วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพดิจิทัลและนวัตกรรม

Journal of Digital Health Sciences and Innovation

JDHSI

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1
พฤษภาคม-สิงหาคม 2569

Vol. 1 No. 1
May–August 2026



JOURNAL OF DIGITAL HEALTH SCIENCES AND INNOVATION
วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพดิจิทัลและนวัตกรรม
เป็นวารสารของ ชมรมสาธารณสุขและสุขภาพอัจฉริยะ
Smart Public Health Club (SPH Club)

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่และเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ บทความวิจัย บทความปริทัศน์ บทความสั้น บทความนวัตกรรมหรือนโยบาย และผลงานทางวิชาการอื่นที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ สาธารณสุข การพยาบาล การแพทย์ เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล ปัญญาประดิษฐ์ทางสุขภาพ นวัตกรรมสุขภาพ และสาขาที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งเสริมการพัฒนาวิชาการและการประยุกต์ใช้ความรู้ในการพัฒนาระบบสุขภาพอย่างมีคุณภาพ

บรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.กิตติ เหลาสุภาพ
วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ประธานชมรมสาธารณสุขและสุขภาพอัจฉริยะ

บรรณาธิการบริหาร

อาจารย์ ดร.กล้าณรงค์ วงศ์พิทักษ์
วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

รองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.ปัณณทัต ตันธนปัญญากร
มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

คณะบรรณาธิการ

อาจารย์ ดร.ศิริเนตร สุขดี	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารยา เชียงของ	มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ สอนทน	มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์
อาจารย์ ดร.ธรรมศักดิ์ สายแก้ว	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี
อาจารย์ ดร.สุรีย์วรรณ สีลาดเลา	มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
อาจารย์ ดร.สุทธิศักดิ์ นรดี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
อาจารย์ ดร.นพดล ทองอร่าม	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
แพทย์หญิงฐิชารัศม์ ชัยบรรจงวัฒน์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

ผู้จัดการ

อาจารย์ ดร.กล้าณรงค์ วงศ์พิทักษ์
วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

เจ้าของ

ชมรมสาธารณสุขและสุขภาพอัจฉริยะ Smart Public Health Club (SPH Club)

ระเบียบการ กำหนดเผยแพร่ปีละ 3 ฉบับ

- ฉบับที่ 1 พฤษภาคม – สิงหาคม
- ฉบับที่ 2 กันยายน – ธันวาคม
- ฉบับที่ 3 มกราคม – เมษายน

สำนักงาน กองบรรณาธิการวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพดิจิทัลและนวัตกรรม
เลขที่ 236 ตำบลขะยูง อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ 33120
โทร 081-7153635

คำชี้แจงการส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพดิจิทัลและนวัตกรรม Journal of Digital Health Sciences and Innovation: JDHSI

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพดิจิทัลและนวัตกรรม หรือ Journal of Digital Health Sciences and Innovation: JDHSI เป็นวารสารวิชาการที่ผ่านการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มุ่งเผยแพร่ผลงานวิจัยและบทความวิชาการด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล และนวัตกรรมในระบบสุขภาพ โดยครอบคลุมการแพทย์ การพยาบาล และสาธารณสุข เน้นการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ปัญญาประดิษฐ์ และข้อมูลสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการและระบบสุขภาพในระดับชุมชน ระดับประเทศ และระดับนานาชาติ

วารสารรับบทความภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยทุกบทความต้องมี Abstract ภาษาอังกฤษ บทความต้องไม่เคยตีพิมพ์มาก่อน ผู้เขียนต้องปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัย และวารสารใช้โปรแกรมตรวจการคัดลอกผลงาน

1. วัตถุประสงค์และขอบเขตของวารสาร

วารสารมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพและเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล ส่งเสริมนวัตกรรมในระบบบริการสุขภาพ สนับสนุนการบูรณาการองค์ความรู้ระหว่างวิชาชีพด้านสุขภาพ และยกระดับคุณภาพงานวิจัยสู่มาตรฐานสากล

ขอบเขตของวารสารครอบคลุมสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ สาธารณสุข การพยาบาล การแพทย์ เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล ปัญญาประดิษฐ์ในระบบสุขภาพ สารสนเทศสุขภาพ ระบบสุขภาพและการจัดการบริการ ระบาดวิทยาและระบบเฝ้าระวัง และนวัตกรรมสุขภาพชุมชน

นอกจากนี้ ในคำแนะนำสำหรับผู้เขียน วารสารระบุว่ามุ่งเผยแพร่งานวิจัยด้านสาธารณสุข สุขภาพดิจิทัล และนวัตกรรมสุขภาพ โดยครอบคลุม Digital Health, AI, Data Analytics, GIS, Epidemiology, Health Systems, NCDs และ Health Innovation

2. ประเภทบทความ วารสารรับพิจารณาบทความ 4 ประเภท ดังนี้

2.1 บทความวิจัย Original Research เป็นบทความที่นำเสนอผลการวิจัยอย่างเป็นระบบ โดยควรมีองค์ประกอบสำคัญตามโครงสร้างบทความที่วารสารกำหนด ได้แก่ Title Page, Abstract, Keywords, Introduction, Methods, Results, Discussion, Conclusion, Limitations และ Recommendations ความยาวของบทความวิจัยอยู่ในช่วง **4,000–7,000 คำ**

2.2 บทความปริทัศน์ Review Article เป็นบทความที่รวบรวม วิเคราะห์ หรือสังเคราะห์องค์ความรู้จากเอกสารงานวิจัย หรือหลักฐานทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับประเด็นใดประเด็นหนึ่ง ความยาวของบทความปริทัศน์อยู่ในช่วง **5,000–8,000 คำ**

2.3 บทความสั้น Short Communication เป็นบทความขนาดสั้นที่นำเสนอสาระสำคัญของการศึกษา ข้อค้นพบ ประเด็นวิชาการ หรือนวัตกรรมที่ควรเผยแพร่ในรูปแบบกระชับ ความยาวของบทความสั้นกำหนดไว้**น้อยกว่า 3,000 คำ**

2.4 บทความนวัตกรรมหรือนโยบาย Innovation / Policy Article เป็นบทความที่นำเสนอนวัตกรรม แนวทาง ระบบ รูปแบบ หรือประเด็นเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุข สุขภาพดิจิทัล และนวัตกรรมสุขภาพตามขอบเขตของวารสาร

3. การเตรียมต้นฉบับ ผู้เขียนต้องจัดเตรียมต้นฉบับให้เป็นไปตามข้อกำหนดการส่งบทความและคำแนะนำสำหรับผู้เขียนของวารสาร ดังนี้

3.1 รูปแบบไฟล์ ไฟล์ต้นฉบับบทความต้องอยู่ในรูปแบบ **OpenOffice, Microsoft Word หรือ RTF**

3.2 ภาษา วารสารรับบทความภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยบทความภาษาไทยต้องมี **Abstract ภาษาอังกฤษ** และทุกบทความต้องมี Abstract ภาษาอังกฤษ

3.3 รูปแบบตัวอักษรและการจัดหน้า วารสารกำหนดให้บทความภาษาไทยใช้ตัวอักษร **TH Sarabun New ขนาด 16 pt** และบทความภาษาอังกฤษใช้ **Times New Roman ขนาด 12 pt** ขอบกระดาษ **1 นิ้ว**

3.4 การจัดวางตารางและรูปภาพ ผู้เขียนต้องวางภาพประกอบ รูปวาด และตารางไว้ภายในเนื้อหาตามตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่แยกไว้ท้ายบทความ

3.5 การใช้ตัวเอียงและ URL วารสารกำหนดให้ใช้ตัวเอียงแทนการขีดเส้นใต้ ยกเว้นที่อยู่ URL และเอกสารอ้างอิงจากอินเทอร์เน็ตต้องระบุ URL ที่สามารถเข้าถึงได้

4. โครงสร้างบทความและแนวทางการเขียนตามหัวข้อ

วารสารกำหนดโครงสร้างบทความ ได้แก่ Title Page, Abstract, Keywords, Introduction, Methods, Results, Discussion, Conclusion, Limitations และ Recommendations โดยผู้เขียนควรจัดทำต้นฉบับตามหัวข้อดังต่อไปนี้

4.1 หน้าชื่อเรื่อง Title Page เป็นส่วนแสดงข้อมูลพื้นฐานของบทความ ผู้เขียนควรระบุชื่อเรื่องให้ชัดเจน สอดคล้องกับเนื้อหา และสะท้อนประเด็นหลักของบทความ

สำหรับบทความภาษาไทย ควรมีชื่อเรื่องภาษาไทยและชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ เพื่อให้สอดคล้องกับข้อกำหนดของวารสารที่รับบทความภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และกำหนดให้บทความมี Abstract ภาษาอังกฤษ

ชื่อเรื่องควรกระชับ ชัดเจน และสื่อถึงเนื้อหาหลักของการศึกษา เช่น ประเด็นที่ศึกษา กลุ่มเป้าหมาย เทคโนโลยีหรือนวัตกรรมที่เกี่ยวข้อง หรือบริบทของงานวิจัย

4.2 บทคัดย่อ บทคัดย่อเป็นส่วนสรุปสาระสำคัญของบทความ วารสารกำหนดให้ Abstract มีความยาวไม่เกิน **250 คำ**

สำหรับบทความวิจัย บทคัดย่อควรสรุปให้ครอบคลุมประเด็นสำคัญของงานวิจัย ได้แก่ วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา และข้อสรุป โดยเขียนให้กระชับและสอดคล้องกับเนื้อหาภายในบทความ

บทความภาษาไทยต้องมี Abstract ภาษาอังกฤษ ดังนั้น ผู้เขียนควรตรวจสอบให้เนื้อหาระหว่างบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษมีความสอดคล้องกัน

4.3 คำสำคัญ Keywords หรือคำสำคัญควรเป็นคำที่สะท้อนเนื้อหาหลักของบทความ วารสารกำหนดให้มีคำสำคัญจำนวน **3–5 คำ**

คำสำคัญควรเลือกจากประเด็นสำคัญของบทความ เช่น สาขาวิชา ตัวแปรหลัก กลุ่มเป้าหมาย เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล ปัญญาประดิษฐ์ ระบบสุขภาพ นวัตกรรมสุขภาพ หรือประเด็นด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับบทความ

4.4 บทนำ Introduction หรือบทนำ เป็นส่วนที่อธิบายความเป็นมา ความสำคัญของปัญหา และเหตุผลของการศึกษา ผู้เขียนควรเขียนให้เชื่อมโยงกับขอบเขตของวารสาร เช่น วิทยาศาสตร์สุขภาพ สาธารณสุข การพยาบาล การแพทย์ เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล ปัญญาประดิษฐ์ในระบบสุขภาพ สารสนเทศสุขภาพ ระบบสุขภาพและการจัดการบริการ ระบาดวิทยาและระบบเฝ้าระวัง หรือนวัตกรรมสุขภาพชุมชน

บทนำควรแสดงให้เห็นว่าประเด็นที่ศึกษาอยู่ในขอบเขตของวารสาร และควรนำเข้าสู่เหตุผลของการวิจัยอย่างชัดเจน โดยเฉพาะบทความด้านสุขภาพดิจิทัลและนวัตกรรมสุขภาพ ควรอธิบายความเกี่ยวข้องกับ Digital Health, AI, Data Analytics, GIS, Epidemiology, Health Systems, NCDs หรือ Health Innovation ตามขอบเขตที่วารสารระบุไว้

4.5 วิธีการศึกษา Methods เป็นหัวข้อที่อธิบายวิธีดำเนินการศึกษาอย่างเป็นระบบ วารสารกำหนดให้หัวข้อ Methods ต้องระบุ **IRB**

สำหรับบทความวิจัย ผู้เขียนควรเขียนวิธีการศึกษาให้ชัดเจนตามลักษณะของงานวิจัย เพื่อให้ผู้อ่านและผู้ทรงคุณวุฒิสามารถพิจารณาความเหมาะสมของวิธีวิจัยได้ โดยควรครอบคลุมประเด็นสำคัญ เช่น รูปแบบการวิจัย ประชากรหรือกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือ การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการรับรองจริยธรรมการวิจัย

ในกรณีที่เป็นวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ ผู้เขียนต้องระบุการรับรองจริยธรรมการวิจัย วารสารกำหนดว่าต้องมี IRB และได้รับ consent

4.6 ผลการศึกษา Results เป็นส่วนรายงานผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์หรือประเด็นของบทความ ผู้เขียนควรนำเสนอข้อมูลอย่างเป็นระบบ ชัดเจน และตรงกับวิธีการศึกษาที่ได้ระบุไว้

การนำเสนอผลการศึกษาอาจใช้ข้อความ ตาราง หรือรูปภาพประกอบ โดยตารางและรูปภาพต้องมีเลขกำกับและชื่อ และต้องมีการอ้างอิงในเนื้อหาตามข้อกำหนดของวารสาร

ผลการศึกษาควรนำเสนอเฉพาะข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประเด็นหลักของบทความ และควรหลีกเลี่ยงการนำเสนอข้อมูลที่ซ้ำซ้อนระหว่างข้อความ ตาราง และรูปภาพมากเกินไป เพื่อให้บทความมีความกระชับและชัดเจน

4.7 อภิปรายผล Discussion เป็นส่วนอธิบายความหมายของผลการศึกษา เชื่อมโยงข้อค้นพบกับองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง และแสดงให้เห็นความสำคัญของผลการศึกษาในบริบทของวิทยาศาสตร์สุขภาพ สาธารณสุข สุขภาพดิจิทัล นวัตกรรมสุขภาพ หรือระบบสุขภาพ ตามขอบเขตของวารสาร

ผู้เขียนควรอภิปรายผลโดยอ้างอิงแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ และจัดรูปแบบการอ้างอิงตาม **APA 7th edition** ตามที่วารสารกำหนด

การอภิปรายผลควรแสดงให้เห็นว่า ผลการศึกษามีความหมายอย่างไร สอดคล้องหรือแตกต่างจากองค์ความรู้เดิมอย่างไร และมีนัยสำคัญต่อการพัฒนางานด้านสุขภาพหรือระบบสุขภาพอย่างไร

4.8 สรุปผล Conclusion เป็นส่วนสรุปสาระสำคัญของบทความหรือผลการวิจัยให้ชัดเจนและกระชับ ควรเขียนให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา และผลการศึกษา

สรุปผลไม่ควรนำเสนอข้อมูลใหม่ที่ไม่ได้ปรากฏในผลการศึกษา และควรแสดงประเด็นสำคัญที่ผู้อ่านสามารถนำไปใช้ประโยชน์หรืออ้างอิงต่อได้

4.9 ข้อจำกัด Limitations เป็นหัวข้อที่วารสารกำหนดไว้ในโครงสร้างบทความ ผู้เขียนควรระบุข้อจำกัดของการศึกษาอย่างเหมาะสม เช่น ข้อจำกัดด้านรูปแบบการวิจัย ข้อมูล กลุ่มตัวอย่าง พื้นที่ศึกษา ระยะเวลา เครื่องมือ หรือข้อจำกัดอื่นที่มีผลต่อการแปลผล

การเขียนข้อจำกัดควรตรงไปตรงมาและเกี่ยวข้องกับการตีความผลการศึกษา เพื่อช่วยให้ผู้อ่านเข้าใจขอบเขตของข้อค้นพบและการนำผลไปใช้

4.10 ข้อเสนอแนะ Recommendations เป็นหัวข้อที่วารสารกำหนดไว้ในโครงสร้างบทความ ผู้เขียนควรเขียนข้อเสนอแนะให้สัมพันธ์กับผลการศึกษาและข้อสรุปของบทความ

ข้อเสนอแนะอาจกล่าวถึงแนวทางการนำผลการศึกษาไปใช้ การพัฒนางานด้านสุขภาพ การพัฒนาระบบบริการ การใช้เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล หรือนวัตกรรมสุขภาพ ทั้งนี้ควรอยู่ภายใต้ขอบเขตของข้อมูลที่ศึกษาและไม่ควรเสนอเกินกว่าหลักฐานที่ปรากฏในบทความ

5. การเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ APA 7th edition

5.1 การอ้างอิงในเนื้อหา การอ้างอิงในเนื้อหาใช้ระบบผู้แต่งและปีพิมพ์ โดยระบุชื่อผู้แต่งและปีพิมพ์ของแหล่งข้อมูลที่นำมาใช้

ผู้แต่ง 1 คน ตัวอย่าง: (Nutbeam, 2008) หรือ Nutbeam (2008) อธิบายว่า...

ผู้แต่ง 2 คน ตัวอย่าง: (Bandura & Adams, 1977) หรือ Bandura and Adams (1977) พบว่า...

ผู้แต่งตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป ให้ใช้ชื่อผู้แต่งคนแรก ตามด้วย et al.

ตัวอย่าง: (Proctor et al., 2011) หรือ Proctor et al. (2011) เสนอว่า...

การอ้างอิงหลายแหล่งในวงเล็บเดียวกัน ให้เรียงตามลำดับอักษรของนามสกุลผู้แต่ง และคั่นแต่ละแหล่งด้วยเครื่องหมายอัฒภาค

ตัวอย่าง: (Bandura, 1977; Nutbeam, 2008; Proctor et al., 2011)

การอ้างอิงเอกสารภาษาไทยในเนื้อหา ให้ใช้ชื่อผู้แต่งตามที่ปรากฏในเอกสาร และระบุปีพิมพ์ ตัวอย่าง: (กิตติ เหลาสุภาพ, 2567) หรือ กิตติ เหลาสุภาพ (2567) กล่าวว่า...

5.2 การเขียนรายการเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ ให้จัดรายการเอกสารอ้างอิงท้ายบทความเรียงตามลำดับอักษรของนามสกุลผู้แต่ง กรณีเอกสารภาษาไทยให้เรียงตามลำดับอักษรไทย และเอกสารภาษาอังกฤษให้เรียงตามลำดับอักษรอังกฤษ

รายการอ้างอิงต้องมีเฉพาะแหล่งข้อมูลที่ถูกอ้างในเนื้อหาบทความเท่านั้น และแหล่งข้อมูลทุกแห่งที่อ้างในเนื้อหาต้องปรากฏในรายการเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ

5.3 รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

5.3.1 บทความวารสาร

รูปแบบทั่วไป: ผู้แต่ง. (ปีพิมพ์). ชื่อบทความ. *ชื่อวารสาร, ปีที่*(ฉบับที่), เลขหน้า. DOI หรือ URL

ตัวอย่างภาษาอังกฤษ: Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine, 67*(12), 2072–2078. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050

ตัวอย่างภาษาไทย: ชื่อผู้แต่ง. (ปีพิมพ์). ชื่อบทความ. *ชื่อวารสาร, ปีที่*(ฉบับที่), เลขหน้า. URL หรือ DOI

5.3.2 หนังสือ

รูปแบบทั่วไป: ผู้แต่ง. (ปีพิมพ์). *ชื่อหนังสือ* (ครั้งที่พิมพ์). สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง: American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). American Psychological Association.

5.3.3 บทในหนังสือ

รูปแบบทั่วไป: ผู้แต่งบท. (ปีพิมพ์). ชื่อบท. ใน ชื่อบรรณาธิการ (บ.ก.), *ชื่อหนังสือ* (หน้า xx–xx). สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง: ชื่อผู้แต่งบท. (ปีพิมพ์). ชื่อบท. ใน ชื่อบรรณาธิการ (บ.ก.), *ชื่อหนังสือ* (หน้า xx–xx). สำนักพิมพ์.

5.3.4 รายงานจากหน่วยงาน

รูปแบบทั่วไป: ชื่อหน่วยงาน. (ปีพิมพ์). *ชื่อรายงาน*. สำนักพิมพ์หรือหน่วยงาน. URL

ตัวอย่าง: World Health Organization. (2021). *Ethics and governance of artificial intelligence for health: WHO guidance*. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789240029200

5.3.5 วิทยานิพนธ์หรือดุษฎีนิพนธ์

รูปแบบทั่วไป: ผู้แต่ง. (ปีพิมพ์). *ชื่อวิทยานิพนธ์หรือดุษฎีนิพนธ์* [ระดับปริญญา, ชื่อสถาบัน]. ชื่อฐานข้อมูลหรือคลังสารสนเทศ. URL

5.3.6 เว็บไซต์

รูปแบบทั่วไป: ผู้แต่งหรือหน่วยงาน. (ปี, วันที่ เดือน). *ชื่อเรื่อง*. ชื่อเว็บไซต์. URL

หากไม่ปรากฏวันที่เผยแพร่ ให้ใช้ (n.d.) แทนปีพิมพ์

ตัวอย่าง: World Health Organization. (n.d.). *Digital health*. World Health Organization. URL

6. ตาราง ภาพ และแผนภูมิ

การจัดทำตาราง ภาพ และแผนภูมิให้เป็นไปตามแนวทางต่อไปนี้

6.1 ให้แทรกตาราง ภาพ และแผนภูมิไว้ในตำแหน่งที่เหมาะสมภายในบทความ

6.2 ตาราง ภาพ และแผนภูมิต้องมีหมายเลขกำกับตามลำดับที่กล่าวถึงในเนื้อหา

6.3 ชื่อตารางให้วางไว้ด้านบนของตาราง

6.4 ชื่อภาพและแผนภูมิให้วางไว้ด้านล่างของภาพหรือแผนภูมิ

6.5 ข้อมูลในตารางต้องอ่านง่าย ไม่ซ้ำซ้อนกับข้อความในเนื้อหา

6.6 หากมีคำอธิบายเพิ่มเติม ให้ใช้หมายเหตุใต้ตารางหรือใต้ภาพ

6.7 หากนำมาจากแหล่งอื่น ต้องระบุแหล่งที่มาตามรูปแบบ APA 7th edition และผู้เขียนต้องรับผิดชอบต่อการขออนุญาตใช้ข้อมูลดังกล่าว

7. การส่งต้นฉบับ

7.1 รูปแบบไฟล์ ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับเป็นไฟล์ Microsoft Word และอาจแนบไฟล์ PDF ประกอบตามที่วารสารกำหนด

7.2 รูปแบบกระดาษและตัวอักษร พิมพ์บนกระดาษขนาด A4 ใช้แบบอักษร TH Sarabun New ขนาด 16 พอยต์ ระยะห่างระหว่างบรรทัดและระยะขอบกระดาษให้เหมาะสม

7.3 การส่งผ่านระบบวารสาร ให้ส่งบทความผ่านระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ของวารสาร พร้อมระบุชื่อผู้เขียน หน่วยงาน อีเมล์ และข้อมูลติดต่อให้ครบถ้วน

7.4 เอกสารประกอบการส่งบทความ ผู้เขียนควรแนบเอกสารที่เกี่ยวข้อง เช่น

7.4.1 แบบเสนอบทความ

7.4.2 หนังสือรับรองว่าบทความไม่เคยตีพิมพ์และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาในวารสารอื่น

7.4.3 หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หากเป็นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์

7.4.4 เอกสารอนุญาตใช้ข้อมูล/ตาราง/ภาพ/เครื่องมือวิจัย ถ้ามี

8. ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ วารสารอาจเรียกเก็บค่าธรรมเนียมการส่งบทความหรือค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ตามที่กองบรรณาธิการกำหนด โดยจะแจ้งให้ผู้เขียนทราบอย่างชัดเจนก่อนดำเนินการในแต่ละขั้นตอน

การชำระค่าธรรมเนียมไม่ถือเป็นหลักประกันว่าบทความจะได้รับการตีพิมพ์ บทความทุกเรื่องต้องผ่านกระบวนการตรวจสอบรูปแบบและการประเมินคุณภาพทางวิชาการตามเกณฑ์ของวารสาร

9. การแก้ไขบทความเพื่อลงตีพิมพ์ ผู้เขียนต้องแก้ไขบทความตามข้อเสนอแนะของกองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิภายในระยะเวลาที่กำหนด โดยควรแสดงรายการแก้ไขหรือชี้แจงการปรับแก้เป็นลายลักษณ์อักษร หากผู้เขียนไม่ส่งบทความฉบับแก้ไขภายในเวลาที่กำหนดโดยไม่แจ้งเหตุผล กองบรรณาธิการอาจพิจารณายุติกระบวนการพิจารณาบทความ

10. บทบาทและหน้าที่ของผู้เขียน

10.1 ผู้เขียนต้องจัดเตรียมบทความให้ถูกต้องตามรูปแบบวารสาร

10.2 ผู้เขียนต้องรับรองว่าบทความเป็นผลงานของตนเองหรือคณะผู้วิจัยจริง

10.3 บทความต้องไม่เคยตีพิมพ์และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น

10.4 ผู้เขียนต้องอ้างอิงแหล่งข้อมูลผู้อื่นอย่างถูกต้องตาม APA 7th

10.5 ผู้เขียนต้องไม่ปลอมแปลง บิดเบือน หรือตัดทอนข้อมูลที่มีผลต่อความน่าเชื่อถือของบทความ

10.6 หากงานวิจัยเกี่ยวข้องกับมนุษย์ ต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

10.7 ผู้เขียนต้องเปิดเผยผลประโยชน์ทับซ้อน ถ้ามี

10.8 ผู้เขียนแก้ไขบทความตามข้อเสนอแนะของกองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิภายในระยะเวลาที่กำหนด

11. บทบาทและหน้าที่ของบรรณาธิการ

11.1 บรรณาธิการต้องพิจารณาคุณภาพของบทความอย่างเป็นธรรมและเป็นอิสระ

11.2 บรรณาธิการต้องรักษาความลับของข้อมูลผู้เขียน ผู้ประเมิน และเนื้อหาบทความระหว่างกระบวนการพิจารณา

11.3 บรรณาธิการต้องไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้เขียนหรือผู้ประเมิน

11.4 บรรณาธิการต้องพิจารณาคัดเลือกบทความโดยยึดคุณภาพ ความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ และความสอดคล้องกับขอบเขตของวารสาร

11.5 บรรณาธิการมีสิทธิ์ปฏิเสธบทความที่ไม่เป็นไปตามจริยธรรมการตีพิมพ์ หรือไม่สอดคล้องกับนโยบายของวารสาร

12. บทบาทและหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ

12.1 ผู้ประเมินต้องประเมินบทความตามหลักวิชาการอย่างเป็นธรรม โปร่งใส และตรงประเด็น

12.2 ผู้ประเมินควรมีความเชี่ยวชาญในสาขาวิชาที่ตรงกับบทความที่ได้รับมอบหมาย

12.3 ผู้ประเมินต้องรักษาความลับของบทความที่ได้รับการประเมิน

12.4 ผู้ประเมินต้องไม่ใช้ข้อมูลหรือแนวคิดจากบทความที่ยังไม่ได้ตีพิมพ์เพื่อประโยชน์ส่วนตน

12.5 หากผู้ประเมินมีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้เขียนหรือบทความ ต้องแจ้งกองบรรณาธิการและปฏิเสธการประเมิน

12.6 ผู้ประเมินควรให้ข้อเสนอแนะที่สร้างสรรค์ ชัดเจน และเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพบทความ

13. ลิขสิทธิ์และความรับผิดชอบ บทความที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพดิจิทัลและนวัตกรรม ถือเป็นลิขสิทธิ์ของวารสาร การนำบทความหรือส่วนหนึ่งส่วนใดของบทความไปเผยแพร่ ทำซ้ำ หรือดัดแปลงเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ต้องอ้างอิงแหล่งที่มาอย่างถูกต้อง

เนื้อหา ความคิดเห็น ข้อสรุป และข้อเสนอแนะที่ปรากฏในบทความ เป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนแต่ละบทความ มิได้ถือเป็นความคิดเห็นของกองบรรณาธิการหรือชมรมสาธารณสุขและสุขภาพอัจฉริยะเสมอไป

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพดิจิทัลและนวัตกรรม
Journal of Digital Health Sciences and Innovation
ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569

สารบัญ

หน้า

บรรณาธิการแถลง a

บทความวิจัย

การพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของสามเณรในโรงเรียนพระปริยัติธรรมแผนกสามัญศึกษา จังหวัดศรีสะเกษ 1-10
อิศราภรณ์ หงษ์ทอง

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตำบลจานใหญ่ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ 11-21
วุฒิเทพ ตั้งพิทักษ์ไกร

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับระดับครัวเรือนโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและแผนที่ความเสี่ยงเชิงพื้นที่ อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ 22-32
ธีระชัย พรหมคุณ

การพัฒนารูปแบบการจัดการศูนย์พักพิงชั่วคราวภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์และผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตของผู้อพยพ: กรณีศึกษาอำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี 33-43
สุวิทย์ชัย ทองกูล, พิมพ์ลักษณ์ อมรไชย, อุไรวรรณ ฐิติวัฒนากูล

ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานตามแผนประมาณการรับ-จ่ายเงินบำรุง ประจำปีงบประมาณ 2568 ของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ 44-50
ปฏิมา คลังสมบัติ

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผักไหม อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ 51-56
สายสวาท พวงศิริ

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไผ่ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ 57-65
ลักขณา พรหมบุตร

การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลช่างปี่ อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ 66-73
เสาวภา สิงจานุสงค์

บรรณาธิการแถลง

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพดิจิทัลและนวัตกรรม Journal of Digital Health Sciences and Innovation: JDHSI ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 พฤษภาคม ถึง สิงหาคม 2569 ในยุคที่ระบบสุขภาพกำลังเปลี่ยนผ่านอย่างรวดเร็วจากการบริการแบบดั้งเดิมไปสู่ระบบสุขภาพดิจิทัล องค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ สาธารณสุข การพยาบาล การแพทย์ ปัญญาประดิษฐ์ และนวัตกรรมสุขภาพ มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน การตัดสินใจเชิงนโยบาย การจัดบริการสุขภาพ และการสร้างระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ เท่าทัน และเป็นธรรม

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพดิจิทัลและนวัตกรรม หรือ Journal of Digital Health Sciences and Innovation: JDHSI จัดทำขึ้นโดยชมรมสาธารณสุขและสุขภาพอัจฉริยะ เพื่อเป็นพื้นที่ทางวิชาการสำหรับการเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความวิชาการ บทความปริทัศน์ กรณีศึกษา และนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพและสุขภาพดิจิทัล โดยมุ่งส่งเสริมการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ระหว่างนักวิชาการ นักวิจัย บุคลากรสาธารณสุข บุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล ผู้บริหารระบบสุขภาพ นักศึกษา และผู้สนใจทั่วไป

วารสารฉบับปฐมฤกษ์นี้นับเป็นก้าวสำคัญของการสร้างพื้นที่วิชาการใหม่ที่เชื่อมโยงระหว่าง “สุขภาพ” “เทคโนโลยี” และ “นวัตกรรม” เข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ บทความที่ได้รับการเผยแพร่ในวารสารนี้มิได้มุ่งเพียงการนำเสนอผลการศึกษาเท่านั้น แต่ยังมุ่งให้เกิดการใช้ประโยชน์จริงในระบบบริการสุขภาพ ชุมชน หน่วยงานสาธารณสุข และการพัฒนานโยบายสุขภาพในระดับพื้นที่และระดับประเทศ กองบรรณาธิการให้ความสำคัญกับคุณภาพทางวิชาการ ความถูกต้องของข้อมูล จริยธรรมการวิจัย และความโปร่งใสของกระบวนการตีพิมพ์ บทความทุกเรื่องจะได้รับการพิจารณาตามหลักวิชาการ และผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ เพื่อให้ผลงานที่ตีพิมพ์มีความน่าเชื่อถือ สามารถอ้างอิงได้ และเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานด้านสุขภาพอย่างแท้จริง

ในนามของกองบรรณาธิการ ขอขอบพระคุณผู้เขียนทุกท่านที่ให้ความไว้วางใจส่งผลงานมายังวารสาร ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ร่วมประเมินบทความด้วยความละเอียดรอบคอบ และขอขอบคุณคณะที่ปรึกษา คณะทำงาน และผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายที่มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนวารสารฉบับนี้ให้เกิดขึ้นอย่างสมบูรณ์ กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพดิจิทัลและนวัตกรรม จะเป็นอีกหนึ่งกลไกสำคัญในการยกระดับงานวิชาการด้านสุขภาพของประเทศ สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและปัญญาประดิษฐ์อย่างมีจริยธรรม และส่งเสริมการพัฒนานวัตกรรมสุขภาพที่ตอบโจทย์ประชาชน ชุมชน และระบบสุขภาพในอนาคตและขอเชิญชวนนักวิชาการ นักวิจัย บุคลากรสุขภาพ และผู้สนใจ ร่วมส่งผลงาน ร่วมแลกเปลี่ยนความรู้ และร่วมพัฒนาวารสารให้เป็นพื้นที่วิชาการที่มีคุณภาพ เข้มแข็ง และเป็นประโยชน์ต่อสังคมต่อไป

รองศาสตราจารย์ ดร.กิตติ เหลาสุภาพ
บรรณาธิการ

บทความวิจัย

การพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของสามเณร ในโรงเรียนพระปริยัติธรรมแผนกสามัญศึกษา จังหวัดศรีสะเกษ

อิศราภรณ์ หงษ์ทอง[1]

Received: 21 ธ.ค. 68
Revised: 6 ก.พ. 69
Accepted: 9 เม.ย.69

บทคัดย่อ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญของการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเด็กและเยาวชน รวมถึงสามเณรซึ่งอยู่ในช่วงวัยที่สามารถปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ งานวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสามเณร ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม และความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ พัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และประเมินผลการใช้รูปแบบ ดำเนินการในโรงเรียนพระปริยัติธรรมแผนกสามัญศึกษา จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 9 แห่ง กลุ่มตัวอย่างระยะสำรวจ 252 รูป และกลุ่มประเมินผลรูปแบบ 180 รูป เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สหสัมพันธ์ การถดถอยพหุคูณ และ paired t-test ผลการวิจัยพบว่า สภาวะสุขภาพ ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสามเณรอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย 3.35, 3.56, 3.46 และ 3.51 ตามลำดับ ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ($r = 0.737$, $p < .01$) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($r = 0.896$, $p < .01$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้ร้อยละ 80.7 ภายหลังการใช้รูปแบบ คะแนนเฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน สรุปได้ว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลและเหมาะสมต่อการประยุกต์ใช้ในโรงเรียนพระปริยัติธรรมแผนกสามัญศึกษา

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, สามเณร, โรงเรียนพระปริยัติธรรม, การวิจัยและพัฒนา

[1]นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ,
email: [ISSARA_MOPH@live.com]

Research article

Development of a health literacy model to promote health behaviors among novices in Pariyathidhamma school, Sisaket province

Issaraporn Hongthong[1]

Abstract

Health literacy is a key determinant of health behavior development among children and adolescents, including novice monks who are at a developmental stage suitable for cultivating healthy behaviors. This research and development study aimed to examine the situation of health care behaviors among novice monks, investigate the influence of personal factors, social and environmental factors, and health literacy on health care behaviors, develop a health literacy model to promote health care behaviors, and evaluate the effectiveness of the model. The study was conducted in nine Buddhist Scripture Schools under the General Education Division in Sisaket Province. The survey phase included 252 novice monks, while 180 participants were involved in the evaluation phase. Research instruments consisted of questionnaires, in-depth interviews, and a satisfaction assessment form. Data were analyzed using descriptive statistics, correlation, multiple regression, and paired t-test. The findings showed that health status, social and environmental factors, health literacy, and health care behaviors were at moderate levels, with mean scores of 3.35, 3.56, 3.46, and 3.51, respectively. Social and environmental factors ($r = 0.737$, $p < .01$) and health literacy ($r = 0.896$, $p < .01$) were positively associated with health care behaviors and jointly explained 80.7% of the variance. Post-implementation scores were significantly higher than pre-implementation scores across all dimensions. The developed model was effective and suitable for implementation in Buddhist Scripture Schools under the General Education Division.

Keywords: health literacy, health behaviors, novice monks, Buddhist Scripture Schools, research and development

[1]Public Health Technical Officer, Professional Level, Health Promotion Group, Sisaket Provincial Public Health Office, email: [ISSARA_MOPH@live.com]

บทนำ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นแนวคิดสำคัญของงานส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากสะท้อนความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลสุขภาพอย่างเหมาะสม ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจและการปฏิบัติที่เอื้อต่อสุขภาพ (Nutbeam, 2000, 2008; Sørensen et al., 2012) ในบริบทของเด็กและเยาวชน ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสำคัญเป็นพิเศษ เพราะเป็นฐานของการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนในระยะยาว

สำหรับบริบทประเทศไทย งานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นอย่างต่อเนื่องว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยเรียนและสามเณร วุฒิพงศ์ ธนะขว้าง (2564) พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถยกระดับการดูแลสุขภาพช่องปากของสามเณรได้ ขณะที่สุณิสา เสนาหวานและคณะ (2564) พบว่าโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารของสามเณรที่มีภาวะโภชนาการเกินดีขึ้น และอารญา โทปัญจ่าและคณะ (2565) พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. 1 ฟ. ของพระภิกษุสงฆ์และสามเณรในโรงเรียนพระปริยัติธรรม สามเณรในโรงเรียนพระปริยัติธรรมแผนกสามัญศึกษาเป็นกลุ่มประชากรที่มีบริบทเฉพาะ ทั้งด้านวัย ระเบียบวิถีชีวิต ระบบความสัมพันธ์กับพระอาจารย์ครู และสภาพแวดล้อมในวัดและโรงเรียน พฤติกรรมสุขภาพของสามเณรจึงมิได้ขึ้นกับความรู้ส่วนบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่ยังขึ้นกับบริบททางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติจริงด้วย รายงานสถานการณ์สุขภาพของสามเณรในจังหวัดศรีสะเกษยังสะท้อนความจำเป็นของการพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ อย่างไรก็ดี งานวิจัยไทยก่อนหน้าส่วนใหญ่มุ่งศึกษาหรือพัฒนาโปรแกรมเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพบางด้าน เช่น สุขภาพช่องปากหรือพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ขณะที่การพัฒนารูปแบบเชิงระบบ ซึ่งบูรณาการปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม และความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกันในบริบทโรงเรียนพระปริยัติธรรมแผนกสามัญศึกษา ยังมีอยู่อย่างจำกัด จึงเกิดช่องว่างองค์ความรู้ที่ควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติม

การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของสามเณร ในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้ฐานข้อมูลเชิงประจักษ์จากสถานการณ์จริงในพื้นที่ เพื่อให้ได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมเชิงวิชาการ เชิงปฏิบัติ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในระบบส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียนพระปริยัติธรรมได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสามเณร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม และความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสามเณร
3. เพื่อพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสามเณร
4. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น

วิธีการศึกษา

1. รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา โดยใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ แบ่งการดำเนินการออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ การศึกษาสถานการณ์ การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การพัฒนารูปแบบ และการประเมินผลรูปแบบ

2. พื้นที่ศึกษา พื้นที่ศึกษา ได้แก่ โรงเรียนพระปริยัติธรรมแผนกสามัญศึกษา จังหวัดศรีสะเกษ 9 แห่ง ดังภาพที่ 1

3. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ สามเณรที่กำลังศึกษาในโรงเรียนพระปริยัติธรรมแผนกสามัญศึกษา จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 495 รูป

กลุ่มตัวอย่างระยะสำรวจคำนวณตามสูตร Krejcie and Morgan ได้ขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 215 รูป และเก็บข้อมูลจริงจำนวน 252 รูป โดยใช้การสุ่มแบบกลุ่มร่วมกับการสุ่มอย่างง่าย การประเมินผลรูปแบบใช้กลุ่มตัวอย่าง 180 รูป

4. เครื่องมือวิจัย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป สภาวะสุขภาพ ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และ 4) แบบประเมินผลการใช้รูปแบบและความพึงพอใจต่อรูปแบบ

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บข้อมูลดำเนินการตาม 4 ระยะของการวิจัย ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสามเณร ระยะที่ 2 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ระยะที่ 3 พัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพ และระยะที่ 4 ประเมินผลการใช้รูปแบบด้วยการเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

6. การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ การทดสอบ paired t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา

7. การรับรองจริยธรรมการวิจัย ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เอกสารเลขที่ SPPH-2025-002

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 252 รูป ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 12–17 ปี กำลังศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และมีพรรษาที่บวช 1–2 พรรษามากที่สุด

โดยผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 15.35 ปี (SD = 2.19) และมีพรรษาที่บวชเฉลี่ย 3.46 ปี (SD = 2.64) โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 12–17 ปี ศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และเคยได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีร้อยละ 82.9 สะท้อนว่าเป็นกลุ่มวัยเรียนที่ยังสามารถพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ตามตารางที่ 1



ภาพที่ 1 พื้นที่วิจัย โรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษา จังหวัดศรีสะเกษ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 252)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
อายุ 12–14 ปี	107	42.5
อายุ 15–17 ปี	105	41.7
อายุ 18 ปีขึ้นไป	40	15.9
ประถมศึกษา	4	1.6
มัธยมศึกษาตอนต้น	163	64.7
มัธยมศึกษาตอนปลาย	85	33.7
บวช 1–2 พรรษา	119	47.2
บวช 3–5 พรรษา	81	32.1
บวช 6 พรรษาขึ้นไป	52	20.6
ไม่มีโรคประจำตัว	214	84.9
มีโรคประจำตัว	38	15.1
เคยตรวจสุขภาพประจำปี	209	82.9
ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี	43	17.1

2. ระดับตัวแปรหลักของการศึกษา ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า สภาวะสุขภาพ ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสามเณร โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด

โดยการศึกษา พบว่า ตัวแปรหลักทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 3.56, SD = 0.77) รองลงมาคือพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (Mean = 3.51, SD = 0.70) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Mean = 3.46, SD = 0.73) และสภาวะสุขภาพ (Mean = 3.35, SD = 0.46) สะท้อนว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีช่องว่างในการพัฒนาทั้งด้านศักยภาพส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุนจากบริบทแวดล้อม ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับตัวแปรหลักของการศึกษา (n = 252)

ตัวแปร	Mean	SD	ระดับ
สภาวะสุขภาพ	3.35	0.46	ปานกลาง
ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม	3.56	0.77	ปานกลาง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	3.46	0.73	ปานกลาง
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	3.51	0.70	ปานกลาง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษาและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การวิเคราะห์ความ สัมพันธ์พบว่าการได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ขณะที่ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงและสูงมากตามลำดับ

จากการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงที่สุด ($r = 0.896$, $p < .01$) รองลงมาคือปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ($r = 0.737$, $p < .01$) ส่วนการได้รับ

การตรวจสุขภาพประจำปีมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ (rpb = 0.235, p < .01) แสดงว่าพฤติกรรมสุขภาพของสามเณรสัมพันธ์กับทั้งความสามารถในการใช้ข้อมูลสุขภาพและแรงสนับสนุนจากสภาพแวดล้อม ตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษาและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสามเณร

ตัวแปร	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
การได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี	0.235	< .01	ต่ำ
ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม	0.737	< .01	สูง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	0.896	< .01	สูงมาก

4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่า ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม และความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสมการถดถอยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเท่ากับ 0.898 และสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้ร้อยละ 80.7 (R^2 = 0.807, Adjusted R^2 = 0.806, F = 520.840, p < .001)

เมื่อพิจารณารายตัวแปร พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมากที่สุด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐานเท่ากับ 0.799 (B = 0.760, p < .001) รองลงมาคือปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีอิทธิพลเชิงบวกต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = 0.125, B = 0.120, p = .004)

ผลการศึกษานี้สะท้อนว่า ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน ขณะเดียวกันสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อสุขภาพยังมีบทบาทสนับสนุนต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ แม้อิทธิพลจะน้อยกว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพก็ตาม ตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ตัวแปรพยากรณ์	B	β	p-value
ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม	0.120	0.125	.004
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	0.760	0.799	< .001

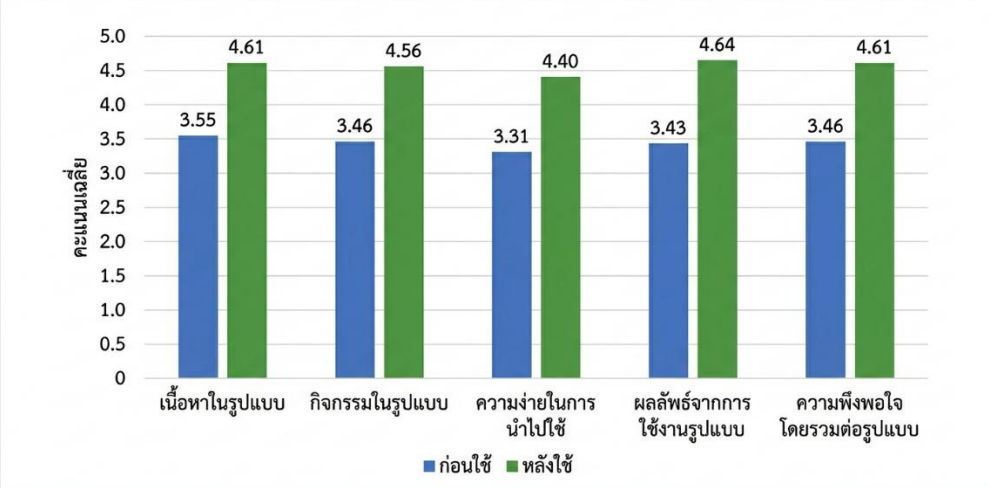
สถิติของสมการ: R = 0.898, R^2 = 0.807, Adjusted R^2 = 0.806, F = 520.840, p < .001

5. ผลการประเมินรูปแบบ ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา พบว่า คะแนนหลังการใช้รูปแบบสูงขึ้นทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยด้านผลลัพธ์จากการใช้งานมีค่าเฉลี่ยหลังใช้สูงสุด (Mean = 4.64, t = 3.57, p < .001) รองลงมาคือด้านเนื้อหาและความพึงพอใจโดยรวม (Mean = 4.61) สะท้อนประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นทั้งในด้านเนื้อหา กระบวนการใช้ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง ดังตารางที่ 5 และภาพที่ 2

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n = 180)

ด้านการประเมิน	ก่อนใช้ Mean	หลังใช้ Mean	t	p-value
เนื้อหาในรูปแบบ	3.55	4.61	2.61	.010
กิจกรรมในรูปแบบ	3.46	4.56	2.89	.004
ความง่ายในการนำไปใช้	3.31	4.40	3.24	.001
ผลลัพธ์จากการใช้งานรูปแบบ	3.43	4.64	3.57	< .001
ความพึงพอใจโดยรวมต่อรูปแบบ	3.46	4.61	2.74	.007



ภาพที่ 2 แผนภูมิเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า สามเณรในโรงเรียนพระปริยัติธรรมแผนกสามัญศึกษา จังหวัดศรีสะเกษ มีสภาวะสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนว่ากลุ่มเป้าหมายยังมีศักยภาพที่จะได้รับการพัฒนาเพิ่มเติมอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาว่าสามเณรส่วนใหญ่อยู่ในวัยรุ่น ซึ่งเป็นช่วงสำคัญของการสร้างแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอรพินท์ สีขาว และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค (2567) ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนวัย 10–18 ปี ยังเป็นประเด็นที่ต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับงานของอารญา โทปัญจ่า และคณะ (2565) พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์และสามเณรมีความ สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. 1 ฟ.

ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับสูงมาก ($r = 0.896$, $p < .01$) แสดงให้เห็นว่า เมื่อสามเณรมีความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลสุขภาพได้ดีขึ้น ย่อมมีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้เหมาะสมมากขึ้น ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2000, 2008) ที่อธิบายว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นกลไกสำคัญที่เชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพไปสู่การตัดสินใจและการปฏิบัติจริง และยังสอดคล้องกับงานวิจัยไทยของวุฒิพงศ์ ธนะขว้าง (2564) พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยเพิ่มพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของสามเณรอย่างมีนัยสำคัญ

ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมมีความ สัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับสูง ($r = 0.737$, $p < .01$) และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนว่าพฤติกรรมสุขภาพของสามเณรไม่ได้ขึ้นกับศักยภาพส่วนบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่ยังขึ้นกับการสนับสนุนจากพระอาจารย์ ครู ผู้ดูแล และสภาพ แวดล้อมในวัดและโรงเรียน ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura (1986) ที่มองว่าพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม และสอดคล้องกับบริบทของโรงเรียนพระปริยัติธรรมซึ่งการดำเนินชีวิตประจำวันของสามเณรสัมพันธ์กับระบบดูแลและระเบียบของสถาบันอย่างใกล้ชิด

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสามเณรได้ร้อยละ 80.7 โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงที่สุด (Beta = 0.799, $p < .001$) รองลงมาคือปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม (Beta = 0.125, $p = .004$) ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่า หากต้องการยกระดับพฤติกรรมสุขภาพของสามเณร ควรดำเนินการควบคู่กันทั้งการพัฒนาศักยภาพในการใช้ข้อมูลสุขภาพและการเสริมระบบสนับสนุนในบริบทจริงของวัดและโรงเรียน ไม่ควรมุ่งเน้นเฉพาะการให้ความรู้เชิงเนื้อหาเพียงอย่างเดียว

ภายหลังการใช้รูปแบบ คะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะด้านผลลัพธ์จากการใช้งานรูปแบบ (Mean = 4.64, $t = 3.57$, $p < .001$) สะท้อนว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลทั้งในด้านเนื้อหา กิจกรรม ความง่ายในการนำไปใช้ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับงานของสุณิสา เสนาหวาน และคณะ (2564) ที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารของสามเณรที่มีภาวะโภชนาการเกินดีขึ้น และสอดคล้องกับงานของพัชรี ชูกันหอม และคณะ (2568) ที่รายงานว่าการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวทางหลักสุขบัญญัติแห่งชาติช่วยให้สามเณรมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

รูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมต่อบริบทของโรงเรียนพระปริยัติธรรมแผนกสามัญศึกษา เนื่องจากออกแบบบนฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์จากพื้นที่จริง และบูรณาการทั้งมิติความรอบรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม และกระบวนการขับเคลื่อนในระดับปฏิบัติ ดังนั้น หากมีการนำรูปแบบนี้ไปประยุกต์ใช้อย่างต่อเนื่องและมีการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ย่อมมีแนวโน้มช่วยยกระดับพฤติกรรมสุขภาพของสามเณรได้อย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน

สรุปผล

การวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า สามเณรในโรงเรียนพระปริยัติธรรมแผนกสามัญศึกษา จังหวัดศรีสะเกษ มีสภาวะสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่ากลุ่มเป้าหมายยังมีช่องว่างในการพัฒนาอย่างเป็นระบบ ทั้งในด้านศักยภาพส่วนบุคคลและปัจจัยแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสามเณรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์สูงที่สุด ขณะเดียวกันผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมสามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้ร้อยละ 80.7 โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงที่สุด

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยครั้งนี้มีประสิทธิผลในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสามเณร โดยภายหลังการใช้รูปแบบ คะแนนเฉลี่ยในทุกด้านสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนว่ารูปแบบดังกล่าวมีความเหมาะสมทั้งในเชิงเนื้อหา กระบวนการนำไปใช้ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในบริบทของโรงเรียนพระปริยัติธรรมแผนกสามัญศึกษา

กล่าวโดยสรุป รูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นสามารถใช้เป็นแนวทางในการยกระดับพฤติกรรมสุขภาพของสามเณรได้ โดยควรดำเนินการควบคู่กันทั้งการพัฒนาศักยภาพของสามเณร การเสริมบทบาทของพระอาจารย์และครู และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติจริง

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การศึกษาอยู่ในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษเพียงจังหวัดเดียว จึงควรใช้ความระมัดระวังในการอ้างอิงผลไปยังบริบทอื่น
2. ข้อมูลเชิงปริมาณส่วนหนึ่งได้จากการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งอาจมีอคติจากการตอบตามความคาดหวังทางสังคม
3. การประเมินผลรูปแบบเป็นการประเมินก่อนและหลังในระยะสั้น จึงยังไม่สะท้อนผลลัพธ์ในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

โรงเรียนพระปริยัติธรรมแผนกสามัญศึกษาควรบูรณาการกิจกรรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ในแผนงานและกิจกรรมประจำของโรงเรียนอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นทั้งการให้ความรู้ การฝึกทักษะการดูแลสุขภาพ และการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในชีวิตประจำวันของสามเณร

พระอาจารย์ ครู และผู้ดูแล ควรได้รับการส่งเสริมบทบาทเป็นกลไกสนับสนุนสำคัญในการขับเคลื่อนพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากเป็นบุคคลใกล้ชิดที่มีอิทธิพลต่อการกำกับดูแล การสร้างแบบอย่าง และการส่งเสริมการปฏิบัติจริงของสามเณรในบริบทของวัดและโรงเรียน

หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ควรร่วมสนับสนุนการจัดสื่อสุขศึกษา การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของสามเณรเกิดผลในทางปฏิบัติอย่างยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและหน่วยงานด้านการศึกษาควรร่วมกันกำหนดแนวทางการส่งเสริมสุขภาพสำหรับโรงเรียนพระปริยัติธรรมแผนกสามัญศึกษาอย่างเป็นระบบ โดยใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยครั้งนี้เป็นกรอบต้นแบบในการดำเนินงาน

ควรสนับสนุนให้โรงเรียนพระปริยัติธรรมแผนกสามัญศึกษาเป็นพื้นที่ต้นแบบด้านการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเด็กและเยาวชนในสมณเพศ เพื่อขยายผลสู่พื้นที่อื่นที่บริบทใกล้เคียงกัน

3. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาติดตามผลระยะยาวของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพหลังสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรม

ควรทดลองใช้รูปแบบในพื้นที่หรือจังหวัดอื่น เพื่อเปรียบเทียบความเหมาะสมของรูปแบบในบริบทที่แตกต่างกัน และเพิ่มความเชื่อมั่นในการนำไปขยายผล

ควรมีการพัฒนารูปแบบในลักษณะดิจิทัลหรือแบบผสมผสาน เพื่อให้สอดคล้องกับแนวโน้มการเรียนรู้และการสื่อสารสุขภาพในระบบสุขภาพยุคใหม่

เอกสารอ้างอิง

พัชรี ชูกันหอม, อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์, และอติญาณ์ ศรเกษตริน. (2568). ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวทางหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของสามเณรในโรงเรียนพระปริยัติธรรม. *วารสารพยาบาลทหารบก, 26*(1), 430–437.

วุฒิพงศ์ ธนะขว้าง. (2564). ประสิทธิผลโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการดูแลสุขภาพช่องปากในสามเณร โรงเรียนพระปริยัติธรรม อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 7*(1), 87–97.

สุณิสา เสนาหวาน, วราภรณ์ บุญเชียง, และวรางคณา นาคเสน. (2564). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสามเณรที่มีภาวะโภชนาการเกิน ในโรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษา จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 15*(3), 95–106.

อรพินท์ สีขาว, และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. (2567). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนวัย 10–18 ปี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 34*(2), 72–85.

อารญา โทปัญจ่า, ประทีป กาลเขว้า, และเบญญาภา กาลเขว้า. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. ของพระภิกษุสงฆ์และสามเณรโรงเรียนพระปริยัติธรรม ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน, 4*(1), 38–48.

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50*(2), 179–211.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*(2), 191–215.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall.

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International, 15*(3), 259–267.

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine, 67*(12), 2072–2078.

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J. M., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health, 12*(1), 80.

World Health Organization. (2013). *Health literacy: The solid facts*. WHO Regional Office for Europe.

บทความวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลจานใหญ่ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

Received: 2 ธ.ค. 68
Revised: 12 ก.พ. 69
Accepted: 16 เม.ย.69

วุฒิเทพ ตั้งพิทักษ์ไกร[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พัฒนารูปแบบการดูแลแบบมีส่วนร่วมของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตำบล และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ได้แก่ การวิเคราะห์สถานการณ์ การพัฒนารูปแบบ และการทดลองใช้รูปแบบ กลุ่มเป้าหมายรวม 193 คน ประกอบด้วยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 132 คน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบการดูแล 61 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม แบบประเมิน Barthel Activities of Daily Living Index แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแนวคำถามการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบที การวิเคราะห์ความแปรปรวน สหสัมพันธ์เพียร์สัน การถดถอยพหุคูณ และ paired t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.18 อายุเฉลี่ย 74.58 ปี คะแนน ADL ก่อนดำเนินการเฉลี่ย 12.94 คะแนน ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ ADL ได้แก่ อายุ ความรุนแรงของโรค ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการสนับสนุนจากครอบครัว โดยอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 64.7 รูปแบบที่พัฒนาขึ้นคือ “จานใหญ่โมเดล” ประกอบด้วย 4 ภาคี 3 กลุ่ม 2 กลไก 1 ศูนย์ หลังการใช้รูปแบบ คะแนน ADL เพิ่มจาก 12.94 ± 7.87 เป็น 15.24 ± 4.76 คะแนน แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ผลการศึกษาชี้ว่ารูปแบบดังกล่าวสามารถยกระดับการดูแลระยะยาวในชุมชนโดยใช้ข้อมูล ADL การจัดการรายกรณี และการมีส่วนร่วมของภาคีเป็นกลไกขับเคลื่อนระบบ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, การดูแลแบบมีส่วนร่วม, ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ, การดูแลระยะยาว, จานใหญ่โมเดล

[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจานใหญ่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ,
email: [wttt181271@gmail.com]

Research article

Development of a Participatory Care Model for Dependent Older Adults in a Subdistrict Elderly Care Center: The Chan Yai Model

Wutitep Tangpitaggrai[1]

Abstract

This research and development study aimed to examine the situation and determinants of care for dependent older adults, develop a participatory care model for a subdistrict elderly care center, and evaluate its effectiveness on activities of daily living. The study was conducted in three phases: situational analysis, model development, and model implementation with outcome evaluation. Participants comprised 193 individuals, including 132 dependent older adults and 61 stakeholders involved in the community-based care system. Research instruments included questionnaires, the Barthel Activities of Daily Living Index, in-depth interview guides, and focus group discussion guides. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, t-test, one-way ANOVA, Pearson's correlation coefficient, multiple linear regression, and paired t-test. Qualitative data were analyzed using content analysis. The findings showed that most dependent older adults were female (68.18%), with a mean age of 74.58 years. The baseline mean ADL score was 12.94. Significant predictors of ADL were age, disease severity, dementia severity, family participation, and family support, collectively explaining 64.7% of the variance. The developed "Chan Yai Model" consisted of four collaborative sectors, three dependency groups, two operational mechanisms, and one coordinating center. After implementation, the mean ADL score increased from 12.94 ± 7.87 to 15.24 ± 4.76, with a statistically significant difference ($p < .001$). The model demonstrates potential for strengthening community-based long-term care through ADL-driven case management and participatory governance.

Keywords: dependent older adults, participatory care, elderly care center, long-term care, Chan Yai Model

[1] Registered Nurse, Professional Level, Professional Level, Ban Chan Yai Subdistrict Health Promoting Hospital, Sisaket Provincial Public Health Office, email: [wttt181271@gmail.com]

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมสูงวัยเป็นประเด็นสำคัญที่ส่งผลต่อระบบสุขภาพในทุกระดับ โดยเฉพาะการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ข้อจำกัดด้านสมรรถภาพ และภาวะพึ่งพิงในการดำเนินชีวิตประจำวัน องค์การอนามัยโลกระบุว่าประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นกลุ่มที่มีความต้องการบริการสุขภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดูแลระยะยาวมากขึ้น (World Health Organization [WHO], 2025) สถานการณ์ดังกล่าวทำให้ระบบบริการสุขภาพจำเป็นต้องปรับจากการดูแลแบบเฉพาะครั้งเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ไปสู่การดูแลต่อเนื่องในชุมชนที่เชื่อมโยงครอบครัว ชุมชน หน่วยบริการสุขภาพ และองค์กรท้องถิ่นเข้าด้วยกัน

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างชัดเจน โดยการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 พบว่าประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนร้อยละ 20.0 ของประชากรทั้งหมด สะท้อนภาระด้านสุขภาพและการดูแลระยะยาวที่เพิ่มขึ้นในระดับครัวเรือนและชุมชน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลมากกว่าการรักษาโรคเพียงอย่างเดียว เนื่องจากมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหว การใช้ห้องสุขา และการดูแลตนเอง การดูแลกลุ่มนี้จึงต้องอาศัยการประเมินความต้องการรายบุคคล การจัดทำแผนดูแล การติดตามต่อเนื่อง และการสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวอย่างเป็นระบบ แม้ประเทศไทยมีระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน หรือ Activities of Daily Living: ADL เป็นฐานในการจำแนกระดับภาวะพึ่งพิง วางแผนการดูแล และติดตามผลลัพธ์รายบุคคล (กรมอนามัย, 2559) แต่การดำเนินงานในระดับพื้นที่ยังพบข้อจำกัดสำคัญ ได้แก่ การประสานบทบาทของภาคีที่ยังไม่ต่อเนื่อง การใช้ข้อมูล ADL เพื่อปรับแผนดูแลที่ยังไม่เป็นระบบ ภาระของครอบครัวผู้ดูแล และการขาดกลไกกลางที่ทำหน้าที่เชื่อมโยงศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ หน่วยบริการสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ทำงานร่วมกันอย่างมีทิศทาง ช่องว่างดังกล่าวทำให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอาจไม่ต่อเนื่อง ไม่สอดคล้องกับระดับความต้องการ และไม่สามารถยกระดับผลลัพธ์ด้านสมรรถนะการดำรงชีวิตได้เต็มศักยภาพ

ตำบลจานใหญ่ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ เป็นพื้นที่ที่มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 132 ราย ขณะที่กำลังคนด้านการดูแลประกอบด้วย Caregiver 10 คน Chief/Community Caregiver 1 คน และ Care Manager 2 คน ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนความจำเป็นในการจัดระบบดูแลที่ใช้ทรัพยากรในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ และต้องมีรูปแบบการดูแลที่สามารถเชื่อมโยงการทำงานของครอบครัว ชุมชน หน่วยบริการสุขภาพ และองค์กรท้องถิ่นเข้าด้วยกัน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจานใหญ่, 2567) โดยเฉพาะในบริบทที่ผู้สูงอายุแต่ละรายมีระดับภาวะพึ่งพิงแตกต่างกัน การดูแลจึงควรเป็นการดูแลแบบจำแนกตามความจำเป็น มีการจัดการรายกรณี และมีการติดตามผลลัพธ์ด้าน ADL อย่างต่อเนื่อง

ด้วยเหตุนี้ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตำบลจานใหญ่ จึงมีความสำคัญต่อการยกระดับระบบดูแลระยะยาวในชุมชน งานวิจัยนี้มุ่งศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาบทบาทพยาบาลชุมชนในฐานะผู้ประเมิน วางแผน จัดการรายกรณี ประสานภาคี และติดตามผลลัพธ์การดูแล

รวมทั้งเป็นแนวทางสำหรับการประยุกต์ใช้ในพื้นที่ระดับตำบลที่มีบริบทใกล้เคียงกันต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลจานใหญ่ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วม ของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในตำบลจานใหญ่ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นต่อการเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลจานใหญ่ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีการศึกษา

1. รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตำบลจานใหญ่ และประเมินประสิทธิผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ การศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การพัฒนารูปแบบจากข้อมูลเชิงประจักษ์และการมีส่วนร่วมของภาคี และการทดลองใช้พร้อมประเมินผล โดยใช้คะแนน Barthel Activities of Daily Living Index เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์หลัก

2. พื้นที่ศึกษา การวิจัยดำเนินการที่ตำบลจานใหญ่ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยมีศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตำบลจานใหญ่เป็นพื้นที่หลักในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วม

3. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรและกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลจานใหญ่ รวม 193 คน ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 132 คน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบการดูแล 61 คน ประกอบด้วยผู้ดูแลผู้สูงอายุ Caregiver, Chief Caregiver, Care Manager, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน และตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต.)

4. เครื่องมือวิจัย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบประเมิน Barthel Activities of Daily Living Index แบบสอบถามผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบบสอบถามผู้เกี่ยวข้องในระบบการดูแล ได้แก่ Caregiver, Chief Caregiver, Care Manager และ อสม. แบบสอบถามผู้นำชุมชนและ อบต. รวมทั้งแบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแนวคำถามการสนทนากลุ่ม

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนการวิจัย 3 ระยะ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้แบบสอบถามแบบประเมิน Barthel Activities of Daily Living Index แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้เกี่ยวข้อง ระยะที่ 2 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และสังเคราะห์ร่วมกับข้อเสนอของภาคี เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลแบบมีส่วนร่วม ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบในพื้นที่จริง และประเมินผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบ โดยเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

6. การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนน ADL ด้วย independent t-test, one-way ANOVA และ paired t-test วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วย Pearson's correlation coefficient และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วย multiple linear regression ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา เพื่อนำไปสังเคราะห์องค์ประกอบและกลไกของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วม

7. การรับรองจริยธรรมการวิจัย ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เอกสารรับรองเลขที่ SPPH-2024-220

ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย สิทธิในการเข้าร่วมหรือถอนตัว และการรักษาความลับของข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูล นำเสนอผลวิจัยในภาพรวมและไม่เปิดเผยข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคลได้

ผลการศึกษา

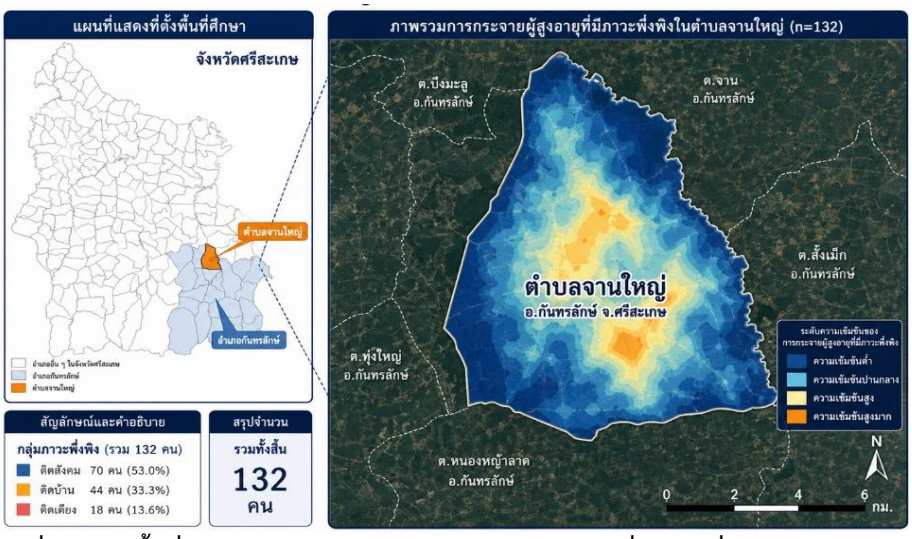
1. สถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผลการศึกษาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 132 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.18 อายุเฉลี่ย 74.58 ปี โรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 47.73 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 29.55 คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันก่อนดำเนินการเฉลี่ย 12.94 คะแนน เมื่อจำแนกตามระดับภาวะพึ่งพิง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 53.03 รองลงมาคือกลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 33.33 และกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 13.64 ดังตารางที่ 1 และภาพที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ภาวะสุขภาพ และระดับภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n = 132)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	42	31.82
หญิง	90	68.18
โรคเรื้อรังที่พบบ่อย		
ความดันโลหิตสูง	63	47.73
เบาหวาน	39	29.55
ระดับภาวะพึ่งพิงตามคะแนน ADL		
กลุ่มติดสังคม	70	53.03
กลุ่มติดบ้าน	44	33.33
กลุ่มติดเตียง	18	13.64

หมายเหตุ อายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุเท่ากับ 74.58 ปี และคะแนน ADL ก่อนดำเนินการเฉลี่ย 12.94 คะแนน



ภาพที่ 1 แสดงพื้นที่ศึกษาและภาพรวมการกระจายของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลจานใหญ่

การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบ Enter เพื่อทำนายคะแนน ADL พบว่า ตัวแปรทำนาย 5 ตัว ได้แก่ อายุ ระดับความรุนแรงของโรค ระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม ระดับการมีส่วนร่วมของครอบครัว และระดับการสนับสนุนจากครอบครัว สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคะแนน ADL ได้ร้อยละ 64.7 โดยรูปแบบมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (n = 132)

ตัวแปรทำนาย	b	SE	Beta (β)	t	p-value
ค่าคงที่	28.421	3.215	-	8.842	< .001
อายุ	-0.289	0.058	-0.351	-4.983	< .001
ระดับความรุนแรงของโรค	-2.851	0.639	-0.298	-4.461	< .001
ระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม	-3.898	0.522	-0.515	-7.467	< .001
ระดับการมีส่วนร่วมของครอบครัว	1.831	0.561	0.203	3.264	.001
ระดับการสนับสนุนจากครอบครัว	1.251	0.587	0.140	2.131	.035

หมายเหตุ $R^2 = .647$, Adjusted $R^2 = .632$, $F = 44.28$, $p < .001$

จากตารางที่ 2 พบว่า ระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมมีอิทธิพลเชิงลบต่อคะแนน ADL มากที่สุด ($\beta = -0.515$, $p < .001$) รองลงมาคืออายุ ($\beta = -0.351$, $p < .001$) และระดับความรุนแรงของโรค ($\beta = -0.298$, $p < .001$) ขณะที่ระดับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ($\beta = 0.203$, $p = .001$) และระดับการสนับสนุนจากครอบครัว ($\beta = 0.140$, $p = .035$) มีอิทธิพลเชิงบวกต่อคะแนน ADL ผลการศึกษานี้สะท้อนว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสัมพันธ์กับทั้งปัจจัยด้านสุขภาพและปัจจัยด้านครอบครัว โดยเฉพาะภาวะสมองเสื่อม ความรุนแรงของโรค และแรงสนับสนุนจากครอบครัวซึ่งเป็นฐานสำคัญของการดูแลระยะยาวในชุมชน

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วม

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตำบลจานใหญ่ เรียกว่า **“จานใหญ่โมเดล”** มีโครงสร้างหลักคือ **4 ภาคี 3 กลุ่ม 2 กลไก 1 ศูนย์** ตามภาพที่ 2 โดยมุ่งให้ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตำบลเป็นกลไกกลางในการประสานงาน จัดการข้อมูล วางแผนการดูแลรายบุคคล สนับสนุนทรัพยากร และติดตามผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ดังตารางที่ 3



ภาพที่ 2 รูปแบบการดูแล “จานใหญ่โมเดล”

ตารางที่ 3 องค์ประกอบของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วม “จานใหญ่โมเดล”

องค์ประกอบ	รายละเอียดของรูปแบบ
4 ภาคีความร่วมมือ	ประกอบด้วยครอบครัว ชุมชน บริการสุขภาพ และองค์กรท้องถิ่น ทำงานร่วมกันในการดูแลเฝ้าระวัง ฟื้นฟู สนับสนุน และประสานทรัพยากรสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
3 กลุ่มเป้าหมาย	จำแนกผู้สูงอายุตามระดับภาวะพึ่งพิง ได้แก่ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง โดยบูรณาการข้อมูล ADL และ TAI เพื่อกำหนดแนวทางดูแลให้เหมาะสมกับความต้องการรายบุคคล
2 กลไกขับเคลื่อน	ประกอบด้วยระบบจัดการรายกรณี และระบบสนับสนุนผู้ดูแล เพื่อให้การดูแลมีความต่อเนื่อง ลดการตกหล่น และเสริมศักยภาพครอบครัวกับผู้ดูแล
1 ศูนย์กลางการดำเนินงาน	ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตำบลจานใหญ่ทำหน้าที่เป็นศูนย์ประสานงาน ศูนย์ข้อมูล ศูนย์กิจกรรม ศูนย์สนับสนุนทรัพยากร และศูนย์เรียนรู้ของชุมชน

รูปแบบดังกล่าวออกแบบจากหลักฐานเชิงประจักษ์ของพื้นที่ โดยใช้ข้อมูลระดับภาวะพึ่งพิง คะแนน ADL ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และข้อเสนอจากภาคีในชุมชนเป็นฐานในการกำหนดองค์ประกอบและกลไกการดำเนินงาน จุดเน้นของรูปแบบคือการเปลี่ยนการดูแลจากการช่วยเหลือรายกิจกรรมไปสู่ระบบการดูแลรายกรณีที่มีการประเมิน วางแผน ดำเนินการ ติดตาม และปรับแผนอย่างต่อเนื่อง โดยมีครอบครัวและชุมชนเป็นฐานสำคัญของการดูแลระยะยาว

ผลการพัฒนารูปแบบสะท้อนว่า “จานใหญ่โมเดล” เป็นรูปแบบการดูแลที่เชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ ภาคีเครือข่าย และกลไกบริการปฐมภูมิให้ทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการใช้ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตำบลเป็นจุดรวมของการประสานงานและการติดตามผลลัพธ์ ทำให้รูปแบบมีความเหมาะสมกับบริบทชุมชนและสามารถนำไปใช้เป็นกลไกสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบลได้

3. ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วม

ภายหลังการนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วม “จานใหญ่โมเดล” ไปทดลองใช้ พบว่าคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 12.94 ± 7.87 คะแนน เป็น 15.24 ± 4.76 คะแนน มีผลต่างเฉลี่ย 2.30 คะแนน และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p < .001 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนและหลังใช้รูปแบบ “จานใหญ่โมเดล” (n = 132)

ช่วงเวลาการประเมิน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ผลต่างเฉลี่ย	p-value
ก่อนใช้รูปแบบ	12.94	7.87		
หลังใช้รูปแบบ	15.24	4.76	2.30	< .001

หมายเหตุ วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังใช้รูปแบบด้วย paired t-test

ผลการศึกษาสะท้อนว่า รูปแบบ “จานใหญ่โมเดล” สามารถเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยกลไกสำคัญของรูปแบบคือการใช้ข้อมูล ADL เป็นฐานในการประเมินและติดตามรายบุคคล การจัดการรายกรณี การสนับสนุนผู้ดูแล และการประสานงานระหว่างครอบครัว ชุมชน หน่วยบริการสุขภาพ และองค์กรท้องถิ่น ผลลัพธ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนมีแนวโน้มเกิดผลดีมากขึ้นเมื่อได้รับการจัดระบบให้มีภาคีร่วมรับผิดชอบและมีศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตำบลเป็นกลไกกลางในการขับเคลื่อนการดูแลอย่างต่อเนื่อง

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลจานใหญ่มีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันก่อนดำเนินการเฉลี่ย 12.94 คะแนน และมีกลุ่มติดบ้านและติดเตียงรวมร้อยละ 46.97 สะท้อนว่าผู้สูงอายุในพื้นที่มีระดับความต้องการการดูแลแตกต่างกัน จึงจำเป็นต้องมีระบบการดูแลที่สามารถประเมิน จำแนกกลุ่ม วางแผนรายบุคคล และติดตามผลลัพธ์ได้อย่างต่อเนื่อง ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับแนวทาง *Integrated Care for Older People* ของ WHO ที่เน้นการประเมินความสามารถเชิงหน้าที่และการจัดเส้นทางการดูแลเฉพาะบุคคลในระบบบริการปฐมภูมิ (World Health Organization [WHO], 2025b) และสอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาศ จันทรักษ์ และสุทาพร ซองศิริ (2567) ที่พบว่าการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมผ่านศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่าย สามารถสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดำรงชีวิตดีขึ้นและลดระดับภาวะพึ่งพิงได้

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคะแนน ADL ได้แก่ อายุ ความรุนแรงของโรค ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการสนับสนุนจากครอบครัว โดยสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคะแนน ADL ได้ร้อยละ 64.7 ผลดังกล่าวชี้ว่า ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุเป็นผลจากปัจจัยหลายมิติ ทั้งด้านอายุ ภาวะโรค การรู้คิด และระบบสนับสนุนในครอบครัว โดยเฉพาะความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมซึ่งมีอิทธิพลเชิงลบต่อคะแนน ADL มากที่สุด สอดคล้องกับข้อมูลของ WHO ที่ระบุว่า ภาวะสมองเสื่อมส่งผลต่อความจำ การคิด พฤติกรรม และความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ และเมื่ออาการรุนแรงขึ้น

ผู้ป่วยจำนวนมากจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำรงชีวิต (WHO, 2025a) ขณะเดียวกัน พบว่าการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนจากครอบครัวมีอิทธิพลเชิงบวกต่อ ADL สอดคล้องกับการศึกษาของสุริยา ฟองเกิด และคณะ (2567) ที่พัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และพบว่าการพัฒนาความรู้และทักษะของครอบครัว การสนับสนุนจากชุมชน และการทำงานร่วมของภาคีเครือข่ายเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ผลการพัฒนา “จานใหญ่โมเดล” ภายใต้โครงสร้าง 4 ภาคี 3 กลุ่ม 2 กลไก 1 ศูนย์ แสดงให้เห็นว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมิใช่เพียงชุดกิจกรรมการดูแล แต่เป็นระบบการดูแลระยะยาวระดับตำบลที่มีโครงสร้างการทำงานชัดเจน โดยบูรณาการภาคีครอบครัว ชุมชน บริการสุขภาพ และองค์กรท้องถิ่นเข้ากับการจำแนกผู้สูงอายุตามระดับภาวะพึ่งพิง ระบบจัดการรายกรณี ระบบสนับสนุนผู้ดูแล และศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตำบลในฐานะกลไกกลางของการประสานงาน การจัดการข้อมูล และการติดตามผลลัพธ์ รูปแบบดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Wangpitipanit, และคณะ (2024) ที่ชี้ว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนจำเป็นต้องอาศัยระบบการมีส่วนร่วมของชุมชน การจัดการทรัพยากร การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล และข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อให้ระบบการดูแลมีความต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของณิชาพร นุสนทรา (2567) ที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลในชุมชน โดยใช้กระบวนการศึกษาสภาพปัญหา พัฒนารูปแบบ และประเมินผล ซึ่งสะท้อนความสำคัญของการออกแบบรูปแบบจากบริบทจริงของพื้นที่

ภายหลังการใช้รูปแบบ พบว่าคะแนน ADL เพิ่มขึ้นจาก 12.94 ± 7.87 คะแนน เป็น 15.24 ± 4.76 คะแนน แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ผลลัพธ์นี้สะท้อนว่า “จานใหญ่โมเดล” มีประสิทธิผลต่อการเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ทั้งนี้อาจเนื่องจากรูปแบบดังกล่าวใช้ข้อมูล ADL เป็นฐานในการประเมินและวางแผนดูแลรายบุคคล มีการจัดการรายกรณี มีระบบสนับสนุนผู้ดูแล และมีภาคีหลายภาคส่วนร่วมรับผิดชอบการดูแลอย่างต่อเนื่อง ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของธิดาพร ศิลประเสริฐ (2566) ที่พบว่าโปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ช่วยเหลือดูแลสามารถเพิ่มความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการดูแล และความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับการศึกษาของศิริลักษณ์ สิงห์ยะเมือง (2566) ที่พบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยเตรียมชุมชน เตรียมคน เตรียมเครือข่าย ประเมินปัญหา และพัฒนาทักษะผู้ดูแล ช่วยให้การดูแลกลุ่มติดบ้านและติดเตียงในชุมชนมีความเป็นระบบมากขึ้น

โดยสรุป ผลการศึกษานี้สนับสนุนว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบลควรถูกยกระดับจากการดูแลแบบแยกส่วนไปสู่ระบบการดูแลแบบมีส่วนร่วมที่ใช้ข้อมูลเป็นฐาน มีการจัดการรายกรณี มีระบบสนับสนุนผู้ดูแล และมีศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเป็นกลไกกลาง “จานใหญ่โมเดล” จึงเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับระบบบริการปฐมภูมิและมีศักยภาพต่อการประยุกต์ใช้ในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียง โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านกำลังคน และต้องอาศัยพลังของครอบครัว ชุมชน และองค์กรท้องถิ่นในการขับเคลื่อนระบบการดูแลระยะยาวอย่างต่อเนื่อง

สรุปผล

การวิจัยและพัฒนานี้พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลจานใหญ่ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 74.58 ปี โรคเรื้อรังที่พบมากคือความดันโลหิตสูง

และเบาหวาน คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันก่อนดำเนินการเฉลี่ย 12.94 คะแนน โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มติดสังคม รองลงมาคือกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคะแนน ADL ได้แก่ อายุ ความรุนแรงของโรค ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคะแนน ADL ได้ร้อยละ 64.7 รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นคือ **“จานใหญ่โมเดล”** มีโครงสร้างสำคัญคือ **4 ภาคี 3 กลุ่ม 2 กลไก 1 ศูนย์** ประกอบด้วยภาคีครอบครัว ชุมชน บริการสุขภาพ และองค์กรท้องถิ่น การจำแนกผู้สูงอายุตามระดับภาวะพึ่งพิง ระบบจัดการรายกรณี ระบบสนับสนุนผู้ดูแล และศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตำบลจานใหญ่ในฐานะกลไกกลางของการประสานงานและติดตามผลลัพธ์ ภายหลังการใช้รูปแบบ พบว่าคะแนน ADL เพิ่มขึ้นจาก 12.94 ± 7.87 คะแนน เป็น 15.24 ± 4.76 คะแนน แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ โดยสรุป **จานใหญ่โมเดล** สามารถยกระดับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนผ่านการใช้ข้อมูล ADL การจัดการรายกรณี การสนับสนุนผู้ดูแล และการมีส่วนร่วมของภาคีในพื้นที่ จึงเป็นรูปแบบที่เหมาะสมต่อการประยุกต์ใช้ในระบบบริการปฐมภูมิและการดูแลระยะยาวระดับตำบล

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การศึกษานี้ดำเนินการในพื้นที่ตำบลจานใหญ่ ซึ่งมีทุนทางสังคม ภาคีเครือข่าย และระบบบริการปฐมภูมิที่เอื้อต่อการพัฒนารูปแบบ จึงควรปรับ “จานใหญ่โมเดล” ให้สอดคล้องกับบริบทและศักยภาพของแต่ละพื้นที่ก่อนนำไปใช้

2. การประเมินประสิทธิผลใช้การเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการใช้รูปแบบในกลุ่มเดียว ผลการศึกษาจึงเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์สำคัญสำหรับพัฒนาต่อยอด และควรขยายการประเมินด้วยรูปแบบวิจัยที่เข้มแข็งขึ้นในระยะต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1.1 หน่วยบริการปฐมภูมิควรนำ “จานใหญ่โมเดล” ไปใช้ในการจำแนกผู้สูงอายุตามระดับภาวะพึ่งพิง โดยใช้ข้อมูล ADL ภาวะการรู้คิด ความรุนแรงของโรค และศักยภาพครอบครัวเป็นฐานในการวางแผนดูแลรายบุคคล

1.2 ควรพัฒนาศักยภาพครอบครัว ผู้ดูแล อสม. และภาคีชุมชนด้านการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การป้องกันการหกล้ม การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

1.3 ควรจัดระบบติดตาม เยี่ยมบ้าน และทบทวนแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตำบลเป็นกลไกกลางในการประสานข้อมูล ทรัพยากร และการสนับสนุนผู้ดูแล

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

2.1 อบต. ควรบูรณาการ “จานใหญ่โมเดล” เข้ากับแผนสุขภาพตำบลและแผนพัฒนาท้องถิ่น เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นระบบงานต่อเนื่องของพื้นที่

2.2 ควรกำหนดกลไกความร่วมมือระหว่างครอบครัว ชุมชน หน่วยบริการสุขภาพ และองค์กรท้องถิ่นให้ชัดเจน ทั้งด้านบทบาท งบประมาณ ทรัพยากร และการติดตามผลลัพธ์

2.3 ควรสนับสนุนการขยายผลรูปแบบไปยังพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียง โดยใช้ข้อมูลผลลัพธ์จากพื้นที่นำร่องเป็นฐานในการตัดสินใจเชิงนโยบายและการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวระดับชุมชน

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย. (2559). คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. https://eh.anamai.moph.go.th/th/ltc/

จุฑามาศ จันทรักษ์, และสุทาพร ซองศิริ. (2567). การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 47(1), 108–124. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nah/article/view/266557

ณิชาพร นุสนทรา. (2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลในชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโพนพิสัย อำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 9(4), 748–757. https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/277439

ธิดาพร ศิลประเสริฐ. (2566). ผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ช่วยเหลือดูแลต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมือง จังหวัดอ่างทอง. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี, 31(3), 117–127. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/shj/article/view/260308

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจานใหญ่. (2567). ข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและกำลังคนด้านการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลจานใหญ่ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจานใหญ่.

ศิริลักษณ์ สิงห์ยะเมือง. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ, 4(3), 93–101. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jrhi/article/view/267018

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20241209145003_27188.pdf

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. (2566). รายงานผลการดำเนินงานตัวชี้วัดรอบ 12 เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566: ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. https://eh.anamai.moph.go.th/th/elderlycluster/download?did=34383&id=115374&lang=th&mid=33846&mkey=m_document

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. (2567). รายงานการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์เพื่อการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ 2568. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. https://eh.anamai.moph.go.th/th/322-2568/download?did=36186&id=129667&lang=th&mid=39530&mkey=m_document

สุริยา ฟองเกิด, สรวงทิพย์ ภู่กฤษณา, ศุภรา หิมานันโต, ฐิติพร ยอดประเสริฐ, และสุนันท์ สินซื่อสัตย์กุล. (2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง: กรณีศึกษาชุมชนตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี, 7(2), 90–105. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/SNC/article/view/272411

Wangpitipanit, S., Piyatrakul, S., & Tongvichean, T. (2024). Integrated community-based care for dependent older people community participation in preparation for recurrent outbreaks of COVID-19. Journal of Multidisciplinary Healthcare, 17, 4519–4530. https://doi.org/10.2147/JMDH.S441501

World Health Organization. (2025). Ageing and health. World Health Organization. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health

World Health Organization. (2025a). Dementia. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia

World Health Organization. (2025b). Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care (2nd ed.). https://www.who.int/publications/i/item/9789240103726

บทความวิจัย

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับระดับครัวเรือนโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและแผนที่ความเสี่ยงเชิงพื้นที่ อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

Received: 5 ม.ค. 69
Revised: 14 ก.พ. 69
Accepted: 6 พ.ค.69

ธีระชัย พรหมคุณ[1]

บทคัดย่อ

การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย โดยเฉพาะพื้นที่ที่ประชาชนยังมีพฤติกรรมบริโภคปลาน้ำจืดดิบหรือปรุงไม่สุก การวิจัยแบบผสมผสานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับระดับครัวเรือนโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและแผนที่ความเสี่ยงเชิงพื้นที่ ดำเนินการในอำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ครอบคลุม 19 ตำบล ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2568 ถึงเดือนเมษายน 2569 กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ คือ ตัวแทนครัวเรือนในหมู่บ้านต้นแบบควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 327 ครัวเรือน และผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวน 42 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบประเมินความพึงพอใจ และระบบบันทึกข้อมูลเชิงพื้นที่ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สหสัมพันธ์ การถดถอยพหุคูณ paired t-test การวิเคราะห์เนื้อหา และระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ ทัศนคติ และความพร้อมหรือการมีส่วนร่วมต่อระบบเฝ้าระวังสุขภาพดิจิทัลสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมเสี่ยงได้ร้อยละ 16.9 โดยความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและความพร้อมหรือการมีส่วนร่วมต่อระบบเฝ้าระวังสุขภาพดิจิทัลเป็นตัวแปรทำนายสำคัญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระบบที่พัฒนาขึ้น คือ H-OV GIS Model ประกอบด้วยฐานข้อมูลครัวเรือน แบบประเมินผ่าน QR Code หรือ Line OA ระบบให้คะแนนและจำแนกระดับความเสี่ยง แผนที่ความเสี่ยงเชิงพื้นที่ Dashboard ระบบแจ้งเตือนและติดตาม และการคืนข้อมูลสู่ชุมชน การวิเคราะห์เชิงพื้นที่พบพื้นที่เสี่ยงสูง 5 ตำบล และพื้นที่เสี่ยงปานกลาง 14 ตำบล ภายหลังการใช้ระบบ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น ขณะที่คะแนนพฤติกรรมเสี่ยงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีความพึงพอใจต่อระบบอยู่ในระดับสูง สรุปได้ว่า H-OV GIS Model เป็นระบบเฝ้าระวังเชิงรุกที่สามารถแปลงข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงระดับครัวเรือนเป็นสารสนเทศเชิงพื้นที่ เพื่อสนับสนุนการคัดกรอง การติดตามครัวเรือนเสี่ยง การวางแผนเยี่ยมบ้าน และการตัดสินใจด้านสาธารณสุขระดับพื้นที่ได้อย่างเป็นรูปธรรม

คำสำคัญ: พยาธิใบไม้ตับ, ระบบเฝ้าระวังระดับครัวเรือน, เทคโนโลยีดิจิทัล, แผนที่ความเสี่ยงเชิงพื้นที่, H-OV GIS Model

[1]นักสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ
email: theerachaip915@gmail.com

Research article

Development of a household-level surveillance system for liver fluke infection risk behaviors using digital technology and spatial risk mapping in Uthumphon Phisai district, Sisaket province

Theerachai Prommakun[1]

Abstract

Liver fluke infection remains an important public health problem in northeastern Thailand, particularly in communities where consumption of raw or undercooked freshwater fish persists. This mixed-methods study aimed to develop a household-level surveillance system for liver fluke infection risk behaviors using digital technology and spatial risk mapping in Uthumphon Phisai District, Sisaket Province. The study was conducted across 19 subdistricts from May 2025 to April 2026. The quantitative sample consisted of 327 household representatives from liver fluke control model villages, while 42 key informants participated in the qualitative component. Research instruments included questionnaires, in-depth interview guidelines, a satisfaction assessment form, and a spatial data recording system. Data were analyzed using descriptive statistics, correlation analysis, multiple regression, paired t-test, content analysis, and geographic information system analysis. The findings showed that knowledge, attitude, and readiness or participation in the digital health surveillance system jointly predicted liver fluke infection risk behaviors, explaining 16.9% of the variance. Knowledge of liver fluke disease and readiness or participation in the digital health surveillance system were significant predictors. The developed system, called the H-OV GIS Model, consisted of a household database, QR Code or Line OA-based assessment, risk scoring and classification, spatial risk mapping, surveillance dashboard, alert and follow-up system, and community feedback mechanism. Spatial analysis identified five high-risk subdistricts and fourteen moderate-risk subdistricts. After implementation, knowledge, attitude, and participation scores significantly increased, while risk behavior scores significantly decreased at the .001 level. Overall satisfaction with the system was high. The H-OV GIS Model can transform household-level behavioral risk data into actionable spatial information to support risk screening, follow-up of at-risk households, home-visit planning, and area-based public health decision-making.

Keywords: liver fluke, household-level surveillance, digital technology, spatial risk mapping, H-OV GIS Model

[1]Public Health Technical Officer, Professional Level, Mueang Sisaket District Public Health Office, Sisaket Provincial Public Health Office, email: theerachaip915@gmail.com

บทนำ

การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (*Opisthorchis viverrini*) ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทย โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ประชาชนบางส่วนยังคงมีพฤติกรรมบริโภคปลาน้ำจืดดิบหรือปรุงไม่สุก เช่น ก้อยปลา ปลาร้า และปลาส้ม ซึ่งสัมพันธ์กับวิถีชีวิต วัฒนธรรมอาหารท้องถิ่น และระบบนิเวศของแหล่งน้ำในชุมชน การติดเชื้อเรื้อรังจากพยาธิใบไม้ตับมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจาก *O. viverrini* ได้รับการจัดเป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์กลุ่มที่ 1 และมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งเป็นโรคที่รุนแรงและมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ endemic ของลุ่มน้ำโขง (International Agency for Research on Cancer [IARC], 1994; Sripa, 2012)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้กำหนดให้โรคเขตร้อนที่ถูกละเลยเป็นหนึ่งในเป้าหมายสำคัญของแผนปฏิบัติการ พ.ศ. 2564–2573 โดยเน้นการเร่งรัดการควบคุมโรค การบูรณาการการดำเนินงานข้ามภาคส่วน และการสร้างระบบข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจเชิงพื้นที่ ขณะเดียวกัน ยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัล WHO ยังให้ความสำคัญกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อเสริมความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ การติดตามสถานการณ์ การจัดการข้อมูล และการเพิ่มประสิทธิภาพของบริการสุขภาพในระดับพื้นที่ (WHO, 2021) อย่างไรก็ตาม การควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับพื้นที่ยังเผชิญข้อจำกัดหลายประการ โดยเฉพาะระบบเฝ้าระวังแบบเดิมที่มักอาศัยการรายงานเชิงรับ การเก็บข้อมูลเป็นรอบเวลา และการวิเคราะห์ในระดับภาพรวม ทำให้ไม่สามารถติดตามพฤติกรรมเสี่ยงที่เกิดขึ้นจริงในระดับครัวเรือนได้อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพมักยังไม่เชื่อมโยงกับข้อมูลเชิงพื้นที่ ส่งผลให้การจัดลำดับพื้นที่เสี่ยง การวางแผนเยี่ยมบ้าน และการสื่อสารความเสี่ยงเฉพาะกลุ่มยังขาดความแม่นยำ การใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์จึงมีศักยภาพในการยกระดับการควบคุมโรค เนื่องจากสามารถแสดงการกระจายเชิงพื้นที่ของความเสี่ยงและสนับสนุนการวางแผนป้องกันควบคุมโรคแบบมุ่งเป้าได้ (Rujirakul et al., 2015; Pumhirunroj et al., 2024)

อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ เป็นพื้นที่ที่ยังพบพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชนและครัวเรือน จากข้อมูลการดำเนินงานควบคุมโรคหนอนพยาธิของพื้นที่ พบแนวโน้มการพบผู้ติดเชื้อและพฤติกรรมเสี่ยงในหลายตำบลต่อเนื่องหลายปี โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีบริบทวัฒนธรรมการบริโภคปลาน้ำจืดดิบหรือปรุงไม่สุก และมีข้อจำกัดด้านการติดตามข้อมูลแบบต่อเนื่องในระดับครัวเรือน สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนว่าการควบคุมโรคจำเป็นต้องเปลี่ยนจากการเฝ้าระวังเชิงรับไปสู่ระบบเฝ้าระวังเชิงรุกที่ใช้ครัวเรือนเป็นหน่วยวิเคราะห์หลัก เชื่อมโยงข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพกับตำแหน่งเชิงพื้นที่ และสามารถคืนข้อมูลให้ อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใช้วางแผนดำเนินงานได้ทันต่อสถานการณ์

ด้วยเหตุนี้ การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งพัฒนาระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับระดับครัวเรือน โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลร่วมกับแผนที่ความเสี่ยงเชิงพื้นที่ในอำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ภายใต้แนวคิดการบูรณาการข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลเชิงคุณภาพ และข้อมูลเชิงพื้นที่ เพื่อให้ได้ระบบที่สามารถคัดกรองครัวเรือนเสี่ยง จำแนกระดับความเสี่ยง แสดงผลผ่านแผนที่และ Dashboard แจ้งเตือนการติดตาม และคืนข้อมูลสู่ชุมชนอย่างเป็นระบบ อันจะนำไปสู่การตัดสินใจด้านสาธารณสุขระดับพื้นที่ที่แม่นยำ ต่อเนื่อง และสอดคล้องกับบริบทของประชาชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านความรู้ ทัศนคติ และความพร้อมหรือการมีส่วนร่วมต่อระบบเฝ้าระวังสุขภาพดิจิทัลที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของครัวเรือนในพื้นที่ศึกษา
2. เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับระดับครัวเรือนโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและแผนที่ความเสี่ยงเชิงพื้นที่
3. เพื่อวิเคราะห์และจำแนกพื้นที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับโดยใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์
4. เพื่อประเมินผลการใช้ระบบเฝ้าระวังที่พัฒนาขึ้นต่อความรู้ ทัศนคติ การมีส่วนร่วม พฤติกรรมเสี่ยง และความพึงพอใจของผู้ใช้ระบบ

วิธีการศึกษา

1. รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา โดยใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน ทั้งเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ และเชิงพื้นที่ แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ การศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การพัฒนาระบบต้นแบบ และการทดลองใช้พร้อมประเมินผลระบบ

2. พื้นที่ศึกษา ดำเนินการในอำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ครอบคลุม 19 ตำบล ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2568 ถึงเดือนเมษายน 2569

3. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเชิงปริมาณ คือ ตัวแทนครัวเรือนในหมู่บ้านต้นแบบควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 1,298 ครัวเรือน จาก 22 หมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 327 ครัวเรือน คัดเลือกด้วยการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วน ส่วนผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 42 คน ได้แก่ อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำสุขภาพชุมชน และตัวแทนครัวเรือน

4. เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงและการมีส่วนร่วมระดับครัวเรือน แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แนวคำถามการสนทนากลุ่ม แบบประเมินความพึงพอใจ และระบบบันทึกข้อมูลเชิงพื้นที่ เครื่องมือผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 แบบวัดความรู้มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.84 และแบบสอบถามด้านทัศนคติ พฤติกรรมเสี่ยง และการมีส่วนร่วม มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.87, 0.89 และ 0.85 ตามลำดับ

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บข้อมูลจากตัวแทนครัวเรือนด้วยแบบสอบถาม เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติ การมีส่วนร่วม และพฤติกรรมเสี่ยง เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องด้วยการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม จากนั้นนำข้อมูลมาพัฒนา H-OV GIS Model ซึ่งประกอบด้วยฐานข้อมูลครัวเรือน แบบประเมินผ่าน QR Code หรือ Line OA ระบบให้คะแนนและจำแนกระดับความเสี่ยง แผนที่ความเสี่ยง Dashboard ระบบแจ้งเตือนและติดตาม และการคืนข้อมูลสู่ชุมชน แล้วทดลองใช้และประเมินผลก่อน–หลังการใช้ระบบ

6. การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สหสัมพันธ์ การถดถอยพหุคูณ และ paired t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และข้อมูลเชิงพื้นที่วิเคราะห์ด้วยระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์เพื่อจำแนกระดับความเสี่ยงและจัดทำแผนที่ความเสี่ยง

7. การรับรองจริยธรรมการวิจัย การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เอกสารเลขที่ SPPH 2025-077

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างตัวแทนหลังคาเรือน 327 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.34 อายุเฉลี่ย 55.98 ปี (SD = 9.59) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 50–59 ปี ร้อยละ 42.51 มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนเท่ากับ 13,026.91 บาทต่อเดือน และมีสมาชิกในครัวเรือนเฉลี่ย 4.93 คน ส่วนผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพจำนวน 42 คน ประกอบด้วย อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน ผู้แทน อปท. แกนนำสุขภาพชุมชน และตัวแทนครัวเรือน

2. ระดับความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมเสี่ยง และความพร้อมต่อระบบเฝ้าระวังสุขภาพดิจิทัล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับดี (Mean = 11.88, SD = 2.18) และมีทัศนคติต่อการป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.85, SD = 0.45) แสดงให้เห็นว่าประชาชนในพื้นที่มีพื้นฐานการรับรู้และความเข้าใจต่อโรคในระดับค่อนข้างดี อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมเสี่ยงการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับยังคงพบอยู่ แม้ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (Mean = 2.12, SD = 0.50) สะท้อนว่าการมีความรู้และทัศนคติที่ดีอาจยังไม่เพียงพอต่อการยุติพฤติกรรมเสี่ยงในระดับครัวเรือน โดยเฉพาะพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรมอาหาร และความเคยชิน ขณะเดียวกัน ความพร้อมหรือการมีส่วนร่วมต่อระบบเฝ้าระวังสุขภาพดิจิทัลอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.07, SD = 0.47) ซึ่งถือเป็นโอกาสสำคัญในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังเชิงรุก แต่ผลดังกล่าวยังชี้ให้เห็นความจำเป็นของการมีระบบติดตามระดับครัวเรือนอย่างต่อเนื่อง เพื่อเปลี่ยนข้อมูลความรู้และทัศนคติให้เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจริง ดังตารางที่ 1

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษาและพฤติกรรมเสี่ยงการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ทัศนคติต่อการป้องกันโรค และความพร้อมหรือการมีส่วนร่วมต่อระบบเฝ้าระวังสุขภาพดิจิทัล มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมเสี่ยงการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมสูงขึ้น พฤติกรรมเสี่ยงมีแนวโน้มลดลง โดยความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงสูงที่สุด (r_s = -.340, $p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ระดับความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมเสี่ยง และความพร้อมหรือการมีส่วนร่วมต่อระบบเฝ้าระวัง (n = 327)

ตัวแปร	Mean	SD	ระดับการแปลผล
ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ	11.88	2.18	ดี
ทัศนคติต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	3.85	0.45	สูง
พฤติกรรมเสี่ยงการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ	2.12	0.50	ต่ำ
ความพร้อมหรือการมีส่วนร่วมต่อระบบเฝ้าระวังฯ	4.07	0.47	สูง

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษาและพฤติกรรมเสี่ยงการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

ตัวแปร	r_s	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ	-.340	< .001	ปานกลาง
ทัศนคติต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	-.144	.009	ต่ำ
ความพร้อมหรือการมีส่วนร่วมต่อระบบเฝ้าระวังสุขภาพดิจิทัล	-.279	< .001	ต่ำ

4. ปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมเสี่ยงการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ทัศนคติต่อการป้องกันโรค และความพร้อมหรือการมีส่วนร่วมต่อระบบเฝ้าระวังสุขภาพดิจิทัล สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมเสี่ยงการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับได้ร้อยละ 16.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R = .411$, $R^2 = .169$, Adjusted $R^2 = .161$, $F = 21.879$, $p < .001$) โดยตัวแปรทำนายสำคัญ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ($\beta = -.272$, $p < .001$) และความพร้อมหรือการมีส่วนร่วมต่อระบบเฝ้าระวังสุขภาพดิจิทัล ($\beta = -.216$, $p < .001$) ดังตารางที่ 3

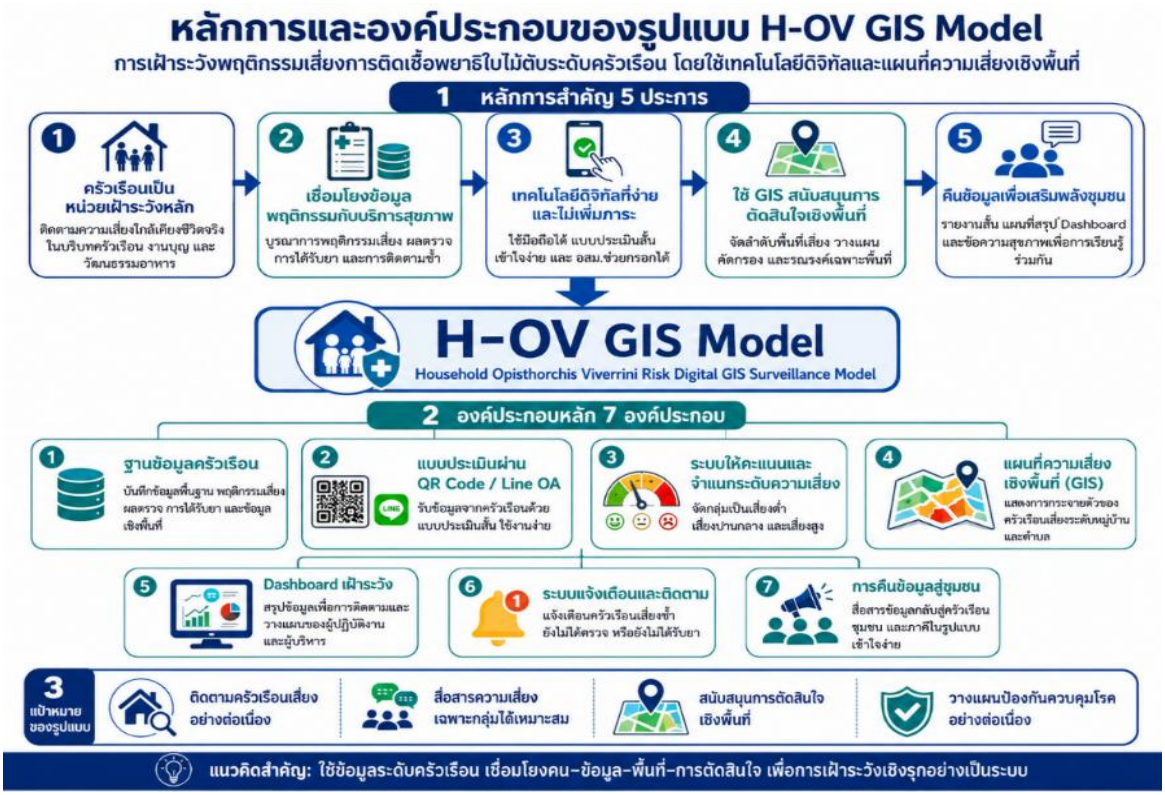
5. ผลการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ผลการวิจัยนำไปสู่การพัฒนา **H-OV GIS Model** หรือ *Household Opisthorchis Viverrini Risk Digital GIS Surveillance Model* ซึ่งเป็นระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับระดับครัวเรือน โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลร่วมกับแผนที่ความเสี่ยงเชิงพื้นที่ ระบบประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ฐานข้อมูลครัวเรือน 2) แบบประเมินผ่าน QR Code หรือ Line OA 3) ระบบให้คะแนนและจำแนกระดับความเสี่ยง 4) แผนที่ความเสี่ยงเชิงพื้นที่ 5) Dashboard เฝ้าระวัง 6) ระบบแจ้งเตือนและติดตาม และ 7) การคืนข้อมูลสู่ชุมชน ระบบดังกล่าวช่วยให้ อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และภาคีเครือข่ายในพื้นที่สามารถคัดกรองครัวเรือนเสี่ยง ติดตามพฤติกรรมเสี่ยง วางแผนเยี่ยมบ้าน และใช้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจเชิงพื้นที่ได้อย่างเป็นระบบ ดังภาพที่ 1

6. ผลการวิเคราะห์แผนที่ความเสี่ยงเชิงพื้นที่ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ พบว่า อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ สามารถจำแนกระดับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับได้เป็น 2 ระดับ ได้แก่ พื้นที่เสี่ยงสูง 5 ตำบล คือ ตำบลโคกจาน รังแร้ง หนองห้าง แข้ และทุ่งไชย คิดเป็นร้อยละ 26.32 และพื้นที่เสี่ยงปานกลาง 14 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 73.68 โดยไม่พบพื้นที่เสี่ยงต่ำ ผลดังกล่าวสะท้อนว่าความเสี่ยงยังคงกระจายอยู่ทั่วพื้นที่ศึกษา โดยเฉพาะตำบลเสี่ยงสูงซึ่งควรได้รับการจัดลำดับเป็นพื้นที่เป้าหมายสำหรับการเฝ้าระวังเชิงรุก การเยี่ยมบ้าน การสื่อสารความเสี่ยง และการติดตามพฤติกรรมเสี่ยงในระดับครัวเรือน ดังภาพที่ 2

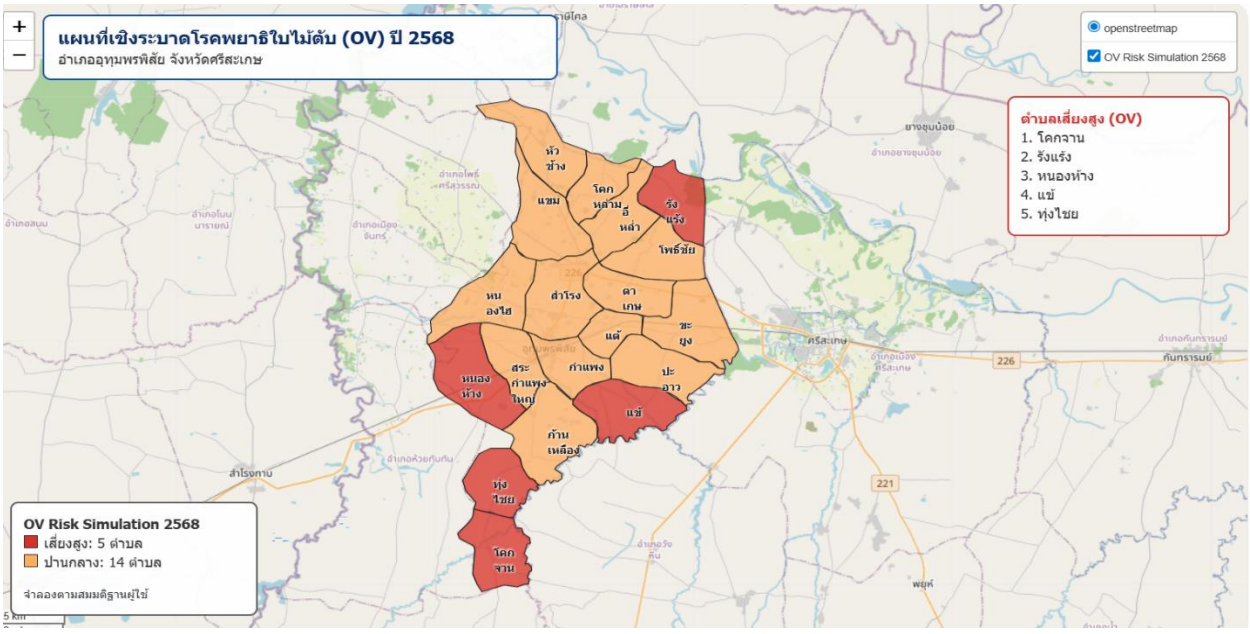
ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมเสี่ยงการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

ตัวแปรทำนาย	B	β	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ	-0.062	-0.272	< .001
ทัศนคติต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	-0.075	-0.068	.230
ความพร้อมหรือการมีส่วนร่วมต่อระบบเฝ้าระวังสุขภาพดิจิทัล	-0.228	-0.216	< .001

สถิติของสมการ: $R = .411$, $R^2 = .169$, Adjusted $R^2 = .161$, $F = 21.879$, $p < .001$



ภาพที่ 1 หลักการและองค์ประกอบของรูปแบบ H-OV GIS Model



ภาพที่ 2 แผนที่ความเสี่ยงเชิงพื้นที่ต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2568

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการใช้ระบบเฝ้าระวัง (n = 327)

ตัวแปร	ก่อนใช้ระบบ Mean ± SD	หลังใช้ระบบ Mean ± SD	ผลต่างค่าเฉลี่ย	T (df = 326)	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ	12.25 ± 2.39	13.46 ± 0.80	1.21	9.30	< .001*
ทัศนคติต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	3.72 ± 0.42	4.66 ± 0.14	0.94	51.06	< .001*
พฤติกรรมเสี่ยงการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ	2.12 ± 0.50	1.28 ± 0.13	-0.84	-37.75	< .001*
การมีส่วนร่วมกับระบบเฝ้าระวังฯ	4.07 ± 0.47	4.73 ± 0.16	0.66	32.53	< .001*

*ที่ระดับนัยสำคัญ .05

7. ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้ระบบเฝ้าระวัง ผลการเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการใช้ระบบเฝ้าระวังด้วยสถิติ paired t-test พบว่า ภายหลังการใช้ระบบ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้นจาก 12.25 เป็น 13.46 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(326) = 9.30$, $p < .001$) คะแนนทัศนคติต่อการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นจาก 3.72 เป็น 4.66 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(326) = 51.06$, $p < .001$) และคะแนนการมีส่วนร่วมกับระบบเฝ้าระวัง

สุขภาพดิจิทัลเพิ่มขึ้นจาก 4.07 เป็น 4.73 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(326) = 32.53$, $p < .001$) ขณะที่คะแนนพฤติกรรมเสี่ยงการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับลดลงจาก 2.12 เป็น 1.28 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(326) = -37.75$, $p < .001$) แสดงให้เห็นว่าระบบ H-OV GIS Model สามารถส่งเสริมความรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วม พร้อมทั้งลดพฤติกรรมเสี่ยงในระดับครัวเรือนได้อย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 5

8. ผลการประเมินความพึงพอใจต่อระบบเฝ้าระวัง ผลการประเมินความพึงพอใจต่อระบบ H-OV GIS Model พบว่า ผู้ใช้มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.43, SD = 0.57) โดยรายการที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ระบบสามารถใช้ร่วมกับงานของ อสม. และเจ้าหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Mean = 4.63, SD = 0.49) รองลงมา คือ ระบบมีประโยชน์ต่อการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงอย่างเป็นรูปธรรม (Mean = 4.60, SD = 0.52) และมีความตั้งใจใช้งานระบบต่อเนื่องหากนำไปใช้จริง (Mean = 4.58, SD = 0.55) แสดงให้เห็นว่าระบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมต่อการใช้งานในบริบทพื้นที่ และได้รับการยอมรับจากผู้ใช้ในระดับสูง

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับดี และมีทัศนคติต่อการป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง แต่ยังคงพบพฤติกรรมเสี่ยงในระดับครัวเรือน แม้ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่า “ความรู้” และ “ทัศนคติที่ดี” ยังไม่เพียงพอต่อการยุติพฤติกรรมเสี่ยงที่ฝังอยู่ในวิถีชีวิต วัฒนธรรมอาหาร และความเคยชินของชุมชน โดยเฉพาะการบริโภคปลาน้ำจืดดิบหรือปรุงไม่สุก ผลดังกล่าวสอดคล้องกับ Sitthi (2021) ที่พบว่าประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อ *Opisthorchis viverrini* ในระดับดี แต่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคยังไม่ครอบคลุมทุกด้าน สะท้อนช่องว่างสำคัญระหว่าง “การรู้เรื่องโรค” กับ “การเปลี่ยนพฤติกรรมจริง”

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ความรู้ ทัศนคติ และความพร้อมหรือการมีส่วนร่วมต่อระบบเฝ้าระวังสุขภาพดิจิทัล มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ เมื่อประชาชนมีความรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมสูงขึ้น พฤติกรรมเสี่ยงมีแนวโน้มลดลง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนที่อธิบายว่าพฤติกรรม

ได้รับอิทธิพลจากทัศนคติ บรรทัดฐานทางสังคม และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Ajzen, 1991) อย่างไรก็ตาม ผลการถดถอยพหุคูณพบว่า ทัศนคติไม่สามารถทำนายพฤติกรรมเสี่ยงได้เมื่อวิเคราะห์ร่วมกับตัวแปรอื่น ข้อนี้ไม่สอดคล้องบางส่วนกับ Rujirakul et al. (2015) ที่พบว่าทัศนคติสัมพันธ์กับพื้นที่เสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ ความแตกต่างอาจเกิดจากการศึกษาครั้งนี้ใช้ครัวเรือนเป็นหน่วยวิเคราะห์ ซึ่งพฤติกรรมจริงอาจถูกกำหนดจากความเคยชินในครอบครัว การกินร่วม และแรงกดดันทางสังคมมากกว่าทัศนคติรายบุคคล

ผลการถดถอยพหุคูณพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและความพร้อมหรือการมีส่วนร่วมต่อระบบเฝ้าระวังสุขภาพดิจิทัลเป็นตัวแปรทำนายสำคัญของพฤติกรรมเสี่ยง โดยร่วมกันอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 16.9 ผลนี้สอดคล้องกับ Perakanya et al. (2022) ที่ชี้ว่าพฤติกรรมการบริโภคปลาที่ไม่ปลอดภัยเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการติดเชื้อ *O. viverrini* อย่างไรก็ตาม ค่าอธิบายความแปรปรวนที่ไม่สูงมากสะท้อนว่า พฤติกรรมเสี่ยงยังเกี่ยวข้องกับปัจจัยอื่น เช่น วัฒนธรรมอาหาร ความเชื่อ การเข้าถึงอาหารปลอดภัย และแรงสนับสนุนจากครอบครัวหรือชุมชน

จุดเด่นของการวิจัยครั้งนี้คือการพัฒนา H-OV GIS Model ซึ่งเชื่อมข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงระดับครัวเรือนกับข้อมูลเชิงพื้นที่ผ่าน QR Code หรือ Line OA ระบบให้คะแนนความเสี่ยง แผนที่ GIS Dashboard การแจ้งเตือน และการคืนข้อมูลสู่ชุมชน แนวทางนี้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัลที่เน้นการใช้เทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนระบบข้อมูลและการตัดสินใจเชิงหลักฐาน (World Health Organization, 2021) และสอดคล้องกับ Rujirakul et al. (2015) ที่เสนอว่า GIS ช่วยระบุพื้นที่เสี่ยงและสนับสนุนการควบคุมโรคได้ตรงเป้าหมาย แต่การศึกษานี้ก้าวไกลกว่างาน GIS แบบเดิม เพราะพัฒนาเป็นระบบเฝ้าระวังที่ใช้ได้จริงในระดับครัวเรือน

หลังใช้ระบบ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น ขณะที่พฤติกรรมเสี่ยงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิด EcoHealth/One Health ที่เน้นการบูรณาการความรู้ การมีส่วนร่วม และการจัดการปัจจัยเสี่ยงในพื้นที่ (Prakobwong et al., 2025; Sripa et al., 2025) อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์ของการศึกษานี้ควรตีความว่าเป็นการลด “ความเสี่ยงเชิงพฤติกรรม” ยังไม่ใช่การลดอัตราการติดเชื้อโดยตรง เนื่องจากยังไม่มีการติดตามผลตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการในระยะยาว

โดยสรุป H-OV GIS Model เป็นระบบเฝ้าระวังเชิงรุกที่เปลี่ยนการเก็บข้อมูลเพื่อรายงานไปสู่การใช้ข้อมูลเพื่อจัดการความเสี่ยงระดับครัวเรือนอย่างเป็นระบบ มีศักยภาพในการเป็นต้นแบบการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับระดับอำเภอ และสามารถขยายผลสู่พื้นที่เสี่ยงอื่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางนโยบาย

สรุปผล

การวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า การพัฒนาระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับระดับครัวเรือนโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและแผนที่ความเสี่ยงเชิงพื้นที่ สามารถตอบโจทย์ช่องว่างของการเฝ้าระวังแบบเดิมที่ยังไม่สามารถติดตามความเสี่ยงเชิงพฤติกรรมในระดับครัวเรือนได้อย่างต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และทัศนคติต่อการป้องกันโรคอยู่ในระดับดีถึงสูง แต่ยังคงพบพฤติกรรมเสี่ยง สะท้อนว่าการควบคุมโรคจำเป็นต้องใช้ระบบติดตามและจัดการข้อมูลที่ใกล้ชิดกับบริบทครัวเรือนมากกว่าการให้ความรู้ทั่วไป

ระบบที่พัฒนาขึ้น คือ **H-OV GIS Model** ประกอบด้วยฐานข้อมูลครัวเรือน แบบประเมินผ่าน QR Code หรือ Line OA ระบบให้คะแนนและจำแนกระดับความเสี่ยง แผนที่ความเสี่ยงเชิงพื้นที่ Dashboard ระบบแจ้งเตือนและติดตาม และการคืนข้อมูลสู่ชุมชน

ผลการใช้ระบบพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น ขณะที่พฤติกรรมเสี่ยงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ การวิเคราะห์ GIS สามารถจำแนกพื้นที่เสี่ยงสูงและเสี่ยงปานกลางได้ชัดเจน ช่วยสนับสนุนการวางแผนเยี่ยมบ้าน การสื่อสารความเสี่ยง และการตัดสินใจเชิงพื้นที่ของหน่วยงานสาธารณสุข

โดยสรุป **H-OV GIS Model** เป็นระบบเฝ้าระวังเชิงรุกที่เปลี่ยนข้อมูลพฤติกรรมระดับครัวเรือนให้เป็นสารสนเทศเชิงพื้นที่ที่นำไปใช้ได้จริง มีศักยภาพในการสนับสนุนการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชน อำเภอ และจังหวัด และสามารถต่อยอดเป็นต้นแบบการเฝ้าระวังโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงเชิงพื้นที่ในบริบทสาธารณสุขชุมชนได้

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาระบบเฝ้าระวังเชิงพื้นที่ในบริบทอำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ จึงมีความเหมาะสมสูงต่อพื้นที่ที่มีลักษณะสังคมวัฒนธรรมอาหาร และระบบบริการสุขภาพใกล้เคียงกัน การขยายผลไปยังพื้นที่อื่นควรปรับเกณฑ์ความเสี่ยงและกระบวนการมีส่วนร่วมให้สอดคล้องกับบริบทเฉพาะพื้นที่ ผลลัพธ์ของการวิจัยมุ่งประเมินความรู้ ทัศนคติ การมีส่วนร่วม พฤติกรรมเสี่ยง ความพึงพอใจ และความสามารถของระบบในการจำแนกพื้นที่เสี่ยง ระยะต่อไปควรเชื่อมโยงข้อมูลพฤติกรรมกับผลตรวจยืนยันการติดเชื้อ เพื่อยกระดับระบบสู่การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. เชิงปฏิบัติ หน่วยงานสาธารณสุขระดับพื้นที่ควรนำ H-OV GIS Model ไปใช้เป็นเครื่องมือเฝ้าระวังเชิงรุกในหมู่บ้านเสี่ยง โดยบูรณาการกับงานของ อสม. รพ.สต. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อคัดกรองครัวเรือนเสี่ยง ติดตามพฤติกรรมซ้ำ วางแผนเยี่ยมบ้าน และคืนข้อมูลความเสี่ยงให้ชุมชนอย่างต่อเนื่อง

2. เชิงนโยบาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนการใช้ระบบเฝ้าระวังดิจิทัลร่วมกับ GIS เป็นกลไกจัดการความเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับอำเภอและจังหวัด โดยกำหนดพื้นที่เสี่ยงสูงเป็นพื้นที่เป้าหมายเร่งด่วนสำหรับการสื่อสารความเสี่ยง การติดตามครัวเรือน และการจัดสรรทรัพยากรควบคุมโรค

3. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาติดตามผลระยะยาว โดยเชื่อมโยงข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงกับผลตรวจยืนยันการติดเชื้อทางห้องปฏิบัติการ และควรทดลองขยายระบบไปยังพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อประเมินความสามารถในการปรับใช้ ความคุ้มค่า และศักยภาพของ H-OV GIS Model ในการเป็นต้นแบบการเฝ้าระวังโรคพยาธิใบไม้ตับระดับพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50*(2), 179–211. https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T

International Agency for Research on Cancer. (1994). *Schistosomes, liver flukes and Helicobacter pylori* (IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Vol. 61). World Health Organization. https://publications.iarc.fr/79

Perakanya, P., Ungcharoen, R., Worrabannakorn, S., Ongarj, P., Artchayasawat, A., Boonmars, T., & Boueroy, P. (2022). Prevalence and risk factors of *Opisthorchis viverrini* infection in Sakon Nakhon Province, Thailand. *Tropical Medicine and Infectious Disease, 7*(10), Article 313. https://doi.org/10.3390/tropicalmed7100313

Prakobwong, S., Charoensuk, L., Chaipibool, S., Chedtabud, K., Laothong, U., Suwannatrai, A. T., Blair, D., & Pinlaor, S. (2025). One Health integrated strategies for sustainable control of

Opisthorchis viverrini infections in rural endemic areas of Thailand. *Infectious Diseases of Poverty, 14*, Article 42. https://doi.org/10.1186/s40249-025-01315-7

Pumhirunroj, B., Littidej, P., Boonmars, T., Artchayasawat, A., Buasri, N., & Slack, D. (2024). Spatial prediction of the probability of liver fluke infection in water resource within sub-basin using an optimized geographically-weighted regression model. *Frontiers in Veterinary Science, 11*, Article 1487222. https://doi.org/10.3389/fvets.2024.1487222

Rujirakul, R., Ueng-Arporn, N., Kaewpitoon, S., Loyd, R. J., Kaewthani, S., & Kaewpitoon, N. (2015). GIS-based spatial statistical analysis of risk areas for liver flukes in Surin Province of Thailand. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 16*(6), 2323–2326. https://doi.org/10.7314/APJCP.2015.16.6.2323

Sitthi, W. (2021). Knowledge attitude practice and factors associated with *Opisthorchis viverrini* infection in Phayao Province, Thailand. *Disease Control Journal, 47*(1), 38–47. https://doi.org/10.14456/dcj.2021.4

Sripa, B., Brindley, P. J., Mulvenna, J., Laha, T., Smout, M. J., Mairiang, E., Bethony, J. M., & Loukas, A. (2012). The tumorigenic liver fluke *Opisthorchis viverrini*: Multiple pathways to cancer. *Trends in Parasitology, 28*(10), 395–407. https://doi.org/10.1016/j.pt.2012.07.006

Sripa, B., Tangkawattana, S., & Sangnikul, M. (2025). Integrated opisthorchiasis control through the EcoHealth/One Health approach: 15 years of success and experiences with the Lawa model. *One Health, 20*, Article 101006. https://doi.org/10.1016/j.onehlt.2025.101006

World Health Organization. (2021). *Global strategy on digital health 2020–2025*. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789240020924

บทความวิจัย

การพัฒนารูปแบบการจัดการศูนย์พักพิงชั่วคราวภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์และผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตของผู้อพยพ: กรณีศึกษาอำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี

สุวิทย์ชัย ทองกูล[1], พิมพ์ลักษณ์ อมรไชย[2], อุไรวรรณ ฐิติวัฒนากูล[3]

Received: 20 มี.ค. 68
Revised: 10 เม.ย. 69
Accepted: 12 พ.ค.69

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อถอดบทเรียนการจัดการศูนย์พักพิงชั่วคราวในสภาวะฉุกเฉิน และเปรียบเทียบสภาวะสุขภาพจิตของผู้อพยพตามรูปแบบการจัดการ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามกระบวนการ PAOR ของ Kemmis & McTaggart (1990) ในสถานการณ์ ความไม่สงบตามแนวชายแดนไทย-กัมพูชา กรณีศึกษาอำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่าง เดือนกรกฎาคมถึงธันวาคม 2568 กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 20 คน และกลุ่ม ตัวอย่างผู้อพยพ 382 คน

ผลการวิจัยพบว่า ปัญหาหลักในการจัดการระลอกที่ 1 คือ “สภาวะสายบังคับบัญชาซ้อนทับ (Dual Command)” ทำให้การสั่งการล่าช้าและเกิด “ศูนย์พักพิงนอกแผน” ที่ขาดทรัพยากร ผู้วิจัยจึง พัฒนารูปแบบ “นาจะหลวยโมเดล” โดยปรับโครงสร้างสู่ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) แบบ Single Command ที่มีผู้บัญชาการเหตุการณ์ (IC) ชัดเจน การใช้ Dashboard ข้อมูลแบบ Real-time และ การทำงานเชิงรุก (Proactive Approach) ของทีม MCATT ผ่านกระบวนการคัดกรองสุขภาพจิต 100% ภายหลังการประยุกต์ใช้นาจะหลวยโมเดลในเหตุการณ์ระลอกที่ 2 สภาวะสุขภาพจิตของผู้ อพยพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยกลุ่มเสี่ยงมากที่สุดลดลงจากร้อยละ 0.39 เหลือร้อยละ 0.07 และไม่พบเหตุการณ์ทำร้ายตนเองสำเร็จ นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์สถิติพบว่า “เพศ” และ “การเจ็บป่วย” มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ขณะที่ “จำนวนครั้งในการอพยพ” มีผลโดยตรงต่อภาวะซึมเศร้า และ “อายุ” มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ($r = 0.160$, 0.178, $p < 0.01$) สรุปได้ว่า รูปแบบนาจะหลวยโมเดลช่วยลดปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการและเพิ่ม ประสิทธิภาพการบริหารจัดการภาวะวิกฤตอย่างเป็นระบบ งานวิจัยนี้เสนอแนะให้หน่วยงาน สาธารณสุขระดับเขตบรรจุรูปแบบดังกล่าวเป็นแนวทางมาตรฐานในการจัดการภัยพิบัติชายแดน พร้อม ทั้งพัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพแบบ Offline เพื่อรองรับความต่อเนื่องในการดูแลกลุ่มเปราะบางใน สภาวะที่โครงสร้างพื้นฐานสื่อสารอาจถูกตัดขาด อันจะเป็นกลไกสำคัญในการคุ้มครองสวัสดิภาพและ เยียวยาบาดแผลทางจิตใจของผู้อพยพอย่างยั่งยืน คำสำคัญ: รูปแบบการจัดการศูนย์พักพิงชั่วคราว, ระบบบัญชาการเหตุการณ์, นาจะหลวยโมเดล, สุขภาพจิต, การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

คำสำคัญ: รูปแบบการจัดการศูนย์พักพิงชั่วคราว, ระบบบัญชาการเหตุการณ์, นาจะหลวยโมเดล, สุขภาพจิต, การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

[1]นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี
[2]นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี
[3]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี, email: [Uripcu@gmail.com]

Research article

Development of a Temporary Shelter Management Model Under the Incident Command System (ICS) and Mental Health Outcomes of Evacuees A Case Study of Nachaluai District, Ubon Ratchathani Province

Suwitchai Thongkun[1], Phimlak Amonchai[2], Uraiwan Tithiwattanakul[3]

Abstract

This action research aimed to develop a temporary shelter management model under the Incident Command System (ICS) and evaluate mental health outcomes among evacuees during border conflicts in Na Chaluai District, Ubon Ratchathani Province, from July to December 2025. Following the PAOR framework, the study involved 20 key informants and 382 evacuees. Qualitative findings identified "Dual Command" and fragmented data management as key barriers during the first evacuation wave. These led to the development of the "Na Chaluai Model," featuring a unified Single Command structure (ICS), real-time data dashboards, and 100% proactive mental health screening by MCATT teams. Quantitative results showed significant mental health improvements during the second wave. The highest-risk group decreased from 0.39% to 0.07%, with no successful suicides reported. Statistical analysis confirmed that gender and pre-existing illness significantly correlated with stress and depression ($p < 0.05$). Additionally, the number of evacuations was linked to depression, while age showed a significant positive correlation with stress and depression ($r = 0.160, 0.178$, $p < 0.01$). The Na Chaluai Model successfully mitigated service inequities and enhanced crisis management. It is recommended that this model be adopted as a standard guideline for border disaster management, emphasizing the use of offline health databases to ensure continuity of care for vulnerable populations in emergency situations.

Keywords: Temporary Shelter Management Model, Incident Command System (ICS), Na Chaluai Model, Mental Health, Action Research

[1]Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Na Chaluai District Public Health Office, Ubon Ratchathani Province

[2]Public Health Technical Officer, Professional Level, Na Chaluai District Public Health Office, Ubon Ratchathani Province

[3]Registered Nurse, Professional Level, Na Chaluai District Public Health Office, Ubon Ratchathani Province

email: [Uripcu@gmail.com]

บทนำ

สถานการณ์ความไม่สงบตามแนวชายแดนเป็นภัยที่มีลักษณะเฉพาะแตกต่างจากภัยธรรมชาติทั่วไป เนื่องจากมีความไม่แน่นอนด้านเวลา ความปลอดภัยและการรับรู้ภัยของประชาชน เสียงอาวุธหนักและข่าวสารที่ไม่ครบถ้วนสามารถกระตุ้นให้เกิดการอพยพแบบฉับพลัน และทำให้ประชาชนกระจายตัวไปยังจุดพักพิงที่มิได้อยู่ในแผน ส่งผลให้การจัดการทรัพยากร การดูแลสุขภาพกาย และการดูแลสุขภาพจิตมีความซับซ้อนสูงขึ้น ดังนั้น การจัดการศูนย์พักพิงชั่วคราวจึงไม่ควรถูกมองเพียงการจัดที่พัก แต่ควรถูกออกแบบเป็นระบบคุ้มครองชีวิต ศักดิ์ศรี ความปลอดภัย และความต่อเนื่องของบริการสุขภาพของประชาชนที่ได้รับผลกระทบ

มาตรฐานสากลด้านมนุษยธรรมเน้นว่าผู้ประสบภัยมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือที่มีคุณภาพ มีความปลอดภัย และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นตัวของตนเอง โดย The Sphere Handbook ยังคงเป็นมาตรฐานอ้างอิงหลักด้านที่พักพิง น้ำ สุขาภิบาล อาหาร และการคุ้มครองในวิกฤตมนุษยธรรม แม้ฉบับปี 2018 จะเกินกรอบเวลา 5 ปี แต่ยังเป็นฉบับมาตรฐานที่ใช้กว้างขวางในงานมนุษยธรรมระหว่างประเทศ (Sphere Association, 2018) สำหรับบริบทประเทศไทย คู่มือการจัดตั้งและการบริหารจัดการศูนย์พักพิงชั่วคราวของกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยกำหนดให้การบริหารศูนย์พักพิงต้องครอบคลุมการลงทะเบียน การจัดพื้นที่ การจัดบริการสุขภาพ สุขาภิบาล ความปลอดภัย และการประสานงานหลายหน่วยงานอย่างเป็นระบบ (กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย, 2565)

ระบบบัญชาการเหตุการณ์ หรือ Incident Command System เป็นกลไกสำคัญในการลดความสับสนของการสั่งการ และทำให้หน่วยงานต่าง ๆ สามารถปฏิบัติงานร่วมกันผ่านบทบาท หน้าที่ และสายรายงานที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน NIMS ของสหรัฐอเมริกากำหนดให้ Incident Command System เป็นโครงสร้างการจัดการเหตุการณ์ ณ พื้นที่เกิดเหตุ ซึ่งสามารถขยายหรือลดขนาดได้ตามความซับซ้อนของสถานการณ์ (Federal Emergency Management Agency, 2017) ขณะที่กรอบ Public Health Emergency Operations Centre ขององค์การอนามัยโลกเน้นการเชื่อมโยงข้อมูล สายสั่งการ การประสานงาน และการตัดสินใจเชิงยุทธศาสตร์ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (World Health Organization, 2015; World Health Organization Regional Office for Africa, 2021)

นอกจากการจัดการทรัพยากรแล้ว ภาวะสุขภาพจิตของผู้อพยพเป็นผลลัพธ์สำคัญที่ต้องเฝ้าระวังอย่างจริงจัง แนวทางด้านสุขภาพจิตและการสนับสนุนทางจิตสังคมในภาวะฉุกเฉินเสนอให้จัดบริการแบบบูรณาการหลายระดับ ตั้งแต่การสร้างความปลอดภัย การสนับสนุนชุมชน การปฐมพยาบาลทางใจ ไปจนถึงการส่งต่อผู้มีความเสี่ยงสูง (Inter Agency Standing Committee, 2007) ในประเทศไทย กรมสุขภาพจิตได้พัฒนาทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต หรือ MCATT เพื่อประเมินและดูแลประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติและวิกฤตต่าง ๆ รวมถึงการเฝ้าระวังภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง (กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2561)

อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี เป็นพื้นที่ชายแดนที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบตามแนวชายแดนไทยและกัมพูชา การอพยพระลอกแรกสะท้อนปัญหาสำคัญ ได้แก่ สภาวะสายบังคับบัญชาซ้อนทับ ศูนย์พักพิงนอกแผน การกระจายตัวของผู้อพยพ ช่องว่างข้อมูล และความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตของประชาชน งานวิจัยครั้งนี้จึงพัฒนารูปแบบ “นาจะหลวยโมเดล” โดยบูรณาการระบบบัญชาการเหตุการณ์ ข้อมูลดิจิทัลแบบเรียลไทม์

ทีมสหวิชาชีพ MCATT และการมีส่วนร่วมของภาคีพื้นที่ เพื่อยกระดับจากการจัดการเฉพาะหน้าไปสู่รูปแบบการตอบโต้ภัยชายแดนที่ใช้ซ้ำได้ ขยายผลได้ และตรวจสอบผลลัพธ์ได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อถอดบทเรียนการจัดการศูนย์พักพิงชั่วคราวในสภาวะฉุกเฉิน

2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตของผู้อพยพตามรูปแบบการจัดการศูนย์พักพิงชั่วคราว

วิธีการศึกษา

1. รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบผสมผสาน โดยใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อถอดบทเรียนและพัฒนารูปแบบ ร่วมกับข้อมูลเชิงปริมาณจากการคัดกรองสุขภาพจิตของผู้อพยพ การดำเนินงานแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาวิจัยเบื้องต้นเพื่อถอดบทเรียนจากเหตุการณ์อพยพระลอกแรก และระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบตามวงจร PAOR ประกอบด้วย Planning, Action, Observation และ Reflection แนวคิด PAOR ของ Kemmis และ McTaggart เป็นฐานวิธีวิทยาดั้งเดิมที่ยังเหมาะสมต่อการเปลี่ยนแปลงระบบในพื้นที่จริง โดยในการศึกษานี้ได้ยกระดับด้วยกรอบผลลัพธ์การนำไปใช้ของ implementation science เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ การยอมรับ การนำไปใช้ และความยั่งยืนของรูปแบบ (Kemmis & McTaggart, 1988; Proctor et al., 2011, 2023)

2. พื้นที่ศึกษาและบริบท พื้นที่ศึกษา คือ อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งมีประชาชนจากตำบลนาจะหลวยและตำบลบ้านตูมได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบตามแนวชายแดนไทยและกัมพูชา และต้องอพยพเข้าสู่ศูนย์พักพิงชั่วคราวทั้งในระลอกแรกและระลอกที่สอง บริบทการจัดการมีลักษณะเฉพาะจากการเคลื่อนย้ายประชาชนจำนวนมาก ความเสี่ยงต่อการเกิดศูนย์พักพิงนอกแผน การประสานงานหน่วยงาน และความจำเป็นในการจัดบริการสุขภาพกายและสุขภาพจิตควบคู่กัน

3. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเชิงปริมาณ คือ ประชาชนที่ได้รับผลกระทบและเข้าสู่กระบวนการคัดกรองสุขภาพจิตในเหตุการณ์อพยพทั้งสองระลอก กลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์เชิงปริมาณมีจำนวน 382 คน ประกอบด้วยกลุ่มอพยพครั้งที่ 1 จำนวน 128 คน และกลุ่มอพยพครั้งที่ 2 จำนวน 254 คน ส่วนกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญเชิงคุณภาพมีจำนวน 20 คน แบ่งเป็นผู้บริหารและผู้บัญชาการเหตุการณ์ 2 คน ผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขและทีมสนับสนุน 10 คน และผู้อพยพหรือตัวแทนชุมชน 8 คน โดยคัดเลือกแบบเจาะจงตามบทบาทหน้าที่ และประสบการณ์ตรงในเหตุการณ์

4. เครื่องมือวิจัย เครื่องมือเชิงคุณภาพประกอบด้วยแนวคำถามถอดบทเรียน แนวสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบบันทึกการประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เครื่องมือเชิงปริมาณใช้แบบบันทึกผลการคัดกรองสุขภาพจิตมาตรฐานของทีม MCATT ได้แก่ แบบประเมินความเครียด ST 5 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q และ 9Q แบบประเมินความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง 8Q และ PISCES 10 รวมถึงข้อมูลพื้นฐานของผู้อพยพ ได้แก่ จำนวนครั้งของการอพยพ เพศ อายุ และการมีโรคประจำตัว

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะที่ 1 ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากเหตุการณ์อพยพระลอกแรก เอกสารปฏิบัติงาน รายงานสถานการณ์ และการประชุมถอดบทเรียน เพื่อระบุจุดอ่อนเชิงระบบของการจัดการศูนย์พักพิงชั่วคราว ระยะที่ 2 ดำเนินการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อออกแบบรูปแบบภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ ประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อปรับแผนให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ทดลองใช้รูปแบบในสถานการณ์จริง และสะท้อนผลเพื่อปรับปรุงรูปแบบ โดยทีม MCATT ดำเนินการคัดกรองและติดตามสุขภาพจิตเชิงรุกในศูนย์พักพิงชั่วคราว

6. การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา โดยจัดกลุ่มประเด็นตามปัญหา กลไกการแก้ไข และปัจจัยความสำเร็จของรูปแบบ ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ ใช้ Pearson's Chi square test เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนครั้งของการอพยพ เพศ และการเจ็บป่วยกับระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้า และใช้ Pearson correlation เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับความเครียด และคะแนน 9Q กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สำหรับ Chi square test และ .01 สำหรับ Pearson correlation

7. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ การวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB 2568 11.042 ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการชี้แจงสิทธิ วัตถุประสงค์ของการศึกษา การใช้ข้อมูล และการรักษาความลับก่อนเข้าร่วมการศึกษา

ผลการศึกษา

1. ผลการถอดบทเรียนและการพัฒนานาจะหลวยโมเดล การถอดบทเรียนการจัดการศูนย์พักพิงชั่วคราวจากเหตุการณ์อพยพระลอกแรก พบปัญหาสำคัญ 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) สภาวะสายบังคับบัญชาซ้อนทับระหว่างสายปกครองและสายต้นสังกัดของหน่วยบริการที่ถ่ายโอน ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานไม่ชัดเจนว่าใครเป็นผู้สั่งการหลัก 2) การเกิดศูนย์พักพิงนอกแผนจากการอพยพตามสัญชาตญาณของประชาชน ทำให้ศูนย์พักพิงบางแห่งไม่ได้รับงบประมาณ ทรัพยากร และการสนับสนุนอย่างทันท่วงที 3) ช่องว่างของข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มเปราะบาง และจำนวนผู้อพยพที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา 4) ความเสี่ยงด้านสุขาภิบาลและน้ำดื่มน้ำใช้ โดยเฉพาะศูนย์พักพิงที่ไม่ได้อยู่ในแผน และ 5) ผลกระทบทางจิตใจจากเสียงอาวุธหนัก ความกังวลต่อบ้านเรือน ทรัพย์สิน สัตว์เลี้ยง และอนาคตของครอบครัว ปัญหาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าการจัดการศูนย์พักพิงชั่วคราวในบริบทภัยชายแดนไม่สามารถใช้เพียงแนวทางการจัดที่พักและสิ่งของจำเป็นเท่านั้น แต่จำเป็นต้องออกแบบเป็นระบบบัญชาการการจัดการข้อมูล การดูแลสุขภาพ และการคุ้มครองทางจิตสังคมที่ทำงานร่วมกันอย่างเป็นเอกภาพ

จากกระบวนการพัฒนาตามวงจร PAOR ผู้วิจัยและภาคีพื้นที่ได้พัฒนารูปแบบ "นาจะหลวยโมเดล" โดยปรับจากการบริหารแบบหลายศูนย์อำนาจไปสู่ระบบบัญชาการเหตุการณ์แบบ Single Command มีผู้บัญชาการเหตุการณ์ที่ชัดเจน และจัดกลุ่มภารกิจเป็น 11 กลุ่ม ได้แก่ SAT, Planning Scientific IT, JIT, Medical Coordination Case Management, Risk Communication and Safety, MCATT, Mini MERT, Stockpiling and Logistic, SehRT, Finance Section และ Liaison รูปแบบดังกล่าวทำให้การบัญชาการ การวางแผน การสื่อสารความเสี่ยง การแพทย์ฉุกเฉิน การดูแลสุขภาพจิต สุขาภิบาล เวชภัณฑ์ ระบบส่งต่อ และงบประมาณ ถูกเชื่อมโยงไว้ในโครงสร้างเดียวกัน ลดความซ้ำซ้อนของการสั่งการ และช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานแต่ละกลุ่มภารกิจเข้าใจบทบาทของตนเองชัดเจนขึ้น

องค์ประกอบสำคัญด้านสุขภาพดิจิทัลของนาจะหลวยโมเดล คือ การจัดทำ Dashboard เพื่อรายงานจำนวนผู้อพยพและข้อมูลสำคัญแบบเรียลไทม์ ทำให้ผู้บัญชาการเหตุการณ์และทีมปฏิบัติการใช้ข้อมูลชุดเดียวกันในการตัดสินใจ ข้อมูลที่นำมาใช้ประกอบด้วยจำนวนผู้อพยพในแต่ละศูนย์พักพิง กลุ่มเปราะบาง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ความต้องการยาการส่งต่อ และข้อจำกัดด้านทรัพยากรของแต่ละพื้นที่ นอกจากนี้ยังมีการปรับจุดพักพิงตามแผนให้กระจายตามระดับความปลอดภัย ความจุของพื้นที่ และความต่อเนื่องของการดูแลสุขภาพ โดยคำนึงถึงการจัดกลุ่มประชาชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของหน่วย

บริการเดียวกันให้อยู่ใกล้กัน เพื่อลดความเสี่ยงต่อการขาดยา การขาดข้อมูลการรักษา และความล่าช้าในการประสานบริการสุขภาพ

ด้านสุขภาพจิต ทีม MCATT ได้ปรับบทบาทจากการรอรับบริการเป็นการคัดกรองเชิงรุกในพื้นที่พักอาศัยของผู้อพยพ มีการประเมินความเครียดและความเสี่ยงซ้ำ รวมถึงเชื่อมต่อระบบส่งต่อเมื่อพบผู้มีความเสี่ยงสูง นอกจากการคัดกรองสุขภาพจิตแล้ว ยังมีการจัดกิจกรรมฟื้นฟูพลังใจและสนับสนุนทางจิตสังคม เช่น กิจกรรมทำบุญตักบาตร ทำวัตรเย็น สันทนาการสำหรับเด็ก การเรียนการสอนในศูนย์พักพิง นวดแผนไทยเพื่อลดความเครียด การเบิกยาและส่งยาผ่านระบบสื่อสารดิจิทัล ตลอดจนกิจกรรมทางสังคมและวัฒนธรรมที่ช่วยรักษาความเป็นชุมชนของผู้อพยพ การดำเนินงานดังกล่าวช่วยให้ศูนย์พักพิงชั่วคราวไม่ได้เป็นเพียงพื้นที่รองรับการอพยพ แต่เป็นพื้นที่คุ้มครองสุขภาพกาย สุขภาพจิต ความสัมพันธ์ทางสังคม และศักดิ์ศรีของประชาชนที่ได้รับผลกระทบ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 องค์ประกอบเชิงระบบของ “นาจะหลวยโมเดล”

องค์ประกอบ	กลไกสำคัญ	ผลลัพธ์เชิงระบบที่คาดหวัง
Single Command ICS	กำหนดผู้บัญชาการเหตุการณ์ สายรายงาน และ 11 กลุ่มภารกิจ	ลด dual command และเร่งการตัดสินใจ
Digital Dashboard	รายงานจำนวนผู้อพยพ กลุ่มเปราะบาง ยา เวชภัณฑ์ และสถานการณ์แบบเรียลไทม์	เพิ่มข้อมูลเดียวกันสำหรับทุกฝ่ายและรองรับการตัดสินใจเชิงหลักฐาน
Planned Shelter & Zoning	กำหนดศูนย์พักพิงตามแผน จัดพื้นที่คัดกรอง พักอาศัย สุขภาพ และสุขาภิบาล	ลดความแออัด ศูนย์นอกแผน และความเสี่ยง WASH
Proactive MCATT	คัดกรอง ST-5, 2Q, 9Q, 8Q, PISCES-10 และติดตามกลุ่มเสี่ยง	ตรวจพบความเสี่ยงเร็ว ลดช่องว่างการดูแลสุขภาพจิต
Continuity & Community Recovery	ระบบส่งต่อ ยาต่อเนื่อง กิจกรรมกาย-จิต-สังคม-จิตวิญญาณ	รักษาความต่อเนื่องการรักษาและความเป็นชุมชนในศูนย์พักพิง

2. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณจำนวน 382 คน ส่วนใหญ่อยู่ในเหตุการณ์อพยพครั้งที่ 2 จำนวน 254 คน คิดเป็นร้อยละ 66.5 รองลงมาคือเหตุการณ์อพยพครั้งที่ 1 จำนวน 128 คน คิดเป็นร้อยละ 33.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 271 คน คิดเป็นร้อยละ 70.9 ส่วนเพศชายมีจำนวน 111 คน คิดเป็นร้อยละ 29.1 เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มอายุ 45 ถึง 59 ปี และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนสูงสุดเท่ากัน กลุ่มละ 107 คน คิดเป็นร้อยละ 28.0 สำหรับภาวะสุขภาพ พบว่าผู้มีโรคประจำตัวมีจำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 8.4 ขณะที่ผู้ไม่มีโรคประจำตัวมีจำนวน 350 คน คิดเป็นร้อยละ 91.6 ส่วนระดับความเครียดโดยรวม พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย จำนวน 359 คน คิดเป็นร้อยละ 94.0 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 382)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งของการอพยพ อพยพครั้งที่ 1	128	33.5
อพยพครั้งที่ 2	254	66.5
เพศ ชาย	111	29.1
หญิง	271	70.9
อายุ อายุต่ำกว่า 45 ปี	168	44.0
อายุ 45 ถึง 59 ปี	107	28.0
อายุ 60 ปีขึ้นไป	107	28.0
ไม่มีโรคประจำตัว	350	91.6
มีโรคประจำตัว	32	8.4
ระดับความเครียด ระดับน้อย	359	94.0
ระดับปานกลางถึงสูง	23	6.0

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั่วไปกับระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้า

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Pearson's Chi square พบว่า เพศและการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพศมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 (χ^2 = 11.331, df = 3, p = .010) และการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 = 63.735, df = 3, p = .001) ขณะที่จำนวนครั้งของการอพยพไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 = 6.712, df = 3, p = .082)

เมื่อพิจารณาภาวะซึมเศร้า พบว่าจำนวนครั้งของการอพยพและการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยจำนวนครั้งของการอพยพมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (χ^2 = 11.639, df = 5, p = .040) และการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 = 64.420, df = 5, p = .001) ส่วนเพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 = 4.867, df = 5, p = .432) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั่วไปกับระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้า

ผลลัพธ์	ปัจจัย	χ^2	df	p value
ระดับความเครียด	จำนวนครั้งของการอพยพ	6.712	3	.082
	เพศ	11.331*	3	.010
	การเจ็บป่วย	63.735*	3	.001
ภาวะซึมเศร้า	จำนวนครั้งของการอพยพ	11.639*	5	.040
	เพศ	4.867	5	.432
	การเจ็บป่วย	64.420*	5	.001

หมายเหตุ. *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับความเครียด และภาวะซึมเศร้า

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Pearson correlation พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำมากกับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .160, p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำมากกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .178, p < .01$) แสดงให้เห็นว่าเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย

นอกจากนี้ ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .360, p < .01$) สะท้อนว่าผู้อพยพที่มีระดับความเครียดสูงขึ้นมีแนวโน้มมีภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นร่วมด้วย ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับความเครียด และภาวะซึมเศร้า

ตัวแปร	อายุ	ระดับความเครียด	ภาวะซึมเศร้า
อายุ	1	.160**	.178**
ระดับความเครียด	.160**	1	.360**
ภาวะซึมเศร้า	.178**	.360**	1

หมายเหตุ. **มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผล

ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า ปัญหาหลักของการจัดการศูนย์พักพิงชั่วคราวในเหตุการณ์อพยพระลอกแรกไม่ได้จำกัดอยู่ที่การขาดทรัพยากร แต่เป็นปัญหาเชิงระบบที่เกี่ยวข้องกับความไม่ชัดเจนของสายบัญชาการ ฐานข้อมูลที่ไม่เป็นเอกภาพ และข้อจำกัดในการคาดการณ์จำนวนผู้อพยพ การปรับโครงสร้างการบริหารเหตุการณ์เป็นระบบบัญชาการเหตุการณ์แบบ Single Command จึงเป็นกลไกสำคัญที่เปลี่ยนการตอบสนองจากการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าไปสู่การบริหารเหตุการณ์ที่มีวัตถุประสงค์ร่วม มีสายรายงานเดียว และมีกลุ่มภารกิจที่สามารถติดตามตรวจสอบได้ ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับหลักการของ NIMS และ PHEOC ที่เน้นความเป็นเอกภาพของการบัญชาการ การประสานงานหลายภาคส่วน และการใช้ข้อมูลสถานการณ์เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจในภาวะฉุกเฉิน (Federal Emergency Management Agency, 2017; World Health Organization, 2015)

นวัตกรรมสำคัญของนาจะหลวยโมเดล คือ การเชื่อมโยงระบบบัญชาการเหตุการณ์กับข้อมูลสุขภาพดิจิทัลผ่าน Dashboard แบบเรียลไทม์ ทำให้ผู้บัญชาการเหตุการณ์ ทีมแพทย์ ทีม MCATT และฝ่ายสนับสนุนสามารถใช้ข้อมูลชุดเดียวกันในการจัดสรรทรัพยากร ติดตามกลุ่มเปราะบาง และวางแผนบริการสุขภาพต่อเนื่อง กลไกดังกล่าวมีลักษณะเป็นกลยุทธ์การนำรูปแบบไปใช้จริงที่ช่วยเพิ่มการยอมรับและการครอบคลุมของระบบคัดกรองสุขภาพจิตและการดูแลต่อเนื่อง เนื่องจากไม่ได้หยุดอยู่ที่การออกคำสั่ง แต่สร้างระบบข้อมูลที่ทำให้การปฏิบัติจริงเกิดขึ้นได้อย่างสม่ำเสมอ ครอบคลุม และตรวจสอบได้ (Proctor et al., 2011, 2023)

ผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตสะท้อนว่า การเจ็บป่วยหรือการมีโรคประจำตัวเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้อพยพ เนื่องจาก

กลุ่มนี้ต้องเผชิญความกังวลเกี่ยวกับยาต่อเนื่อง การนัดหมาย การเข้าถึงบริการสุขภาพ และความเสี่ยงเมื่อระบบส่งต่อไม่ชัดเจน นอกจากนี้ จำนวนครั้งของการอพยพที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า แสดงให้เห็นว่าประสบการณ์การพลัดถิ่นซ้ำอาจสะสมความรู้สึกสูญเสียการควบคุมชีวิต ความไม่มั่นคง และความไม่แน่นอนต่ออนาคต ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับงานด้านสุขภาพของผู้อพยพที่ระบุว่า ความเปราะบางทางสุขภาพเกิดจากปัจจัยเชิงโครงสร้าง การเข้าไม่ถึงบริการและความไม่มั่นคงทางสังคม แต่สามารถลดผลกระทบได้ด้วยการสนับสนุนทางสังคมและระบบบริการที่ครอบคลุม (Mwanri et al., 2022)

บทบาทเชิงรุกของทีม MCATT เป็นองค์ประกอบที่ทำให้นาจะหลวยโมเดลแตกต่างจากการจัดการศูนย์พักพิงชั่วคราวทั่วไป เนื่องจากระบบไม่ได้รอให้ผู้มีปัญหาเดินเข้ารับบริการ แต่ใช้การเยี่ยมประเมินในพื้นที่พักอาศัย การคัดกรองซ้ำ และกิจกรรมทางสังคมและจิตวิญญาณเพื่อสร้างความปลอดภัยทางใจ แนวทางนี้สอดคล้องกับหลักการด้านสุขภาพจิตและการสนับสนุนทางจิตสังคมในภาวะฉุกเฉิน ซึ่งเน้นการจัดบริการหลายระดับ ตั้งแต่การสร้างความปลอดภัย การสนับสนุนชุมชน การปฐมพยาบาลทางใจ ไปจนถึงการส่งต่อผู้มีความเสี่ยงสูง (Inter Agency Standing Committee, 2007) และสอดคล้องกับคู่มือ MCATT ของกรมสุขภาพจิตที่เสนอให้ทีมสหวิชาชีพประเมินเยียวยา เฝ้าระวัง และประสานส่งต่อผู้ประสบภาวะวิกฤตอย่างต่อเนื่อง (กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2561)

ในเชิงมาตรฐานมนุษยธรรม นาจะหลวยโมเดลขยายความหมายของศูนย์พักพิงชั่วคราวจากพื้นที่รองรับการอพยพไปสู่พื้นที่คุ้มครองชีวิต สุขภาพ และศักดิ์ศรีของประชาชน การจัดโซนพื้นที่พักอาศัย การดูแลน้ำ สุขาภิบาล และสุขอนามัย การรักษาความปลอดภัย การติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และกิจกรรมฟื้นฟูพลังใจ สะท้อนแนวคิดสิทธิในการได้รับความช่วยเหลืออย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย และมีส่วนร่วมของประชาชน (Sphere Association, 2018) ข้อค้นพบนี้ยังสอดคล้องกับบทเรียนจากศูนย์รับรองผู้แสวงหาที่พักพิงในประเทศเยอรมนีช่วงการระบาดของ COVID 19 ที่ชี้ให้เห็นว่า มาตรการควบคุมที่ขาดการสื่อสารและการมีส่วนร่วมของผู้อยู่อาศัย อาจซ้ำเติมความทุกข์ทางจิตใจของประชาชนในศูนย์พักพิงได้ (Pacolli Tabaku et al., 2024)

เมื่อพิจารณาในมุมการขยายผล นาจะหลวยโมเดลมีศักยภาพเป็นนวัตกรรมเชิงนโยบายระดับเขตสุขภาพ เนื่องจากมีองค์ประกอบที่สามารถถ่ายโอนไปยังพื้นที่อื่นได้ ได้แก่ โครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ Dashboard ฐานข้อมูลกลาง การแบ่งศูนย์พักพิงตามระดับความปลอดภัยและความต่อเนื่องของหน่วยบริการ การคัดกรองสุขภาพจิตเชิงรุก และวงจรสะท้อนผลหลังปฏิบัติการ อย่างไรก็ตาม การขยายผลควรกำหนดตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์การนำไปใช้เพิ่มเติม เช่น ความยอมรับของผู้ปฏิบัติ ความเหมาะสมกับบริบท ความครอบคลุมของการคัดกรอง ต้นทุนต่อศูนย์พักพิง ความครบถ้วนของฐานข้อมูล และความยั่งยืนของระบบเมื่อสถานการณ์ยืดเยื้อ

สรุปผล

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้สรุปได้ว่า “นาจะหลวยโมเดล” เป็นรูปแบบการจัดการศูนย์พักพิงชั่วคราวที่เกิดจากการถอดบทเรียนสถานการณ์จริงและการพัฒนาร่วมกับภาคีพื้นที่ รูปแบบประกอบด้วยระบบบัญชาการเหตุการณ์แบบ Single Command โครงสร้าง 11 กลุ่มภารกิจ ระบบ Dashboard แบบเรียลไทม์ การวางผังศูนย์พักพิงตามแผน การจัดบริการสุขภาพและสุขาภิบาล การคัดกรองสุขภาพจิตเชิงรุกโดยทีม MCATT ระบบส่งต่อและเวชภัณฑ์ต่อเนื่อง และกิจกรรมฟื้นฟูกำลังใจในศูนย์พักพิง ผลเชิงปริมาณสนับสนุนว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคประจำตัวและผู้ที่ประสบการอพยพซ้ำเป็นกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังภาวะสุขภาพจิตเป็นพิเศษ การเชื่อมโยงระบบบัญชาการ

กับข้อมูลดิจิทัลและทีมสุขภาพจิตเชิงรุกจึงเป็นกลไกสำคัญในการลดช่องว่างของบริการ เพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล และยกระดับความพร้อมของพื้นที่ชายแดนต่อวิกฤตในอนาคต

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การศึกษาเป็นกรณีศึกษาในพื้นที่อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี จึงควรใช้ความระมัดระวังในการอ้างอิงผลไปยังบริบทชายแดนหรือภัยพิบัติประเภทอื่นที่มีโครงสร้างหน่วยงาน รูปแบบการอพยพ และทุนทางสังคมแตกต่างกัน

2. การวิจัยไม่มีการสุ่มกลุ่มเปรียบเทียบหรือการทดลองควบคุม เนื่องจากเป็นสถานการณ์ฉุกเฉินจริง ผลลัพธ์จึงควรตีความในฐานะหลักฐานจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการและข้อมูลบริการ มากกว่าการสรุปเชิงเหตุและผลโดยตรง

3. ข้อมูลสุขภาพจิตมาจากการคัดกรองในสถานการณ์ภาคสนาม อาจมีข้อจำกัดจากความเร่งด่วน ความพร้อมของผู้ตอบ และความคลาดเคลื่อนของการบันทึกข้อมูลบางรายการ จึงควรตรวจสอบฐานข้อมูลดิบ ความครบถ้วนของตัวแปร และความสอดคล้องของรหัสข้อมูลก่อนจัดทำบทความฉบับสมบูรณ์

4. ผลลัพธ์ที่รายงานเป็นผลระยะสั้นระหว่างเหตุการณ์อพยพ ยังไม่สะท้อนภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ภาวะซึมเศร้า หรือผลกระทบทางสังคมในระยะกลางและระยะยาว จึงควรมีการติดตามผลหลังกลับคืนสู่ชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

หน่วยงานระดับอำเภอและจังหวัดควรจัดทำคู่มือปฏิบัติการศูนย์พักพิงชายแดนบนฐานนาจะหลวยโมเดล โดยกำหนดผังระบบบัญชาการเหตุการณ์ รายชื่อผู้รับผิดชอบ 11 กลุ่มภารกิจ จุดพักพิงหลักและจุดพักพิงสำรอง การจัดโซนพื้นที่ การประเมินน้ำ สุขาภิบาล และสุขอนามัย ระบบส่งต่อยาและเวชภัณฑ์ และการคัดกรองสุขภาพจิตเชิงรุกให้พร้อมใช้งานก่อนเกิดเหตุ

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เขตสุขภาพและจังหวัดชายแดนควรบรรจุระบบ Dashboard และฐานข้อมูลกลางที่สามารถทำงานได้ทั้งระบบออนไลน์และออฟไลน์ เป็นโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพดิจิทัลในแผนเตรียมพร้อมภัยชายแดน เพื่อรองรับกรณีอินเทอร์เน็ตขัดข้อง และเพื่อรักษาความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มเปราะบาง และผู้มีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต

3. ข้อเสนอแนะด้านการวิจัย

ควรศึกษาติดตามผลสุขภาพจิตระยะยาวหลังผู้อพยพกลับบ้าน รวมถึงทดลองใช้รูปแบบในพื้นที่ชายแดนอื่นเพื่อประเมินความเหมาะสม ความยืดหยุ่นต้นทุน และความยั่งยืนของการขยายผล นอกจากนี้ควรพัฒนาแบบจำลองพยากรณ์จำนวนผู้อพยพและกลุ่มเปราะบางโดยใช้ข้อมูลพื้นที่ ข้อมูลบริการสุขภาพ และปัญญาประดิษฐ์ เพื่อช่วยเตรียมทรัพยากรล่วงหน้าให้แม่นยำขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย. (2565). คู่มือการจัดตั้งและการบริหารจัดการศูนย์พักพิงชั่วคราว. กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย. https://cnt.disaster.go.th/upload/userfiles/CNT

กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2561). คู่มือการปฏิบัติงานทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (MCATT). กรมสุขภาพจิต. https://dmh-elibrary.org/items/show/207

Federal Emergency Management Agency. (2017). National Incident Management System (3rd ed.). U.S. Department of Homeland Security. https://www.fema.gov/sites/default/files/2020-07/fema_nims_doctrine-2017.pdf

Inter-Agency Standing Committee. (2007). IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. IASC. https://interagencystandingcommittee.org/iasc-task-force-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/iasc-guidelines-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings-2007

Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). The action research planner (3rd ed.). Deakin University Press.

Mwanri, L., Fauk, N. K., Mude, W., & Gesesew, H. A. (2022). Migration, resilience, vulnerability and migrants' health. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(18), Article 11525. https://doi.org/10.3390/ijerph191811525

Pacolli-Tabaku, L., Führer, A., Wahidie, D., Trohl, U., Yilmaz-Aslan, Y., & Brzoska, P. (2024). "The police came in white protective suits and with batons, it was pure disaster" – A multi-stakeholder perspective on infection control in reception centers for asylum seekers during the COVID-19 pandemic in Germany. BMC Public Health, 24, Article 2445. https://doi.org/10.1186/s12889-024-19925-5

Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., Griffey, R., & Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: Conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 38(2), 65–76. https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7

Proctor, E. K., Bunger, A. C., Lengnick-Hall, R., Gerke, D. R., Martin, J. K., Phillips, R. J., & Swanson, J. C. (2023). Ten years of implementation outcomes research: A scoping review. Implementation Science, 18, Article 31. https://doi.org/10.1186/s13012-023-01286-z

Sphere Association. (2018). The Sphere handbook: Humanitarian charter and minimum standards in humanitarian response (4th ed.). Sphere Association. https://spherestandards.org/wp-content/uploads/Sphere-Handbook-2018-EN.pdf

World Health Organization. (2015). Framework for a public health emergency operations centre. World Health Organization. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/196135/9789241565134_eng.pdf

World Health Organization Regional Office for Africa. (2021). Handbook for public health emergency operations center operations and management. World Health Organization Regional Office for Africa. https://www.afro.who.int/sites/default/files/2021-03/AFRO_PHEOC-Handbook_.pdf

บทความวิจัย

ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานตามแผนประมาณการรับ-จ่ายเงินบำรุง ประจำปีงบประมาณ 2568 ของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์

ปฏิมา คลังสมบัติ[1]

Received: 5 เม.ย. 69
Revised: 12 พ.ค.. 69
Accepted: 12 มิ.ย.69

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพการดำเนินงาน ปัญหา และปัจจัยที่สัมพันธ์กับประสิทธิภาพการจัดทำและบริหารแผนประมาณการรับ-จ่ายเงินบำรุง 2) พัฒนารูปแบบการจัดทำและบริหารแผนที่เหมาะสมกับหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และ 3) ประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ การวิเคราะห์สถานการณ์ การพัฒนารูปแบบ และการทดลองใช้และประเมินผล กลุ่มตัวอย่างระยะวิเคราะห์สถานการณ์เป็นบุคลากรที่เกี่ยวข้อง 42 คน ผู้เชี่ยวชาญ 6 คน และกลุ่มทดลองใช้ 24 คน เครื่องมือประกอบด้วยแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบประเมินความเหมาะสม และแบบประเมินประสิทธิภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การถดถอยพหุคูณ การทดสอบทีแบบกลุ่มสัมพันธ์ และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า การดำเนินงานส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 73.8 ขณะที่ปัญหาและอุปสรรคอยู่ระดับรุนแรงมาก ร้อยละ 57.1 คะแนนปัญหาและอุปสรรคเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์ทางลบกับประสิทธิภาพอย่างมีนัยสำคัญ (β = -0.595, $p < .001$) และโมเดลอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 47.3 รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยการเตรียมข้อมูลตั้งต้น การวางแผนแบบมีส่วนร่วม แบบฟอร์มและรายการตรวจสอบมาตรฐาน ระบบติดตามสถานะงบประมาณ การประสานงานระหว่างฝ่าย และการทบทวนปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ผู้เชี่ยวชาญประเมินความเหมาะสมโดยรวมในระดับมากที่สุด (Mean = 4.58, SD = 0.15) ภายหลังทดลองใช้ คะแนนประสิทธิภาพรวมเพิ่มจาก 2.69 เป็น 4.27 อย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) โดยด้านความโปร่งใสและตรวจสอบได้เพิ่มขึ้นมากที่สุด สรุปได้ว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นช่วยยกระดับมาตรฐานการทำงาน ลดการพึ่งพาความรู้เฉพาะบุคคล และเพิ่มความโปร่งใสในการบริหารเงินบำรุงของหน่วยบริการปฐมภูมิ

คำสำคัญ: แผนประมาณการรับ-จ่ายเงินบำรุง, ประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน, หน่วยบริการปฐมภูมิ, การบริหารงบประมาณ, การวิจัยและพัฒนา

[1]นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยาง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์
email: [prim805@gmail.com]

Research article

Operational Efficiency of Budget Revenue and Expenditure Plans for Fiscal Year 2025 in Health Service Units under the Sikhoraphum District Public Health Office, Surin Province

Patima Klangsombat[1]

Abstract

This research and development study aimed to examine current operations, problems, and factors associated with the efficiency of budget revenue and expenditure plan management; develop a context-specific management model for primary health care units; and evaluate the model's effectiveness. The study comprised three phases: situational analysis, model development, and implementation evaluation. Participants included 42 personnel involved in budget management, six experts, and 24 personnel in the implementation phase. Instruments included questionnaires, semi-structured interviews, a model appropriateness assessment, and an operational efficiency assessment. Data were analyzed using descriptive statistics, multiple regression, paired t-test, and content analysis. Most units demonstrated a moderate level of implementation (73.8%), while 57.1% of respondents perceived problems and barriers at a high-severity level. Problem and barrier scores were negatively associated with operational efficiency (β = -0.595, $p < .001$), and the regression model explained 47.3% of the variance. The developed model integrated baseline data preparation, participatory planning, standardized forms and checklists, budget-status monitoring, interdepartmental coordination, and continuous review. Expert validation indicated the highest level of overall appropriateness (Mean = 4.58, SD = 0.15). After implementation, the overall efficiency score increased significantly from 2.69 to 4.27 ($p < .001$), with the greatest improvement in transparency and auditability. The model can standardize work processes, reduce dependence on individual expertise, and strengthen transparent and accountable budget management in primary health care units.

Keywords: budget revenue and expenditure plan, operational efficiency, primary health care unit, budget management, research and development

[1]Public Health Technical Officer, Professional Level, Yang Subdistrict Health Promoting Hospital, Sikhoraphum District Public Health Office, Surin Province, Thailand, email: [prim805@gmail.com]

บทนำ

ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นกลไกสำคัญของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพราะเป็นจุดบริการที่ใกล้ประชาชนและรับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น และฟื้นฟูสุขภาพอย่างต่อเนื่อง การบริหารทรัพยากรของหน่วยบริการจึงต้องมีทั้งความยืดหยุ่น ความคุ้มค่า ความโปร่งใส และความรับผิดชอบต่อผลลัพธ์บริการ (World Health Organization [WHO], 2021; Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2020).

เงินบำรุงเป็นทรัพยากรสำคัญที่ช่วยให้หน่วยบริการสามารถจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ ซ่อมบำรุงอาคารและครุภัณฑ์ พัฒนาบุคลากร และสนับสนุนบริการเชิงรุกได้อย่างเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ การจัดทำแผนประมาณการรับ-จ่ายจึงมิใช่เพียงงานเอกสาร แต่เป็นกลไกกำกับการตัดสินใจทางการคลัง การควบคุมภายใน และการติดตามผลการใช้ทรัพยากรให้สอดคล้องกับภารกิจและหลักธรรมาภิบาล (กระทรวงสาธารณสุข, 2564; วิพารัตน์ ศรีสวัสดิ์, 2566).

อย่างไรก็ตาม หน่วยบริการระดับปฐมภูมิยังเผชิญข้อจำกัดด้านบุคลากร ภาระงาน ความซับซ้อนของระบบจัดซื้อจัดจ้างอิเล็กทรอนิกส์ การขาดแบบฟอร์มมาตรฐาน และการกระจุกตัวของความรู้ในบุคลากรบางคน ส่งผลให้เกิดความล่าช้า ความคลาดเคลื่อน และความเสี่ยงต่อการไม่ปฏิบัติตามระเบียบ (สำนักงานงบประมาณ, 2568; สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์, 2567).

ในอำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ หน่วยบริการ 21 แห่งมีความแตกต่างด้านกำลังคนและความพร้อมของระบบสนับสนุน การดำเนินงานเดิมยังขาดระบบติดตามแบบเป็นปัจจุบันและแนวทางประสานงานร่วมระหว่างงานบริหาร พัสดุ และการเงิน จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบเชิงระบบที่รวมขั้นตอน มาตรฐาน เอกสาร เครื่องมือดิจิทัล และกลไกทบทวนไว้ในกระบวนการเดียวกัน

การวิจัยนี้จึงมุ่งสร้างรูปแบบที่ใช้ได้จริงในหน่วยบริการขนาดเล็ก โดยนำหลักการวิจัยและพัฒนา การมีส่วนร่วม การควบคุมภายใน และแนวคิดความคุ้มค่าทางการบริหารมาบูรณาการ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนจากการพึ่งพาประสบการณ์เฉพาะบุคคลไปสู่ระบบงานที่มีมาตรฐาน ตรวจสอบได้ และขยายผลได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานตามแผนประมาณการรับ-จ่ายเงินบำรุง
2. พัฒนารูปแบบการจัดทำและบริหารแผนประมาณการรับ-จ่ายเงินบำรุงที่เหมาะสมกับหน่วยบริการปฐมภูมิ
3. ประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบในด้านความครบถ้วน ความถูกต้อง ความโปร่งใส ความรวดเร็ว และการติดตามสถานะงบประมาณ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหา ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบจากข้อมูลเชิงประจักษ์และตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ และระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินผลก่อน-หลังในกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ใช้บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำแผน การเงิน พัสดุ และการบริหารของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอศีขรภูมิ จำนวน 42 คน ระยะที่ 2 ใช้ผู้เชี่ยวชาญ 6 คน และระยะที่ 3 ใช้กลุ่มทดลอง 24 คน โดยคัดเลือกจากผู้มีบทบาทโดยตรงในการดำเนินงานด้านงบประมาณ

เครื่องมือและคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือประกอบด้วยแบบสอบถามสภาพการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรค แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบสังเคราะห์องค์ประกอบของรูปแบบ แบบประเมินความเหมาะสมโดยผู้เชี่ยวชาญ และแบบประเมินประสิทธิภาพก่อน-หลัง เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้

การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

เก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามและแบบประเมิน เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์และข้อเสนอแนะปลายเปิด วิเคราะห์ด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สหสัมพันธ์ การถดถอยพหุคูณ และ paired t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหาและการสังเคราะห์ประเด็น

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เลขที่ 129/2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปและสภาพการดำเนินงาน

กลุ่มตัวอย่าง 42 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.8 อายุเฉลี่ย 38.88 ปี (SD = 7.95) ตำแหน่งที่พบมากที่สุดคือพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 28.6 รองลงมาคือผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 21.4 และนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 19.0 มีประสบการณ์ด้านงบประมาณเฉลี่ย 11.64 ปี (SD = 8.12)

ระดับการดำเนินงาน	จำนวน	ร้อยละ
ดี	3	7.1
ปานกลาง	31	73.8
ต้องปรับปรุง	8	19.0

ผลรวมแสดงว่าหน่วยบริการส่วนใหญ่มีการดำเนินงานในระดับปานกลาง โดยจุดแข็งคือการจัดทำและส่งแผนตามกำหนด ส่วนจุดที่ต้องเร่งพัฒนาคือการใช้ระบบ e-GP และการอบรมด้านงบประมาณอย่างสม่ำเสมอ

2. ปัญหา อุปสรรค และปัจจัยที่สัมพันธ์กับประสิทธิภาพ

ผู้ตอบแบบสอบถามร้อยละ 57.1 ประเมินปัญหาและอุปสรรคในระดับรุนแรงมาก และร้อยละ 42.9 อยู่ระดับรุนแรงปานกลาง ประเด็นหลัก ได้แก่ ภาระงานสูง ความรู้กระจุกตัวในบุคลากรบางคน ความซับซ้อนของ e-GP ความไม่เข้าใจขั้นตอน และการขาดกลไกประสานงานระหว่างฝ่าย

การถดถอยพหุคูณพบว่า อายุ ประสบการณ์ การอบรม การบริหารงบประมาณร่วมกับหน่วยงานอื่น และคะแนนปัญหาอุปสรรค ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของประสิทธิภาพได้ร้อยละ 47.3 (Adjusted $R^2 = 0.400$) โดยคะแนนปัญหาและอุปสรรคเป็นตัวแปรเดียวที่มีนัยสำคัญ ($B = -0.783$, $\beta = -0.595$, $t = -4.831$, $p < .001$) แสดงว่าปัญหาเชิงระบบมีน้ำหนักมากกว่าคุณลักษณะส่วนบุคคล

ตัวแปร	B	β	t	p
อายุ	-0.003	-	-	ns
ประสบการณ์	0.017	-	-	ns
การอบรม	0.171	-	-	ns
ทำงานร่วมหน่วยอื่น	-0.135	-	-	ns
ปัญหาและอุปสรรค	-0.783	-0.595	-4.831	< .001

3. รูปแบบที่พัฒนาขึ้น

รูปแบบการจัดทำและบริหารแผนประมาณการรับ-จ่ายเงินบำรุงแบบบูรณาการประกอบด้วย 6 องค์ประกอบเชื่อมต่อกัน ได้แก่ 1) เตรียมฐานข้อมูลรายรับ รายจ่าย ภาระผูกพัน และยอดคงเหลือ 2) วางแผนแบบมีส่วนร่วม 3) ใช้แบบฟอร์มและ checklist มาตรฐาน 4) ติดตามสถานะด้วย Google Sheet หรือ dashboard 5) กำหนดจุดประสานงานและบทบาทระหว่างบริหาร พัสดุ และการเงิน และ 6) ทบทวนผลรายไตรมาสเพื่อปรับปรุงแผน

องค์ประกอบ	เครื่องมือหลัก	ผลที่คาดหวัง
ข้อมูลตั้งต้น	ทะเบียนรายรับ-รายจ่าย/ยอดคงเหลือ	แผนตั้งอยู่บนข้อมูลจริง
วางแผนร่วม	ประชุมและกำหนดลำดับความสำคัญ	ลดความซ้ำซ้อน
มาตรฐานเอกสาร	แบบฟอร์มและ checklist	ลดเอกสารตกหล่น
ติดตามสถานะ	Google Sheet/dashboard	เห็นสถานะแบบเป็นปัจจุบัน
ประสานงาน	Focal point และ flow งาน	ลดการส่งต่อหลายรอบ
ทบทวนต่อเนื่อง	ประชุมรายไตรมาส	ปรับแผนได้ทันสถานการณ์

4. ความเหมาะสมของรูปแบบ

ผู้เชี่ยวชาญ 6 คนประเมินความเหมาะสมโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.58, SD = 0.15) ด้านที่ได้คะแนนสูงสุดคือความสอดคล้องกับบริบทหน่วยบริการ (Mean = 4.73, SD = 0.29) รองลงมาคือความถูกต้องตามหลักการ (Mean = 4.57, SD = 0.27) ความชัดเจนขององค์ประกอบ (Mean = 4.53, SD = 0.10) และความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ (Mean = 4.42, SD = 0.23)

5. ผลการทดลองใช้

หลังใช้รูปแบบ กลุ่มทดลอง 24 คนมีคะแนนเฉลี่ยทุกมิติสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญที่ $p < .001$ คะแนนรวมเพิ่มจาก 2.69 (SD = 0.30) เป็น 4.27 (SD = 0.36) ผลต่าง 1.57 โดยความโปร่งใสและตรวจสอบได้เพิ่มมากที่สุด

มิติ	ก่อนใช้	หลังใช้	ผลต่าง
ความครบถ้วนเอกสาร	2.67	4.24	1.57
ความถูกต้องขั้นตอน	2.71	4.31	1.60
โปร่งใส/ตรวจสอบได้	2.61	4.26	1.65
ความรวดเร็ว	2.73	4.23	1.51
ติดตามสถานะงบประมาณ	2.75	4.29	1.54
รวม	2.69	4.27	1.57

อภิปรายผล

ผลการศึกษาที่พบว่าการดำเนินงานส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง แต่ปัญหาอุปสรรคอยู่ระดับรุนแรงมาก สะท้อนว่าหน่วยบริการมีโครงสร้างงานพื้นฐานอยู่แล้วแต่ยังขาดระบบสนับสนุนที่ทำให้การปฏิบัติเป็นมาตรฐานเดียวกัน ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับงานที่ชี้ว่าประสิทธิภาพทางการเงินการคลังของหน่วยบริการขึ้นกับคุณภาพระบบควบคุม กระบวนการติดตาม และความพร้อมของบุคลากร มากกว่าการมีระเบียบเพียงอย่างเดียว (ชญาภา อุปดิษฐ์ & อัญชลีพรวุฒิเป๊ก, 2566; ลภัสรดา โอสถานนท์, 2564).

ผลถดถอยที่แสดงว่าคะแนนปัญหาและอุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญที่สุด สนับสนุนการมองปัญหาในระดับระบบ ไม่ควรแก้ด้วยการอบรมรายบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่ต้องลดความซับซ้อน สร้างเครื่องมือมาตรฐาน จัดระบบประสานงาน และทำให้ข้อมูลพร้อมใช้เพื่อการตัดสินใจ แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับหลักการบริหารแบบมีส่วนร่วมและการควบคุมภายในที่เน้นการแบ่งบทบาทความรับผิดชอบ และหลักฐานตรวจสอบย้อนกลับได้

องค์ประกอบของรูปแบบตอบสนองต่อปัญหาโดยตรง ได้แก่ checklist แก้ปัญหาเอกสารไม่ครบ flow งานลดความคลุมเครือ dashboard แก้ปัญหาข้อมูลล่าช้า และ focal point ลดการประสานงานหลายรอบ ความเหมาะสมที่ผู้เชี่ยวชาญประเมินในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะด้านความสอดคล้องกับบริบท สะท้อนว่าการออกแบบเครื่องมือที่เรียบง่ายและใช้เทคโนโลยีที่หน่วยบริการเข้าถึงได้ เป็นเงื่อนไขสำคัญของการนำไปใช้จริง

ผลก่อน-หลังที่เพิ่มขึ้นทุกมิติ โดยเฉพาะความโปร่งใสและตรวจสอบได้ แสดงว่าการเปลี่ยนแปลงมิได้จำกัดอยู่ที่ความรู้ของบุคลากร แต่เกิดที่โครงสร้างข้อมูลและกระบวนการทำงานร่วมกัน จึงมีศักยภาพต่อการขยายผลสู่หน่วยบริการที่มีบริบทใกล้เคียง อย่างไรก็ตาม การขยายผลควรมีคู่มือฉบับย่อ ระบบพี่เลี้ยง และการกำกับการอัปเดตข้อมูลอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกลับไปพึ่งพาความรู้เฉพาะบุคคล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลไปใช้

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอควรกำหนดรูปแบบนี้เป็นแนวทางกลาง พร้อมแต่งตั้งผู้ประสานงานระดับอำเภอและผู้รับผิดชอบข้อมูลในแต่ละหน่วยบริการ

ควรใช้ checklist และแบบฟอร์มมาตรฐานเป็นส่วนหนึ่งของการควบคุมภายใน และทบทวนสถานะงบประมาณอย่างน้อยรายไตรมาส

ควรพัฒนา dashboard ให้เชื่อมโยงกับข้อมูลรายรับ รายจ่าย ภาระผูกพัน และยอดคงเหลือ โดยกำหนดสิทธิ์เข้าถึงและแนวทางคุ้มครองข้อมูลอย่างชัดเจน

ควรจัดระบบพี่เลี้ยงและการฝึกปฏิบัติจากสถานการณ์จริง มากกว่าการอบรมเชิงบรรยายเพียงอย่างเดียว

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลระยะยาวอย่างน้อย 6-12 เดือน เปรียบเทียบกับพื้นที่ควบคุม ประเมินต้นทุนและความคุ้มค่าของการใช้รูปแบบ และทดสอบการขยายผลในหน่วยบริการที่อยู่ภายใต้โครงสร้างการบริหารต่างกัน

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษาใช้พื้นที่เดียวและกลุ่มตัวอย่างจำนวนไม่มาก การประเมินบางส่วนเป็นการรายงานตนเอง และช่วงทดลองใช้มีระยะเวลาจำกัด จึงควรระมัดระวังในการอ้างอิงผลไปยังพื้นที่ที่มีโครงสร้างกำลังคน ระบบเทคโนโลยี หรือการกำกับดูแลต่างจากอำเภอศีขรภูมิ

สรุป

รูปแบบการจัดทำและบริหารแผนประมาณการรับ-จ่ายเงินบำรุงแบบบูรณาการช่วยยกระดับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญ จุดแข็งสำคัญคือการเชื่อมข้อมูล เครื่องมือมาตรฐาน การประสานงาน และการทบทวนผลไว้ในระบบเดียวกัน ทำให้การบริหารงบประมาณมีความครบถ้วน ถูกต้อง โปร่งใส รวดเร็ว และติดตามได้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2564). ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 2). สำนักกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

กษมา แก้วบำรุง, วรินท์มาศ เกษทองมา, และวุธิพงศ์ ภักดีกุล. (2564). วิเคราะห์การบริหารคลังเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 14(2), 95-102.

ชญาภา อุปดิษฐ์, และอัญชลีพร วุฒิเป็ก. (2566). การพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ตามเกณฑ์ Total Performance Score. วารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน, 1(2), 71-82. https://he03.tci-thaijo.org/index.php/pthjo/article/view/1359

ณัฐพงศ์ การดำริห์, ฉัตรสุมน พฤฒิภิญโญ, และอุทุมพร วงษ์ศิลป์. (2568). การดำเนินงานทางการเงินการคลังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 5 ภายใต้สถานการณ์ถ่ายโอนภารกิจ. วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข, 11(3), 516-528.

นพพร พิรุณรัตน์ และคณะ. (2567). การเปรียบเทียบสัดส่วนการจัดสรรงบประมาณกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอนภารกิจ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 11(1), e266462.

ปิยภรณ์ ภูฉลาด, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, และสุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์. (2567). กระบวนการเตรียมความพร้อมในการจัดทำคำของบประมาณรายจ่ายประจำปีแบบบูรณาการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. วารสารวิชาการทางรัฐประศาสนศาสตร์, 13(1), 159-175.

ลภัสรดา โอสถานนท์. (2564). ประสิทธิภาพการบริหารจัดการงบประมาณ พ.ศ. 2563 เขตสุขภาพที่ 10. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 30(ฉบับเพิ่มเติม 2), S303-S315.

วิพารัตน์ ศรีสวัสดิ์. (2566). แนวทางการตรวจสอบการใช้จ่ายเงินนอกงบประมาณตามแผนเงินบำรุงหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข: กรณีเขตสุขภาพที่ 6. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี, 31(1), 98-105.

สำนักงานงบประมาณ. (2568). รายงานการติดตามผลการดำเนินงานด้านการคลังสุขภาพระดับปฐมภูมิ. สำนักงบประมาณ สำนักนายกรัฐมนตรี.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. (2566). รายงานการติดตามการบริหารงบประมาณบำรุงหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จังหวัดสุรินทร์. กลุ่มงานประเมินผลและยุทธศาสตร์.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. (2567). รายงานปัญหาเชิงระบบการบริหารงบประมาณของหน่วยบริการในอำเภอศีขรภูมิ. กลุ่มงานบริหารทั่วไป.

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2020). Fiscal decentralisation and local finance in support of public services. OECD Publishing.

World Health Organization. (2021). Primary health care measurement framework and indicators: Monitoring health systems through a primary health care lens. World Health Organization.

บทความวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผักไหม อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์

สายสวาท พวงศิริ[1]

Received: 8 เม.ย. 69
Revised: 20 พ.ค.. 69
Accepted: 22 มิ.ย.69

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด วิเคราะห์แนวทางการดูแลจากมุมมองของผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสาธารณสุข พัฒนารูปแบบการดูแลที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และประเมินความเหมาะสมและประสิทธิผลของรูปแบบ ดำเนินการ 3 ระยะ กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีค่า HbA1c ตั้งแต่ร้อยละ 7 ขึ้นไป จำนวน 318 คน ผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพประกอบด้วยผู้ป่วย ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และบุคลากรสาธารณสุข ผู้ประเมินรูปแบบจำนวน 85 คน เครื่องมือ ได้แก่ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แนวคำถามสนทนากลุ่ม แบบประเมินรูปแบบ และแบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา สหสัมพันธ์ การถดถอยพหุคูณเชิงเส้น paired t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่าความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว และการสนับสนุนจากชุมชนส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานทำนายค่า HbA1c อย่างมีนัยสำคัญ (B = -0.076, β = -.177, p = .002) โดยแบบจำลองอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 4.6 รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเรียกว่า Phakmai Diabetes Care Model (PDC Model) ประกอบด้วยการให้ความรู้แบบกลุ่ม การติดตามโดย อสม. การให้คำปรึกษาครอบครัว และระบบบันทึกติดตามข้อมูลรายบุคคล ภายหลังใช้รูปแบบ คะแนนความรู้เพิ่มจาก 11.69 เป็น 15.31 พฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มจาก 3.05 เป็น 3.64 การสนับสนุนจากครอบครัวเพิ่มจาก 3.16 เป็น 3.70 การสนับสนุนจากชุมชนเพิ่มจาก 3.01 เป็น 3.60 และ HbA1c ลดจากร้อยละ 8.65 เป็น 7.79 ทุกผลลัพธ์แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (p < .001) คะแนนการยอมรับภาพรวมเท่ากับ 4.74 (SD = 0.12) สรุปว่า PDC Model เหมาะสมกับบริบทชนบทและมีศักยภาพต่อการประยุกต์ใช้ในระบบบริการปฐมภูมิ

คำสำคัญ: เบาหวานชนิดที่ 2, การควบคุมระดับน้ำตาล, รูปแบบการดูแล, ครอบครัวและชุมชน, การวิจัยแบบผสมผสาน

[1]นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผักไหม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์
email: [Saisawat.p1973@gmail.com]

Research article

Development of a Comprehensive Care Model for Patients with Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus at Phak Mai Subdistrict Health Promoting Hospital, Sikhoraphum District, Surin Province

Saisawat Puangsiri[1]

Abstract

This mixed-methods study aimed to examine factors associated with poor glycaemic control, explore care needs from the perspectives of patients, families, and healthcare providers, develop a family- and community-engaged care model, and evaluate its appropriateness and effectiveness. The study comprised three phases. The quantitative sample included 318 adults with type 2 diabetes and HbA1c ≥7.0%; qualitative participants included patients, caregivers, village health volunteers, and healthcare personnel. Eighty-five stakeholders evaluated the model. Data were collected using questionnaires, semi-structured interviews, focus groups, evaluation forms, and clinical records, and analysed using descriptive statistics, correlation, multiple linear regression, paired-samples t-tests, and content analysis. Diabetes knowledge, self-care, family support, and community support were generally moderate. Diabetes knowledge independently predicted lower HbA1c (B = -0.076, β = -.177, p = .002), although the model explained 4.6% of the variance. The Phakmai Diabetes Care Model (PDC Model) comprised group education, follow-up by village health volunteers, family counselling, and an individual health-information monitoring system. After implementation, knowledge increased from 11.69 to 15.31, self-care from 3.05 to 3.64, family support from 3.16 to 3.70, and community support from 3.01 to 3.60; mean HbA1c decreased from 8.65% to 7.79% (all $p < .001$). Overall stakeholder acceptance was high (Mean = 4.74, SD = 0.12). The PDC Model is context-responsive and potentially adaptable to comparable rural primary-care settings.

Keywords: type 2 diabetes mellitus, glycaemic control, care model, family and community engagement, mixed methods

[1]Public Health Technical Officer, Professional Level, Phak Mai Subdistrict Health Promoting Hospital, Sikhoraphum District Public Health Office, Surin Province, Thailand, email: [Saisawat.p1973@gmail.com]

บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องอาศัยการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง ควบคู่กับการรักษาและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เป้าหมาย HbA1c สำหรับผู้ใหญ่จำนวนมากมักต่ำกว่าร้อยละ 7 แต่ควรปรับเป็นรายบุคคลตามอายุ โรคร่วม และความเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลต่ำ (American Diabetes Association Professional Practice Committee, 2025; สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ, 2566). หลักฐานร่วมสมัยสนับสนุนว่า Diabetes Self-Management Education and Support ช่วยเพิ่มความรู้ ทักษะการตัดสินใจ และการปฏิบัติตน รวมทั้งลด HbA1c ได้ โดยผลลัพธ์มีแนวโน้มดีขึ้นเมื่อมีการติดตามต่อเนื่องและเชื่อมการสนับสนุนจากครอบครัวกับชุมชน (Bekele et al., 2021; Davis et al., 2022; Powers et al., 2020).

ตำบลผักไหมมีผู้ป่วยเบาหวานขึ้นทะเบียน 473 คน ในปี 2567 แต่ควบคุม HbA1c ได้เพียง 155 คน ร้อยละ 32.76 ขณะที่ 318 คน ร้อยละ 67.24 มี HbA1c ตั้งแต่ร้อยละ 7 ขึ้นไป สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนช่องว่างด้านความรู้เชิงปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพ การสนับสนุนในครัวเรือน และความต่อเนื่องของการติดตามในชุมชน การดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางจึงควรเชื่อมผู้ป่วย ครอบครัว อสม. ชุมชน และหน่วยบริการปฐมภูมิผ่านระบบข้อมูลและบทบาทที่ชัดเจน การศึกษานี้ใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสานเพื่อพัฒนารูปแบบที่ตอบสนองต่อบริบทจริงของพื้นที่และประเมินทั้งผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม สังคม และคลินิก

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
2. วิเคราะห์แนวทางการดูแลจากมุมมองผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากร
3. พัฒนารูปแบบการดูแลที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน
4. ประเมินความเหมาะสมและประสิทธิผลของรูปแบบ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบและระยะการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบผสมผสานเชิงพัฒนา 3 ระยะ ได้แก่ ระยะสำรวจสถานการณ์และปัจจัย ระยะออกแบบและพัฒนารูปแบบโดยบูรณาการผลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ และระยะทดลองใช้และประเมินผลก่อน-หลัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มเชิงปริมาณเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนในพื้นที่และมี HbA1c ≥7.0% จำนวน 318 คน ผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพประกอบด้วยผู้ป่วย สมาชิกครอบครัวหรือผู้ดูแล อสม. และบุคลากรสาธารณสุข ผู้ประเมินรูปแบบ 85 คน ประกอบด้วยผู้นำชุมชน 11 คน ผู้บริหารหรือสมาชิก อบต. 14 คน อสม. 55 คน และบุคลากร รพ.สต. 5 คน

เครื่องมือและการวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือประกอบด้วยแบบสอบถามความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แนวคำถามสนทนากลุ่ม แบบประเมินรูปแบบ และแบบบันทึก HbA1c วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา Spearman correlation การถดถอยพหุคูณเชิงเส้น และ paired t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เลขที่ 124/2568

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้ป่วย 318 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 60.20 ปี ส่วนใหญ่จบประถมศึกษาและประกอบ

อาชีพเกษตรกรรม ระยะเวลาป่วยเฉลี่ย 8.02 ปี ค่า HbA1c เฉลี่ยก่อนพัฒนารูปแบบ 8.70% ความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว และการสนับสนุนจากชุมชนส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง การถดถอยพหุคูณพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานสัมพันธ์กับ HbA1c ในทิศทางลบอย่างมีนัยสำคัญ (B = -0.076, β = -.177, p = .002) แต่แบบจำลองอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 4.6 สะท้อนว่าการควบคุมระดับน้ำตาลเป็นผลจากปัจจัยหลายระดับ มิใช่ความรู้เพียงด้านเดียว

2. ข้อค้นพบเชิงคุณภาพ

ประเด็นหลักประกอบด้วย ความรู้ที่มีแต่ยังนำไปใช้ได้ไม่สม่ำเสมอ การควบคุมอาหารตามวิถีครัวเรือนที่ทำได้ยาก การติดตามที่ขาดความต่อเนื่อง ครอบครัวยังไม่มีบทบาทชัดเจน อสม. ต้องการแนวทางติดตามที่เป็นระบบ และข้อมูลระหว่างชุมชนกับหน่วยบริการยังเชื่อมโยงไม่เต็มที่ ข้อเสนอร่วมคือการให้ความรู้ที่เน้นการลงมือทำ การติดตามรายบุคคล การปรึกษาครอบครัว และระบบข้อมูลที่ใช้ร่วมกัน

3. PDC Model

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตำบลผักไหม (Phakmai Diabetes Care Model: PDC Model) มี 4 องค์ประกอบหลัก ดังตารางที่ 1

องค์ประกอบ	กิจกรรมสำคัญ	กลไกผลลัพธ์
การให้ความรู้แบบกลุ่ม	อาหาร ยา กิจกรรมทางกาย การเฝ้าระวังอาการ และการตั้งเป้าหมาย	เพิ่มความรู้และทักษะเชิงปฏิบัติ
การติดตามโดย อสม.	เยี่ยมบ้าน เตือนยา เตือนนัดสังเกตความเสี่ยงและส่งต่อข้อมูล	เพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล
การปรึกษาครอบครัว	กำหนดบทบาทด้านอาหาร กำลังใจ การเดินทางและการติดตาม	เพิ่มแรงสนับสนุนในครัวเรือน
ระบบข้อมูลรายบุคคล	บันทึกพฤติกรรม HbA1c ปัญหา และแผนติดตาม	เชื่อมชุมชนกับหน่วยบริการ

4. ประสิทธิผลของรูปแบบ

ตัวแปร	ก่อนใช้ Mean ± SD	หลังใช้ Mean ± SD	t	p
ความรู้	11.69 ± 1.98	15.31 ± 2.22	75.41	< .001
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	3.05 ± 0.21	3.64 ± 0.23	87.25	< .001
การสนับสนุนจากครอบครัว	3.16 ± 0.34	3.70 ± 0.38	56.11	< .001
การสนับสนุนจากชุมชน	3.01 ± 0.41	3.60 ± 0.46	56.06	< .001
HbA1c (%)	8.65 ± 0.95	7.79 ± 0.99	-58.75	< .001

ภายหลังใช้รูปแบบ ตัวชี้วัดด้านความรู้ พฤติกรรม และการสนับสนุนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่ HbA1c ลดลงเฉลี่ย 0.86 จุดร้อยละ ผลลัพธ์แสดงทิศทางเชิงบวกทั้งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และคลินิก

อภิปรายผล

การที่ความรู้เป็นปัจจัยทำนาย HbA1c สอดคล้องกับหลักการ DSMES ซึ่งเน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจโรคและใช้ข้อมูลในการตัดสินใจรายวัน อย่างไรก็ตาม ค่าอธิบายความแปรปรวนเพียงร้อยละ 4.6 ยืนยันว่าความรู้เป็นเงื่อนไขจำเป็นแต่ไม่เพียงพอ การควบคุมโรคยังขึ้นกับยา อาหาร สภาวะเศรษฐกิจ โรคร่วม แรงสนับสนุน และคุณภาพระบบติดตาม (Davis et al., 2022; Powers et al., 2020) การเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังใช้รูปแบบสอดคล้องกับการทบทวนอย่างเป็นระบบที่พบว่า DSME ช่วยลด HbA1c โดยเฉพาะเมื่อมีการสนับสนุนต่อเนื่องและปรับกิจกรรมตามบริบทของผู้ป่วย (Bekele et al., 2021). องค์ประกอบการตั้งเป้าหมาย การทบทวนพฤติกรรม และการติดตามรายบุคคลทำให้ความรู้ถูกแปลงเป็นการปฏิบัติจริงมากขึ้น การเพิ่มขึ้นของการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนสะท้อนว่าการจัดการโรคเรื้อรังเกิดขึ้นนอกสถานบริการเป็นส่วนใหญ่

การกำหนดบทบาทผู้ดูแลและ อสม. อย่างชัดเจน ช่วยลดช่องว่างระหว่างคำแนะนำกับชีวิตประจำวัน หลักฐานด้าน chronic care model และการใช้ผู้ปฏิบัติงานสุขภาพชุมชนสนับสนุนแนวทางดังกล่าว (Goh et al., 2022; Hansotte et al., 2024) ค่า HbA1c ลดลง 0.86 จุดร้อยละเป็นผลลัพธ์ที่มีความหมายทางคลินิกและสอดคล้องกับกลไกของรูปแบบที่ทำงานพร้อมกันหลายระดับ อย่างไรก็ดี การออกแบบก่อน-หลังกลุ่มเดียวไม่สามารถตัดอิทธิพลของการเปลี่ยนแปลงยา การกลับสู่ค่าเฉลี่ย หรือปัจจัยร่วมอื่นได้ทั้งหมด จึงควรตีความเป็นหลักฐานประสิทธิผลเบื้องต้นและยืนยันด้วยการศึกษาแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบ คะแนนการยอมรับสูงแสดงถึงความเหมาะสมเชิงบริบท ซึ่งเป็นเงื่อนไขสำคัญของการนำไปใช้จริง รูปแบบใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ ได้แก่ รพ.สต. อสม. ครอบครัว และระบบบันทึกที่ไม่ซับซ้อน จึงมีศักยภาพขยายผล แต่จำเป็นต้องกำหนดภาระงาน มาตรฐานข้อมูล และระบบกำกับติดตามเพื่อรักษาคุณภาพเมื่อขยายพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

การนำไปใช้

1. จัดทำทะเบียนผู้ป่วยเสี่ยงสูงและแผนติดตามรายบุคคลร่วมกันระหว่าง รพ.สต. กับ อสม.
2. กำหนดสมาชิกครอบครัวผู้รับผิดชอบหลักอย่างน้อยหนึ่งคนและใช้การปรึกษาครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของบริการประจำ
3. พัฒนาคู่มือ PDC Model แบบสั้น ชุดสื่ออาหารท้องถิ่น และแบบบันทึกที่เชื่อมต่อข้อมูล HbA1c การใช้ยา และพฤติกรรม
4. ติดตามผลอย่างน้อยทุก 3 เดือน พร้อมประชุมทบทวนกรณีที่ HbA1c ไม่ลดลงหรือมีภาวะแทรกซ้อน

การวิจัยครั้งต่อไป

ควรใช้การออกแบบกึ่งทดลองหรือการทดลองแบบกลุ่มเปรียบเทียบ ติดตามอย่างน้อย 12 เดือน ประเมินสัดส่วนผู้ที่บรรลุเป้าหมาย HbA1c ภาวะน้ำตาลต่ำ คุณภาพชีวิต ต้นทุน และความยั่งยืนของการดำเนินงาน รวมทั้งศึกษาการนำไปใช้ในพื้นที่ที่มีจำนวน อสม. และทรัพยากรต่างกัน

ข้อจำกัด

การทดลองใช้เป็นแบบก่อน-หลังในกลุ่มเดียว การประเมินพฤติกรรมและการสนับสนุนบางส่วนใช้การรายงานตนเอง และดำเนินการในพื้นที่เดียว จึงยังไม่อาจสรุปเชิงสาเหตุหรืออ้างอิงไปยังทุกพื้นที่ได้

สรุป

PDC Model บูรณาการการจัดการตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว การติดตามโดย อสม. และระบบข้อมูลรายบุคคล หลังใช้รูปแบบ ผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมดีขึ้น แรงสนับสนุนเพิ่มขึ้น และ HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ รูปแบบได้รับการยอมรับสูงและมีศักยภาพเป็นต้นแบบการดูแลเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในระบบปฐมภูมิชนบท

เอกสารอ้างอิง

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ และคณะ. (2566). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ.

นิยม ดีจันทร์, สุพัฒน์ กองศรีมา, นครินทร์ ประสิทธิ์, ณัฐพร นิจธรรมสกุล, และภูวนาถ ศรีสุธรรม. (2567). ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/264873

ประสิทธิ์ โฉมวงศ์, พรรณี บัญชรหัตถกิจ, และทัศพร ชูศักดิ์. (2567). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 17(2), 240–253.

พูนทรัพย์ สมกล้า, สร้อยสุดา ครองปัญญา, และวริดา นามเชียงใต้. (2567). ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการควบคุมระดับ

น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 21(1), 188–202.

วารี ไอยราคม. (2568). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับการติดตามด้วยแอพพลิเคชั่นไลน์ต่อพฤติกรรมและระดับน้ำตาลในเลือด. Science, Technology, and Social Sciences Procedia, 2025(1), CRF06.

สุนิภา ชินวุฒิ, จิตรา สุขเจริญ, และวีนะ อนุตรกุล. (2567). ผลของโปรแกรมการมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือด. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา, 30(2), 94–106.

American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2025). Glycemic goals and hypoglycemia: Standards of care in diabetes—2025. Diabetes Care, 48(Suppl. 1), S128–S145.

Bekele, B. B., Negash, S., Bogale, B., Tesfaye, M., Getachew, D., Weldekidan, F., & Balcha, B. (2021). Effect of diabetes self-management education on glycated hemoglobin among patients with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. Diabetes & Metabolic Syndrome, 15(1), 177–185.

Davis, J., Fischl, A. H., Beck, J., et al. (2022). 2022 National standards for diabetes self-management education and support. The Science of Diabetes Self-Management and Care, 48(1), 44–59.

Goh, L. H., Siah, C. J. R., Tam, W. W. S., Tai, E. S., & Young, D. Y. L. (2022). Effectiveness of the chronic care model for adults with type 2 diabetes in primary care: A systematic review and meta-analysis. Systematic Reviews, 11, 273. https://doi.org/10.1186/s13643-022-02117-w

Hansotte, E., et al. (2024). Impact of community health workers on diabetes management in a community-based program. Preventive Medicine Reports, 40, 102659. https://doi.org/10.1016/ j.pmedr.2024.102659

Powers, M. A., Bardsley, J. K., Cypress, M., et al. (2020). Diabetes self-management education and support in adults with type 2 diabetes: A consensus report. Diabetes Care, 43(7), 1636–1649. https://doi.org/10.2337/dci20-0023

World Health Organization. (2024, November 14). Diabetes. https://www.who.int/ news-room/fact-sheets/detail/diabetes

บทความวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไผ่ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์

ลักขณา พรหมบุตร[1]

Received: 12 มี.ค. 69
Revised: 21 เม.ย. 69
Accepted: 14 พ.ค.69

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนและศึกษาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไผ่ ดำเนินการเดือนมีนาคม 2568–มีนาคม 2569 ตามวงจร PAOR กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ เครือข่าย 114 คน และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 53 คน เครื่องมือคือแบบสอบถาม แบบประเมิน ADL และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก มีค่า IOC 0.67–1.00 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.82 และ 0.75 วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา paired t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุ 952 คน คิดเป็นร้อยละ 28.03 ของประชากร และมีภาวะพึ่งพิง 53 คน คิดเป็นร้อยละ 5.57 ของผู้สูงอายุ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นระบบดูแลร่วมของชุมชน ประกอบด้วยฐานข้อมูลรายบุคคล แผนตามระดับภาวะพึ่งพิง บทบาทครอบครัวและเครือข่าย การเยี่ยมบ้าน การเฝ้าระวัง การติดตาม และการสะท้อนผล ภายหลังดำเนินงาน เครือข่ายมีคะแนนความรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมเพิ่มจาก 9.25 เป็น 9.66, 4.67 เป็น 4.86 และ 4.38 เป็น 4.81 คะแนน ส่วนผู้สูงอายุมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ ทัศนคติและการรับรู้ต่อการดูแล และ ADL เพิ่มจาก 8.49 เป็น 9.12, 4.60 เป็น 4.73 และ 12.09 เป็น 15.22 คะแนน ทุกผลลัพธ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) รูปแบบนี้จึงเป็นแนวทางจัดบริการดูแลระยะยาวในระบบปฐมภูมิที่เชื่อมข้อมูลรายบุคคลกับการมีส่วนร่วมของเครือข่าย

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุพึ่งพิง, รูปแบบการดูแล, การดูแลระยะยาว, การมีส่วนร่วม, บริการปฐมภูมิ

---

[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไผ่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอรัตนบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์, email: [luck_142513@hotmail.com]

Research article

Development of a Community Care Model for Dependent Older Adults at Phai Subdistrict Health Promoting Hospital, Rattanaburi District, Surin Province

Lakkhana Phrombut[1]

Abstract

This action research developed a community care model for dependent older adults and examined network participation at Phai Subdistrict Health Promoting Hospital. The PAOR cycle was implemented from March 2025 to March 2026 with 114 network members and 53 dependent older adults. Questionnaires, the Activities of Daily Living (ADL) assessment, and an interview guide had item-objective congruence indices of 0.67–1.00 and Cronbach's alpha coefficients of 0.82 and 0.75. Descriptive statistics, paired t-tests, and content analysis were used. Among 952 older adults (28.03% of residents), 53 (5.57%) were dependent. The community co-care model integrated an individual database, dependency-specific care plans, family and network roles, home visits, surveillance, monitoring, and reflection. After implementation, network mean scores for knowledge, attitude, and participation increased from 9.25 to 9.66, 4.67 to 4.86, and 4.38 to 4.81. Older adults' mean health knowledge, attitude and perception of care, and ADL scores increased from 8.49 to 9.12, 4.60 to 4.73, and 12.09 to 15.22. All increases were statistically significant ($p < .001$). The model links person-level information with active network participation in primary long-term care.

Keywords: dependent older adults, care model, long-term care, participation, primary care

---

[1]Registered Nurse, Professional Level, Phai Subdistrict Health Promoting Hospital, Rattanaburi District, Surin Province, Thailand, email: [luck_142513@hotmail.com]

บทนำ

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว การทำกิจวัตรประจำวัน และการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง ทั้งการฟื้นฟูสมรรถภาพ การป้องกันแผลกดทับและการติดเชื้อ การดูแลด้านอาหารและยา ตลอดจนการสนับสนุนด้านจิตใจและสังคม ระบบการดูแลระยะยาวที่มีประสิทธิภาพจึงต้องเชื่อมการประเมินรายบุคคล แผนการดูแล การเยี่ยมบ้าน และการประสานเครือข่ายในระดับครอบครัว ชุมชน และบริการสุขภาพเข้าด้วยกัน (กระทรวงสาธารณสุข, 2567; Ho et al., 2023)

อำเภอรัตนบุรีมีผู้สูงอายุ 14,503 คน คิดเป็นร้อยละ 27.50 ของประชากร โดยเป็นกลุ่มติดบ้านและติดเตียง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับบริการดูแลระยะยาวอย่างต่อเนื่อง (คปสอ.รัตนบุรี, 2567) สำหรับพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไผ่ ครอบคลุม 10 หมู่บ้าน มีประชากร 3,396 คน เป็นผู้สูงอายุ 952 คน คิดเป็นร้อยละ 28.03 และมีผู้สูงอายุที่มีคะแนน ADL ไม่เกิน 11 คะแนน จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 5.57 ของผู้สูงอายุทั้งหมด แม้พื้นที่มีระบบการดูแลระยะยาวโดยมี Care Manager (CM) และ Caregiver (CG) ร่วมกับทีมหมอครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้ว แต่ยังพบช่องว่างระหว่างแผนการดูแลรายบุคคลกับการดูแลจริงในครัวเรือน

ปัญหาสำคัญ ได้แก่ ผู้สูงอายุอยู่ลำพังในช่วงกลางวัน การดูแลโดยผู้สูงอายุด้วยกัน ภาระและข้อจำกัดทางเศรษฐกิจของญาติผู้ดูแล ความไม่ต่อเนื่องของการเยี่ยมบ้าน และภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ สายให้อาหารหรือสายสวนปัสสาวะหลุด การติดเชื้อ และการเข้ารักษาในโรงพยาบาล ปัญหาเหล่านี้ไม่อาจแก้ไขด้วยบุคลากรสุขภาพเพียงฝ่ายเดียว แต่ต้องอาศัยบทบาทร่วมของครอบครัว อสม. CG ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (CCG) CM ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และทีมสุขภาพ งานวิจัยก่อนหน้าสนับสนุนว่าการใช้ข้อมูลรายบุคคล การวางแผนร่วม การอบรมผู้ดูแล การเยี่ยมบ้าน และการสะท้อนผลช่วยให้ระบบดูแลระยะยาวเชื่อมต่อและเหมาะสมกับบริบทมากขึ้น (ประเสริฐ เก็มประโคน และคณะ, 2565; ไกรศร สุขุนา, 2567; ปภาดา ชมภูนิตย์ และคณะ, 2567)

การวิจัยครั้งนี้จึงประยุกต์วงจร PAOR เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องร่วมวิเคราะห์ปัญหา ออกแบบแนวทาง ลงมือปฏิบัติ ติดตามผล และปรับรูปแบบจากข้อมูลจริง เป้าหมายคือเปลี่ยนการดูแลแบบแยกส่วนไปสู่ระบบดูแลร่วมของชุมชน ที่มีผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง และสามารถดำเนินงานได้ต่อเนื่องในบริบทบริการสุขภาพปฐมภูมิ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไผ่ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์
2. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

วิธีการศึกษา

1. รูปแบบและระยะเวลาการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการเดือนกุมภาพันธ์ 2568–กุมภาพันธ์ 2569 ตามวงจร PAOR ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนผล
2. พื้นที่ศึกษา เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไผ่ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 10 หมู่บ้าน
3. กลุ่มเป้าหมาย คัดเลือกแบบเจาะจงและใช้ประชากรทั้งหมดที่ผ่านเกณฑ์ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อาศัยในพื้นที่และมีคะแนน ADL ไม่เกิน 11 คะแนน จำนวน 53 คน และ 2) เครือข่ายการดูแล 114 คน ประกอบด้วย

อสม. 92 คน CG 8 คน CCG 2 คน ผู้แทนองค์การบริหารส่วนตำบล 10 คน และผู้นำชุมชน 2 คน ผู้เข้าร่วมยินยอมและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามวงจร PAOR ได้

4. เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามผู้สูงอายุ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความรู้ด้านสุขภาพ 10 ข้อ ทัศนคติและการรับรู้ต่อการดูแล 10 ข้อ และแบบประเมิน ADL 10 รายการ 2) แบบสอบถามเครือข่าย ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความรู้ 10 ข้อ ทัศนคติ 8 ข้อ และการมีส่วนร่วม 10 ข้อ และ 3) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับปัญหา ปัจจัยสนับสนุน แนวทางพัฒนา และความคาดหวังต่อระบบการดูแล การแปลผลความรู้ประยุกต์เกณฑ์ Bloom ส่วนมาตรประมาณค่าใช้เกณฑ์ของ Best และ ADL ใช้เกณฑ์ Barthel Index (Best, 1977; Bloom et al., 1971; Mahoney & Barthel, 1965)

5. คุณภาพเครื่องมือ ผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67–1.00 ทุกชุด ทดลองใช้แบบสอบถามกับกลุ่มลักษณะใกล้เคียง 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.82 สำหรับแบบสอบถามผู้สูงอายุ และ 0.75 สำหรับแบบสอบถามเครือข่าย ข้อมูลเชิงคุณภาพตรวจสอบแบบสามเส้าจากหลายแหล่งและหลายวิธี

6. การดำเนินการ ขั้นวางแผนรวบรวมข้อมูล ADL และบริบทครัวเรือน วิเคราะห์ปัญหาและทรัพยากรร่วมกับเครือข่าย ขั้นปฏิบัติการจัดทำหรือปรับแผนรายบุคคล กำหนดบทบาท เยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และประสานส่งต่อ ขั้นสังเกตการณ์ติดตามการดำเนินงานและเก็บข้อมูลก่อน–หลัง และขั้นสะท้อนผลคืนข้อมูล ถอดบทเรียน และปรับรูปแบบร่วมกัน

7. การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนก่อน–หลังด้วย paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญ .05 และวิเคราะห์ข้อมูลสัมภาษณ์ สนทนากลุ่ม การสังเกต และบันทึกภาคสนามด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

8. การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยเสนอโครงการต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ รับรองเลขที่ 24/2568 ก่อนเก็บข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ ความเสี่ยง สิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัว และการรักษาความลับ ในกรณีผู้สูงอายุไม่สามารถให้ความยินยอมได้ ผู้วิจัยขอความยินยอมจากญาติหรือผู้ดูแลหลัก

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์และบริบทของพื้นที่

พื้นที่มีประชากร 3,396 คน ผู้สูงอายุ 952 คน คิดเป็นร้อยละ 28.03 และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 53 คน คิดเป็นร้อยละ 5.57 ของผู้สูงอายุทั้งหมด กลุ่มที่ 1 ซึ่งยังเคลื่อนไหวได้บ้างมีจำนวนมากที่สุด 35 คน คิดเป็นร้อยละ 66.04 ขณะที่กลุ่มที่ 3–4 ซึ่งเคลื่อนไหวเองไม่ได้รวม 10 คน คิดเป็นร้อยละ 18.87 จึงต้องจัดระดับความเข้มข้นของการดูแลและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกันตามความต้องการรายบุคคล แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำแนกตามกลุ่มภาวะพึ่งพิง (n = 53)

กลุ่ม	ลักษณะสำคัญ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
กลุ่มที่ 1	เคลื่อนไหวได้บ้าง มีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสน	35	66.04
กลุ่มที่ 2	เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสน และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย	8	15.09
กลุ่มที่ 3	เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกิน การขับถ่าย หรือมีภาวะเจ็บป่วยรุนแรง	6	11.32
กลุ่มที่ 4	เคลื่อนไหวเองไม่ได้ มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต	4	7.55
รวม		53	100.00

2. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็น “ระบบดูแลร่วมของชุมชน” ใช้ข้อมูลผู้สูงอายุรายบุคคลและบริบทครัวเรือนเป็นฐาน จำแนกแผนตามระดับ ADL และความเสี่ยง เชื่อมบทบาทของครอบครัว อสม. CG, CCG, CM องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และทีมสุขภาพ พร้อมกลไกเยี่ยมบ้าน บันทึก ติดตาม ประสานส่งต่อ และสะท้อนผลอย่างต่อเนื่อง ผลผลิตแต่ละขั้นของวงจร PAOR แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามวงจร PAOR

ขั้นตอน	กิจกรรมสำคัญ	ผลผลิต/กลไกที่เกิดขึ้น
Planning การวางแผน	สำรวจ ADL และข้อมูลครัวเรือน วิเคราะห์ปัญหา ความเสี่ยง ผู้ดูแล และทรัพยากรร่วมกับเครือข่าย	ฐานข้อมูลรายบุคคล การจัดกลุ่มภาวะพึ่งพิง แผนการดูแลรายบุคคล และบทบาทผู้รับผิดชอบ
Action การปฏิบัติการ	เยี่ยมบ้าน ดูแลกิจวัตรประจำวัน ฟื้นฟูเบื้องต้น ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ให้คำแนะนำครอบครัว และประสานทีมสหวิชาชีพ	การดูแลตามระดับความจำเป็น ระบบเฝ้าระวังและส่งต่อ และการสนับสนุนครอบครัวผู้ดูแล
Observation การสังเกตการณ์	นิเทศติดตาม เก็บข้อมูลความรู้ ทัศนคติ การมีส่วนร่วม ADL และปัญหาจากการเยี่ยมบ้าน	ข้อมูลก่อน–หลัง บันทึกการติดตาม และหลักฐานปัญหาอุปสรรคจากการปฏิบัติจริง
Reflection การสะท้อนผล	คืนข้อมูล ถอดบทเรียน ทบทวนสิ่งที่ได้ผล ข้อจำกัด และความต้องการสนับสนุนเพิ่มเติม	รูปแบบฉบับปรับปรุง บทบาทที่ชัดเจนขึ้น และแนวทางดำเนินงานต่อเนื่อง

3. ผลลัพธ์ของเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ

เครือข่าย 114 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.19 อายุเฉลี่ย 55.62 ปี (SD = 7.91) เป็น อสม. ร้อยละ 80.70 เคยผ่านการอบรมด้านการดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 79.82 และมีประสบการณ์ทำงานด้านผู้สูงอายุเฉลี่ย 13.24 ปี (SD = 8.01) ภายหลังดำเนินงาน คะแนนความรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน โดยการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นมากที่สุดจาก 4.38 เป็น 4.81 คะแนน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังดำเนินงานของเครือข่ายการดูแล (n = 114)

ตัวแปร	ก่อน Mean	ก่อน SD	หลัง Mean	หลัง SD	t	p-value
ความรู้ของเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ	9.25	0.90	9.66	0.57	6.94	< .001
ทัศนคติของเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ	4.67	0.46	4.86	0.22	6.15	< .001
การมีส่วนร่วมของเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ	4.38	0.80	4.81	0.25	7.29	< .001

หมายเหตุ: วิเคราะห์ด้วย paired t-test; กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

4. ผลลัพธ์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ภายหลังการใช้รูปแบบ ผู้สูงอายุมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ ทัศนคติและการรับรู้ต่อการดูแล และ ADL สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) คะแนน ADL เพิ่มจากเฉลี่ย 12.09 เป็น 15.22 คะแนน สะท้อนแนวโน้มการช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้นหรือระดับการพึ่งพิงลดลงในบางกิจกรรม

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังดำเนินงานของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n = 53)

ตัวแปร	ก่อน Mean	ก่อน SD	หลัง Mean	หลัง SD	t	p-value
ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	8.49	1.12	9.12	0.75	5.96	< .001
ทัศนคติและการรับรู้ต่อการดูแลผู้สูงอายุ	4.60	0.39	4.73	0.30	5.24	< .001
คะแนน ADL ของผู้สูงอายุ	12.09	6.24	15.22	3.28	6.51	< .001

หมายเหตุ: วิเคราะห์ด้วย paired t-test; กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05; ADL = Activities of Daily Living

5. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

การสังเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพพบปัจจัยที่เชื่อมโยงกันตั้งแต่ระดับข้อมูลบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระบบบริการ ดังตารางที่ 5 จุดแข็งสำคัญคือเครือข่ายมีประสบการณ์และทัศนคติที่ดี ขณะที่ประเด็นที่ควรพัฒนาต่อคือทักษะดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรุนแรง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการระดมทรัพยากรสำหรับครัวเรือนที่มีข้อจำกัด

ตารางที่ 5 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบ

ปัจจัย	สาระสำคัญ
1. ฐานข้อมูลและการคืนข้อมูล	ใช้ ADL ความเสี่ยง และบริบทครัวเรือนวางแผนรายบุคคล พร้อมคืนข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้องมีทิศทางเดียวกัน
2. เครือข่ายที่มีประสบการณ์	เครือข่ายส่วนใหญ่ผ่านการอบรมและคุ้นเคยกับครัวเรือน ช่วยเยี่ยมบ้าน เฝ้าระวัง และเชื่อมข้อมูล
3. ทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ	การเห็นคุณค่า ศักดิ์ศรี และสิทธิของผู้สูงอายุสนับสนุนการดูแลที่ต่อเนื่องและอ่อนโยน
4. การมีส่วนร่วมในงานเยี่ยมบ้าน	อสม. CG และเครือข่ายช่วยสังเกตการเปลี่ยนแปลง สนับสนุนครอบครัว และแจ้งภาวะเสี่ยง
5. การบูรณาการครอบครัว ชุมชน และทีมสุขภาพ	เชื่อมการดูแลประจำวันในบ้านกับความช่วยเหลือจากชุมชน วิชาการ และระบบส่งต่อ
6. การติดตามและสะท้อนผลต่อเนื่อง	ใช้ข้อมูลผลลัพธ์และปัญหาจริงปรับแผน บทบาท และความเข้มข้นของการดูแลในรอบต่อไป
7. การสนับสนุนทรัพยากรจากท้องถิ่น	เชื่อมงบประมาณ อุปกรณ์ การปรับสภาพบ้าน และความช่วยเหลือทางสังคมกับความจำเป็นรายบุคคล

อภิปรายผล

ผลขั้นวางแผนแสดงว่าการพัฒนารูปแบบต้องเริ่มจากข้อมูล ADL บริบทครัวเรือน ผู้ดูแล และทรัพยากรในชุมชน เพื่อให้แผนมีความเฉพาะเจาะจงต่อผู้สูงอายุแต่ละราย สอดคล้องกับประเสริฐ เก็มประโคน และคณะ (2565) ซึ่งเสนอว่าระบบดูแลระยะยาวต้องมีฐานข้อมูล กลไกท้องถิ่น ระบบพี่เลี้ยง และการประเมินต่อเนื่อง รวมทั้งสอดคล้องกับ Ho et al. (2023) ที่พบว่าการประเมินแบบองค์รวมและการวางแผนการดูแลเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน การวางแผนจึงไม่ควรยึดคะแนน ADL เพียงตัวเลข แต่ต้องพิจารณาความพร้อมของครอบครัว สภาพบ้าน ความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน และเครือข่ายสนับสนุนร่วมกัน

ขั้นปฏิบัติการทำให้บทบาทเดิมของครอบครัว อสม. CG, CCG, CM องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และทีมสุขภาพ เชื่อมต่อกันอย่างเป็นระบบ ไม่ได้เพิ่มกิจกรรมแบบแยกส่วน ผลนี้สอดคล้องกับไกรศร สุขุนา (2567) และปภาดา ชมภูนิตย์ และคณะ (2567) ที่พบว่าการวางแผนร่วม การพัฒนาผู้ดูแล การเยี่ยมบ้าน การนิเทศ และเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นกลไกสำคัญของรูปแบบการดูแลแบบมีส่วนร่วม รวมทั้งสอดคล้องกับ Wangpitipanit et al. (2024) ที่เน้นการเชื่อมครอบครัว ชุมชน และบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ขั้นสังเกตการณ์พบว่าเครือข่ายมีความรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมสูงขึ้นทุกด้าน โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมเพิ่มจาก 4.38 เป็น 4.81 คะแนน สะท้อนการเปลี่ยนจากผู้เข้าร่วมกิจกรรมเป็นผู้ร่วมวิเคราะห์ ปฏิบัติ ติดตาม และสะท้อนผล สอดคล้องกับวิชัย เจริญสุข (2569) ที่ชี้ว่า การเสริมพลังอาสาสมัคร การทำงานเป็นทีม และการสะท้อนผลช่วยพัฒนาการมีส่วนร่วมในงานดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุ คะแนน ADL เพิ่มจาก 12.09

เป็น 15.22 คะแนน สอดคล้องกับนันทิกานต์ หวังจิและอมรรัตน์ แสงสุวรรณ์ (2565) และจิรนันท์ ศรีสุพรรณ และกัณฐาภรณ์ มั่งประเสริฐ (2569) ที่รายงานว่าการดูแลต่อเนื่องและการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลช่วยให้การดูแลที่บ้านและความสามารถทำกิจวัตรประจำวันดีขึ้น อย่างไรก็ตาม ผลที่เพิ่มขึ้นควรตีความเป็นผลของวงจรการพัฒนาทั้งระบบ มิใช่ผลจากกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง

ขั้นสะท้อนผลทำให้ข้อมูลจากการเยี่ยมบ้าน การเปลี่ยนแปลง ADL ภาระครอบครัว และความเสี่ยงถูกนำกลับไปปรับแผน สอดคล้องกับกัลยา เกื้อกูล (2568) ซึ่งเสนอให้ระบบดูแลระยะยาวเชื่อมโครงสร้าง การดูแลที่บ้าน การฟื้นฟู และผลลัพธ์ และ Sadler et al. (2023) ที่อธิบายบทบาทของการจัดการรายกรณีในการประสานบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีความต้องการซับซ้อน ดังนั้น PAOR จึงทำหน้าที่ทั้งเป็นกรอบวิจัยและกลไกพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิ

ข้อจำกัดของการวิจัย คือ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการในพื้นที่เดียว ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ และระยะติดตามจำกัด ผลลัพธ์จึงสะท้อนบริบทตำบลไผ่และไม่อาจสรุปเชิงเหตุผลหรืออ้างอิงไปยังทุกพื้นที่ได้โดยตรง นอกจากนี้ คะแนนที่ดีขึ้นอาจได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์เดิมของเครือข่ายและปัจจัยร่วมอื่นระหว่างดำเนินงาน ควรมีการติดตามระยะยาวและประเมินผลด้านภาวะแทรกซ้อน คุณภาพชีวิต และภาระผู้ดูแลเพิ่มเติม

สรุปผล

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่พัฒนาขึ้นเปลี่ยนการดูแลแบบแยกส่วนไปสู่ระบบดูแลร่วมของชุมชน โดยเชื่อมฐานข้อมูลรายบุคคล แผนตามระดับ ADL บทบาทครอบครัวและเครือข่าย การเยี่ยมบ้าน การติดตาม และการสะท้อนผลหลังดำเนินงาน เครือข่ายมีความรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมสูงขึ้น และผู้สูงอายุมีความรู้ การรับรู้ต่อการดูแล และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รูปแบบจึงมีศักยภาพใช้เป็นกรอบจัดบริการดูแลระยะยาวในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีบริบทและทรัพยากรใกล้เคียงกัน

ข้อเสนอแนะ

1. รพ.สต. ควรปรับปรุงฐานข้อมูล ADL โรคประจำตัว ผู้ดูแลหลัก ความเสี่ยงในบ้าน และทรัพยากรสนับสนุนให้เป็นปัจจุบัน และใช้วางแผนรายบุคคลร่วมกับเครือข่าย

2. ควรกำหนดบทบาท CM, CG, CCG, อสม. ครอบครัว อปท. และทีมสุขภาพให้ชัดเจน พร้อมพัฒนาคู่มือการดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการส่งต่อที่ใช้ได้จริงในครัวเรือน

3. ควรใช้ระบบบันทึกการเยี่ยมบ้านร่วมกันและจัดเวทีสะท้อนผลทุก 1–3 เดือน เพื่อติดตาม ADL ภาวะแทรกซ้อน การนอนโรงพยาบาล ความพึงพอใจ และภาระผู้ดูแล

4. การวิจัยครั้งต่อไปควรประเมินหลายวงรอบและติดตามอย่างน้อย 6–12 เดือน รวมทั้งใช้กลุ่มเปรียบเทียบหรือหลายพื้นที่เพื่อประเมินความยั่งยืนและความเป็นไปได้ในการขยายผล

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2567). คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข.

กัลยา เกื้อกูล. (2568). รูปแบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในภาคใต้ประเทศไทย. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 10(4), 1–12.

ไกรศร สุขุนา. (2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตตำบลบรบือ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 4(1), 54–65.

คปสอ.รัตนบุรี. (2567). แบบรายงาน KPI งานผู้สูงอายุ คปสอ.รัตนบุรี 2/2567.

จิรนันท์ ศรีสุพรรณ, และกัณฐาภรณ์ มั่งประเสริฐ. (2569). ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ, 7(1), 170–183.

นันทิกานต์ หวังจิ, และอมรรัตน์ แสงสุวรรณ์. (2565). พัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 9(1), 241–256.

ปภาดา ชมภูนิตย์, พิมพ์นิภา บุญประเสริฐ, และรัชดาภรณ์ แม้นศิริ. (2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 42(2), 1–14.

ประเสริฐ เก็มประโคน, มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์, และวิไลพร คลีกร. (2565). การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและเข้าถึงบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 16(1), 140–155.

วิชัย เจริญสุข. (2569). การพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 20(2), 436–453.

Best, J. W. (1977). Research in education (3rd ed.). Prentice-Hall.

Bloom, B. S., Hastings, J. T., & Madaus, G. F. (1971). Handbook on formative and summative evaluation of student learning. McGraw-Hill.

Ho, L., Malden, S., McGill, K., Shimonovich, M., Frost, H., Aujla, N., Ho, I., Shenkin, S. D., Hanratty, B., Mercer, S. W., & Guthrie, B. (2023). Complex interventions for improving independent living and quality of life amongst community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis. Age and Ageing, 52(7), Article afad132. https://doi.org/10.1093/ ageing/afad132

Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. Maryland State Medical Journal, 14, 61–65.

Sadler, E., Khadjesari, Z., Ziemann, A., Sheehan, K. J., Whitney, J., Wilson, D., Bakolis, I., Sevdalis, N., Sandall, J., Soukup, T., Corbett, T., Gonçalves-Bradley, D. C., & Walker, D.-M. (2023). Case management for integrated care of older people with frailty in community settings. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2023(5), Article CD013088. https://doi.org/10.1002/14651858.CD013088.pub2

Wangpitipanit, S., Piyatrakul, S., & Tongvichean, T. (2024). Integrated community-based care for dependent older people community participation in preparation for recurrent outbreaks of COVID-19. Journal of Multidisciplinary Healthcare, 17, 4519–4530.

บทความวิจัย

การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลช่างปี่ อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์

เสาวภา สิงจานุสงค์[1]

Received: 30 มี.ค. 69
Revised: 25 เม.ย. 69
Accepted: 28 พ.ค.69

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของชุมชน พัฒนาและประเมินรูปแบบควบคุมความดันโลหิต ดำเนินการ 3 ระยะ เดือนมีนาคม 2568–มีนาคม 2569 ในผู้ป่วย 187 คน และภาคีเครือข่าย 179 คน เครื่องมือคือแบบสอบถาม แบบบันทึกความดันโลหิต แบบประเมิน และการสัมภาษณ์ มีค่า IOC 0.67–1.00 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.79–0.86 วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา สหสัมพันธ์ การทดสอบความแตกต่าง การเปรียบเทียบก่อน–หลัง และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า การจัดการตนเอง (Mean = 3.26, SD = 0.44) และการมีส่วนร่วมของชุมชน (Mean = 3.95, SD = 0.71) อยู่ระดับปานกลาง อายุสัมพันธ์ทางลบกับการจัดการตนเอง (r_s = −0.485) ส่วนระยะเวลาที่ทราบว่าป่วยสัมพันธ์ทางบวก (r_s = 0.417; $p < .001$) รูปแบบมี 7 องค์ประกอบและ 8 ขั้นตอน เชื่อมการประเมิน การเสริมทักษะ แผนดูแลร่วมกับครอบครัว การเยี่ยมบ้าน กิจกรรมชุมชน การสนับสนุนจากท้องถิ่น และการประเมินผล หลังใช้รูปแบบ ความดันโลหิตซิสโตลิกลดจาก 151.62 ± 8.74 เป็น 135.48 ± 7.92 มิลลิเมตรปรอท และไดแอสโตลิกลดจาก 91.36 ± 6.28 เป็น 82.14 ± 5.74 มิลลิเมตรปรอท พฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มเป็น 4.18 ± 0.39 คะแนน ทุกผลลัพธ์แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) ผู้ป่วยและภาคีเครือข่ายพึงพอใจระดับสูง (Mean = 4.30, SD = 0.41 และ Mean = 4.37, SD = 0.43) รูปแบบจึงเหมาะสำหรับการดูแลต่อเนื่องในบริการปฐมภูมิและชุมชน

คำสำคัญ: โรคความดันโลหิตสูง, การควบคุมความดันโลหิต, การจัดการตนเอง, การมีส่วนร่วมของชุมชน, รูปแบบการดูแล

[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลช่างปี่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์
email: [sauwapha2515@gmail.com]

Research article

Development of a Blood Pressure Control Model among Hypertensive Patients through Self-Management and Community Participation in Chang Pi Subdistrict, Sikhoraphum District, Surin Province

Saowapha Singjanusong[1]

Abstract

This mixed-methods study examined self-management and community participation and developed and evaluated a blood pressure control model. Three phases were conducted from March 2025 to March 2026 with 187 hypertensive patients and 179 network members. Questionnaires, blood pressure records, assessments, and interviews had item-objective congruence indices of 0.67–1.00 and Cronbach's alpha coefficients of 0.79–0.86. Descriptive, correlational, group-comparison, paired-comparison, and content analyses were used. Baseline self-management (M = 3.26, SD = 0.44) and community participation (M = 3.95, SD = 0.71) were moderate. Age correlated negatively with self-management (r_s = −0.485), whereas duration since diagnosis correlated positively (r_s = 0.417; p < .001). The seven-component, eight-step model linked assessment, skills, family planning, home visits, community activities, local support, and evaluation. After implementation, mean systolic pressure decreased from 151.62 ± 8.74 to 135.48 ± 7.92 mmHg and diastolic pressure from 91.36 ± 6.28 to 82.14 ± 5.74 mmHg. Self-management increased to 4.18 ± 0.39; all changes were significant (p < .001). Patient and network satisfaction were high (M = 4.30, SD = 0.41 and M = 4.37, SD = 0.43). The model is suitable for continuous community-based primary care.

Keywords: hypertension, blood pressure control, self-management, community participation, care model

[1] Registered Nurse, Professional Level, Chang Pi Subdistrict Health Promoting Hospital, Sikhoraphum District Public Health Office, Surin Province, Thailand, email: [sauwapha2515@gmail.com]

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มักไม่มีอาการในระยะแรก แต่หากควบคุมไม่ได้จะเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โรคไตเรื้อรัง และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ปัญหานี้จึงไม่ได้จำกัดอยู่ที่การรักษาด้วยยา แต่ต้องอาศัยการดูแลต่อเนื่อง การปรับพฤติกรรม และการเฝ้าระวังในชีวิตประจำวัน (World Health Organization, 2023) การจัดการตนเองครอบคลุมการใช้ยา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การมาตามนัด และการติดตามค่าความดันโลหิต โดยต้องใช้ทั้งความรู้ ทักษะการแก้ปัญหา และความร่วมมือกับทีมสุขภาพ (Grady & Gough, 2014)

ความเชื่อในความสามารถของตนเองมีผลต่อความต่อเนื่องของพฤติกรรมสุขภาพ (Bandura, 1977) อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยจำนวนมาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุและผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัด ยังเผชิญข้อจำกัดจากวิถีชีวิต อาหารในครัวเรือน ภาระงาน ความจำ และความมั่นใจในการออกกำลังกาย การให้ความรู้เพียงครั้งเดียวจึงไม่เพียงพอ หลักฐานในประเทศไทยพบว่าโปรแกรมที่มีการกำหนดเป้าหมาย ติดตาม และเสริมแรงช่วยให้พฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตดีขึ้น (อภิญญา อุบลสะอาด, 2567; ชลธาร ทองแสง และคณะ, 2567)

การควบคุมความดันโลหิตเกิดขึ้นจริงในบ้านและชุมชน ครอบครัวสามารถเตือนยาและช่วยจัดอาหาร อสม. ติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้นำชุมชนและองค์การบริหารส่วนตำบลสนับสนุนกิจกรรมและทรัพยากร ส่วน รพ.สต. ทำหน้าที่ประเมิน ให้คำปรึกษา และเชื่อมต่อบริการ การมีส่วนร่วมที่มีคุณภาพจึงควรครอบคลุมการร่วมรับรู้ปัญหา วางแผน ดำเนินงาน และติดตามผล (Rifkin, 1996) งานของรัตน์สุดา จิตระวัง (2567) สนับสนุนว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนช่วยให้ผู้สูงอายุนำคำแนะนำด้านสุขภาพไปปฏิบัติได้ต่อเนื่องขึ้น

ตำบลช่างปี่มีประชากร 10,938 คน ครอบคลุม 14 หมู่บ้าน และมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระบบ HDC 600 คน ในปี 2568 ในจำนวนผู้รับยาที่ รพ.สต. 233 คน พบค่าความดันตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป 35 คน และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มจาก 3 คนในปี 2567 เป็น 8 คนในปี 2568 (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลช่างปี่, 2568) สถานการณ์ดังกล่าวแสดงความจำเป็นของรูปแบบเชิงรุกที่เชื่อมผู้ป่วย ครอบครัว อสม. ผู้นำชุมชน อบต. และบริการปฐมภูมิ การวิจัยนี้จึงพัฒนารูปแบบจากข้อมูลจริงของพื้นที่และประเมินผลทั้งด้านพฤติกรรม ผลลัพธ์ทางคลินิก และการยอมรับของผู้เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อวิเคราะห์บทบาทและกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต
3. เพื่อพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยอาศัยการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของชุมชน
4. เพื่อประเมินผลของรูปแบบด้านระดับความดันโลหิต พฤติกรรมการจัดการตนเอง และความพึงพอใจ

วิธีการศึกษา

1. รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน 3 ระยะ ได้แก่ 1) ศึกษาสถานการณ์เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ 2) สังเคราะห์ พัฒนา และตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบ และ 3) ทดลองใช้แบบกลุ่มเดียววัดก่อน–หลัง ดำเนินการเดือนมีนาคม 2568–มีนาคม 2569

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรผู้ป่วยขึ้นทะเบียน 600 คน คำนวณขนาดตัวอย่างตามสูตร Krejcie และ Morgan ได้ผู้ป่วย 187 คน และสุ่มอย่างง่ายภาคีเครือข่าย 179 คน ประกอบด้วย อสม. 162 คน

และผู้นำชุมชน 17 คน ผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพคัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้ป่วย ครอบครัว อสม. ผู้นำชุมชน ผู้แทน อบต. และบุคลากร รพ.สต. จนข้อมูลครอบคลุมประเด็น

3. เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วยรูปแบบที่พัฒนาขึ้น แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง แบบประเมินการมีส่วนร่วม แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและภาคีเครือข่าย แบบบันทึกค่าความดันโลหิต และแนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก เกณฑ์การแปลผลมาตรประมาณค่าประยุกต์จาก Best (1977)

4. คุณภาพเครื่องมือ ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า IOC 0.67–1.00 ทุกชุด แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง การมีส่วนร่วม ความพึงพอใจผู้ป่วย และความพึงพอใจภาคีเครือข่าย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.82, 0.79, 0.80 และ 0.86 ตามลำดับ ข้อมูลเชิงคุณภาพตรวจสอบจากหลายกลุ่มและหลายวิธี

5. การดำเนินการ ระยะที่ 1 เก็บข้อมูลพื้นฐาน พฤติกรรม การมีส่วนร่วม และข้อมูลสัมภาษณ์ ระยะที่ 2 สังเคราะห์ข้อมูลร่วมกับแนวคิดที่เกี่ยวข้อง จัดทำร่างและประชุมกลุ่มตรวจสอบ ระยะที่ 3 ประเมินและจำแนกผู้ป่วย เสริมทักษะ ทำแผนรายบุคคลร่วมกับครอบครัว เยี่ยมบ้าน จัดกิจกรรมชุมชน ประสานการสนับสนุน และประเมินผลหลังดำเนินงาน

6. การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Spearman’s rank correlation, Mann–Whitney U test, Kruskal–Wallis test และการเปรียบเทียบก่อน–หลังด้วย paired t-test หรือ Wilcoxon signed-rank test ตามข้อตกลงของข้อมูล กำหนดนัยสำคัญ .05 และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

7. จริยธรรมการวิจัย โครงการได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เลขที่ 135/2568 ก่อนเก็บข้อมูล ผู้เข้าร่วมได้รับคำชี้แจงและลงนามยินยอม สามารถถอนตัวได้โดยไม่กระทบสิทธิรับบริการ และข้อมูลนำเสนอในภาพรวมโดยใช้รหัสแทนชื่อ

ผลการศึกษา

1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่างและพฤติกรรมการจัดการตนเอง

ผู้ป่วย 187 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.33 อายุเฉลี่ย 67.02 ปี (SD = 9.89) อายุ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 41.71 จบประถมศึกษา ร้อยละ 83.42 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 78.61 และทราบว่าป่วยมาเฉลี่ย 8.10 ปี (SD = 5.38) ก่อนใช้รูปแบบพฤติกรรมการจัดการตนเองทุกด้านอยู่ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยสูงสุดคือการใช้ยาและมาตามนัด และต่ำสุดคือการออกกำลังกาย

2. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน

ภาคีเครือข่าย 179 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.56 อายุเฉลี่ย 55.42 ปี (SD = 8.64) เป็น อสม. ร้อยละ 90.50 และปฏิบัติหน้าที่เฉลี่ย 16.50 ปี (SD = 9.30) การมีส่วนร่วมโดยรวมระดับปานกลาง โดยการร่วมดำเนินกิจกรรมและติดตามผู้ป่วยอยู่ระดับสูง แต่การสนับสนุนทรัพยากรและการติดตามประเมินผลอยู่ระดับปานกลาง

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง

อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง (r_s = −0.485, $p < .001$) ขณะที่ระยะเวลาที่ทราบว่าป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวก (r_s = 0.417, $p < .001$) ระดับการศึกษามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($H = 13.535$, $p = .001$) โดยกลุ่มมัธยมศึกษาสูงกว่าประถมศึกษาและกลุ่มไม่ได้เรียน ส่วนผู้มีโรคร่วมมีพฤติกรรมสูงกว่าผู้ไม่มีโรคร่วม ($U = 3,638.00$, $p = .048$) ไม่พบความแตกต่างตามเพศหรืออาชีพ ข้อมูลเชิงคุณภาพพบอุปสรรคสำคัญ ได้แก่ การประเมินความรุนแรงจากอาการ การลืมหรือหยุดยา ความเคยชินด้านรสชาติอาหาร

ข้อจำกัดทางกาย การบันทึกค่าความดันไม่ต่อเนื่อง ความเครียด ภาระงานของ อสม. และทรัพยากรสนับสนุนที่ไม่สม่ำเสมอ

4. รูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตที่พัฒนาขึ้น

ผลการสังเคราะห์นำไปสู่รูปแบบ 7 องค์ประกอบ และแปลงเป็น 8 ขั้นตอนปฏิบัติ ได้แก่ การเตรียมทีม การประเมินและจำแนกผู้ป่วย การเสริมทักษะ การทำแผนรายบุคคลกับครอบครัว การเยี่ยมบ้าน การจัดกิจกรรมชุมชน การสนับสนุนเชิงระบบ และการประเมินผลก่อน–หลัง การประชุมกลุ่มเห็นว่ารูปแบบเหมาะสมและนำไปใช้ได้จริง เพราะต่อยอดจากโครงสร้างเดิมของพื้นที่ แต่ควรกำหนดบทบาทเครื่องมือติดตาม เกณฑ์ส่งต่อ และการสนับสนุนจาก อบต. ให้ชัดเจน

5. ผลการทดลองใช้รูปแบบ

หลังใช้รูปแบบ ค่า SBP และ DBP ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีขนาดอิทธิพลสูง คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มจากระดับปานกลางเป็นระดับสูง ($p < .001$) ดังตารางที่ 4 ผลเชิงคุณภาพสนับสนุนว่าการให้ความรู้ที่เข้าใจง่าย การกำหนดเป้าหมาย การเยี่ยมบ้าน การสนับสนุนจากครอบครัว และช่องทางประสาน อสม.–รพ.สต. ช่วยให้ผู้ป่วยนำคำแนะนำไปใช้จริงได้ต่อเนื่องขึ้น

6. ความพึงพอใจและการยอมรับรูปแบบ

ผู้ป่วยและภาคีเครือข่ายมีความพึงพอใจระดับสูง ผู้ป่วยให้คะแนนสูงสุดด้านความใส่ใจของบุคลากร ส่วนภาคีเครือข่ายให้คะแนนสูงสุดด้านความเหมาะสมของรูปแบบ ข้อที่ได้คะแนนต่ำกว่าด้านอื่นคือความเพียงพอของยาและอุปกรณ์กับการสนับสนุนจาก อบต. ซึ่งเป็นประเด็นสำหรับพัฒนาความยั่งยืน

อภิปรายผล

พฤติกรรมการจัดการตนเองก่อนใช้รูปแบบอยู่ระดับปานกลาง โดยการออกกำลังกายและการติดตามค่าความดันมีคะแนนต่ำกว่าด้านอื่น แสดงว่าการปฏิบัติตามยาและนัดยังไม่เพียงพอ หากผู้ป่วยไม่สามารถกำกับกิจวัตรและแก้อุปสรรคเฉพาะรายได้ สอดคล้องกับ Grady และ Gough (2014) ซึ่งมองการจัดการตนเองเป็นการจัดการด้านการแพทย์ วิถีชีวิต และอารมณ์ในระยะยาว ข้อมูลเชิงคุณภาพยังสะท้อนการประเมินความรุนแรงจากอาการและอุปสรรคจากความเคยชิน ข้อจำกัดทางกาย และความเครียด จึงควรใช้การสื่อสารที่เข้าใจง่าย การสาธิต การตั้งเป้าหมายร่วม และการเสริมความเชื่อมั่นตามแนวคิดของ Bandura (1977)

ความสัมพันธ์ของอายุและระยะเวลาที่ทราบว่าป่วยกับพฤติกรรมการจัดการตนเองช่วยระบุกลุ่มที่ต้องการการสนับสนุนต่างกัน แต่ไม่ยืนยันเหตุและผล ผู้สูงอายุอาจมีข้อจำกัดด้านความจำ การมองเห็น และการเคลื่อนไหว ขณะที่ผู้ที่อยู่กับโรคนานอาจเรียนรู้จากประสบการณ์และการติดตามซ้ำ ผลของระดับการศึกษาเน้นความสำคัญของการปรับวิธีสื่อสารให้สอดคล้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผลการศึกษาสอดคล้องกับชลธาร ทองแสง และคณะ (2567) และอภิญญา อุบลสะอาด (2567) ที่พบว่าการเสริมทักษะและติดตามต่อเนื่องช่วยให้พฤติกรรมและความดันโลหิตดีขึ้น

การมีส่วนร่วมของชุมชนเข้มแข็งในระดับกิจกรรมมากกว่าระดับระบบ สอดคล้องกับ Rifkin (1996) ที่อธิบายว่าการมีส่วนร่วมมีตั้งแต่การเข้าร่วมกิจกรรมไปจนถึงการตัดสินใจและจัดสรรทรัพยากร อสม. เป็นกลไกใกล้ผู้ป่วย แต่ต้องมีคู่มือ เกณฑ์แจ้งเตือน ช่องทางรายงาน และการกำกับจากทีมสุขภาพ ผลนี้สอดคล้องกับรัตน์สุดา จิตระวัง (2567) และจามจุรี จันทโพธิ์ และสุพัฒน์ อาสนะ (2568) ที่ชี้บทบาทของครอบครัวและ อสม. ในการติดตาม สื่อสารสุขภาพ และสนับสนุนการปฏิบัติตามแผน

รูปแบบ 7 องค์ประกอบและ 8 ขั้นตอนเริ่มจากปัญหาและทรัพยากรจริงของพื้นที่ จึงเชื่อมระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และบริการปฐมภูมิได้ชัดเจน ลักษณะนี้สอดคล้องกับหลักการเลือกกลยุทธ์การนำไปใช้ตามกลุ่มเป้าหมาย บริบท ผู้รับผิดชอบและผลลัพธ์ (Powell et al., 2019) และสอดคล้องกับงานของรุ่งทอง วัชรนุกูลเกียรติ และวรรณกร ตาบ้านดู่ (2567) กับจุฑาทิพย์ หีดแก้ว และคณะ (2568) อย่างไรก็ตาม ความเหมาะสมในช่วงทดลองไม่รับประกันความยั่งยืนเมื่อขยายพื้นที่ ต้องพิจารณาภาระงาน ทรัพยากร และการรักษาคุณภาพในบริการจริง (Glasgow et al., 2003)

หลังใช้รูปแบบ ค่า SBP ลดลงเฉลี่ย 16.14 มิลลิเมตรปรอท และ DBP ลดลง 9.22 มิลลิเมตรปรอท พร้อมกับพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีขึ้น สอดคล้องกับ Sukpattanasrikul et al. (2022) และขวัญชนก แสงแก้ว และคณะ (2568) ที่รายงานผลเชิงบวกของโปรแกรมการจัดการตนเอง รวมทั้ง Bryant et al. (2020) ที่ชี้ว่าการติดตามความดันด้วยตนเองจะมีประโยชน์มากขึ้นเมื่อเชื่อมกับการตอบสนองของทีมสุขภาพ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ไม่มีกลุ่มควบคุม จึงควรตีความว่า “ผลลัพธ์ดีขึ้นภายหลังใช้รูปแบบ” โดยไม่สรุปเหตุและผลเด็ดขาด เพราะอาจมีการปรับยา การเปลี่ยนแปลงตามเวลา หรืออิทธิพลจากการเข้าร่วมวิจัยร่วมด้วย

สรุปผล

รูปแบบการควบคุมความดันโลหิตที่พัฒนาขึ้นเชื่อมการจัดการตนเองกับการสนับสนุนของครอบครัว อสม. ผู้นำชุมชน อบต. และ รพ.สต. อย่างเป็นระบบ หลังใช้รูปแบบ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้น ค่า SBP และ DBP ลดลง และทั้งผู้ป่วยกับภาคีเครือข่ายยอมรับรูปแบบในระดับสูง จึงมีศักยภาพใช้เป็นแนวทางดูแลต่อเนื่องในบริการปฐมภูมิ โดยต้องจัดระบบทรัพยากร การติดตาม และการประเมินผลให้ต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. รพ.สต. ควรใช้กระบวนการ 8 ขั้นตอนเป็นแนวทางดูแล จำแนกความเสี่ยง และกำหนดความถี่ติดตามให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย

2. พยาบาลและทีมสุขภาพควรจัดทำแผนรายบุคคลร่วมกับครอบครัว ใช้สื่อเข้าใจง่ายและการสาธิต โดยเฉพาะในผู้สูงอายุและผู้มีการศึกษาระดับพื้นฐาน

3. ควรพัฒนาสมุดบันทึก แบบเยี่ยมบ้าน เกณฑ์แจ้งเตือน และช่องทางรายงานร่วมระหว่าง อสม. กับ รพ.สต. พร้อมเชื่อมกิจกรรมเข้าสู่แผนสุขภาพตำบล

4. การวิจัยต่อไปควรมีกลุ่มเปรียบเทียบ ติดตามระยะยาว และประเมินการควบคุมความดันรายบุคคล ภาวะแทรกซ้อน ต้นทุน ภาระงาน และความยั่งยืนของการนำไปใช้

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษาใช้กลุ่มเดียววัดก่อน–หลังในพื้นที่เฉพาะ ข้อมูลพฤติกรรมบางส่วนเป็นการรายงานตนเอง และระยะติดตามจำกัด จึงไม่อาจตัดปัจจัยร่วมอื่นหรืออ้างอิงผลไปยังทุกพื้นที่ได้ การนำรูปแบบไปใช้ควรปรับตามทรัพยากร โครงสร้างเครือข่าย และลักษณะผู้ป่วยของแต่ละชุมชน

เอกสารอ้างอิง

ขวัญชนก แสงแก้ว, สาวิตรี ศรีโฉม, วิลาสินีพร โคตวัตร์, อุทิศ นันทะมาตย์, และประเสริฐ ประสมรักษ์. (2568). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลและการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในโรงพยาบาลชานุมาน อำเภอชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข, 3(1), 1–13.

จามจุรี จันทโพธิ์, และสุพัฒน์ อาสนะ. (2568). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุดรธานี. วารสารศูนย์

อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 19(3), 931–946.

จุฑาทิพย์ หีดแก้ว, เขมิกา สมบัติโยธา, และสุมัทนา กลางคาร. (2568). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 11(4), 145–162.

ชลธาร ทองแสง, อารี บุตรสอน, และอนันต์ ไชยกุลวัฒนา. (2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ตำบลบุ่งมะแลง อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารการศึกษา-สุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม, 9(4), 395–406.

รัตน์สุดา จิตระวัง. (2567). การพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลนาคู อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ, 5(1), 44–52.

รุ่งทอง วัชรนุกูลเกียรติ, และวรรณกร ตาบ้านดู่. (2567). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานแบบมีส่วนร่วมของเครือข่าย อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น, 31(1), 108–121.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลช่างปี่. (2568). ข้อมูลความดัน งานวิจัย ปี 68. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลช่างปี่ อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์.

อภิญญา อุบลสะอาด. (2567). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารการศึกษา-สุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม, 9(1), 596–605.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84(2), 191–215.

Best, J. W. (1977). Research in education (3rd ed.). Prentice-Hall.

Bryant, K. B., Sheppard, J. P., Ruiz-Negrón, N., Kronish, I. M., Fontil, V., King, J. B., Pletcher, M. J., Bibbins-Domingo, K., Moran, A. E., McManus, R. J., & Bellows, B. K. (2020). Impact of self-monitoring of blood pressure on processes of hypertension care and long-term blood pressure control. Journal of the American Heart Association, 9(15), Article e016174. https://doi.org/10.1161/JAHA.120.016174

Glasgow, R. E., Lichtenstein, E., & Marcus, A. C. (2003). Why don't we see more translation of health promotion research to practice? Rethinking the efficacy-to-effectiveness transition. American Journal of Public Health, 93(8), 1261–1267.

Grady, P. A., & Gough, L. L. (2014). Self-management: A comprehensive approach to management of chronic conditions. American Journal of Public Health, 104(8), e25–e31.

Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement, 30(3), 607–610.

Powell, B. J., Fernandez, M. E., Williams, N. J., Aarons, G. A., Beidas, R. S., Lewis, C. C., McHugh, S. M., & Weiner, B. J. (2019). Enhancing the impact of implementation strategies in healthcare: A research agenda. Frontiers in Public Health, 7, Article 3. https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00003

Rifkin, S. B. (1996). Paradigms lost: Toward a new understanding of community participation in health programmes. Acta Tropica, 61(2), 79–92.

Sukpattanasrikul, S., Monkong, S., Leelacharas, S., Krairit, O., & Viwatwongkasem, C. (2022). Comparison of hypertensive outcomes after the implementation of self-management program for older adults with uncontrolled hypertension in Krabi, Thailand: A quasi-experimental study. Journal of Health Research, 36(4), 641–651.

World Health Organization. (2023). Global report on hypertension: The race against a silent killer. https://www.who.int/publications/i/item/9789240081062

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพดิจิทัลและนวัตกรรม
Journal of Digital Health Sciences and Innovation
ชมรมสาธารณสุขและสุขภาพอัจฉริยะ
Smart Public Health Club (SPH)
Email : klarnarong.w@ubu.ac.th

