที่พบว่าพัฒนาคุณภาพบริการการแพทย์แผนไทย

ในโรงพยาบาลชุมชนจำเป็นต้องอาศัยการบริหารจัดการทรัพยากรอย่างเหมาะสมและการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง รวมถึง ปัญหา แสงสุวรรณ และคณะ (2564) ที่พบว่าคุณภาพบริการนวดแผนไทยมีความสัมพันธ์กับทักษะของผู้ให้บริการ มาตรฐานสถานที่ และระบบการควบคุมคุณภาพบริการ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวทางของ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (2563) และ มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้านการแพทย์แผนไทย (รพ.สส.พท.) ที่กำหนดให้หน่วยบริการต้องพัฒนาระบบบริการด้านการแพทย์แผนไทยอย่างเป็นระบบ ทั้งด้านสถานที่ บุคลากร เครื่องมืออุปกรณ์ และกระบวนการบริการ เพื่อให้การให้บริการมีคุณภาพปลอดภัย และสามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## สรุปผล

ปัจจุบันสถานพยาบาลในจังหวัดจันทบุรีมีการให้บริการนวดแผนไทยเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เช่น การนวดไทย การประคบสมุนไพร และการใช้ยาสมุนไพร โดยมีการพัฒนาความรู้และทักษะของผู้ให้บริการอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ยังพบปัญหาและอุปสรรค ได้แก่ การขาดแคลนบุคลากรเมื่อเทียบกับจำนวนผู้รับบริการ ระบบการจัดคิวและขั้นตอนการให้บริการที่ยังไม่เป็นระบบ รวมถึงข้อจำกัดด้านงบประมาณ ทรัพยากร และการประชาสัมพันธ์ข้อมูลบริการ และสำหรับแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริการ ควรมีการพัฒนาการบริหารจัดการและวางแผนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ส่งเสริมศักยภาพของผู้ให้บริการ และพัฒนาคุณภาพการบริการในด้านต่างๆ เช่น การสร้างความเชื่อมั่น การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ การสื่อสาร การเข้าถึงบริการ ความปลอดภัย และความน่าเชื่อถือ เพื่อยกระดับมาตรฐานการให้บริการนวดแผนไทยและส่งเสริมสุขภาพของประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมมาตรฐาน คุณภาพ และการบริหารจัดการบริการนวดแผนไทย โดยนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางพัฒนาระบบบริการในสถานพยาบาล เพื่อยกระดับคุณภาพและสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ประชาชน

2. หน่วยงานด้านการแพทย์แผนไทยและสถานพยาบาลในจังหวัดจันทบุรีควรนำผลการศึกษาไปใช้ในการส่งเสริม อนุรักษ์ และพัฒนาภูมิปัญญาการนวดแผนไทยควบคู่กับการกำกับมาตรฐานการให้บริการ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการบูรณาการการแพทย์แผนไทยร่วมกับการแพทย์สมัยใหม่ในสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนในจังหวัดจันทบุรี

2. ควรศึกษาการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ลูกประคบสมุนไพรในผู้รับบริการ

3. ควรศึกษาการประยุกต์ใช้ความรู้การแพทย์แผนไทยร่วมกับระบบสารสนเทศ เพื่อพัฒนาระบบดูแล รักษา และฟื้นฟูด้านการนวดแผนไทยในระดับจังหวัด

## เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2563). *แผนพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2564*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2564). *มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้านการแพทย์แผนไทย (รพ.สส.พท.)*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

- กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2568). รายงานสถานการณ์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของประเทศไทย. ในการประชุมวิชาการการแพทย์แผนไทยแห่งชาติ ครั้งที่ 20 (น. 45-60). กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กนกวรรณ แก้วคำ, และ สุภาพร จันทรงาม. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการให้บริการนวดแผนไทยในสถานบริการสุขภาพ. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 49(1), 77-88.
- ปิยะนุช แสงสุวรรณ, และคณะ. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการให้บริการนวดแผนไทยในสถานบริการสุขภาพ. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 51(1), 65-78.
- พรทิพย์ ศรีสุข, และ สมชาย บุญศรี. (2561). การพัฒนารูปแบบการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 12(3), 356-367.
- วรางคณา ศรีสุข, สมชาย บุญศรี, และคณะ. (2562). การพัฒนารูปแบบการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 13(2), 210-221.
- ธนพร สุวรรณศรี, และ ประเสริฐ ชัยกิจ. (2564). การพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลของรัฐ. *วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก*, 19(2), 120-132.
- ชนัญญา ชัยสุวรรณ, และ ทรงคุณ จันทจร. (2560). การพัฒนาผู้ให้บริการนวดแผนไทยในสังคมไทย. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 36(2), 150-162.
- สุภัทรชัย ชูประสูติ. (2565). รูปแบบการบริหารและการจัดการนวดแผนไทยที่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก*, 20(1), 45-56.
- สถาบันการแพทย์แผนไทย. (2559). *การพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยในระบบสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2552). *ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552*. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- GlobinMed. (2022). *Traditional and complementary medicine services in Thailand*. Retrieved December 25, 2025, from <https://www.globinmed.com>
- Office of the National Economic and Social Development Council. (2025). *Thailand national development strategy and health system policy*. In *The National Conference on Thailand Development Strategy* (pp. 10-25). Bangkok: NESDC.
- Peltzer, K., & Pengpid, S. (2016). *The use of traditional, complementary and alternative medicine among patients in Thailand: A cross-sectional study*. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 9, 1-8.

## คำแนะนำการส่งบทความเผยแพร่ในวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคกลาง)

วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคกลาง) เป็นวารสารวิชาการของ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 จัดทำขึ้น วัตถุประสงค์เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมและเผยแพร่ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ รวมทั้งเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ความรู้ด้านการสาธารณสุขมูลฐาน ด้านการสาธารณสุข และด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องของหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคท้องถิ่น และภาคประชาชน โดยเผยแพร่ทางออนไลน์ปีละ 3 ฉบับ

**ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม - เมษายน**      ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 1 กันยายน - 30 พฤศจิกายน

**ฉบับที่ 2 ประจำเดือนพฤษภาคม - สิงหาคม**      ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 1 มกราคม - 31 มีนาคม

**ฉบับที่ 3 ประจำเดือนกันยายน - ธันวาคม**      ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 1 พฤษภาคม - 31 กรกฎาคม

ประเภทของผลงานที่รับเผยแพร่ ได้แก่ บทความวิจัย (Research Article) และบทความวิชาการ (Academic Article)

**1. บทความวิจัย (Research Article)** หมายถึง หมายถึง บทความที่เขียนขึ้นจากงานศึกษาเชิงประจักษ์ (Empirical Study) หรือที่เรียกว่า งานวิจัย สารของบทความสะท้อนให้เห็นขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ซึ่งได้แก่ การกล่าวถึงความเป็นมาของปัญหาหรือวัตถุประสงค์การวิจัย การดำเนินการศึกษา การแสดงข้อค้นพบ หรือผลวิจัย และการบอกความหมายและความสำคัญของผลที่ได้จากการศึกษาในทางทฤษฎีหรือปฏิบัติ เป็นการนำเสนอผลการวิจัยอย่างเป็นระบบ กล่าวถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีวิจัย ทฤษฎีกรอบแนวคิด ผลการวิจัย สรุปผล ข้อเสนอแนะ และการอ้างอิงข้อมูลอย่างเป็นระบบ

**2. บทความวิชาการ (Academic Article)** หมายถึง บทความที่เขียนขึ้นที่ผู้เขียนตั้งใจหยิบยกประเด็นใด ประเด็นหนึ่ง หรือปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในแวดวงวิชาการ วิชาชีพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์หรือวิพากษ์ ทศนะหรือแนวคิดเดิม และ/หรือนำเสนอหรือเผยแพร่แนวคิดใหม่ เพื่อมุ่งให้ผู้อ่านเปลี่ยนหรือปรับเปลี่ยนแนวคิด ความเชื่อมาสู่ความคิดของผู้เขียน บทความวิชาการเน้นการให้ความรู้เป็นสำคัญ และต้องอาศัยข้อมูลทางวิชาการ เอกสารอ้างอิง และเหตุผลที่พิสูจน์ได้ เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือให้แก่ผู้อ่าน

### ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับเพื่อเผยแพร่ในวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคกลาง)

1. การพิมพ์ต้นฉบับจะต้องพิมพ์ตามรูปแบบและขนาดตัวอักษรตาม Template ที่กำหนดไว้ ซึ่งสามารถดาวน์โหลดได้ที่



2. ดัชนีฉบับที่ส่งมายังกองบรรณาธิการสามารถส่งได้ทางระบบออนไลน์ในระบบ <https://he05.tci-thaijo.org/index.php/Hss6> โดยกองบรรณาธิการจะนำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิในการพิจารณาบทความตามสาขาวิชา เพื่อประเมินคุณภาพและความเหมาะสมก่อนการตอบรับ



3. ผู้นิพนธ์ทุกคนต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ชื่อ-สกุล ของผู้เขียน หน่วยงานที่สังกัด อีเมล ให้ชัดเจน พร้อมทั้งกรอกแบบฟอร์มการขอส่งบทความให้เรียบร้อย และแนบหนังสือรับรองจากผู้บังคับบัญชาของผู้นิพนธ์มาด้วย
4. ผู้นิพนธ์ต้องลงนามรับรองในแบบฟอร์มการขอส่งบทความเพื่อเผยแพร่ในวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคกลาง) กองบรรณาธิการจึงจะนำบทความเสนอผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาต่อไป
5. บทความแต่ละเรื่อง ใช้เวลาในการพิจารณาประมาณ 2-3 เดือน (ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับจำนวนและสาขาวิชาของบทความที่เสนอขอตีพิมพ์)
6. การปรับแก้ต้นฉบับ โดยทั่วไปผู้ทรงคุณวุฒิจะตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนด้านวิชาการ แล้วผู้ส่งให้ผู้นิพนธ์ปรับแก้ สิทธิในการปรับแก้ต้นฉบับเป็นของผู้นิพนธ์ แต่กองบรรณาธิการสงวนสิทธิ์ในการตีพิมพ์เฉพาะที่ผ่านความเห็นชอบตามรูปแบบและสาระของกองบรรณาธิการเท่านั้น ทั้งนี้จะมีการประสานกับผู้นิพนธ์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหาและรูปแบบประมาณสองครั้ง
7. การตรวจต้นฉบับก่อนตีพิมพ์ (final proof) ผู้นิพนธ์ต้องตรวจทานพิสูจน์อักษรในลำดับสุดท้ายเพื่อให้ความเห็นชอบในความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา ก่อนตีพิมพ์
8. บทความที่ไม่ได้รับการพิจารณาเห็นชอบให้ตีพิมพ์ จะไม่ส่งต้นฉบับคืน
9. กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคกลาง) ขอสงวนสิทธิ์ ในการพิจารณาลงพิมพ์

### รูปแบบในการจัดเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์บนกระดาษ A4 หน้าเดียว จัดหน้าเป็นแบบ 1 คอลัมน์
2. ความยาวแต่ละบทความรวมรูปและตาราง ไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ A4
3. การตั้งระยะขอบหน้ากระดาษ
  - ขอบซ้าย 3 เซนติเมตร ขอบขวา 2 เซนติเมตร
  - ขอบบน 2.5 เซนติเมตร ขอบล่างประมาณ 2 เซนติเมตร

4. การตั้งระยะในเนื้อหา
  - ย่อหน้า คือ 1.25 เซนติเมตร
  - ระยะบรรทัดปกติ คือ 1 เท่า
  - ระยะห่างระหว่างย่อหน้าให้เท่ากับระยะบรรทัดปกติและเพิ่มค่าก่อนหน้าอีก 6 พอยท์ (1 Enter + Before 6 pt)
5. ตัวอักษรให้ใช้ “ไทยสารบัญ พิเอสเค (TH Sarabun PSK)” และพิมพ์ตามขนาดที่กำหนด ดังนี้

| รายการ                           | ขนาด (point) | แบบอักษร | การจัดวาง |
|----------------------------------|--------------|----------|-----------|
| <b>ชื่อเรื่อง (Title)</b>        |              |          |           |
| - ภาษาไทย                        | 20           | ตัวหนา   | กึ่งกลาง  |
| - ภาษาอังกฤษ (ตัวพิมพ์ใหญ่)      | 20           | ตัวหนา   | กึ่งกลาง  |
| <b>ชื่อผู้นิพนธ์ (ทุกคน)</b>     |              |          |           |
| - ชื่อผู้นิพนธ์ภาษาไทย           | 16           | ตัวปกติ  | ชิดขวา    |
| - ชื่อหน่วยงานของผู้นิพนธ์       | 16           | ตัวปกติ  | ชิดขวา    |
| <b>บทคัดย่อ (Abstract)</b>       |              |          |           |
| - ชื่อ “บทคัดย่อ” และ “Abstract” | 18           | ตัวหนา   | กึ่งกลาง  |
| - ชื่อความบทคัดย่อ               | 16           | ตัวปกติ  | ชิดขอบ    |
| - ชื่อความ Abstract              | 16           | ตัวปกติ  | ชิดขอบ    |
| <b>คำสำคัญ (Keywords)</b>        |              |          |           |
| - ชื่อ “คำสำคัญ (Keywords)”      | 16           | ตัวหนา   | ชิดขอบ    |
| - ภาษาไทย                        | 16           | ตัวปกติ  | ชิดขอบ    |
| - ภาษาอังกฤษ                     | 16           | ตัวปกติ  | ชิดขอบ    |
| <b>รายละเอียดบทความ</b>          |              |          |           |
| - หัวข้อใหญ่                     | 18           | ตัวหนา   | ชิดซ้าย   |
| - หัวข้อรอง                      | 16           | ตัวหนา   | ชิดซ้าย   |
| - เนื้อหา                        | 16           | ตัวปกติ  | ชิดขอบ    |

6. ส่วนประกอบเนื้อเรื่อง ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์ กรอบแนวคิด สมมติฐาน (ถ้ามี) ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา อภิปรายผล สรุปผล ข้อเสนอแนะ เอกสารอ้างอิง โดยเรียงลำดับ ดังนี้
  - **ชื่อเรื่อง (Title)** ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ชื่อภาษาอังกฤษใช้อักษรพิมพ์ใหญ่ทั้งหมด และควรเป็นชื่อที่สั้น กระชับ ได้ใจความตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง

- **บทคัดย่อ (Abstract)** ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยจัดเป็นร้อยแก้ว (Prose) สรุปสาระสำคัญของงานวิจัยไว้อย่างครบถ้วน มีวัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา อภิปรายผล และ/หรือ ข้อเสนอแนะ โดยใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ ต้องเป็นประโยคอดีต ไม่แบ่งเป็นข้อ มีความยาวไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ A4 ในการเขียนบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษต้องมีเนื้อหาที่ตรงกัน

**\*คำสำคัญ (Keywords)** ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ให้พิมพ์ต่อจากส่วนท้ายของบทคัดย่อ (Abstract) ควรเลือกคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบทความ จำนวน 3 - 5 คำ

- **บทนำ (Introduction)** เป็นส่วนของบทความที่กล่าวถึงความสำคัญและเหตุผลที่นำไปสู่การศึกษา การทำวิจัย และอ้างอิงงานวิจัยอื่นหรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเท่าที่จำเป็น
- **วัตถุประสงค์ (Objective)** ระบุวัตถุประสงค์เป็นข้อๆ เรียงตามลำดับความสำคัญ
- **กรอบแนวคิด (Conceptual framework)** คือกรอบของการวิจัยในด้านเนื้อหาสาระ ซึ่งประกอบด้วย ตัวแปร และการระบุความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร
- **สมมติฐาน (Hypotheses)** คือคำตอบสมมติของประเด็นปัญหาวิจัยที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น การตั้งสมมติฐาน ต้องตั้งบนรากฐานแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ไม่ใช่การคาดเดาโดยไม่มีเหตุผล การเขียนสมมติฐาน ควรมีลักษณะ ดังนี้
  - 1) มีความชัดเจน สามารถทดสอบได้
  - 2) ควรเขียนด้วยภาษาที่ง่าย ไม่ซับซ้อน
  - 3) ควรเขียนให้สอดคล้องสัมพันธ์กับวัตถุประสงค์ของการวิจัย
- **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ** เป็นความสำคัญของการวิจัยที่ผู้วิจัยพิจารณาว่าการวิจัยเรื่องนั้นทำให้ทราบ ผลการวิจัยเรื่องอะไร และผลการวิจัยนั้นมีประโยชน์ต่อใคร อย่างไร เช่น การระบุประโยชน์ที่เกิดจากการนำผลการวิจัยไปใช้ ไม่ว่าจะเป็นการเพิ่มพูนความรู้ หรือนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติ หรือแก้ปัญหา หรือพัฒนาคุณภาพ
- **วิธีการศึกษา (Methods)** เขียนอธิบายเป็น 2 หัวข้อใหญ่

**1) เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ในการศึกษา** ให้เขียนบอกรายละเอียดของสิ่งที่จะนำมาศึกษา เช่น ผู้ป่วย สัตว์ พืช แสดงจำนวน และลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ ต้องบอกถึงการอนุญาตจากผู้ที่เกี่ยวข้อง การศึกษา และผ่านการเห็นชอบให้ทำการศึกษาได้จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย รวมถึงอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการศึกษา

**2) วิธีการศึกษา อธิบายถึงรูปแบบ แผนการศึกษา (study design, protocol)** เช่น descriptive, quasi-experiment หรือ randomized double blind การสุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบหลายขั้นตอน วิธีการที่ใช้ศึกษา (interventions) เช่น รูปแบบการศึกษา ชนิดและขนาดยาที่ใช้รักษา อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจ ให้ระบุถึงเครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ศึกษา และหลักการที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพหรือการศึกษาเชิงปริมาณให้ชัดเจน เช่น แบบสอบถาม การทดสอบความเชื่อถือ วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้

- **ผลการศึกษา (Results)** เป็นการนำเสนอสิ่งที่ได้จากการศึกษาวิจัยเป็นลำดับตามหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน ดูเข้าใจง่าย ถ้าผลศึกษาไม่ซับซ้อน มีตัวเลขไม่มาก ให้บรรยายเป็นร้อยแก้ว ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรหลายๆ ตัว ควรแสดงผลการศึกษาด้วย ตาราง กราฟ หรือภาพแผนภูมิประกอบการอธิบาย

- **อภิปรายผล (Discussion)** เป็นการอภิปรายผลการวิจัยว่าตรงตามวัตถุประสงค์ เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างทฤษฎีหรือเปรียบเทียบกับการศึกษา วิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบ เพื่อให้ผู้อ่านเห็นว่าผลการศึกษานี้เป็นตามหลักการหรือคัดค้านทฤษฎีที่มีอยู่เดิม สอดคล้องหรือแตกต่างจากผลการศึกษาที่เคยทำมาก่อนอย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นตามประสบการณ์หรือข้อมูลที่มีอยู่เพื่ออธิบายในส่วนที่โดดเด่น แตกต่างเป็นพิเศษได้

- **สรุปผล (Conclusion)** เป็นการสรุปผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่

- **ข้อเสนอแนะ (Suggestion)** เป็นการแสดงให้เห็นถึงการนำผลไปใช้ประโยชน์ และการให้ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

- **เอกสารอ้างอิง (References)** การอ้างอิงเอกสารให้ใช้ระบบ APA citation style (American Psychological Association Citation Style) 6<sup>th</sup> Edition

- การใส่เนื้อหาเพิ่มเติมอื่นๆ

**กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)** มีเพียงย่อหน้าเดียว เป็นการแสดงความขอบคุณแก่ผู้ช่วยเหลือให้งานวิจัยสำเร็จลงไปด้วยดีเพียงสั้นๆ เช่น ผู้บริหาร ผู้สนับสนุนทุนการวิจัย ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิคพิเศษ เป็นต้น (อาจมีหรือไม่)

7. คำศัพท์ ให้ใช้ศัพท์บัญญัติตามราชบัณฑิตยสถาน

8. ตารางและภาพประกอบ (Table and Figure) ให้กำหนดหมายเลขและข้อความกำกับ ดังนี้

- **ตารางประกอบ** ให้วางจัดตารางอยู่ชิดขอบหน้ากระดาษ โดยระบุคำว่า “ตารางที่.....” ไว้เหนือตารางประกอบด้านซ้าย

- **ภาพประกอบ** ให้วางอยู่กึ่งกลางหน้ากระดาษ โดยระบุคำว่า “ภาพที่.....” ไว้ใต้ภาพประกอบ ตัวอย่างการใส่ตาราง

**ตารางที่ 1** แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูล

| ลำดับ | รายการ | ผลที่ได้ | ค่าเฉลี่ย | หมายเหตุ |
|-------|--------|----------|-----------|----------|
|       |        |          |           |          |
|       |        |          |           |          |

จากตารางนี้แสดงให้เห็นว่า (คำบรรยายตาราง).....

## ตัวอย่างการใส่ภาพประกอบ



ภาพที่ 1 แสดงเทคนิคการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

## รูปแบบการอ้างอิงเอกสารในวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคกลาง)

การอ้างอิงเอกสารให้เขียนบรรณานุกรมรูปแบบ APA citation style (American Psychological Association Citation Style) 6<sup>th</sup> Edition



ศึกษารูปแบบการอ้างอิงเอกสารในวารสาร เพิ่มเติม

# การพัฒนาระบบ กลไกการดำเนินงาน อสม. และเสริมสร้างความเข้มแข็งระบบความร่วมมือภาคีเครือข่ายงานสุขภาพภาคประชาชน

รวบรวม/เรียบเรียงโดย นางสาวฉัตรทริกา ผินจิตรัส  
ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อทบทวน กฎหมาย หรือคำสั่งที่เกี่ยวข้องกับ อสม.
2. เพื่อกำหนดแผนการขับเคลื่อนงานตามนโยบายด้านสุขภาพโดยองค์กร อสม.
3. เพื่อยกระดับความสามารถของคณะกรรมการบริหารชมรม อสม. ให้มีภาวะผู้นำ และสามารถนำไปปรับใช้ในการเสริมสร้างสุขภาวะขององค์กร อสม. และประชาชนในพื้นที่ได้อย่างยั่งยืน

## กลุ่มเป้าหมาย

ประธานชมรม อสม.ระดับจังหวัด และผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ภาคกลาง จำนวน 24 จังหวัด

## กิจกรรมการดำเนินงาน

1. ส่งเสริม สนับสนุน การพัฒนาศักยภาพองค์กร อสม. ผ่านกลุ่มไลน์ ประธานชมรม อสม.เขตสุขภาพที่ 6 และประธานชมรม อสม. ระดับอำเภอ เขตสุขภาพที่ 6



2. ติดตามการดำเนินงานสุขศึกษา และสุขภาพภาคประชาชน วันที่ 30 มกราคม 2569 กลุ่มสุขศึกษาและสุขภาพภาคประชาชน จัดประชุมติดตามการดำเนินงานสุขศึกษาและสุขภาพภาคประชาชน ครั้งที่ 1/2569 โดยมีผู้รับผิดชอบงาน สช.ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และประธานชมรม อสม.ระดับจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6 ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผ่านระบบออนไลน์



3. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนพัฒนาคณะกรรมการบริหารชมรม อสม.ภาคกลาง ระหว่างวันที่ 16-17 กุมภาพันธ์ 2569 กลุ่มสุขศึกษาและสุขภาพภาคประชาชน จัดประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนพัฒนาคณะกรรมการบริหารชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับภาคกลาง โดยมีกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ประธานชมรม อสม.ระดับจังหวัด และผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ภาคกลาง จำนวน 24 จังหวัด



## ผลลัพธ์การดำเนินงาน

1. มีคำสั่ง ระเบียบข้อบังคับ และแผนการดำเนินงานองค์กร อสม.ภาคกลาง
2. ผู้นำองค์กร อสม.ได้รับการพัฒนาศักยภาพ และสามารถนำไปปรับใช้ในการเสริมสร้างสุขภาวะขององค์กร อสม. และประชาชนในพื้นที่ได้อย่างยั่งยืน

## แผนการดำเนินงานต่อไป

จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพผู้นำองค์กร อสม.ภาคกลาง (พฤษภาคม 2569)



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT



## วิสัยทัศน์ : ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

“เป็นองค์กรหลักในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ  
และระบบสุขภาพภาคประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6  
ให้มีคุณภาพ เพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคและการพึ่งตนเอง  
ด้านสุขภาพที่ยั่งยืนแบบมีส่วนร่วม”



038-397233



<http://do6.new.hss.moph.go.th:8080/index.php>



[saraban-hss6@hss.mail.go.th](mailto:saraban-hss6@hss.mail.go.th)



100 หมู่ที่ 1 ถนนพระยาสุรเสนา  
ต.เสม็ด อ.เมืองชลบุรี จ.ชลบุรี 20000