JPHR

JPHR
วารสารวิจัยสุขภาพปฐมภูมิ
Journal of Primary Health Research

ISSN 3057-1812 (Online)

วารสารวิจัยสุขภาพปฐมภูมิ

Journal of Primary Health Research

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
VOL.2 NO.1 January - April 2026

https://he05.tci-thaijo.org/index.php/J_PHR

บรรณาธิการวารสารแถลง

ก่อนอื่นขอสวัสดีสมาชิกวารสารวิจัยสุขภาพปฐมภูมิทุกท่าน กระผม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุญประจักษ์ จันทร์วิน ได้รับหน้าที่เป็นบรรณาธิการวารสาร ตั้งแต่ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 ปี (พ.ศ. 2569) ด้วยยุคปัจจุบันที่ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในระบบสุขภาพและปฐมภูมิทั่วโลกกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร และความต้องการบริการสุขภาพที่ซับซ้อนมากขึ้น ระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย จำเป็นต้องปรับตัวอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างสรรค์แนวทางใหม่ ๆ ที่ตอบสนองต่อความท้าทายในการเปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน

ด้วยเหตุนี้ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง จึงได้จัดทำวารสารวิจัยสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งวารสารฉบับนี้นับเป็นก้าวแรกของการสร้างพื้นที่ทางวิชาการ เพื่อเป็นเวทีสำหรับแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ เผยแพร่ผลงานวิจัย บทความวิชาการ ทางด้านสุขภาพและปฐมภูมิ เพื่อก่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่และนำสู่การพัฒนาระบบสุขภาพและปฐมภูมิของประเทศอย่างยั่งยืน โดยปีที่ 2 ฉบับที่ 1 นี้มีบทความจำนวน 8 เรื่อง ทั้งหมดผ่านการพิจารณา กลั่นกรอง และให้คำแนะนำอย่างเข้มข้นจากผู้ทรงคุณวุฒิหลากหลากสถาบันจำนวน 2 คนต่อบทความ

กองบรรณาธิการ ขอขอบคุณผู้อ่านที่ให้ความสนใจ ผู้เขียนบทความที่ให้เกียรติส่งบทความมาตีพิมพ์เผยแพร่ รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ให้ความกรุณากลั่นกรองบทความตลอดจนให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ส่งผลให้วิจัยสุขภาพปฐมภูมิมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุญประจักษ์ จันทร์วิน
บรรณาธิการวารสารวิจัยสุขภาพปฐมภูมิ

JPHR
วารสารวิจัยสุขภาพปฐมภูมิ
Journal of Primary Health Research

สารบัญ

ชื่อเรื่อง	รหัสบทความ
การพัฒนารูปแบบการเตรียมผู้ป่วยฉีดยาเข้าวุ้นตาด้วยนวัตกรรม Mark site และป้าย Alert โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช The Development of a Method for Patient Preparation for Intravitreal Injections Using the “Mark Site” Innovation and Alert Tags at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital *อาทิตยา สุขสมบูรณ์, ดวงฤดี นาคเอียด และพรรนิดา สุวรรณรัตน์*	e7602
การพัฒนาแนวทางสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงด้วยกลไกสามภาคี ตำบลท่าพญา อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง Development of a Supportive Care Model for Dependent Elderly through Tripartite Mechanism, Thapayha Subdistrict, Palian District, Trang Province *ธัญญาลักษณ์ นาคบรรพ์*	e7169
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช Factors associated with 28-day readmission among patients with chronic obstructive pulmonary disease, Cha-uat Hospital, Nakhon Si Thammarat Province *ลัดดาวรรณ ข้องจิตร์*	e7209
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช Factors Influencing Health Promotion Behaviors of Village Health Volunteers in Hua Sai District, Nakhon Si Thammarat Province *อนันต์ วิชัยดิษฐ์*	e7355
ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลหนองหงส์ อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช Factors Associated with the Performance of Village Health Volunteers in Nong Hong Subdistrict, Thung Song District, Nakhon Si Thammarat Province *นิรมล รัตนสุภา*	e7250

วารสารวิจัยสุขภาพปฐมภูมิ
Journal of Primary Health Research

JPHR
วารสารวิจัยสุขภาพปฐมภูมิ
Journal of Primary Health Research

สารบัญ (ต่อ)

ชื่อเรื่อง	รหัสบทความ
ผลของการใช้สื่อวิดีทัศน์ร่วมกับการเช็ดตัวลดไข้ด้วยยาเขียวหอมต่อความรู้ของมารดาและอุณหภูมิกายในเด็กอายุ 0–5 ปี หลังได้รับวัคซีน โรงพยาบาลลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช The Effects of Video-Based Education Combined with Tepid Sponging Using Ya Khiao Hom on Maternal Knowledge and Children's Body Temperature Among Children Aged 0–5 Years After Vaccination at Lansaka Hospital, Nakhon Si Thammarat Province *วิมล พูนพนัง*	e7176
ผลการใช้ตำรับยาทาริดสีดวงทวารหนักและโรคผิวหนังในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินชนิดรุนแรง ศูนย์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก: รายงานผู้ป่วย Effectiveness of a Traditional Thai Hemorrhoid and Skin Disease Formula in a Patient with Severe Psoriasis at the Thai Traditional and Alternative Medicine Center: A Case Report *เขมานันท์ จูมทอง, ลักขณา รามวงศ์, ชุติวัต หยู่ทองอินทร์*, พิมพ์ลดา พงศ์ชัยชานนท์, เจนจิรา สุขเจริญจิต, ศิริเนตร ขาวขำ และรุ่งทิวา ทองคำ*	e6954
การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา Participation in the Development of Public Sector Management Quality (PMQA) among Public Health Personnel in Mueang Songkhla District, Songkhla Province *พิเชษฐ์ สุขทร*	e7538

วารสารวิจัยสุขภาพปฐมภูมิ
Journal of Primary Health Research

JPHR วารสารวิจัยสุขภาพปฐมภูมิ Journal of Primary Health Research

Research articles

eISSN : 3057-1812 (Online)

การพัฒนารูปแบบการเตรียมผู้ป่วยฉีดยาเข้าวุ้นตาด้วยนวัตกรรม Mark site และป้าย Alert โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

The Development of a Method for Patient Preparation for Intravitreal Injections Using the “Mark Site” Innovation and Alert Tags at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

อาทิตยา สุขสมบูรณ์*, ดวงฤดี นาคเอียด และพรรนิดา สุวรรณรัตน์

Artittaya Suksomboon*, Duangrudee Nakaiad and Pannida suwannarat

โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

*Corresponding author, e-mail: artittaya.beau@gmail.com

Received: March 15, 2026; **Revised:** April 5, 2026; **Accepted:** April 7, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพการณ์ ปัญหา และความต้องการในการเตรียมผู้ป่วยฉีดยาเข้าวุ้นตา 2) พัฒนารูปแบบการเตรียมผู้ป่วยด้วยนวัตกรรม Mark site และป้าย Alert และ 3) ศึกษาประสิทธิผลของนวัตกรรม Mark site และป้าย Alert ในผู้ป่วยฉีดยาเข้าวุ้นตา โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์ ปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยฉีดยาเข้าวุ้นตา แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ ศึกษาเชิงคุณภาพและวิเคราะห์จากเอกสาร ระยะที่ 2 พัฒนานวัตกรรม Mark site และป้าย Alert และระยะที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลนวัตกรรม Mark site และป้าย Alert วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Wilcoxon Signed Rank Test และ One sample T Test

ผลการวิจัยพบว่า 1) พบอุบัติการณ์ Near miss จากปี พ.ศ. 2566 ลดลงจากปี 2565 สำหรับปี 2567 ไม่พบอุบัติการณ์ แต่พบในปี 2568 ร้อยละ 1.92, แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และผู้ช่วยพยาบาลให้ความสำคัญกับลักษณะของ Mark site และป้าย Alert 2) นวัตกรรม Mark site และป้าย Alert ประกอบด้วย 1) สีที่บอกชนิดของการผ่าตัด ได้แก่ สีแดงฉีดตาขวา สีเหลืองฉีดตาซ้าย สีชมพูฉีดตาทั้งสองข้าง 2) ขนาดของป้าย (9 x 6 ซม.) และ 3) ชื่อ นามสกุล อายุผู้ป่วย พิมพ์ด้วยตัวอักษร Angsana New ขนาด 80 ตัวหนา และ 3) ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจก่อนและหลังใช้นวัตกรรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.001) การปฏิบัติการป้องกันอุบัติการณ์การฉีดวุ้นตาผิดคน ผิดข้าง ผิดหัตถการ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.47 คะแนน ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 90.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) หลังใช้นวัตกรรมไม่พบอุบัติการณ์ Near miss นวัตกรรม Mark site และป้าย Alert ที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้เพื่อเตรียมการผ่าตัดได้จริง ฉะนั้น ควรนำไปใช้ในการทำหัตถการของแผนกตาอื่นเพื่อลดการเกิดอุบัติการณ์ และกำหนดเป็นนโยบายของห้องผ่าตัด

คำสำคัญ : : ผู้ป่วยฉีดยาเข้าวุ้นตา, นวัตกรรม, Mark site, Alert

วารสารวิจัยสุขภาพปฐมภูมิ Journal of Primary Health Research

Abstract

This research and development study aimed to: (1) examine the situation, problems, and needs related to patient preparation for intravitreal injections; (2) develop a patient preparation method using the Mark site innovation and Alert tags; and (3) evaluate the effectiveness of the Mark site innovation and Alert tags among patients undergoing intravitreal injections at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital. The study was conducted in three phases. Phase 1 involved an assessment of the situation, problems, and patient needs using qualitative methods and document analysis. Phase 2 focused on the development of the Mark site innovation and Alert tags. Phase 3 evaluated the effectiveness of the developed innovations. Data were analyzed using descriptive statistics, the Wilcoxon signed-rank test, and the one-sample t-test.

The results indicated that: (1) the incidence of near-miss events decreased in 2023 compared to 2022, with no incidents reported in 2024; however, a rate of 1.92% was observed in 2025. Physicians, registered nurses, and nurse assistants emphasized the importance of the characteristics of the Mark site and Alert tags. (2) The Mark site and Alert tag innovations consisted of: (a) color coding to indicate the type of procedure (red for right eye injection, yellow for left eye injection, and pink for bilateral injections); (b) tag size (9 × 6 cm); and (c) patient identification details (full name and age) printed in Angsana New font, size 80, bold. (3) The mean satisfaction scores before and after implementation were significantly different ($p = 0.001$). The mean score for correct practice in preventing wrong-patient, wrong-site, and wrong-procedure intravitreal injections was 9.47, which was significantly higher than the predefined criterion (90%) ($p < 0.001$). No near-miss incidents were reported after implementation. The developed Mark site and Alert tag innovations are practical for clinical use in surgical preparation. Therefore, they should be implemented in other ophthalmology procedures to reduce adverse incidents and be established as a policy within operating rooms.

Keywords : intravitreal injection patients; innovation; Mark site; Alert

บทนำ

โรคจอตาหรือโรคจุดรับภาพชัดของจอตา (Macular diseases) เป็นโรคในกลุ่มโรคทางจักษุวิทยาที่เป็นปัญหาสำคัญทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ต่างประเทศมีความชุกของโรคจุดภาพชัดจอตาเสื่อมจากเหตุสูงวัยประมาณร้อยละ 0.3 ของประชากร (อภิญญา มัตเดช, 2555) หากพบในผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไปจะเรียกว่า “โรคจุดภาพชัดที่จอตาเสื่อมในผู้สูงอายุ” (Age-related macular degeneration) อาการของโรคนี้พบว่า ในการมองเห็นภาพด้านข้างของการมองเห็นยังดีอยู่ ผู้ที่มีโรคจุดภาพชัดที่จอตาเสื่อมอาจไม่มีอาการในระยะเริ่มต้น ถ้าบริเวณที่เสื่อมมีขนาดเล็กมาก และหากจุดภาพชัดของตาอีกข้างยังปกติ เมื่อใช้ตา 2 ข้างร่วมกัน ผู้ป่วยอาจไม่สังเกตว่ามีการเปลี่ยนแปลง ต่อมาเมื่อความเสื่อมมากขึ้นจึงมีอาการมองภาพไม่ชัด เห็นภาพบิดเบี้ยว เห็นจุดดำ หรือมีจุดบอดที่บริเวณส่วนกลางภาพในที่สุด โดยไม่มีอาการเจ็บปวด ดังนั้น โดยตัวของโรคจอประสาทตาเสื่อมจะไม่ทำให้การมองเห็นมืดสนิทไปทั้งหมด แม้แต่ในรายที่เป็นมาก คนไข้จะยังพอมองเห็นทางด้านขอบข้างของภาพ และพอที่จะช่วยเหลือดูแลตัวเองได้บ้าง (ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล, 2566) ในปี ค.ศ. 2009 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบการสื่อสารระหว่างทีมผ่าตัดและผู้ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการผ่าตัด เพื่อมุ่งเน้นระยะเวลาที่รวดเร็ว ปลอดภัย และความสามารถในการจำหน่ายผู้ป่วย (Haynes, Weiser, Berry, Lipsitz, Breizat, Dellinger, et al., 2009) จึงได้ประกาศไว้ใน WHO’s Second Global Patient Safety Challenge ภายใต้โครงการ Safe Surgery Saves Lives ให้มีการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย WHO Surgical Safety Checklist (Safety WP, 2009; Eichhorn & Wilson, 2009) ไปใช้ในห้องผ่าตัดทุกแห่งทั่วโลก เพื่อส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมของการปฏิบัติ มุ่งเน้นถึงความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด และเพิ่มประสิทธิภาพในการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรทีมผ่าตัด จะส่งผลให้ช่วยลดอัตราตาย และลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด เช่น การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง หรือผิดชนิดการผ่าตัด การมีสิ่งแปลกปลอมตกค้างในร่างกายผู้ป่วย การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด และความผิดพลาดเกี่ยวกับสิ่งส่งตรวจ เป็นต้น

งานห้องผ่าตัดจักษุ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เปิดให้บริการผ่าตัดผู้ป่วยทางตาทั้งที่เป็นผ่าตัดเล็กและผ่าตัดใหญ่ สำหรับการฉีดยาเข้าวุ้นตา พบว่า ปี พ.ศ. 2564 - 2566 มีจำนวน 441, 639, 831 ครั้ง/ปี ตามลำดับ จะเห็นได้ว่า จำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มที่สูงขึ้นเรื่อย ๆ และที่ผ่านมาจักษุแพทย์จะนัดผู้ป่วยมาฉีดยาเข้าวุ้นตาในวันเดียวกัน เฉลี่ยวันละ 25 - 40 ราย/วัน จากที่องค์การอนามัยโลกได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบการสื่อสารระหว่างทีมผ่าตัดและผู้ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการผ่าตัดเพื่อลดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ด้วยจำนวนผู้ป่วยของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชที่มากจึงทำให้เกิดอุบัติการณ์ Near miss โดยพบว่า ในปี พ.ศ. 2564 – 2567 มีจำนวน 5, 6, 4 และ 0 ราย (โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช, 2567) จากการใช้นวัตกรรม Mark site และป้าย Alert ก่อนหน้านี้ โดย Mark site เป็นการทำเครื่องหมายยืนยันอวัยวะข้างที่จะฉีดยาเข้าวุ้นตา ส่วนป้าย Alert เป็นป้ายติดหน้าอกผู้ป่วย โดยจำแนกสีในแต่ละข้างพร้อมทั้งติดชื่อผู้ป่วย ถึงแม้ว่าการใช้นวัตกรรม Mark site และป้าย Alert จะพบสถิติ Near miss จากการฉีดยาเข้าวุ้นตาลดลง คือ ในปี 2565 และ 2566 จาก 6 ราย เหลือ 4 ราย และในปี 2567 เหลือ 0 ราย แต่การใช้นวัตกรรม Mark site และป้าย Alert ยังพบว่า Mark site ที่ติดไว้ติดเฉพาะสติ๊กเกอร์ชื่อผู้ป่วยข้างที่ฉีดไว้ที่หน้าอกผู้ป่วยเท่านั้น ซึ่งหากมีการเลื่อนหลุด หรือป้าย Alert ที่ไม่ชัดเจน มีลักษณะสีที่คล้ายกัน ก็อาจจะทำให้เกิดความผิดพลาดในการทำหัตถการก็เป็นไปได้ จึงมีความสำคัญและจำเป็นต้องแก้ไขเร่งด่วน เพราะถ้าฉีดยาเข้าวุ้นตาผิดคน ผิดข้าง ผิดหัตถการ จะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรง อาจรุนแรงถึงสูญเสียการมองเห็น

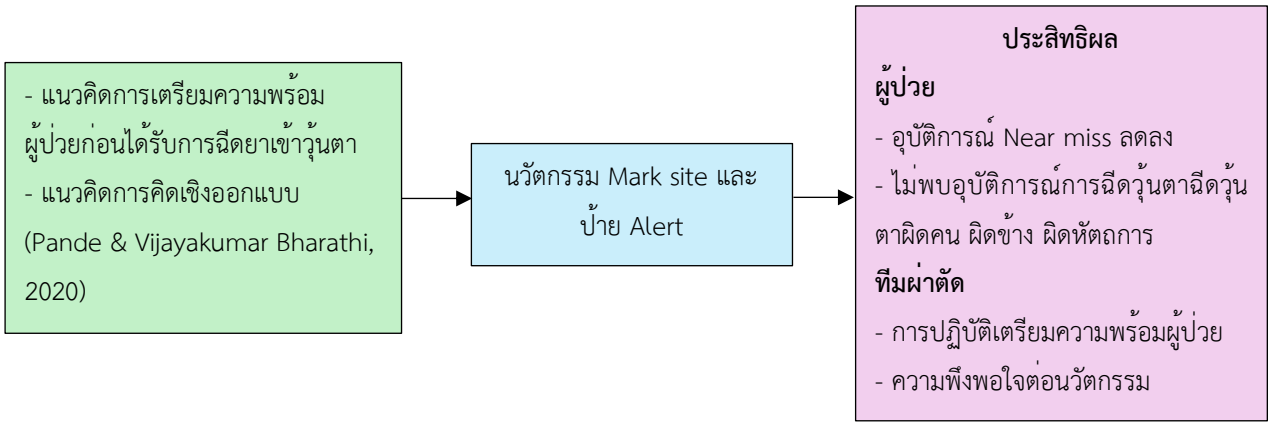
แนวคิดการคิดเชิงออกแบบ (Design thinking) เป็นกระบวนการคิดแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์จะนำไปสู่ความสามารถพัฒนาความคิดและหาทางออกใหม่ที่ดีขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งกระบวนการคิดเชิงออกแบบในที่นี้ จะกล่าวถึงกระบวนการคิดเชิงออกแบบสู่การพัฒนานวัตกรรม ประกอบไปด้วย 5 ขั้นตอน (Roberts, MacLaren, & Samuelson, 2018) ได้แก่ 1) การทำความเข้าใจกลุ่มเป้าหมายอย่างลึกซึ้ง (Empathize) 2) ตั้งกรอบโจทย์ (Define) 3) สร้างความคิด (Ideate) 4) สร้างต้นแบบ (Prototype) และ 5) ทดสอบ (Test) และจากการศึกษาพบว่า แต่ละโรงพยาบาลมีวิธีตรวจเช็คเพื่อความปลอดภัยในการผ่าตัดที่แตกต่างกัน เช่น การทำเครื่องหมายวงกลมขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 1 ซม. ที่ตัวผู้ป่วยด้วยปากกา Surgical skin marker, ในการผ่าตัดตาใช้ Gauze ปิดตาผู้ป่วยแทนการวาดด้วยปากกา อย่างไรก็ตามข้อมูลความผิดพลาดที่เกิดขึ้นนั้นโรงพยาบาลส่วนใหญ่ถือเป็นความลับของทางโรงพยาบาล ไม่มีการเปิดเผยสู่สาธารณชน ซึ่งก่อให้เกิดอันตรายรุนแรงหรือทำให้เสียชีวิต ทำให้เกิดการสูญเสียด้านร่างกาย หรือด้านจิตใจของผู้ป่วยอย่างรุนแรง หรือมีผลต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล ต้องมีการสืบสวนและตอบสนองทันที (sentinel event) ดังนั้น ในการพัฒนารูปแบบการเตรียมผู้ป่วยฉีดยาเข้าวุ้นตาด้วยนวัตกรรม Mark site และป้าย Alert เพื่อลดอุบัติการณ์ จำเป็นจะต้องมุ่งเน้นการตรวจเช็คเพื่อความปลอดภัยในการผ่าตัด (Safe Surgery Checklist) ซึ่งจะสามารถลดทั้งอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายจากการผ่าตัดและปัจจุบันเป็นสิ่งที่สถานบริการสุขภาพส่วนใหญ่ทั่วโลกยึดถือปฏิบัติ ก่อนทำการผ่าตัดทีมผ่าตัดจะต้องมีการยืนยันความถูกต้อง (Verification) ชื่อสกุลผู้ป่วย ตำแหน่งผ่าตัด ชนิดการผ่าตัด และใบยินยอมผ่าตัด โดยมีหลักสำคัญคือ ต้องยืนยันกับผู้ป่วย/ผู้ปกครอง มีการตรวจสอบเครื่องหมายบริเวณที่จะทำการผ่าตัด (Mark site) และป้าย Alert ฉะนั้น เพื่อลดอุบัติการณ์การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดหัตถการ การพัฒนารูปแบบการเตรียมผู้ป่วยฉีดยาเข้าวุ้นตาด้วยนวัตกรรม Mark site และป้าย Alert จะช่วยให้แพทย์และทีมพยาบาลผ่าตัดสามารถตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยและขั้นตอนการฉีดยาได้อย่างแม่นยำ ลดข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากความสับสนหรือความเข้าใจผิด และช่วยให้ผู้ป่วยมั่นใจมากขึ้นในการรักษาว่าจะได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยและเป็นระบบ และเพื่อมุ่งหวังพัฒนานวัตกรรมจากเดิมให้กับทีมสหสาขาวิชาชีพในงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เกิดความตระหนักสามารถปฏิบัติการตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเป็นไปตามมาตรฐานการตรวจสอบความปลอดภัยตามแนวปฏิบัติขององค์การอนามัยโลกต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์ ปัญหา และความต้องการในการเตรียมผู้ป่วยฉีดยาเข้าวุ้นตา โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเตรียมผู้ป่วยด้วยนวัตกรรม Mark site และป้าย Alert ในผู้ป่วยฉีดยาเข้าวุ้นตา โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของนวัตกรรม Mark site และป้าย Alert ในผู้ป่วยฉีดยาเข้าวุ้นตา โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนานวัตกรรม Mark site และป้าย Alert แผนกห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ในครั้งนี้ มีองค์ประกอบ ดังนี้ 1) สีที่บอกชนิดของการผ่าตัด 2) ขนาดของป้าย และ 3) ชื่อ นามสกุล อายุผู้ป่วย พิมพ์ด้วยตัวอักษร Angsana New ขนาด 80 ตัวหนา ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking) ได้แก่ ขั้นเข้าใจปัญหา (Empathize) กำหนดปัญหาให้ชัดเจน (Define) การระดมความคิด (Ideate) การสร้างต้นแบบที่เลือก (Prototype) การทดสอบ (Test) (Pande & Vijayakumar Bharathi, 2020) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์ ปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยฉีดยาเข้าวุ้นตา ขั้นตอนนี้ใช้วิธีวิเคราะห์เอกสาร (Documentary Research) และวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอนดังนี้

วิธีวิเคราะห์จากเอกสาร

1. ทบทวนเอกสารข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) จากเวชระเบียนแผนกห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และจากฐานข้อมูล HOSxP ระหว่างปี พ.ศ. 2566 – 2567

2. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยสรุปเนื้อหา จัดหมวดหมู่ แล้วจึงนำมาสังเคราะห์ก่อนนำมาพิจารณายกร่างเป็นแนวทางการเตรียมผู้ป่วยฉีดยาเข้าวุ้นตาด้วยนวัตกรรม Mark site และป้าย Alert เพื่อลดอุบัติการณ์ Near miss และการฉีดวุ้นตาผิดคน ผิดข้าง ผิดหัตถการ

วิธีเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย 1) ทีมแผนกห้องผ่าตัด ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และผู้ช่วยพยาบาล จำนวน 15 คน และ 2) ผู้ป่วยฉีดยาเข้าวุ้นตา จำนวน 10 คน ใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) กำหนดคุณสมบัติคือ สามารถสื่อสาร อ่านหนังสือภาษาไทยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวทางคำถามในการสนทนากลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร มีแนวคำถามจำนวน 2 ข้อ โดยแนวคำถามสำหรับทีมแผนกผ่าตัด คือ 1) ท่านมีปัญหาและความต้องการในการเตรียมผู้ป่วยฉีดยาเข้าวุ้นตาอย่างไร 2) ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อการเตรียมผู้ป่วยฉีดยาเข้าวุ้นตาด้วยนวัตกรรม Mark site และป้าย Alert ที่ใช้ในปัจจุบัน สำหรับแนวคำถามเพื่อถามผู้ป่วยฉีดยาเข้าวุ้นตา จำนวน 2 ข้อ คือ 1) ท่านมีปัญหาก่อนได้รับการฉีดยาเข้าวุ้นตาอย่างไรบ้าง และ 2) ท่านต้องการให้พยาบาลช่วยเหลือท่านในช่วงก่อนและหลังการฉีดยาเข้าวุ้นตาอย่างไร

2. เครื่องบันทึกเสียงและสมุดจดบันทึก สำหรับจดข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคำถามที่สร้างขึ้นไปตรวจคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย แพทย์ประจำแผนกห้องผ่าตัดตา 1 ท่าน พยาบาลประจำห้องผ่าตัดตา 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนและความเข้าใจตรงกันในประเด็นคำถามก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group) จำนวน 1 ครั้ง ช่วงเดือนกรกฎาคม โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ 1) ทีมแผนกห้องผ่าตัดตา จำนวน 15 คน ใช้เวลาสนทนากลุ่มประมาณ 1.5 – 2 ชม. 2) ผู้ป่วยฉีดยาเข้าวุ้นตา จำนวน 10 คน ใช้เวลาสนทนากลุ่มประมาณ 20 – 30 นาที ให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็นโดยมีผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นให้แสดงความคิดเห็นจากแนวคำถาม 2 ข้อ มีผู้จดบันทึก 2 คน (Note-Taker) และขออนุญาตบันทึกการสนทนา เมื่อเสร็จการสนทนา ผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญแล้วให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง หลังจากนั้นมีการถอดเทปแบบคำต่อคำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามขั้นตอนของ Crabtree & Miller (1992) ได้แก่ การจัดแฟ้ม การลงรหัสข้อมูล การจัดประเภทของข้อมูล การสร้างหมวดหมู่ การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ การตรวจสอบความถูกต้อง (Verify)

ระยะที่ 2 พัฒนานวัตกรรม Mark site และป้าย Alert มีขั้นตอนการดำเนินงานแนวคิดการคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking) (Pande & Bharathi, 2020) ดังนี้

1. เข้าใจปัญหา (Empathize) ผู้วิจัยทบทวนงานวิจัย วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมผู้ป่วยฉีดยาเข้าวุ้นตา และนำสรุปสภาพปัญหาและความต้องการของการเตรียมผู้ป่วยฉีดยาเข้าวุ้นตา โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จากขั้นตอนที่ 1 มาวิเคราะห์ กำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ปฏิบัติงานในการเตรียมผู้ป่วยฉีดยาเข้าวุ้นตาร่วมกับทีมแผนกผ่าตัดตา

2. กำหนดปัญหาให้ชัดเจน (Define) ผู้วิจัยกำหนดปัญหาโดยกำหนดนิยามของคำว่าการเตรียมผู้ป่วยฉีดยาเข้าวุ้นตา และจัดทำแบบประเมินการเตรียมผู้ป่วยฉีดยาเข้าวุ้นตา

3. การระดมความคิด (Ideate) ผู้วิจัยและทีมผ่าตัดแผนกผ่าตัดตาร่วมประชุมกลุ่มเพื่อกำหนดรายละเอียดของนวัตกรรม Mark site และป้าย Alert และแบบประเมินการเตรียมผู้ป่วยฉีดยาเข้าวุ้นตา ได้ประเด็นเกี่ยวกับสีที่ต้องบอกชนิดของการผ่าตัด ขนาดของป้ายต้องเห็นได้ และป้ายต้องประกอบชื่อ นามสกุล อายุผู้ป่วย พิมพ์ด้วยตัวอักษร Angsana New

4. การสร้างต้นแบบที่เลือก (Prototype) ผู้วิจัยยกร่างนวัตกรรม Mark site และป้าย Alert และแบบประเมินการเตรียมผู้ป่วยฉีดยาเข้าวุ้นตา ก่อนนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน และพยาบาลแผนกห้องผ่าตัดตาในโรงพยาบาลชุมชน 2 คน จากนั้นปรับนวัตกรรม และแบบประเมินตามข้อเสนอแนะ

5. การทดสอบ (Test) นำนวัตกรรม Mark site และป้าย Alert ไปใช้กับผู้ป่วยฉีดยาเข้าวุ้นตา 3 คน และนำแบบประเมินการเตรียมผู้ป่วยฉีดยาเข้าวุ้นตา จำนวน 3 คน เช่นกัน จากนั้นปรับนวัตกรรมตามข้อเสนอแนะ จากนั้นนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญชุดเดิมที่ตรวจสอบอีกครั้ง ซึ่งเป็นทีมแผนกห้องผ่าตัดตาเพื่อประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการ จำนวน 27 คน ซึ่งคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power และทดสอบด้วยสถิติ One-sample t-test ผลการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญ พบว่า รูปแบบการจัดการตนเองที่ยกร่างขึ้นมีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ระยะที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลนวัตกรรม Mark site และป้าย Alert โดยวัดผลอุบัติการณ์ Near miss ลดลง และไม่พบอุบัติการณ์การฉีดยาเข้าวุ้นตาผิดพลาด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ 1) ทีมแผนกผ่าตัดตา โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช กำหนดเกณฑ์คัดเข้า คือ (1) เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานแผนกผ่าตัดตาไม่น้อยกว่า 6 เดือน และ (2) บุคลากรที่ย้ายในช่วงเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้ป่วยฉีดยาเข้าวุ้นตา กำหนดเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) ผู้ป่วยฉีดยาเข้าวุ้นตาที่สมัครใจยินดีเข้าร่วมโครงการ 2) เป็นผู้ป่วยที่มีสัญชาติไทย และสามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ สำหรับเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยฉีดยาเข้าวุ้นตาที่มีสัญชาติต่างชาติ และ 2) ผู้ป่วยที่พิการทางสายตาและการมองเห็น

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มที่ 1 ทีมแผนกผ่าตัดตา โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จำนวน 15 คน เนื่องจากกลุ่มประชากรมีจำนวนเพียง 15 คน ผู้วิจัยจึงนำประชากรมาเป็นกลุ่มตัวอย่างทุกคน และ 2) ผู้ป่วยฉีดยาเข้าวุ้นตาในช่วงเดือนตุลาคม 2568 - มกราคม 2569 ซึ่งผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก จำนวน 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ นวัตกรรม Mark site และป้าย Alert ที่พัฒนาขึ้นในขั้นตอนที่ 2

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ทั้งหมด 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของทีมแผนกผ่าตัดตา ประกอบด้วย เพศ อายุ วุฒิการศึกษาสูงสุด ระยะเวลาปฏิบัติงานในแผนกห้องผ่าตัด ประสบการณ์อบรม/ประชุม/สัมมนาเกี่ยวกับการฉีดยาเข้าวุ้นตา ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

ส่วนที่ 2 ข้อมูลผู้ป่วยฉีดยาเข้าวุ้นตา ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) ระดับการศึกษา 4) อาชีพ 5) โรคที่เกี่ยวเนื่องในการฉีดยาเข้าวุ้นตา และ 6) ตาข้างที่ต้องฉีดเข้าวุ้นตา

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการเตรียมความพร้อมการป้องกันอุบัติการณ์การฉีดวุ้นตาผิดคน ผิดข้าง ผิดหัตถการ จำนวน 10 ข้อ โดยคำตอบแบ่งออกเป็น 2 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติ และไม่ปฏิบัติ การแปลผล โดยการสังเกตการปฏิบัติของทีมแผนกห้องผ่าตัดตาที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยฉีดยาเข้าวุ้นตาในแต่ละคน ผู้วิจัยนำคะแนนมารวมทั้งหมด และเทียบเป็นร้อยละ 100 ของผู้ป่วยแต่ละคน

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจนวัตกรรม Mark site และป้าย Alert ในผู้ป่วยฉีดยาเข้าวุ้นตา โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จำนวน 10 ข้อ โดยข้อคำถามจะเป็นแบบการประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) การแปลผลผู้วิจัยนำคะแนนมารวมกันเป็นรายด้านและรายข้อ จัดเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของ Best (1971) ดังนี้ ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66) และระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00)

ส่วนที่ 5 แบบบันทึกอุบัติการณ์ Near miss และการฉีดวุ้นตาผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนฉีดยาเข้าวุ้นตา ระยะขณะฉีดยาเข้าวุ้นตา และระยะหลังฉีดยาเข้าวุ้นตา ลักษณะของคำตอบจะเป็นคำถามปลายเปิด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรง (Validity) และให้ความเห็นชอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และหาความเหมาะสมเชิงภาษา (Wording) ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถ และความเชี่ยวชาญด้านจักษุ จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย และนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อความสมบูรณ์ กำหนดให้คะแนนผลการพิจารณา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหารายข้อ (Item-level; I-CVI) อยู่ระหว่าง 0.80 – 1.00 และมีค่า S-CVI เท่ากับ 0.82

จากนั้นนำแบบประเมินความพึงพอใจนวัตกรรม Mark site และป้าย Alert ไปหาค่าความเที่ยงกับผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง (ก่อนทำวิจัย) จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

2. ผู้วิจัยอธิบายลักษณะงานวิจัย ลักษณะการดำเนินการวิจัยที่พัฒนาขึ้น และการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดการวิจัยให้ผู้ช่วยผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ขั้นทดลอง

รายละเอียดกิจกรรม

1. ผู้ป่วยมายื่นบัตรนัดฉีดยาเข้าวุ้นตา ที่เคาน์เตอร์ประชาสัมพันธ์ห้องผ่าตัด ชั้น 6 ตึกวินิจฉัยและรักษา โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

2. พยาบาลตรวจ check บัตรนัด ในระบบคอมพิวเตอร์ซึ่งมีการลงทะเบียน set ผ่าตัดจาก OPD ตา เมื่อข้อมูลตรงกัน

3. พยาบาลประจำห้องผ่าตัดจักษุจะซักประวัติ การผ่าตัด, โรคประจำตัว, ตรวจวัดสัญญาณชีพ เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและเซ็นใบยินยอมฉีดยาเข้าวุ้นตา ลงบันทึกในเอกสารการฉีดยาเข้าวุ้นตา พร้อมทั้งอธิบายขั้นตอนในการฉีดยาเข้าวุ้นตาให้ผู้ป่วยรับทราบ

4. ให้ผู้ป่วยเปลี่ยนเสื้อผ้าเป็นชุดผู้ป่วยห้องผ่าตัดและเข้ามานั่งรอภายในบริเวณรอผ่าตัด

5. พยาบาลห้องผ่าตัดจักษุจะ confirm ชื่อ-สกุล และตาข้างที่ฉีดยากับผู้ป่วยและเอกสารอีกครั้ง เพื่อยืนยันความถูกต้อง และติดป้ายชื่อ สีต่าง ๆ ที่มีรายละเอียดชื่อ-สกุลของผู้ป่วย ยาที่ฉีด ติดป้ายที่หน้าอกเสื้อของผู้ป่วย ตามข้างที่ระบุอย่างชัดเจน

6. พยาบาลจะหยอดยาชาที่ตาข้างที่ฉีดยาเข้าวุ้นตา 3 ครั้ง ทุก 5 นาที และหยอดยาฆ่าเชื้ออีก 1 ครั้ง เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

7. พยาบาลนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดจักษุ จัดท่านอนผู้ป่วยบนเตียงผ่าตัด ห่มผ้าเพื่อให้ความอบอุ่น รัดตัวเพื่อป้องกันการพลัดตก

8. หยอดเจลยาชาอีกครั้งที่ดวงตาข้างที่ฉีดยา

9. เมื่อแพทย์ที่ฉีดยาเข้าวุ้นตาพร้อม เจ้าหน้าที่ทุกคนพร้อม จะมีการขานชื่อผู้ป่วย ตำแหน่งที่ฉีดยา และชื่อยาอีกครั้ง เพื่อ confirm ความถูกต้อง

10. แพทย์ทาเบต้าดีนบริเวณดวงตาข้างที่ฉีดยา และล้างตาด้วยเบต้าดีนผสม balance salt 1:1 อีกครั้งเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

11. แพทย์ปูผ้าเจาะกลางปราศจากเชื้อ

12. ให้ผู้ป่วยนอนนิ่ง ไม่กลอกตาไปมา แพทย์ทำการฉีดยาเข้าวุ้นตา

13. พยาบาลหยอดยาฆ่าเชื้อที่ตาอีกครั้ง และปิดตาด้วย eye pad

14. เช็ดทำความสะอาดใบหน้าผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยนั่งรอหน้าห้องผ่าตัดเพื่อสังเกตอาการผิดปกติ

15. ถ้าไม่มีอาการผิดปกติ ให้ผู้ป่วยเปลี่ยนเสื้อผ้า พร้อมทั้งรับใบคำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังฉีดยาเข้าวุ้นตา

16. ไปชำระเงินที่ห้องการเงินตามสิทธิ์

ขั้นหลังการทดลอง

ผู้วิจัยประเมินอุบัติการณ์ฉีดวุ้นตาผิดคน ผิดข้าง ผิดหัตถการ (Posttest) และผู้วิจัยประเมิน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์อุบัติการณ์ฉีดวุ้นตาผิดคน ผิดข้าง ผิดหัตถการ โดยใช้ความถี่ และร้อยละ

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของทีมแผนกผ่าตัดตาต่อนวัตกรรม Mark site และป้าย Alert ก่อนและหลังพัฒนานวัตกรรม ผู้วิจัยได้ทดสอบการแจกแจงของข้อมูล โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ (p-value = 0.025) จึงเลือกใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติการป้องกันอุบัติการณ์การฉีดวุ้นตาผิดคน ผิดข้าง ผิดหัตถการเทียบกับเกณฑ์ร้อยละ 90 โดยใช้สถิติ One-sample t-test เมื่อทดสอบการแจกแจงโค้งปกติของข้อมูล

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยได้รับจริยธรรมวิจัยในมนุษย์คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช รับรองเมื่อวันที่ 2 กันยายน 2568 – 1 กันยายน 2569 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โดยผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียดครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของผู้ตอบแบบสอบถาม และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 6 เดือน ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

1. สภาพการณ์ ปัญหา และความต้องการในการเตรียมผู้ป่วยฉีดยาเข้าวุ้นตา โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช พบว่า สถานการณ์การฉีดยาเข้าวุ้นตาผิดคน ผิดข้าง และผิดหัตถการ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ปี พ.ศ. 2565 – 2568 มีจำนวน 639, 831, 746 และ 871 ราย ทั้งนี้ พบอุบัติการณ์เพียงอย่างเดียว คือ Near miss โดยในปี 2565 ร้อยละ 2.86 และลดลงในปี 2566 ร้อยละ 1.66 สำหรับปี 2567 ไม่พบอุบัติการณ์ดังกล่าว แต่จะมาพบในปี 2568 ร้อยละ 1.92

สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และผู้ช่วยพยาบาล ให้ความสำคัญกับลักษณะของ Mark site และ ป้าย Alert เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมากและมีความเร่งรีบ ประกอบกับผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุ หากเครื่องหมายในการฉีดวุ้นเข้าตาไม่ชัดเจนจะทำให้มีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ดังคำพูดที่ว่า

“น้องว่าของเดิม มันเล็กไปนะคะ สีก็ดูไม่แตกต่างกัน” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1

“การทำหัตถการเปลี่ยนเป็นภาษาไทยก็ดีนะ คนไข้จะได้รู้ว่าทำข้างไหน เป็นการที่เค้ายืนยันกับเราอีกทางหนึ่ง เพราะที่แล้วมา ถามคนไข้แล้วคนไข้ไม่รู้ ยิ่งคนไข้แก่ ๆ ทั้งนั้น” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7

“พี่ว่าเราทำแยกเป็นสี ๆ ในแต่ละข้างพร้อมทั้งติดชื่อผู้ป่วย มันน่าจะดีนะ เอาให้สีชัด ๆ เลย” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5

“บางทีเวลาเราพูดกับคนไข้ คนไข้ไม่ค่อยเข้าใจหรอก เค้ากังวล ต้องคุยกันหลายครั้ง มีอะไรติดที่ตัวเค้าก่อน พี่ว่าดีแหละ เอาให้สีเด่น ๆ เลย” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6

ใขณะที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลต่อการฉีดวุ้นเข้าตา ดังคำพูดที่ว่า

“กลัวนิ กลัวหมอทำผิดข้าง” ผู้ป่วยคนที่ 2

“ไม่เคยผ่าตัดเลย ที่เขียนมาที่ข้อมือก็อ่านไม่ออกหรอก” ผู้ป่วยคนที่ 3

“สติ๊กเกอร์ที่ติดที่หน้าอกมันอีหลุดม่าย” ผู้ป่วยคนที่ 4

“หมออีทำข้างไหน ยายไม่รู้ที ขลาดจัง” ผู้ป่วยคนที่ 1

“อยากรู้ว่าก่อนไปผ่าตัดต้องทำอะไรไปบ้าง จะได้เตรียมใจ ยอมรับว่ากลัวมาก ทำไม่ถูกเดี๋ยวเขาจะว่าเอา” ผู้ป่วยคนที่ 3

2. นวัตกรรม Mark site และ ป้าย Alert ในผู้ป่วยฉีดยาเข้าวุ้นตาโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ประกอบด้วย 1) สี ที่บอกชนิดของการผ่าตัด ได้แก่ สีแดงฉีดตาขวา สีเหลืองฉีดตาซ้าย สีชมพูฉีดตาทั้งสิงข้าง 2) ขนาดของป้าย (9 x 6 ซม.) และ 3) ชื่อ นามสกุล อายุ ผู้ป่วยพิมพ์ด้วยตัวอักษร Angsana New ขนาด 80 ตัวหนา







3. ประสิทธิผลของนวัตกรรม Mark site และ ป้าย Alert ในผู้ป่วยฉีดยาเข้าวุ้นตาโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ดังนี้

3.1 ความพึงพอใจนวัตกรรมและการใช้นวัตกรรมปฏิบัติการป้องกันอุบัติการณ์การฉีดวุ้นตาผิดคน ผิดข้าง ผิดหัตถการ พบว่า ทีมผ่าตัดของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชทั้งหมดเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 100.00) ประมาณ 3 ใน 5 มีอายุระหว่าง 30 – 39 ปี (ร้อยละ 60.00) มีอายุเฉลี่ย 33.36 ปี (S.D.= 5.26) อายุน้อยสุด 25 ปี อายุมากที่สุด 45 ปี มีการศึกษาระดับปริญญาตรีทั้งหมด (ร้อยละ 100.00) ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจก่อนและหลังใช้นวัตกรรม Mark site และ ป้าย Alert มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value= 0.001) สำหรับผลการปฏิบัติการป้องกันอุบัติการณ์การฉีดวุ้นตาผิดคน ผิดข้าง ผิดหัตถการ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.47 คะแนน ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 90.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความพึงพอใจก่อนและหลังใช้นวัตกรรม Mark site และ ป้าย Alert

ความพึงพอใจ	n	M	SD	t/z	IQR	df	p- value (1-tailed)
ก่อนพัฒนานวัตกรรม	15	3.63	0.13	-3.44	0.10	14	0.001
หลังพัฒนานวัตกรรม	15	4.99	0.04		0.00		

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการปฏิบัติการป้องกันอุบัติการณ์การฉีดวุ้นตาผิดคน ผิดข้าง ผิดหัตถการ

ผลลัพธ์	n	เกณฑ์	M	SD	t/z	IQR	df	p- value (1-tailed)
การปฏิบัติ	15	90	9.47	0.64	-487.40	1.00	14	< 0.001

3.2 อุบัติการณ์ Near miss และการฉีดวุ้นตาผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง พบว่า ก่อนใช้นวัตกรรม พบอุบัติการณ์ Near miss ร้อยละ 1.92 หลังใช้นวัตกรรมไม่พบอุบัติการณ์ Near miss

อภิปรายผล

1. สภาพการณ์ ปัญหา และความต้องการในการเตรียมผู้ป่วยฉีดยาเข้าวุ้นตา โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ผลการวิจัยพบว่า พบอุบัติการณ์ Near miss ในปี พ.ศ. 2565 และ 2566 ส่วนปี พ.ศ. 2567 ไม่พบอุบัติการณ์ดังกล่าว แต่พบในปี พ.ศ. 2568 อาจจะเป็นเพราะว่า โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช มีผู้ป่วยฉีดยาเข้าวุ้นตาจำนวนมาก และทีมผ่าตัดมีความเร่งรีบในการทำหัตถการ ประกอบกับแบบรายการตรวจสอบการผ่าตัดยัง

ขาดรายละเอียดในบางประเด็น ทำให้การปฏิบัติงานของทีมผ่าตัดไม่สามารถปฏิบัติได้ครอบคลุม อีกทั้งผู้ป่วยฉีดยาเข้าวุ้นตาส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ จึงทำให้ไม่สามารถสอบถามจากผู้ป่วยเกี่ยวกับการฉีดยาเข้าวุ้นตาได้ทุกคน จึงอาจทำให้พบอุบัติการณ์ Near miss ในส่วนความต้องการของแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และผู้ช่วยพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า ทีมผ่าตัดให้ความสำคัญกับลักษณะของ Mark site และป้าย Alert เนื่องจากหากเครื่องหมายในการฉีดวุ้นเข้าตาไม่ชัดเจนจะทำให้มีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุ ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศนโยบาย The Second Global Patient Safety Challenge: Safe Surgery Saves Lives โดยมุ่งเน้นที่การตรวจเช็คเพื่อความปลอดภัยในการผ่าตัด (Safe Surgery Checklist) โดยเฉลี่ยทั่วโลกพบว่า จะมีการผ่าตัดปีละ 234,000,000 ครั้ง ซึ่งทุกการผ่าตัดมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเป็นภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดที่หลีกเลี่ยงและป้องกันได้ร้อยละ 50 (World Health Organization, 2009) ในการประกาศนโยบายดังกล่าวสามารถลดทั้งอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายจากการผ่าตัด และปัจจุบันเป็นสิ่งที่สถานบริการสุขภาพส่วนใหญ่ทั่วโลกยึดถือปฏิบัติ จากสถานการณ์ของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชดังกล่าวสอดคล้องกับสถานการณ์ของสถาบันราชประชาสมาสัย (2566) ที่พบว่า การใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยยังไม่ครอบคลุมหลาย ๆ ประเด็น และรายละเอียดขาดความชัดเจนที่จะนำไปปฏิบัติได้ รวมทั้งยังไม่มีคู่มือการปฏิบัติงานที่เป็นลายลักษณ์อักษร บุคลากรทีมผ่าตัดยังไม่ทราบบทบาทหน้าที่ของตัวเอง และยังสอดคล้องกับสถานการณ์ของห้องผ่าตัด โรงพยาบาลลำพูน ที่พบว่า การเตรียมความพร้อมให้แก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้ในระยะเริ่มต้นของการใช้ Surgical Safety Checklist ยังประสบปัญหาที่สำคัญคือ การเกิดความผิดพลาดต่อผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด (ณัฏฐภัทร์ อัฐวงศ์, 2564)

2. นวัตกรรม Mark site และป้าย Alert ในผู้ป่วยฉีดยาเข้าวุ้นตา โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ผลการวิจัยพบว่า ทีมผ่าตัดได้พัฒนาลักษณะของนวัตกรรม โดยสีจะบอกถึงชนิดของการผ่าตัด ขนาดของป้ายจะใหญ่ขึ้น และป้ายชื่อ นามสกุล อายุผู้ป่วย พิมพ์ด้วยตัวอักษรที่ใหญ่และตัวหนา แสดงให้เห็นว่า การดำเนินงานที่ผ่านมาถึงแม้จะมีการใช้ Mark site และป้าย Alert มาก่อน แต่ยังทำให้เกิดอุบัติการณ์ Near miss ซึ่งในการพัฒนานวัตกรรมจึงได้ปรับการใช้สี ขนาดตัวอักษร และสติกเกอร์ให้มีความชัดเจนและใหญ่ขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดการคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking) ซึ่งเป็นกระบวนการคิดแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์จะนำไปสู่ความสามารถพัฒนาความคิดและหาทางออกใหม่ที่ดีขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งกระบวนการคิดเชิงออกแบบในที่นี้ จะกล่าวถึงกระบวนการคิดเชิงออกแบบสู่การพัฒนานวัตกรรม (Roberts, MacLaren, & Samuelson, 2018) นวัตกรรมดังกล่าวจะช่วยให้แพทย์และทีมพยาบาลผ่าตัดสามารถตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยและขั้นตอนการฉีดยาได้อย่างแม่นยำ ลดข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากความสับสนหรือความเข้าใจผิด และช่วยให้ผู้ป่วยมั่นใจมากขึ้นในการรักษาว่าจะได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยและเป็นระบบ และเพื่อมุ่งหวังให้มีแนวทางปฏิบัติที่เป็นระบบ มีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน ทีมสหสาขาวิชาชีพในงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เกิดความตระหนักสามารถปฏิบัติการตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับโรงพยาบาลลำพูน (2566) ที่มีแนวปฏิบัติการป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ โดยการทำ Mark site ในกรณีที่ผ่าตัดทั้งสองข้าง โดยใช้ปากกา Permanent สีน้ำเงินวาดเป็นรูปวงกลมขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 1.5 ซม. ตรงตำแหน่งที่ผ่าตัด สำหรับแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (2556) ซึ่งใช้แนวปฏิบัติโดยทีมผ่าตัดจะต้องทำเครื่องหมายวงกลมขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 1 ซม. ที่ตัวผู้ป่วยด้วยปากกา Surgical skin marker ข้างที่จะผ่าตัดทุกครั้ง

3. ประสิทธิผลของนวัตกรรม Mark site และป้าย Alert ในผู้ป่วยฉีดยาเข้าวุ้นตา โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ดังนี้

3.1 หลังใช้นวัตกรรม Mark site และป้าย Alert มีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจสูงกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.001) อาจจะเป็นเพราะว่า นวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นเป็นการระดมความคิดของทีมผ่าตัดที่นำปัญหาและข้อผิดพลาดจากการดำเนินงานมาประยุกต์ และนวัตกรรมดังกล่าวเป็นกระบวนการคิดเพื่อแก้ไขปัญหาหรือโจทย์ให้ตอบสนองต่อสภาวะปัญหาได้อย่างสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและทีมผ่าตัด รวมไปถึงการแก้ปัญหาโดยใช้วิถีทางที่มีประสิทธิภาพที่สุด เหมาะสมที่สุด ยึดหลักโดยมีเจตนาในการสร้างผลลัพธ์ในอนาคตที่เป็นรูปธรรม เพื่อให้ตอบโจทย์ตลอดจนแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมไปถึงเกิดนวัตกรรมใหม่ ๆ ที่เป็นประโยชน์อีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของศรีนวล องค์ประเสริฐ, ธนัญญาณ์ หล่อกิตติ์ชนม์ และจินต์จุฑา แก้วมาก (2561) ที่พบว่า หลังพัฒนานวัตกรรมทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงร้อยละ 93.1 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของเอมปวีร์ ฐิติโสภณศักดิ์, ชายหาญ รุ่งศิริแสงรัตน์, นิวัตน์ หลิวศาสวัตธนา และสุจิตรา บุญพิมพ์ (2568) พบว่า ทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจมากที่สุด เช่นเดียวกับการศึกษาของจารุณี ตั้งใจรักการดี (2567) ที่พบว่า หลังใช้รูปแบบมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.61, SD = 0.71)

3.2 หลังการพัฒนาการปฏิบัติการป้องกันอุบัติการณ์การฉีดวุ้นตาผิดคน ผิดข้าง ผิดหัตถการ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.47 คะแนน ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 90.00) อาจจะเป็นเพราะว่า เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ของผู้ป่วยฉีดยาเข้าวุ้นตา ทีมผ่าตัดจึงให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติต่อผู้ป่วยและให้ความสำคัญทุกครั้ง จึงมีการตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด (Sign-in) ระยะขณะผ่าตัด (Time-out) และระยะหลังผ่าตัด (Sign-out) ทั้งนี้ยังพบว่า มีการผลักดันและสนับสนุนเชิงนโยบายให้นำนวัตกรรมดังกล่าวไปใช้ โดยการประสานความร่วมมือ การจัดอบรม และสร้างความเข้าใจอย่างถ่องแท้ถึงประโยชน์ของการใช้ การตระหนักรู้ของบุคลากรทีมผ่าตัด และการให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมของทีมผ่าตัดทุกคนเพื่อทำให้การฉีดวุ้นตามีความปลอดภัย สอดคล้องกับเอมปวีร์ ฐิติโสภณศักดิ์, ชายหาญ รุ่งศิริแสงรัตน์, นิวัตน์ หลิวศาสวัตธนา และสุจิตรา บุญพิมพ์ (2568) พบว่า มีการปฏิบัติและมีการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสถาบันราชประชาสมาสัย ในระดับมากที่สุด และยังสอดคล้องกับการศึกษาของจารุณี ตั้งใจรักการดี (2567) ที่พบว่า หลังใช้รูปแบบระบบตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลหัวหิน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามรูปแบบร้อยละ 100

3.3 หลังใช้นวัตกรรมไม่พบอุบัติการณ์ Near miss อาจจะเป็นเพราะว่า เมื่อทีมผ่าตัดมีความเข้าใจและปฏิบัติตามข้อตกลงที่วางแผนไว้ โดยทีมผ่าตัดทุกคนจำเป็นจะต้องมุ่งเน้นการตรวจเช็คเพื่อความปลอดภัยในการผ่าตัด (Safe Surgery Checklist) ซึ่งจะสามารถลดทั้งอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายจากการผ่าตัด และปัจจุบันเป็นสิ่งที่สถานบริการสุขภาพส่วนใหญ่ทั่วโลกยึดถือปฏิบัติ ก่อนทำการผ่าตัดทีมผ่าตัดจะต้องมีการยืนยันความถูกต้อง (Verification) ชื่อ สกุลผู้ป่วย ตำแหน่งผ่าตัด ชนิดการผ่าตัด และใบยินยอมผ่าตัด โดยมีหลักสำคัญคือ ต้องยืนยันกับผู้ป่วย/ผู้ปกครอง มีการตรวจสอบเครื่องหมายบริเวณที่จะทำการผ่าตัด (Mark site) และป้าย Alert จึงส่งผลให้ไม่เกิดอุบัติการณ์ดังกล่าว สอดคล้องกับเอมปวีร์ ฐิติโสภณศักดิ์, ชายหาญ รุ่งศิริแสงรัตน์, นิวัตน์ หลิวศาสวัตธนา และสุจิตรา บุญพิมพ์ (2568) พบว่า หลังพัฒนาไม่มีการผ่าตัด ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง หรือการใส่อวัยวะเทียมผิดพลาด ไม่มีการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดสะอาด และไม่มีการระบุตำแหน่งผ่าตัดผิดพลาด ทั้งนี้พบว่าการศึกษาของจารุณี ตั้งใจรักการดี

(2567) ที่พบว่า หลังใช้รูปแบบ ผู้รับบริการผ่าตัดเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ลดลงจากร้อยละ 11.11 เป็นร้อยละ 2.22

การนำผลการวิจัยไปใช้

นวัตกรรม Mark site และป้าย Alert ที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้เพื่อเตรียมการผ่าตัดได้จริง ฉะนั้น ควรนำไปใช้ในการทำหัตถการของแผนกตาอื่นเพื่อลดการเกิดอุบัติการณ์ลดลง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนาคู่มือการใช้นวัตกรรม Mark site และป้าย Alert สำหรับทีมผ่าตัด และคู่มือการเตรียมตัวก่อนและหลังฉีดยาเข้าวุ้นตา เพื่อให้ผู้ป่วยได้สังเกตในการใช้นวัตกรรม Mark site และป้าย Alert

เอกสารอ้างอิง

จารุณี ตั้งใจรักการดี. (2567). การพัฒนารูปแบบระบบตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลหัวหิน. *วารสารกองการพยาบาล*, *51*(2), 55-74.

ณัฏฐภัทร์ อัฐวงศ์. (2564). ผลลัพธ์การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลลำพูน. *Journal of the Phrae Hospital*, *29*(1), 101-114.

ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล. (2566). *โรคจุดภาพชัดที่จอตาเสื่อมในผู้สูงอายุ*. คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. (2556). *การบ่งชี้ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดข้าง/ผิดคน*. โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่.

โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. (2567). *สถิติผู้ป่วยฉีดยาเข้าวุ้นตา*. โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช.

โรงพยาบาลลำพูน. (2566). *แนวทางการปฏิบัติป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ ของโรงพยาบาลลำพูน*. โรงพยาบาลลำพูน.

วิศนี ตันติเสวี, สุภรัตน์ จริยโกศล, วรรณกรณ์ พฤกษากร, สุภรัฐ อภิญญาวสีสุข และปัจฉิมา จันนทเรนทร์. (2561). *ตำราจักษุวิทยา สำหรับนิสิตแพทย์และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศรีนวล องค์ประเสริฐ, ธนัญญาณ์ หล่อกิตติ์ชนม์ และจินต์จุฑา แก้วมาก. (2561). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดตามมาตรฐานการตรวจสอบความปลอดภัยตามแนวปฏิบัติขององค์การอนามัยโลก โรงพยาบาลราชวิถี. *วารสารกรมการแพทย์*, *43*(3), 125-130.

สถาบันราชประชาสมาสัย. (2566). *รายงานการฉีดวุ้นตาผิดคน ผิดข้าง ผิดหัตถการ*. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

อภิญญา มัตเดช. (2555). โรคจอตากับยาทางเลือก. *จุลสารโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ*, *5*(17), 1-9.

เอมปวีร์ ฐิติโสภณศักดิ์, ชายหาญ รุ่งศิริแสงรัตน์, นิวัตน์ หลิวศาสวัตธนา และสุจิตรา บุญพิมพ์. (2568). การพัฒนารูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย. *วารสารสถาบันราชประชาสมาสัย*, *9*(2), 1-14.

Best, J. W. (1971). *Research in education*. Prentice Hall.

Deming, W. E. (1993). *PDCA cycle a quality approach*. MIT Press.

Haynes, A. B., Weiser, T. G., Berry, W. R., Lipsitz, S. R., Breizat, A. H., & Dellinger, E. P. (2009). A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *New England Journal of Medicine*, *360*, 491-499.

Merry, A. F., Eichhorn, J. H., & Wilson, I. H. (2009). Extending the WHO 'Safe Surgery Saves Lives' project through Global Oximetry. *Anaesthesia*, *64*, 1045-1048.

Pande, M., & Vijayakumar Bharathi, S. (2020). Theoretical foundations of design thinking – A constructivism learning approach to design thinking. *Thinking Skills and Creativity*, *36*, Article 100637. https://doi.org/10.1016/j.tsc.2020.100637

Roberts, P. W., MacLaren, E., & Samuelson, M. H. (2018). Introducing design thinking to enhance population health management. *Healthcare Transformation*, *3*(1), 17-26.

World Health Organization. (2009). *WHO guidelines for safe surgery: Safe surgery saves lives*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_eng.pdf

Online Access

https://he05.tci-thaijo.org/index.php/J_PHR/article/view/7602

JPHR วารสารวิจัยสุขภาพปฐมภูมิ Journal of Primary Health Research

Research articles

eISSN : 3057-1812 (Online)

การพัฒนาแนวทางสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงด้วยกลไกสามภาคี ตำบลท่าพญา อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง

Development of a Supportive Care Model for Dependent Elderly through Tripartite Mechanism, Thapayha Subdistrict, Palian District, Trang Province

ธัญญาลักษณ์ นาคบรรพ์

Thanyalak Nakban

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าพญา อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง

Tha Phaya Subdistrict Health Promoting Hospital, Palian District, Trang Province

*Corresponding author, e-mail: thanyalaknakban@gmail.com

Received: December 22, 2025; **Revised:** January 20, 2026; **Accepted:** February 3, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในระดับชุมชน (2) พัฒนาแนวทางสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงด้วยกลไกสามภาคี และ (3) ประเมินผลลัพธ์และความเหมาะสมของแนวทางที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการในพื้นที่ตำบลท่าพญา อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มกับกลุ่มตัวอย่าง 27 คน ระยะที่ 2 พัฒนาแนวทางสนับสนุนการดูแลผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการของกลไกสามภาคี กลุ่มตัวอย่าง 15 คน ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินผลแนวทางกับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลจำนวน 30 คู่ และผู้เกี่ยวข้อง 10 คน รวม 70 คน โดยประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยดัชนี Barthel ADL และคุณภาพชีวิตด้วย EQ-5D-5L วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test, Wilcoxon Signed-Rank test และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยระยะที่ 1 พบว่า พื้นที่มีผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยประสบปัญหาเชิงระบบด้านภาระผู้ดูแล ความไม่เพียงพอของทรัพยากร และการทำงานที่ขาดการบูรณาการ ระยะที่ 2 ได้แนวทางสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงที่ประกอบด้วยโครงสร้างการทำงานสามภาคี การดูแลแบบบูรณาการ 4 มิติ และระบบติดตามประเมินผล ระยะที่ 3 พบว่าหลังการใช้แนวทาง ผู้สูงอายุมีคะแนน ADL เพิ่มขึ้นและคะแนน EQ-5D-5L ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนถึงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แนวทางมีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในระดับสูง แนวทางสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงด้วยกลไกสามภาคีที่พัฒนาขึ้นสามารถยกระดับทั้งผลลัพธ์ด้านผู้สูงอายุและระบบการดูแลในระดับชุมชน และสามารถใช้เป็นต้นแบบในการขยายผลสู่พื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง, กลไกสามภาคี, บริการสุขภาพปฐมภูมิ

วารสารวิจัยสุขภาพปฐมภูมิ Journal of Primary Health Research

Abstract

This research and development study aimed to (1) examine the situation and problems of community-based care for dependent older adults, (2) develop a supportive care guideline for dependent older adults through a tripartite mechanism, and (3) evaluate the outcomes and appropriateness of the developed guideline. The study was conducted in Tha Phaya Subdistrict, Palian District, Trang Province. The research was implemented in three phases. Phase 1 explored the situation and problems of care for dependent older adults using in-depth interviews and focus group discussions with 27 participants. Phase 2 involved the development of the supportive care guideline through a workshop meeting of the tripartite mechanism with 15 participants. Phase 3 consisted of pilot implementation and evaluation of the developed approach with 30 pairs of dependent older adults and their caregivers, along with 10 stakeholders. Outcomes were assessed using the Barthel ADL Index, and quality of life was assessed using the EQ-5D-5L. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-tests, and Wilcoxon signed-rank tests, and content analysis.

The findings from Phase 1 showed a continuous increase of dependent older adults in the area by experiencing systemic issues, caregiver burden, resource constraints, and a lack of integrated operations. Phase 2, a supportive care guideline for dependent older adults consisted of a tripartite working structure, a four-dimensional integrated care, and a monitoring and evaluation system. Phase 3 found that after implementing the guideline, with increased ADL scores and decreased EQ-5D-5L scores, indicating better quality of life. The developed approach showed high levels of appropriateness and feasibility. The supportive care guideline for dependent older adults effectively improved both individual outcomes and the community-level care system and can serve as a practical model for scaling up in other areas with similar contexts.

Keywords : dependent older adults; tripartite collaboration; primary health care

บทนำ

องค์การสหประชาชาติรายงานว่าประชากรโลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว โดยคาดว่าภายในปี ค.ศ. 2050 ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นมากกว่า 2 เท่า และสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะเพิ่มขึ้นตามอายุขัยที่ยืนยาวขึ้น ส่งผลให้ระบบสุขภาพและระบบสวัสดิการสังคมต้องเผชิญกับความท้าทายด้านการดูแลระยะยาว (Long-Term Care) โดยเฉพาะในประเทศรายได้ปานกลางที่ระบบการดูแลยังพึ่งพาครอบครัวและชุมชนเป็นหลัก (United Nations, 2020) ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุสมบูรณ์ (Complete Aged Society) และคาดว่าจะก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super Aged Society) ภายในปี พ.ศ. 2574 เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าวส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุมากกว่า 14 ล้านคน และอย่างน้อย 1 ล้านคนอยู่ในภาวะพึ่งพิง (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2562; กระทรวงสาธารณสุข, 2563) สำหรับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งมักประเมินด้วยดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living Index) โดยผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่า 12 คะแนนจัดอยู่ในกลุ่มที่ต้องการการช่วยเหลือบางส่วนหรือทั้งหมด การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ส่งผลให้ภาระการดูแลตกอยู่กับครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่มีข้อจำกัดด้านอัตรากำลัง งบประมาณ และทรัพยากรสนับสนุน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2566)

จังหวัดตรังเป็นจังหวัดที่เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างชัดเจน โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 21.48 ของประชากรทั้งหมด ตำบลท่าพญา อำเภอปะเหลียน มีผู้สูงอายุจำนวน 689 คน คิดเป็นร้อยละ 21.3 ของประชากร และมีผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงตามเกณฑ์ระบบการดูแลระยะยาวจำนวน 58 คน (ร้อยละ 8.4) แม้สัดส่วนดังกล่าวอาจยังไม่สูงเมื่อพิจารณาเชิงตัวเลข แต่เมื่อพิจารณาร่วมกับแนวโน้มการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ภาระการดูแลระยะยาว และข้อจำกัดของระบบการดูแลในระดับชุมชน พบว่าพื้นที่เริ่มเผชิญปัญหาเชิงโครงสร้าง ทั้งด้านอัตรากำลังผู้ดูแล ความพร้อมของครอบครัว สภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการดำรงชีวิต และการทำงานที่ยังขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่างานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพหรือคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล เช่น ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหรือคุณภาพชีวิตหลังได้รับการดูแล อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อจำกัดในด้านการพัฒนารูปแบบการดูแลเชิงระบบในระดับพื้นที่ที่กำหนดบทบาท หน้าที่ และกลไกการทำงานร่วมกันขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสาธารณสุข และภาคประชาชนอย่างชัดเจน (Uittenbroek et al., 2017; Hayes et al., 2024) นอกจากนี้ การดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในปัจจุบันชี้ให้เห็นว่าการพึ่งพาการดำเนินงานของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งเพียงลำพังไม่เพียงพอ แต่จำเป็นต้องอาศัยการบูรณาการการทำงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ และภาคประชาชน เพื่อเชื่อมโยงบทบาทด้านนโยบาย ทรัพยากร และการดูแลใกล้ชิดในชีวิตประจำวัน ขณะเดียวกัน งานวิจัยเสนอว่าความเชื่อมั่นของผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขต่อความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ (self-efficacy) มีผลต่อคุณภาพและความต่อเนื่องของการดูแล การพัฒนาแนวทางสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงจึงควรมุ่งพัฒนาทั้งกลไกการทำงานร่วมกันเชิงระบบและศักยภาพของผู้ปฏิบัติงาน ผ่านกระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research

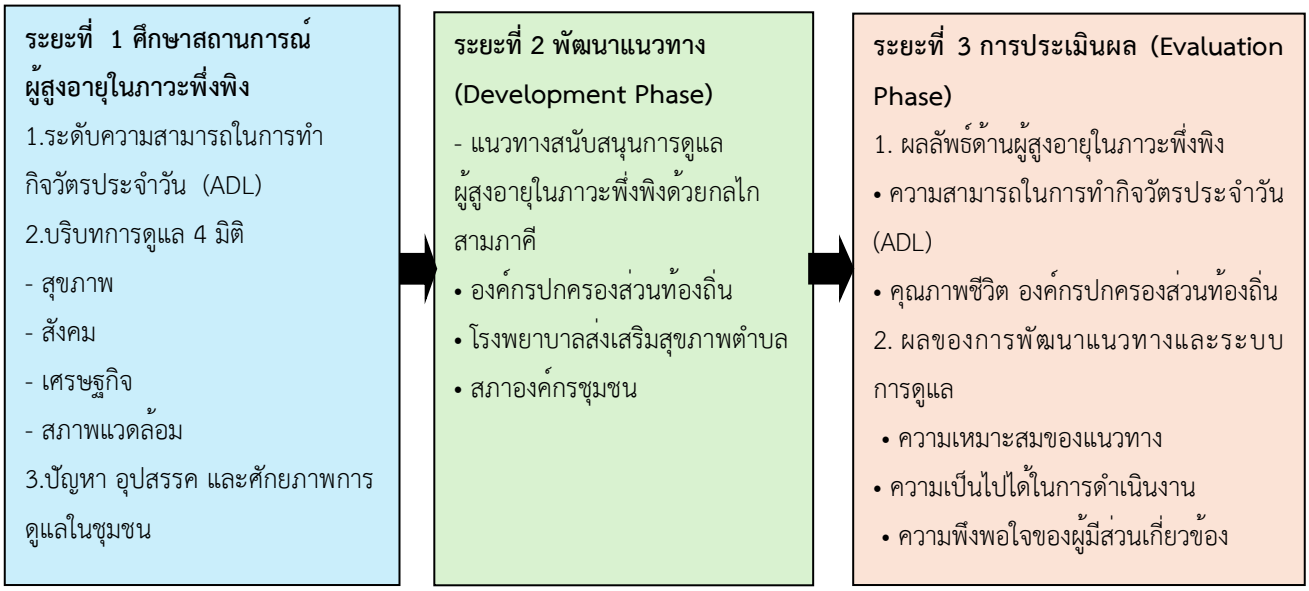
and Development) ที่เปิดโอกาสให้เกิดการทดลองใช้และปรับปรุงให้สอดคล้องกับบริบทจริงของพื้นที่ ช่องว่างดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า การดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงไม่สามารถอาศัยการดำเนินงานของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งเพียงลำพัง แต่จำเป็นต้องพัฒนาแนวทางสนับสนุนการดูแลที่อาศัยความร่วมมือของหลายภาคส่วนอย่างเป็นระบบ ผ่านกระบวนการเรียนรู้ ทดลองใช้ และปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทจริงของพื้นที่ ดังนั้น การวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ร่วมกับกระบวนการมีส่วนร่วมของกลไกสามภาคี ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และภาคประชาชน จึงเป็นระเบียบวิธีที่เหมาะสมในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงที่สามารถนำไปใช้ได้จริงและยั่งยืนในระดับชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในตำบลท่าพญา อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง
2. เพื่อพัฒนาแนวทางสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงที่เหมาะสมกับบริบทของตำบลท่าพญา อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง
3. เพื่อประเมินแนวทางสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ด้วยกลไกสามภาคี ตำบลท่าพญา อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการในระดับชุมชน โดยอาศัยความร่วมมือของกลไกสามภาคีเป็นฐานในการพัฒนาแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ขณะที่แนวคิดสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) (Bandura A., 1977) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ใช้วิธีการทบทวนข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลผู้สูงอายุและเอกสารที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์เชิงคุณภาพ และการวิเคราะห์จากเอกสาร มีขั้นตอนดังนี้

วิธีวิเคราะห์จากเอกสาร

1. ทบทวนเอกสารข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) การดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในตำบลท่าพญา อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง 3 ปี ย้อนหลัง

2. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยสรุปเนื้อหา จัดหมวดหมู่ แล้วจึงนำมาสังเคราะห์ ยกร่างเป็นแนวทางในแนวทางสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ด้วยกลไกสามภาคี ตำบลท่าพญา อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง

วิธีเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในตำบลท่าพญา อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง จำนวน 27 คน ประกอบด้วย 1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง 10 คน 2) บุคลากรสาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 คน (3) อาสาสมัครสาธารณสุข และ Care Giver 8 คน (4) ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3 คน และ (5) ผู้แทนสภาองค์กรชุมชน 2 คน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่สะท้อนสถานการณ์และปัญหาการดูแลในระดับพื้นที่ ผู้ให้ข้อมูลทุกคนมีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงไม่น้อยกว่า 6 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกครอบคลุมประเด็น ประสบการณ์และรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง, ปัญหาและอุปสรรคในการดูแล, ภาระและความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแล และการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2. แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ครอบคลุมประเด็น สถานการณ์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระดับพื้นที่, บทบาทและการทำงานร่วมกันของกลไกสามภาคี, ช่องว่างและข้อจำกัดของระบบการดูแล และแนวคิดเบื้องต้นในการพัฒนาแนวทางสนับสนุนการดูแล

3. แบบบันทึกการทบทวนเอกสาร

4. เครื่องบันทึกเสียง และสมุดจดบันทึก สำหรับจดข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุและระบบการดูแลระยะยาว 2) ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยและพัฒนาเครื่องมือทางสาธารณสุข และ (3) ผู้บริหารหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีประสบการณ์ด้านการดำเนินงานระดับพื้นที่ไม่น้อยกว่า 5 ปี จากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง 5 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนก่อนนำไปใช้จริง และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล (data triangulation) จากการตีความข้อมูลโดยผู้วิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ประมาณ 15–20 นาทีต่อราย และการสนทนากลุ่มตัวแทนสามภาคี 1 ครั้ง ประมาณ 45–60 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยผู้วิจัยเป็นผู้ถอดเทป ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และทำการจัดหมวดหมู่ รหัสข้อมูล และตีความผลการวิเคราะห์ด้วยตนเอง ทั้งนี้ ได้ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยการเปรียบเทียบข้อมูลจากหลายแหล่ง (data triangulation) และทบทวนความสอดคล้องของประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มอย่างเป็นระบบ

ยินดีครับ สำหรับเนื้อหาในส่วนของวิธีดำเนินการวิจัย ระยะที่ 2 นี้ ตัวสะกดทั้งหมดมีความถูกต้องดีแล้วครับ ผมได้ทำการปรับแก้การเว้นวรรคช่องไฟ การตัดคำขึ้นบรรทัดใหม่ที่ทำให้ประโยคขาดตอน และจัดหัวข้อให้เป็นระเบียบตามหลักการพิมพ์งานวิชาการ โดยยังคงเนื้อหาและโครงสร้างของประโยคเดิมไว้ทั้งหมดครับ

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวทางสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษา วิเคราะห์ สังเคราะห์เอกสารจากงานวิจัยที่เกี่ยวกับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในตำบลท่าพญา อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง

2. นำผลการศึกษาระยะที่ 1 เป็นฐานข้อมูล ดำเนินการผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของกลไกสามภาคี โดยการสนทนากลุ่ม จำนวน 15 คน กระบวนการพัฒนา ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์ปัญหาและช่องว่างของระบบการดูแล 2) การกำหนดบทบาทและกลไกการทำงานร่วมกันของสามภาคี 3) การออกแบบแนวทางการดูแลแบบบูรณาการ 4 มิติ และ 4) การปรับปรุงแนวทางจากข้อเสนอแนะของผู้มีส่วนร่วม

3. ผลลัพธ์ของระยะนี้ คือ แนวทางสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงด้วยกลไกสามภาคี ซึ่งพัฒนาผ่านกระบวนการวิจัยและพัฒนาแบบมีส่วนร่วม และอยู่ในรูปแบบฉบับพร้อมทดลองใช้

4. นำแนวทางที่ได้ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน เป็นคณะทำงานจากกลไกสามภาคี ประกอบด้วย ผู้แทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 3 คน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 3 คน ผู้แทนสภาองค์กรชุมชน จำนวน 3 คน และผู้ดูแลหรือ Care Giver จำนวน 6 คน

เครื่องมือที่ใช้ในวิจัย

1. แนวทางการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ใช้เป็นกรอบการดำเนินกิจกรรมในการพัฒนาแนวทาง โดยประกอบด้วยกิจกรรมหลัก ได้แก่ การวิเคราะห์สถานการณ์ (SWOT) การกำหนดเป้าหมายและแผนการดำเนินงาน และการออกแบบบทบาทและกลไกการทำงานร่วมกันของสามภาคี ดำเนินการรวม 4 ครั้ง

2. แบบบันทึกการประชุม ใช้บันทึกข้อมูลความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และข้อสรุปจากการประชุมเชิงปฏิบัติการในแต่ละครั้ง เพื่อใช้ประกอบการปรับปรุงแนวทาง

3. แบบประเมินร่างแนวทาง เป็นแบบประเมินค่า 4 ระดับ (Rating Scale) คะแนน 1–4 (ไม่เหมาะสม – เหมาะสมมากที่สุด) จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย ความชัดเจนของแนวทาง (4 ข้อ) ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ (4 ข้อ) ความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ (4 ข้อ) และความครอบคลุมของเนื้อหา (3 ข้อ)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการประชุมเชิงปฏิบัติการรวม 4 ครั้ง เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลจากระยะที่ 1 ออกแบบแนวทาง กำหนดบทบาท กลไกการทำงาน และกระบวนการดูแลแบบบูรณาการ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินร่างแนวทางตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุและระบบการดูแลระยะยาว 2) ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยและพัฒนาเครื่องมือทางสาธารณสุข และ (3) ผู้บริหารหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีประสบการณ์ด้านการดำเนินงานระดับพื้นที่ไม่น้อยกว่า 5 ปี ได้ค่า CVI ได้ค่า 0.94

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์เชิงเนื้อหาและสังเคราะห์องค์ประกอบของแนวทางสนับสนุนการดูแล

ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผลแนวทางที่พัฒนา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงที่อยู่ในระบบการดูแลระยะยาว (Long-Term Care) ของตำบลท่าพญา กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจากฐานข้อมูลผู้สูงอายุในระบบ LTC และฐานข้อมูล COC ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ จำนวน 70 คน ประกอบด้วย 1) ผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแล จำนวน 60 คน (30 คู่) และ 2) เจ้าหน้าที่และผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตามแนวทาง จำนวน 10 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเข้าสำหรับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง คือ ผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงที่เข้าร่วมการวิจัยต้องมีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ต่ำกว่า 12 คะแนน ไม่มีภาวะสมองเสื่อมรุนแรง สามารถสื่อสารได้ และให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์คัดเข้าสำหรับผู้ดูแล คือ ผู้ดูแลที่เข้าร่วมการวิจัยต้องเป็นผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 6 เดือน และให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้การวิจัย

เป็นเครื่องมือสำหรับการประเมินผลของแนวทางที่พัฒนาขึ้น ทั้งในระดับผลลัพธ์ด้านผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง และระดับกระบวนการและระบบการดูแล ประกอบด้วย

1. แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ใช้ดัชนี Barthel ADL Index พัฒนาโดย Mahoney และ Barthel (Mahoney & Barthel, 1965) ประเมินกิจวัตรประจำวัน 10 ด้าน คะแนนเต็ม 20 คะแนน โดยแปลผลตามเกณฑ์ ได้แก่ 0–4 คะแนน พึ่งพาทั้งหมด (ติดเตียง) 5–11 คะแนน พึ่งพาบางส่วน (ติดบ้าน) 12–20 คะแนน พึ่งพาน้อยหรือไม่พึ่งพา (ติดสังคม)

2. แบบประเมินคุณภาพชีวิต ใช้แบบวัดมาตรฐาน EQ-5D-5L ของ EuroQol Group (Herdman et al., 2011) โดยผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้แบบสอบถามจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประเมินคุณภาพชีวิต 5 มิติ ได้แก่ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง กิจกรรมปกติ ความเจ็บปวด/ไม่สบาย และความวิตกกังวล/ซึมเศร้า คะแนนรวม 5–25 คะแนน โดยคะแนนต่ำหมายถึงคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า

3. แบบประเมินความถูกต้อง ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของแนวทาง เป็นแบบประเมินค่า 4 ระดับ (Rating Scale) คะแนน 1–4 (ไม่ถูกต้อง – ถูกต้องมากที่สุด) ประกอบด้วย ความถูกต้องเชิงเนื้อหา (6 ข้อ) ความถูกต้องตามหลักวิชาการ (13 ข้อ) ความเหมาะสมของแนวทาง (18 ข้อ) ความเป็นไปได้ในการดำเนินงาน (10 ข้อ)

4. แบบประเมินความพึงพอใจต่อแนวทาง เป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ (Likert Scale) คะแนน 1–5 (ไม่พึงพอใจเลย – พึงพอใจมากที่สุด) จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ความพึงพอใจต่อเนื้อหาของแนวทาง ความพึงพอใจต่อการปฏิบัติจริง ความพึงพอใจต่อบทบาทของภาคี ความพึงพอใจต่อผลลัพธ์และความรู้สึกที่ได้รับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ทดสอบความเชื่อมั่นกับกลุ่มตัวอย่างนำร่อง 30 ราย พบว่า แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีค่า α = 0.72 แบบประเมินคุณภาพชีวิตมีค่า α = 0.74 แบบประเมินความเหมาะสมของแนวทางมีค่า α = 0.85 แบบประเมินความเป็นไปได้มีค่า α = 0.82 และแบบประเมินความถูกต้องมีค่า α = 0.78 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ ($\alpha \geq 0.70$)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเยี่ยมบ้านตามระดับพึ่งพิง

1.1 ติดเตียง: เยี่ยม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยผู้ดูแลหลัก (Caregiver, CG) ร่วมกับ อสม., ติดตามโดย Care Manager (รพ.สต.) อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

1.2 ติดบ้าน: เยี่ยม เดือนละ 2 ครั้ง โดย CG/อสม., CM โทรติดตาม เดือนละ 1 ครั้ง

1.3 ออกชุมชนได้: เดือนละครั้ง โดย CG, เฝ้าระวังภาวะเสี่ยงตามรายการคัดกรองขั้นต่ำ ทุกครั้งบันทึกลงแบบฟอร์ม I-Care และส่งต่อผ่านแบบฟอร์มส่งต่อร่วม (รพ.สต.–อปท.–สภาองค์กรชุมชน)

2. แผนการดูแลรายบุคคล (I-Care Plan) จัดทำแผนเป้าหมาย ADL/EQ-5D-5L รายๆ 4 สัปดาห์ ประชุมทบทวนเคสเดือนละ 1 ครั้ง โดยคณะทำงานสามภาคีเพื่อปรับเป้าหมาย/ทรัพยากร

3. การฝึกผู้ดูแล (CG training) เดือนละ 1 ครั้ง × 90 นาที รวม 4 หัวข้อหลักคือ การป้องกันแผลกดทับ, โภชนาการ/การกลืน, การใช้ยาและโรคเรื้อรัง, การเคลื่อนย้าย/ท่าทางปลอดภัย วิทยากรทีมสหสาขา รพ.สต.

4. การปรับสภาพแวดล้อมขั้นต่ำ คัดเลือกบ้านตามเกณฑ์ความเสี่ยงล้ม/ข้อจำกัดการเข้าถึง, รายการสนับสนุนหลัก (ราวจับ, ทางลาด, แสงสว่างทางเดิน/ห้องน้ำ) ดำเนินการโดย อปท. ตามวงเงิน/ลำดับความเร่งด่วนที่กำหนดร่วม

5. ระบบประสานและส่งต่อ ตั้งศูนย์ประสานงานตำบล เป็นจุดรับแจ้ง–คัดกรอง–มอบหมาย, ใช้ทะเบียนเคสกลางติดตามตัวชี้วัดรายเดือน เคสซับซ้อนส่งต่อทีมครอบระดับ (รพ.สต.–รพ.ชุมชน) ตามเส้นทางส่งต่อ

6. การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้การประเมินผลแนวทางด้วยการวัดก่อนและหลังการทดลองใช้แนวทาง (pre–post design) โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) และแบบประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L รวมทั้งแบบประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้งในระดับผู้สูงอายุและระดับกระบวนการและระบบการดูแล ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการดำเนินงานของกลไกสามภาคี ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ ถูกนำมาวิเคราะห์เพื่อสรุปผลและใช้ในการปรับปรุงแนวทาง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเปรียบเทียบก่อน–หลังใช้แนวทาง โดยใช้ Paired t-test สำหรับคะแนน ADL ที่แจกแจงปกติ และ Wilcoxon Signed-Rank test สำหรับคะแนน EQ-5D-5L ที่แจกแจงไม่ปกติ คะแนน EQ-5D-5L วิเคราะห์จากผลรวมคะแนนทั้ง 5 มิติ โดยคะแนนที่ลดลงสะท้อนคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา เลขที่ SCPHYLIRB-2568/354 ลงวันที่ 13 พฤษภาคม 2568 ผู้วิจัยปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และระยะเวลาการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ รวมทั้งแจ้งสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ผู้วิจัยได้รับความยินยอมโดยสมัครใจจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเก็บข้อมูล และรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคลโดยไม่เปิดเผยชื่อหรือระบุตัวตนในรายงานผลวิจัย

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในตำบลท่าพญา อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง

จากผลการวิจัย พบว่า ตำบลท่าพญา อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง มีประชากรรวม 3,230 คน โดยเป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 689 คน (ร้อยละ 21.33) และมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในตำบลท่าพญา อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง (n=58)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง (ADL < 12 คะแนน)	58	8.46
กลุ่มตามระดับ ADL (n = 58)		
- ติดบ้าน	37	63.79
- ติดเตียง	21	36.21
โรคประจำตัวในผู้สูงอายุทั้งหมด (n= 563)		
- ความดันโลหิตสูง	334	59.32
- เบาหวาน	125	22.20
- โรคหลอดเลือดสมอง	12	2.13

จากตารางที่ 1 ลักษณะผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในตำบลท่าพญา พบว่า มีสัดส่วนร้อยละ 8.4 ของผู้สูงอายุทั้งหมด โดยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มติดบ้านและมีโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมกัน โดยเฉพาะความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ซึ่งสะท้อนภาระการดูแลระยะยาวในระดับครอบครัวและชุมชน จากการสนทนากลุ่มกับผู้แทนกลไกสามภาคี พบว่าจำนวนผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2565–2567) มีผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละ 5–7 คน ขณะที่มีผู้สูงอายุติดเตียงเสียชีวิตเฉลี่ยปีละ 3–4 คน ส่งผลให้ภาระการดูแลของครอบครัวและชุมชนเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในด้านระบบการดูแล พบว่า ตำบลท่าพญาดำเนินการดูแล

ผู้สูงอายุตามระบบ Long-Term Care ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมี Care Manager จำนวน 1 คน Care Giver จำนวน 5 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน 70 คน ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบลปีละ 150,000 บาท และจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นปีละ 100,000 บาท กิจกรรมหลักประกอบด้วยการเยี่ยมบ้าน การตรวจสุขภาพประจำปี การสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ และการประสานงานผ่านการประชุมคณะกรรมการและช่องทางการสื่อสารในชุมชน อย่างไรก็ตาม จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มกับผู้ดูแล บุคลากรสาธารณสุข อสม. และผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบประเด็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ดังนี้

1. ภาระและความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรหลานหรือคู่สมรสสูงอายุ หลายรายต้องลาออกจากงานหรือปรับลดเวลาการทำงาน ส่งผลต่อรายได้ครัวเรือน และขาดความรู้และทักษะเฉพาะด้านในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยเฉพาะการป้องกันแผลกดทับและการให้อาหารทางสายยาง ผู้ดูแลสะท้อนถึงความเหนื่อยล้าจากการดูแลระยะยาว ดังคำพูด *“ต้องลาออกจากงานมาดูแลแม่เต็มเวลา รายได้หายไป แต่ก็ไม่มีใครดูแลแทนได้”* (CG01) *“บางทีก็ไม่รู้ว่าดูแลถูกไหม กลัวทำผิด โดยเฉพาะเรื่องแผลกดทับกับการให้อาหาร”* (CG04)

2. ข้อจำกัดด้านอัตรากำลังและทรัพยากรของระบบบริการสุขภาพ Care Giver จำนวน 5 คน ต้องดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงจำนวน 58 คน ส่งผลให้การเยี่ยมบ้านและการติดตามดูแลไม่สามารถดำเนินการได้อย่างทั่วถึง ขณะเดียวกันอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นยังมีจำนวนจำกัด *“Care Giver มีไม่กี่คน ต้องดูแลหลายหลัง ทำให้ลงพื้นที่ได้ไม่ถี่อย่างที่ควร”* (HC02) *“อุปกรณ์บางอย่างต้องรอคิวหรือหมุนเวียนใช้ ทำให้ดูแลได้ไม่เต็มที่”* (HC04)

3. สภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุ บ้านของผู้สูงอายุจำนวนมากยังไม่ได้รับการปรับปรุงให้เหมาะสม เช่น ห้องน้ำไม่มีราวจับ พื้นต่างระดับ และทางเดินคับแคบ ส่งผลต่อความปลอดภัยและเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม ดังคำพูด *“บ้านแคบ ห้องน้ำไม่มีราวจับ เวลาอุ้มพ่อเข้าห้องน้ำลำบากมาก”* (CG03)

4. การประสานงานและการใช้ข้อมูลร่วมกันของภาคีเครือข่ายยังขาดความเป็นระบบ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการดำเนินงานและฐานข้อมูลแยกส่วนกัน ขาดแนวทางปฏิบัติร่วมที่ชัดเจน โดยเฉพาะด้านการส่งต่อข้อมูล การจัดการภาวะฉุกเฉิน และการติดตามประเมินผล ดังคำพูด *“แต่ละหน่วยงานมีข้อมูลของตัวเอง แต่ยังไม่เชื่อมกัน ทำให้ติดตามต่อเนื่องยาก”* (LG01) *“บางกรณีส่งต่อข้อมูลช้า ทำให้การดูแลสะดุด”* (HC01)

จากผลการศึกษาสถานการณ์เชิงปริมาณควบคู่กับข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในตำบลท่าพญาเป็นปัญหาเชิงระบบที่เกี่ยวข้องกับหลายมิติ ทั้งระดับครอบครัว ระบบบริการ สภาพแวดล้อม และการประสานงานของภาคีเครือข่าย ซึ่งเป็นฐานสำคัญในการนำไปสู่การพัฒนาแนวทางสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงด้วยกลไกสามภาคีในขั้นตอนต่อไป

2. แนวทางสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงที่เหมาะสมกับบริบทของตำบลท่าพญา อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง

จากการศึกษาสถานการณ์และการทำงานร่วมกับภาคีสามฝ่าย ได้พัฒนาแนวทางเป็น 2 วงรอบ เพื่อให้ตอบโจทย์ปัญหาจริงของพื้นที่ ผลการพัฒนาแต่ละวงรอบมีความแตกต่างด้าน โครงสร้างการทำงาน, บทบาทภาคี, และระบบการดูแล/ติดตาม โดยเฉพาะการตั้ง ศูนย์ประสานงานตำบล และการประชุมเคสรายเดือน ซึ่งเป็นคันโยกหลักของแนวทาง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบแนวทางสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ระหว่างวงรอบที่ 1 และวงรอบที่ 2

ประเด็น	วงรอบที่ 1	วงรอบที่ 2 (ปรับปรุงแล้ว)
โครงสร้างการทำงาน	คณะทำงานร่วม	ศูนย์ประสานงาน + คณะทำงานเฉพาะด้าน
บทบาทสามภาคี	กำหนดบทบาทเบื้องต้น	บทบาทชัด + กลไกประสานงาน
ระบบดูแล	ดูแลเชิงกิจกรรม	ดูแลเชิงระบบ 4 มิติ
การติดตาม	รายงานเป็นครั้งคราว	ระบบติดตามและตัวชี้วัด

2.1 หลักการและกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวทาง การพัฒนาแนวทางตั้งอยู่บนกรอบแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ โดยมุ่งเน้นการลดภาวะพึ่งพิง เพิ่มคุณภาพชีวิต และเสริมสร้างความต่อเนื่องของการดูแล หลักการสำคัญประกอบด้วย (1) การดูแลแบบหลายมิติ ครอบคลุมด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อม (2) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ (3) การดูแลเชิงรุกและต่อเนื่องตามระดับความจำเป็น และ (4) ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติภายใต้ทรัพยากรของชุมชน

2.2 การพัฒนาแนวทางวงรอบที่ 1: การออกแบบแนวทางเบื้องต้นจากปัญหาที่ค้นพบ จากผลการศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในตำบลท่าพญา พบปัญหาหลัก 4 ประการ ได้แก่ (1) ภาระและความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัว (2) ข้อจำกัดด้านอัตรากำลังและทรัพยากรของระบบบริการสุขภาพ (3) สภาพแวดล้อมในครัวเรือนและชุมชนที่ไม่เอื้อต่อการดูแล และ (4) การประสานงานของภาคีเครือข่ายที่ยังขาดความเป็นระบบและความต่อเนื่อง ปัญหาเหล่านี้สะท้อนถึงช่องว่างของระบบการดูแลผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ที่ยังไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการที่ซับซ้อนของผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงได้อย่างครบถ้วน ผู้วิจัยจึงนำผลการศึกษาดังกล่าวมาใช้เป็นฐานข้อมูลในการพัฒนาแนวทางสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในวงรอบที่ 1 โดยมุ่งเน้นการออกแบบแนวทางที่สามารถบูรณาการบทบาทของกลไกสามภาคี ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสาธารณสุข และภาคประชาชน ให้ทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ การพัฒนาในวงรอบที่ 1 ดำเนินการผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับตัวแทนกลไกสามภาคีจำนวน 15 คน เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาเชิงระบบ กำหนดโครงสร้างการทำงานและบทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคี และออกแบบแนวทางการดูแลแบบบูรณาการ 4 มิติ ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ และด้านสภาพแวดล้อม นอกจากนี้ ยังได้ร่วมกันกำหนดขั้นตอนการดำเนินงานที่ชัดเจน ตั้งแต่การคัดกรองระดับการพึ่งพิงด้วยการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การวางแผนการดูแลรายบุคคล การดูแลเชิงรุกในระดับครอบครัวและชุมชน ไปจนถึงการติดตามและประเมินผลการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์ของการพัฒนาในวงรอบที่ 1 คือการได้แนวทางการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงเบื้องต้นที่มีโครงสร้างการทำงานและกรอบการดำเนินงานที่ชัดเจน อย่างไรก็ตาม จากการสะท้อนผลการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย พบข้อจำกัดสำคัญ ได้แก่ ความซ้ำซ้อนของบทบาทบางส่วน ระบบการสื่อสารและการประสานงานระหว่างภาคียังไม่เป็นเอกภาพ และข้อจำกัดด้านทรัพยากรที่ส่งผลต่อความต่อเนื่องและความเข้มข้นของการดำเนินงาน ข้อค้นพบดังกล่าวจึงถูกนำไปใช้เป็นข้อมูลสำคัญในการปรับปรุงและพัฒนาแนวทางในวงรอบที่ 2 เพื่อให้มีความเหมาะสมและเป็นไปได้มากยิ่งขึ้นในบริบทของพื้นที่ศึกษา

2.3 การพัฒนาแนวทางวงรอบที่ 2: การปรับปรุงจากข้อจำกัดสู่แนวทางที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ จากการสะท้อนผลการดำเนินงานในวงรอบที่ 1 พบว่า แม้แนวทางการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงที่พัฒนาขึ้นจะช่วยเสริมการ

ทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายในระดับหนึ่ง แต่ยังมีข้อจำกัดสำคัญด้านความเป็นระบบ ความชัดเจนของบทบาทหน้าที่ และความต่อเนื่องของการดำเนินงาน โดยเฉพาะประเด็นการประสานงานระหว่างหน่วยงาน การสื่อสารข้อมูล และภาระงานของบุคลากรในหน่วยบริการสาธารณสุข ผู้วิจัยจึงร่วมกับกลไกสามภาคีดำเนินการปรับปรุงแนวทางในวงรอบที่ 2 โดยมุ่งเน้นการแก้ไขข้อจำกัดดังกล่าวให้สอดคล้องกับศักยภาพและทรัพยากรที่มีอยู่จริงในพื้นที่ การปรับปรุงสำคัญประกอบด้วย การจัดโครงสร้างการทำงานร่วมให้มีความชัดเจนมากขึ้น การกำหนดบทบาทและความรับผิดชอบของแต่ละภาคีอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อลดความซ้ำซ้อนของภารกิจ และการพัฒนาระบบการประสานงานและการติดตามผลร่วมกัน เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงเป็นไปอย่างต่อเนื่องและเชื่อมโยงกันทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ นอกจากนี้ แนวทางในวงรอบที่ 2 ยังให้ความสำคัญกับการเพิ่มความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง โดยปรับรูปแบบการดูแลเชิงรุกให้เหมาะสมกับระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ การสนับสนุนบทบาทของผู้ดูแลในครอบครัว และการใช้ทรัพยากรชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผลจากการปรับปรุงดังกล่าวส่งผลให้แนวทางการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงมีความชัดเจน เป็นระบบ และสอดคล้องกับบริบทของตำบลท่าพญา สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานในระดับพื้นที่ได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน

2.4 องค์ประกอบของแนวทางสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงฉบับสมบูรณ์

จากกระบวนการพัฒนาทั้งสองวงรอบ แนวทางสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงที่เหมาะสมกับบริบทของตำบลท่าพญาได้ถูกสังเคราะห์เป็นแนวทางฉบับสมบูรณ์ ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบหลักที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 กลไกการทำงานสามภาคีในระดับพื้นที่ แนวทางที่พัฒนาขึ้นกำหนดกลไกการทำงานร่วมกันของสามภาคีอย่างชัดเจน ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสาธารณสุข และภาคประชาชน โดยมีคณะทำงานร่วมเป็นศูนย์กลางการขับเคลื่อนในระดับตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำหน้าที่สนับสนุนนโยบาย งบประมาณ และการปรับปรุงสภาพแวดล้อม หน่วยบริการสาธารณสุขรับผิดชอบการประเมินภาวะสุขภาพ การจัดบริการเชิงรุก และการติดตามผล ขณะที่ภาคประชาชนทำหน้าที่เป็นเครือข่ายดูแลในระดับครัวเรือนและชุมชน กลไกดังกล่าวช่วยลดการทำงานแบบแยกส่วน และเสริมสร้างการประสานงานอย่างต่อเนื่อง

องค์ประกอบที่ 2 รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการ 4 มิติ แนวทางการดูแลถูกออกแบบให้ครอบคลุม 4 มิติหลัก ได้แก่ (1) มิติด้านสุขภาพ เน้นการดูแลเชิงรุก การเยี่ยมบ้านตามระดับการพึ่งพิง การจัดการโรคเรื้อรัง และการฟื้นฟูสมรรถภาพเบื้องต้น (2) มิติด้านสังคม เน้นการสนับสนุนผู้ดูแล การสร้างเครือข่ายอาสาสมัคร และการจัดกิจกรรมเสริมสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ (3) มิติด้านเศรษฐกิจ มุ่งลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวผู้ดูแลผ่านการเชื่อมโยงสวัสดิการและกองทุนในระดับชุมชน (4) มิติด้านสภาพแวดล้อม มุ่งปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้านและชุมชนให้เอื้อต่อความปลอดภัยและการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง

องค์ประกอบที่ 3 ขั้นตอนการดำเนินงานเชิงระบบตามระดับการพึ่งพิง แนวทางฉบับสมบูรณ์กำหนดขั้นตอนการดำเนินงานที่ชัดเจน เริ่มจากการคัดกรองระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุด้วยการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลที่สอดคล้องกับความต้องการเฉพาะ การดำเนินการดูแลเชิงรุกโดยภาคีเครือข่าย และการติดตามประเมินผลเป็นระยะ ขั้นตอนดังกล่าวช่วยให้การดูแลมีความต่อเนื่อง และสามารถปรับเปลี่ยนตามสภาพของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

องค์ประกอบที่ 4 ระบบการติดตามและประเมินผลร่วมกันของภาคีเครือข่าย แนวทางที่พัฒนาขึ้นให้ความสำคัญกับการใช้ข้อมูลร่วมกันในการติดตามผล ทั้งในด้านผลลัพธ์ต่อผู้สูงอายุและประสิทธิภาพของกระบวนการดูแล โดยกำหนดตัวชี้วัดร่วมที่สะท้อนการเปลี่ยนแปลงด้านความสามารถในการดำเนินชีวิต คุณภาพชีวิต และความต่อเนื่องของการดูแล ระบบการติดตามดังกล่าวช่วยให้ภาคีสามารถนำผลการประเมินไปใช้ปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

องค์ประกอบ 4 องค์ประกอบนี้ ทำงานเชื่อมโยงกันเป็นระบบเดียวกัน สะท้อนให้เห็นว่าแนวทางสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงที่พัฒนาขึ้นมิใช่เพียงชุดกิจกรรม แต่เป็นรูปแบบการดำเนินงานเชิงระบบที่สามารถนำไปใช้จริงในบริบทของตำบลท่าพญา และมีศักยภาพในการประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 1 แนวทางสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงด้วยกลไกสามภาคี ตำบลท่าพญา อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง

3. การประเมินผลแนวทางสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงด้วยกลไกสามภาคี ตำบลท่าพญา อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง

การประเมินผลแนวทางสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้ ดำเนินการภายหลังการทดลองใช้แนวทางฉบับสมบูรณ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินทั้งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแล รวมถึงผลการดำเนินงานในระดับกระบวนการและระบบการดูแลตามกรอบแนวคิดของการวิจัยและพัฒนา

3.1 ผลการประเมินผลลัพธ์ด้านผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ผลการประเมินผลลัพธ์ด้านผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงแบ่งเป็น 2 ประเด็น ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิต

3.1.1 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) ผลการเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงก่อนและหลังการทดลองใช้แนวทางสนับสนุนการดูแลด้วยกลไกสามภาคี (n = 30) พบว่า คะแนน ADL หลังการใช้แนวทางเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 9.8 ± 2.1 คะแนน เป็น 11.4 ± 2.3 คะแนน โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.003$) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น และระดับการพึ่งพิงลดลง ผลการประเมินทั้งสองตัวชี้วัดยืนยันว่า แนวทางสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมผลลัพธ์ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิผล ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการใช้แนวทางสนับสนุนการดูแลด้วยกลไกสามภาคี (n=30)

ตัวชี้วัด	ก่อนการใช้แนวทาง (Mean ± SD)	หลังการใช้แนวทาง (Mean ± SD)	การเปลี่ยนแปลง	สถิติที่ใช้	p-value
คะแนน ADL	9.8 ± 2.1	11.4 ± 2.3	+1.6	Paired t-test	0.003*
คะแนนคุณภาพชีวิต (EQ-5D-5L)	18.2 ± 3.4	14.6 ± 2.8	−3.6	Wilcoxon Signed-Rank test	<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

3.2 ผลการประเมินผลในระดับกระบวนการและระบบการดูแล การประเมินผลในระดับกระบวนการและระบบมุ่งประเมินความถูกต้อง ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความพึงพอใจต่อแนวทางสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ผลการประเมินจากผู้แทนภาคีเครือข่ายจำนวน 15 คน พบว่า แนวทางที่พัฒนาขึ้นได้รับการประเมินในระดับสูงทุกมิติ โดยเฉพาะด้านความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่และความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งสะท้อนถึงความสอดคล้องของแนวทางกับโครงสร้างการทำงานและทรัพยากรในระดับตำบล ผลการประเมินเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมสนับสนุนผลเชิงปริมาณ โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเห็นว่า แนวทางที่มีโครงสร้างการทำงานชัดเจนช่วยลดความซ้ำซ้อน เพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล และเอื้อต่อการประสานงานระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสุขภาพ และภาคประชาชน อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อเสนอให้เสริมการติดตามผลและการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มความยั่งยืนของระบบการดูแล ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการประเมินแนวทางสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในระดับกระบวนการและระบบ (n = 15)

มิติการประเมิน	ค่าเฉลี่ย ± SD	ระดับการประเมิน
ความถูกต้องของแนวทาง	4.2 ± 0.5	สูง
ความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่	4.4 ± 0.4	สูง
ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ	4.1 ± 0.6	สูง
ความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	4.5 ± 0.5	สูง
ภาพรวม	**4.3 ± 0.4**	**สูง**

หมายเหตุ: คะแนนเต็ม 5 ระดับ (1 = น้อยที่สุด, 5 = มากที่สุด)

3.3 สรุปผลการประเมินแนวทางสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ผลการประเมินแสดงให้เห็นว่าแนวทางสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงด้วยกลไกสามภาคีที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลทั้งในระดับผลลัพธ์ด้านผู้สูงอายุและในระดับกระบวนการและระบบการดูแล แนวทางดังกล่าวสามารถยกระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ควบคู่กับการเสริมสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยและพัฒนา และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม

อภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า แนวทางสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงด้วยกลไกสามภาคีที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลทั้งในมิติผลลัพธ์ด้านผู้สูงอายุและมิติการพัฒนาระบบการดูแลในระดับชุมชน สอดคล้องกับตารางที่ 2 การจัดตั้งศูนย์ประสานงานตำบลควบคู่การประชุมเคสรายเดือน ทำให้การประสานบทบาทสามภาคีและการติดตามแผนรายบุคคลต่อเนื่องมากขึ้น ซึ่งเชื่อมโยงกับการเพิ่มขึ้นของ ADL และการลดลงของคะแนน EQ-5D-5L โดยจุดเด่นของแนวทางมิได้อยู่เพียงการเปลี่ยนแปลงค่าทางสุขภาพของผู้สูงอายุ แต่เป็นการพัฒนากลไกการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสาธารณสุข และภาคประชาชน ซึ่งช่วยลดการทำงานแบบแยกส่วนและเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแลในบริบทจริงของพื้นที่

แนวทางที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับนโยบายระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long-Term Care: LTC) ภายใต้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเน้นการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนผ่านบทบาทของ Care Manager, Care Giver และเครือข่ายอาสาสมัครร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้ได้ต่อยอดระบบดังกล่าวโดยเพิ่มมิติของการบูรณาการเชิงโครงสร้าง การกำหนดบทบาทภาคีอย่างชัดเจน และการใช้ข้อมูลร่วมกันเป็นกลไกกลาง ซึ่งช่วยแก้ปัญหาการประสานงานที่มักเป็นข้อจำกัดของการดำเนินงานในทางปฏิบัติ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2561)

ผลลัพธ์ด้านผู้สูงอายุที่พบว่าคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) เพิ่มขึ้น และคะแนนคุณภาพชีวิต (EQ-5D-5L) ปรับดีขึ้น สะท้อนถึงประสิทธิผลของแนวทางที่เน้นการประเมินเชิงรุก การจัดลำดับความต้องการตามระดับการพึ่งพิง และการวางแผนการดูแลรายบุคคล ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิด Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) และแนวปฏิบัติด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มุ่งคงสมรรถภาพและคุณภาพชีวิตในระยะยาว (World Health Organization [WHO], 2017; British Geriatrics Society, 2019)

ในมิติของระบบการดูแล บทบาทของกลไกสามภาคีที่ถูกกำหนดอย่างชัดเจนช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานในระดับพื้นที่ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนด้านนโยบายและทรัพยากร หน่วยบริการสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นแกนกลางด้านวิชาการและการประสานการดูแล ขณะที่ภาคประชาชนทำหน้าที่เป็นเครือข่ายการดูแลใกล้ชิดในระดับครัวเรือนและชุมชน รูปแบบดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการกระจายอำนาจด้านสุขภาพและการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Kodner & Spreeuwenberg, 2002)

การจัดตั้งศูนย์ประสานงานและคณะทำงานเฉพาะด้านในระดับตำบลเป็นกลไกสำคัญที่เชื่อมโยงนโยบายสู่การปฏิบัติจริง ลดความซ้ำซ้อนของการดำเนินงาน และเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอจากงานวิจัยด้านระบบบริการสุขภาพที่ระบุว่าการมี “กลไกบูรณาการระดับพื้นที่” เป็นหัวใจของการพัฒนาระบบ LTC ให้เกิดความยั่งยืน (WHO, 2015) นอกจากนี้ การใช้ระบบจัดลำดับความต้องการตามระดับ ADL ยังช่วยให้การจัดสรรทรัพยากรเป็นไปอย่างเหมาะสมและลดภาระของบุคลากรในระบบบริการสุขภาพ

ระดับความเหมาะสมและการยอมรับของแนวทางที่อยู่ในระดับสูงสะท้อนว่าแนวทางที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับความต้องการจริงของผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อความยั่งยืนของการนำแนวทางไปใช้ในระยะยาว ตามแนวคิดการรับเอานวัตกรรมที่ชี้ว่าความสอดคล้องกับบริบทและการรับรู้ประโยชน์เป็นเงื่อนไขสำคัญของการนำไปใช้จริง (Polit & Beck, 2006; Rogers, 2003)

อย่างไรก็ตาม ผลการประเมินด้านความเป็นไปได้สะท้อนความจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครและผู้ดูแลในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบจากงานวิจัยในประเทศไทยที่ชี้ว่าการเสริมสร้างทักษะและระบบสนับสนุนเป็นปัจจัยสำคัญในการเพิ่มความเข้มแข็งของระบบ LTC ในระดับพื้นที่ (ภาสกร สวนเรือง และคณะ, 2561)

โดยสรุป ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาแนวทางสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงควรมุ่งเน้นการออกแบบระบบและกลไกการทำงานร่วมกันของภาคีในพื้นที่ มากกว่าการดำเนินกิจกรรมการดูแลรายบุคคลเพียงอย่างเดียว แนวทางที่พัฒนาขึ้นสามารถใช้เป็นต้นแบบเชิงระบบสำหรับพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน โดยการขยายผลควรดำเนินควบคู่กับการสนับสนุนเชิงโครงสร้าง งบประมาณ และระบบข้อมูล เพื่อให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่องและยั่งยืน

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นกรอบเชิงระบบในการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงระดับชุมชน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใช้เป็นแนวทางกำหนดนโยบายและจัดสรรงบประมาณ หน่วยบริการสาธารณสุขประยุกต์ใช้ในการดูแลเชิงรุกและติดตามรายบุคคล และภาคประชาชนใช้เสริมบทบาทการดูแลใกล้ชิด แนวทางนี้ยังสามารถขยายผลสู่พื้นที่อื่นและใช้สนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายและการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. นักวิจัยและสถาบันการศึกษา ควรขยายการศึกษาไปยังพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อเปรียบเทียบและยืนยันความเหมาะสมของแนวทางสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงด้วยกลไกสามภาคีในวงกว้าง

2. หน่วยบริการสุขภาพและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรศึกษาติดตามผลในระยะยาวมากกว่า 1 ปี เพื่อประเมินความต่อเนื่องของผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิต ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และความยั่งยืนของระบบการดูแลในระดับพื้นที่

3. นักวิจัยด้านระบบสุขภาพและผู้กำหนดนโยบาย ควรดำเนินการศึกษาเชิงเศรษฐศาสตร์สุขภาพ เพื่อประเมินต้นทุนและความคุ้มค่าของการดำเนินแนวทางดังกล่าว สำหรับใช้ประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายและการจัดสรรทรัพยากร

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563.*

ภาสกร สวนเรือง, อาณัติ วรรณศรี, & สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. (2561). การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 12*(3), 437–451.

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2562). *การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553–2583.*

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2561). *แนวทางการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง.*

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2566). *คู่มือการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง.*

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*(2), 191–215. https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191

British Geriatrics Society. (2019). *Comprehensive geriatric assessment.* https://www.bgs.org.uk/resources/comprehensive-geriatric-assessment

Hayes, C., et al. (2024). Effectiveness of community-based multidisciplinary integrated care with GP participation: a systematic evaluation. *Journal of Multidisciplinary Healthcare, 2024*, Article 6437930. https://doi.org/10.1155/2024/6437930

Herdman, M., Gudex, C., Lloyd, A., Janssen, M., Kind, P., Parkin, D., Bonsel, G., & Badia, X. (2011). Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Quality of Life Research, 20*(10), 1727–1736. https://doi.org/10.1007/s11136-011-9903-x

Kodner, D. L., & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: Meaning, logic, applications, and implications—A discussion paper. *International Journal of Integrated Care, 2*, Article e12. https://doi.org/10.5334/ijic.67

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

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing & Health, 29*(5), 489–497. https://doi.org/10.1002/nur.20147

Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations (5th ed.). Free Press.*

Uittenbroek, R. J., et al. (2017). Integrated care for older adults improves perceived quality of care: A controlled trial. *Journal of General Internal Medicine, 32*(6), 630–637. https://doi.org/10.1007/s11606-016-3742-y

United Nations. (2020). *World population ageing 2019.*

World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health.*

World Health Organization. (2017). *Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions.*

Online Access

https://he05.tci-thaijo.org/index.php/J_PHR/article/view/7169

Research articles

eISSN : 3057-1812 (Online)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช

Factors associated with 28-day readmission among patients with chronic obstructive pulmonary disease, Cha-uat Hospital, Nakhon Si Thammarat Province

ลัดดาวรรณ ข้องจิตร์

Laddawan Khongjit

โรงพยาบาลชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช

Cha-uat Hospital, Nakhon Si Thammarat Province

*Corresponding author, e-mail: laddawan18112521@gmail.com

Received: December 30, 2025; **Revised:** January 30, 2026; **Accepted:** February 22, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลังนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช ประชากร คือ ผู้ป่วยที่รักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มไม่กลับมารักษาซ้ำ จำนวน 73 คน กลุ่มกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน จำนวน 189 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลจากเวชระเบียน ตรวจสอบเครื่องมือด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้องรายข้อ เท่ากับ 1.00 ทุกข้อ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ เพศหญิง เมื่อเทียบกับเพศชาย รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายเมื่อเทียบกับรายได้เพียงพอกับรายจ่าย อาชีพค้าขายและเป็นพ่อบ้าน/แม่บ้านเมื่อเทียบกับอาชีพเกษตรกรรม ผู้ป่วยสูบบุหรี่เมื่อเทียบกับไม่สูบบุหรี่ ความรุนแรงของโรคระดับ GOLD C-D เมื่อเทียบกับความรุนแรงของโรคระดับ GOLD ผู้ป่วยที่มีระยะเวลานอนที่โรงพยาบาล ≥ 8 วัน เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ระยะนอน 1–7 วัน สำหรับปัจจัยที่มีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำลดลง ได้แก่ อายุ 60–69 ปี และ 70–79 ปี เมื่อเทียบกับอายุ ≤ 59 ปี อาชีพรับจ้างทั่วไป เมื่อเทียบกับอาชีพเกษตรกรรม ระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษาเมื่อเทียบกับประถมศึกษา ฉะนั้น พยาบาลวิชาชีพควรมีการพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการกลับมาเป็นซ้ำของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยอาจจะเพิ่มการมีส่วนร่วมของบุคคลในบ้านเพื่อให้มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอาการกำเริบของโรค

คำสำคัญ : ผู้ป่วย, การกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Abstract

This retrospective analytical study aimed to examine factors associated with 28-day readmission among patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD), Cha-uat Hospital, Nakhon Si Thammarat Province. The population consisted of patients treated for COPD, who were divided into two groups: 73 patients who were not readmitted and 189 patients who were readmitted within 28 days. The research instrument was data from medical records. Content validity was assessed by three experts with an Item-Objective Congruence (IOC) index of 1.00 for all items. Data were analyzed using descriptive statistics and multivariable logistic regression.

The results showed that factors associated with 28-day readmission among COPD patients included the following: female patients had a higher likelihood of readmission compared with male patients (adj.OR = 175.70, 95% CI = 15.71–1,964.57). Patients aged 60–69 years and 70–79 years had a lower likelihood of readmission compared with those aged ≤59 years (adj.OR = 0.001, 95% CI = 0.01–0.10 and adj.OR = 0.001, 95% CI = 0.01–0.05, respectively). Patients with general labor occupations had a lower likelihood of readmission (adj.OR = 0.02, 95% CI = 0.01–0.40), whereas those who were traders or homemakers had a higher likelihood of readmission compared with those engaged in agriculture (adj.OR = 61.45, 95% CI = 2.64–1,430.13 and adj.OR = 77.62, 95% CI = 3.56–1,692.45, respectively). Patients with an education level higher than primary school had a lower likelihood of readmission compared with those with primary education (adj.OR = 0.06, 95% CI = 0.01–0.66). Patients with insufficient income relative to expenses had a higher likelihood of readmission compared with those whose income was sufficient (adj.OR = 22.02, 95% CI = 2.89–167.57). Smokers had a significantly higher likelihood of readmission compared with non-smokers (adj.OR = 26,553.57, 95% CI = 501.25–1,406,663.59). Patients with severe disease classified as GOLD C–D had a higher likelihood of readmission compared with those classified as GOLD A–B (adj.OR = 131.59, 95% CI = 10.44–1,658.05). In addition, patients with a hospital length of stay of ≥8 days had a higher likelihood of readmission compared with those with a length of stay of 1–7 days (adj.OR = 753.53, 95% CI = 9.98–56,904.06). Therefore, professional nurses should develop behavior modification programs targeting risk factors associated with COPD exacerbation and readmission. Such programs should emphasize increased involvement of family members to enhance awareness of the severity of COPD exacerbations and to support patients in preventing recurrent episodes.

Keywords : Patients, 28-day Readmission, Chronic Obstructive Pulmonary Disease

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นโรคทางเดินหายใจที่เกิดเนื่องมาจากความผิดปกติในการตอบสนองของปอดต่อสารหรือก๊าซที่มากระตุ้น ทำให้เกิดการอักเสบขึ้นในหลอดลมและเนื้อปอด เกิดพยาธิสภาพที่เนื้อปอด เกิดการอักเสบในหลอดลมทำให้ผนังหลอดลมบวมขึ้น มีเสมหะในหลอดลมและหลอดลมหดตัวลงทำให้เกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจในลักษณะเรื้อรังที่มีการฟื้นกลับมาไม่เต็มที่ (Not Fully Reversible) มีการดำเนินโรคมากขึ้นเรื่อย ๆ (Progressive) และมีผลต่อระบบอื่น ๆ ของร่างกายได้ (Extrapulmonary Effects) (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2560) ส่วนในประเทศไทย ยังไม่มีการสำรวจอุบัติการณ์การเกิด COPD ที่ชัดเจน แต่จากการประมาณการความชุกของ COPD ในประเทศไทยช่วงปี พ.ศ. 2543–2553 พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 2,268 ต่อ 100,000 ประชากร เป็น 7,035 ต่อ 100,000 ประชากร และจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Health Data Center: HDC) ของประเทศไทย พบว่าประชากรที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) ปี พ.ศ. 2562–2563 มีผู้ป่วย COPD รายใหม่ จำนวน 14,243 ราย และ 11,349 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มลดลง (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) อาจมีผลมาจากการที่สาธารณสุขของประเทศไทยมีการรณรงค์ให้ประชาชนตระหนักถึงอันตรายที่เกิดจาก COPD มาโดยตลอด แต่จะเห็นได้ว่าเมื่อเทียบกับประชากรโลกแล้วอัตราการเกิด COPD ของประชากรไทยยังสูงกว่าจึงต้องรณรงค์และพัฒนาอย่างต่อเนื่องต่อไป ทั้งนี้จากสถิติยังพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี ร้อยละ 46 และร้อยละ 19 และต้องกลับมารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าว จะมีผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมด้วยทั้งโดยตรง (ศุภนิดา คำนิยม, 2567)

จังหวัดนครศรีธรรมราช มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปี 2566–2567 จำนวน 5,429 และ 5,435 คน คิดเป็นร้อยละ 0.43 และ 0.44 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช, 2567) สำหรับสถานการณ์ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลชะอวด ปี 2566–2567 พบว่า ปี 2566 มีผู้ป่วยที่มารักษาแผนกผู้ป่วยใน ทั้งหมด 236 คน ต้องกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน 154 คน คิดเป็นร้อยละ 62.25 ส่วนปี 2567 มารักษาแผนกผู้ป่วยใน ทั้งหมด 262 คน ต้องกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน 189 คน คิดเป็นร้อยละ 72.14 (โรงพยาบาลชะอวด, 2567) ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่า จำนวนผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำเกือบจะถึงเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ว่าอัตราการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง < 80 ครั้ง/ผู้ป่วย 100 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ซึ่งหากผู้ป่วยมีอาการหอบกำเริบเฉียบพลันอาจต้องพึ่งทรัพยากรเพื่อการรักษา เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจ การส่งต่อการใช้ยาปฏิชีวนะ เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในทางเดินหายใจและโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยกลุ่มนี้ลดลงเมื่อเจ็บป่วยระยะยาวและเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้จนเสียชีวิต และยังทำให้มีอัตรากลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสูงขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน หลายปัจจัย อาทิ เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนมวนที่สูบบุหรี่ อาชีพ ชนิดของ COPD (อุษา เอี่ยมลออ และคณะ, 2561) ความรุนแรงของโรค และประวัติการใส่ท่อ (สุภาพร ณ พัทลุง, 2567) ระดับความรุนแรงของโรค (สมคิด ขำทอง, ปิ่นหทัย ศุภเมธาพร และยุวยงค์ จันทรพิจิตร, 2562; วิชิต ธีรไกรศรี, 2567) การมีโรคอื่นร่วม ความรุนแรงของโรค (ศุภนิดา คำนิยม, 2567) ทั้งนี้ การสำรวจของประเทศไทยจากการสำรวจ ปี พ.ศ. 2557 ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของ COPD คือ การสูบบุหรี่ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557 พบว่า อัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ 20.7 (11.4 ล้านคน) และอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่

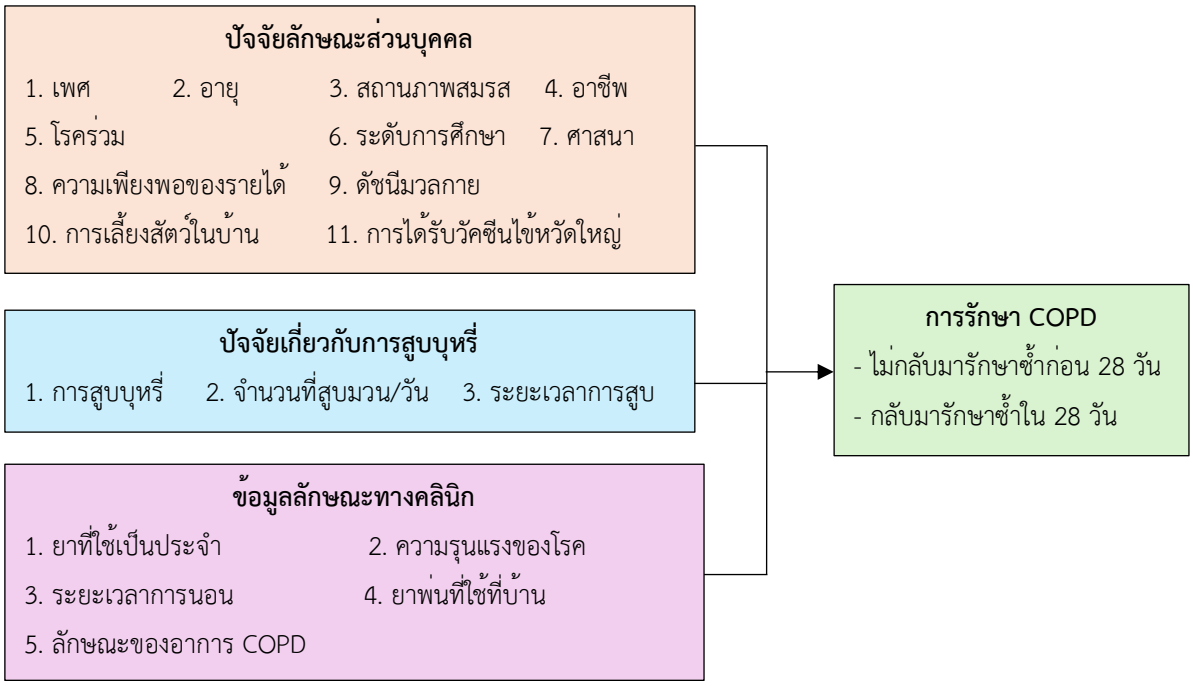
ลดลงจาก 16.8 ปี (พ.ศ. 2550) เป็น 15.6 ปี (พ.ศ. 2557) (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2557) ด้วยเหตุนี้ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาลักษณะของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่กลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน เพื่อเป็นข้อมูลนำไปใช้ในการวางแผนในการพัฒนาปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษาและการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชะอวด ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดของการวิจัย

กรอบแนวคิดในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ได้แก่ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และข้อมูลลักษณะทางคลินิก ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Retrospective analytical)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่รักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลชะอวด ปี 2567 ซึ่งเป็นข้อมูลจากเวชระเบียนของโรงพยาบาลชะอวด รวม 262 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มไม่กลับมารักษาซ้ำ จำนวน 73 คน กลุ่มกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน จำนวน 189 คน (โรงพยาบาลชะอวด, 2567)

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำประชากรทุกหน่วยประชากร โดยกำหนดออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

(1) กลุ่มศึกษา (Case group) คือ กลุ่มที่กลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน จำนวน 189 คน

(2) กลุ่มควบคุม (Control group) คือ กลุ่มที่ไม่กลับมารักษาซ้ำ จำนวน 73 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (Inclusion criteria) คือ มีสัญชาติไทย

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) คือ 1) เป็นบุคคลต่างด้าว และ 2) เป็นข้อมูลที่ลงบันทึกในเวชระเบียนไม่สมบูรณ์

เครื่องมือรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นข้อมูลจากเวชระเบียน โรงพยาบาลชะอวด จำนวน 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) อาชีพ 5) โรคร่วม 6) ระดับการศึกษา 7) ศาสนา 8) ความเพียงพอของรายได้ 9) ดัชนีมวลกาย 10) การเลี้ยงสัตว์ในบ้าน และ 11) การได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ 1) การสูบบุหรี่ 2) จำนวนที่สูบมวน/วัน และ 3) ระยะเวลาการสูบ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลลักษณะทางคลินิก จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 1) ยาที่ใช้เป็นประจำ 2) ความรุนแรงของโรค 3) ระยะเวลาการนอน 4) ยาพ่นที่ใช้ที่บ้าน และ 5) ลักษณะของอาการ COPD

การตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรง (Validity) ด้านเชิงเนื้อหา (Content Validity) และหาความเหมาะสมเชิงภาษา (Wording) ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถ และความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับอายุรกรรม 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้มีความเชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1 ท่าน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขและสถิติวิจัย 1 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ได้ค่า Index of item objective congruence (IOC) เท่ากับ 1.00 ทุกข้อ

การรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยจากเวชระเบียน หลังผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ช่วงระหว่างเดือนสิงหาคม–กันยายน พ.ศ. 2568 ดังนี้

(1) ผู้วิจัยจึงทำการขออนุญาตใช้ข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลชะอวด เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่าง

(2) ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ห้องเวชระเบียนโรงพยาบาลชะอวด เพื่อขอเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่างและค้นหาข้อมูล โดยผู้วิจัยทำการบันทึกข้อมูลด้วยตัวเอง และจัดส่งเวชระเบียนกลับคืนให้กับห้องเวชระเบียนด้วยตัวเองทุกวัน หลังเสร็จสิ้นการบันทึกข้อมูลในแต่ละวัน

(3) เมื่อเก็บข้อมูลครบตามจำนวนที่ต้องการแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความครบถ้วน และความถูกต้องของข้อมูลเพื่อเตรียมวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยใช้ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum) ใช้วิเคราะห์ตัวแปรที่ศึกษา

สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical Statistics) จากวัตถุประสงค์เพื่อปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยมีตัวแปรตาม คือ การรักษาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งเป็นชนิดแจงนับ (Categorical Variable) ชนิด 2 กลุ่ม (Dichotomous Variable) จำแนกเป็นไม่กลับมารักษาซ้ำก่อน 28 วัน (0) และกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน (1) วิเคราะห์ข้อมูลอย่างหยาบ (Univariate Analysis) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช ด้วยสถิติอย่างง่าย (Simple Logistic Regression) และสถิติถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร (Multiple Logistic Regression) นำเสนอผลการศึกษาด้วยค่าสัดส่วนความเสี่ยง (Odds Ratio: OR) และค่าร้อยละ 95 ของช่วงความเชื่อมั่น (95% Confidence Interval: 95% CI) การแปลโดยพิจารณาจากค่า OR ในกรณีที่ค่า OR มีค่ามากกว่า 1 ปัจจัยนั้นเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน และในกรณีที่มีค่า OR มีค่าน้อยกว่า 1 ปัจจัยนั้นเป็นปัจจัยในเชิงป้องกันต่อการรักษาซ้ำใน 28 วัน

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยได้รับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช รหัสโครงการ NSTPH 136/2568 วันที่รับรอง 1 กรกฎาคม 2568 ถึง 30 มิถุนายน 2569

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า กลุ่มที่ไม่กลับมารักษาซ้ำก่อน 28 วัน มากกว่าครึ่งเป็นเพศชาย (ร้อยละ 56.16) เกือบ 2 ใน 5 มีอายุ ≥ 80 ปี (ร้อยละ 43.84) โดยมีอายุเฉลี่ย 74.69 ปี (SD = 12.88) อายุต่ำสุด 38 ปี สูงสุด 98 ปี เกือบทั้งหมดมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 95.89) เกือบ 3 ใน 4 มีอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 73.97) มากกว่า 2 ใน 3 มีโรคร่วม (ร้อยละ 69.86) โดยเป็นโรคไขมันในเลือดสูงและโรคความดันโลหิตสูงใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 40.45 และ 39.33) มากกว่า 4 ใน 5 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 87.67) นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด (ร้อยละ 100.00) เกือบ 3 ใน 5 มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย (ร้อยละ 58.90) เกือบ 2 ใน 3 มีดัชนีมวลกายระหว่าง 18.50–22.99 (ร้อยละ 39.73) โดยมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 22.96 kg/m² (SD = 4.33) ต่ำสุด 14.69 kg/m² สูงสุด 37.28 kg/m² ประมาณ 3 ใน 5 ไม่มีสัตว์เลี้ยงในบ้าน (ร้อยละ 60.27) สัตว์ที่เลี้ยงมากที่สุด คือ สุนัข (ร้อยละ 50.00) ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

ได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ทั้งหมด (ร้อยละ 100.00) เกือบทั้งหมดไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 93.15) มากกว่า 3 ใน 4 ใช้ยา Theophylline + ICS/LABA พ่นเป็นประจำ (ร้อยละ 78.08) ประมาณครึ่งหนึ่งมีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ GOLD C (ร้อยละ 52.05) เกือบทั้งหมดนอนโรงพยาบาลครั้งที่ผ่านมา ไม่เกิน 7 วัน (ร้อยละ 98.63) โดยมีวันนอนเฉลี่ย 3.12 วัน (SD = 1.51) อายุต่ำสุด 1 วัน สูงสุด 9 วัน ประมาณ 3 ใน 4 ใช้ยาพ่น Berodual MDI + Seretide (ร้อยละ 75.34) และประมาณ 3 ใน 5 มีอาการ COPD อยู่ในระดับ Anthonisen type II (ร้อยละ 60.27)

กลุ่มที่กลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน พบว่า ประมาณ 2 ใน 3 เป็นเพศชาย (ร้อยละ 67.20) เกือบครึ่งหนึ่ง มีอายุ ≥ 80 ปี (ร้อยละ 48.15) โดยมีอายุเฉลี่ย 77.57 ปี (SD = 10.44) อายุต่ำสุด 54 ปี สูงสุด 97 ปี เกือบทั้งหมดมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 94.18) เกือบ 3 ใน 4 มีอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 72.49) มากกว่า 2 ใน 3 มีโรคร่วม (ร้อยละ 70.37) โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 49.56) มากกว่า 4 ใน 5 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 83.60) นับถือศาสนาพุทธเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 95.77) มากกว่าครึ่งมีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย (ร้อยละ 50.26) เกือบ 3 ใน 5 มีดัชนีมวลกายระหว่าง 18.50–22.99 (ร้อยละ 57.14) โดยมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 22.06 kg/m² (SD = 3.17) ต่ำสุด 17.01 kg/m² สูงสุด 32.03 kg/m² มากกว่าครึ่งมีสัตว์เลี้ยงในบ้าน (ร้อยละ 55.03) สัตว์ที่เลี้ยงมากที่สุด คือ สุนัข (ร้อยละ 54.81) ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ทั้งหมด (ร้อยละ 100.00) ประมาณ 3 ใน 5 สูบบุหรี่ (ร้อยละ 61.38) ประมาณ 2 ใน 3 ใช้ยา Theophylline + ICS/LABA พ่นเป็นประจำ (ร้อยละ 68.25) ประมาณครึ่งหนึ่งมีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ GOLD C (ร้อยละ 53.44) ประมาณ 4 ใน 5 นอนโรงพยาบาลครั้งที่ผ่านมา ไม่เกิน 7 วัน (ร้อยละ 85.19) โดยมีวันนอนเฉลี่ย 4.89 วัน (SD = 2.66) อายุต่ำสุด 1 วัน สูงสุด 13 วัน ประมาณ 3 ใน 5 ใช้ยาพ่น Berodual MDI + Seretide (ร้อยละ 63.49) และมากกว่าครึ่งมีอาการ COPD อยู่ในระดับ Anthonisen type II (ร้อยละ 53.44) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	ไม่กลับมารักษาซ้ำก่อน 28 วัน (N= 73)		กลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน (N= 189)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ข้อมูลส่วนบุคคล				
เพศ				
ชาย	41	56.16	127	67.20
หญิง	32	43.84	62	32.80
อายุ (ปี)				
≤ 59 ปี	8	10.96	11	5.82
60 – 69 ปี	20	27.40	35	18.52
70 – 79 ปี	16	21.92	52	27.51
≥ 80 ปี	29	39.73	91	48.15
	(M=74.69 ปี, SD.=12.88, Minimum=38 ปี, Maximum=98 ปี)		(M=77.57 ปี, SD.=10.44, Minimum=54 ปี, Maximum=97 ปี)	

ตัวแปร	ไม่กลับมารักษาซ้ำก่อน 28 วัน (N= 73)		กลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน (N= 189)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานภาพการสมรส				
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	3	4.11	11	5.82
คู่	70	95.89	178	94.18
อาชีพ				
เกษตรกรรม	54	73.97	137	72.49
รับจ้างทั่วไป	13	17.81	10	5.29
ค้าขาย	4	5.48	23	12.17
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	2	2.74	19	10.05
การมีโรคร่วม				
ไม่มีโรคร่วม	22	30.14	56	29.63
มีโรคร่วม	51	69.86	133	70.37
โรคเบาหวาน	18	20.22	20	8.77
โรคไขมันในเลือด	36	40.45	95	41.67
โรคความดันโลหิตสูง	35	39.33	113	49.56
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	64	87.67	158	83.60
สูงกว่าประถมศึกษา	9	12.33	31	16.40
ศาสนา				
พุทธ	73	100.00	181	95.77
อิสลาม	0	0.00	8	4.23
ความเพียงพอของรายได้				
รายได้เพียงพอกับรายจ่าย	43	58.90	95	50.26
รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	30	41.10	94	49.74
ดัชนีมวลกาย (BMI)				
< 18.50	10	13.70	14	7.41
18.50 – 22.99	29	39.73	108	57.14
23.00 – 24.99	14	19.18	44	23.28
≥ 25.00	20	27.40	23	12.17
	(M=22.96, SD.=4.33, Minimum=14.69, Maximum=37.28)		(M=22.06, SD.=3.17, Minimum=17.01, Maximum=32.03)	

ตัวแปร	ไม่กลับมารักษาซ้ำก่อน 28 วัน (N= 73)		กลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน (N= 189)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การเลี้ยงสัตว์ในบ้าน				
ไม่มีสัตว์เลี้ยง	44	60.27	85	44.97
มีสัตว์เลี้ยง	29	39.73	104	55.03
ไก่	1	2.63	6	5.77
สุนัข	19	50.00	57	54.81
แมว	12	31.58	26	25.00
นก	6	15.79	15	14.42
การได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา				
ไม่ได้รับ	73	100.00	189	100.00
ได้รับ	0	0.00	0	0.00
ปัจจัยเกี่ยวกับการสูบบุหรี่				
ไม่สูบบุหรี่	68	93.15	73	38.62
สูบบุหรี่	5	6.85	116	61.38
ข้อมูลลักษณะทางคลินิก				
ยาที่ใช้ประจำ				
Theophylline	16	21.92	0	0.00
Theophylline + ICS/LABA	57	78.08	129	68.25
Theophylline + ICS/LABA + LAMA	0	0.00	60	31.75
ความรุนแรงของโรค				
GOLD A	15	20.55	0	0.00
GOLD B	17	23.29	19	10.05
GOLD C	38	52.05	101	53.44
GOLD D	3	4.11	69	36.51
ระยะเวลานอนที่โรงพยาบาลครั้งที่ผ่านมา				
1 – 7 วัน	72	98.63	161	85.19
≥ 8 วัน	1	1.37	28	14.81
	(M=3.12 วัน, SD.=1.51, Minimum=1 วัน, Maximum=9 วัน)		(M=4.89 วัน, SD.=2.66, Minimum=1 วัน, Maximum=13 วัน)	
ยาพ่นที่ใช้ที่บ้าน				
Beradual MDI	14	19.18	0	0.00
Seretide	2	2.74	0	0.00

ตัวแปร	ไม่กลับมารักษาซ้ำก่อน 28 วัน (N= 73)		กลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน (N= 189)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
Beradual MDI + Seretide	55	75.34	120	63.49
Beradual MDI + Seretide + Spiriva	2	2.74	59	31.22
Beradual MDI + Spiriva	0	0.00	1	0.53
Beradual MDI + Symbicort	0	0.00	9	4.76
ลักษณะของอาการ COPD				
Anthonison type I	9	12.33	88	46.56
Anthonison type II	44	60.27	101	53.44
Anthonison type III	20	27.40	0	0.00

2. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลอย่างหยาบ (Univariate analysis) โดยพิจารณาคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p-value ของ Wald's test น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.25 นำไปวิเคราะห์ตัวแปรพหุตัวแปร (Multivariate analysis) ได้แก่ เพศ ($p = 0.093$) อายุ ($p = 0.155$) อาชีพ ($p = 0.004$) ความเพียงพอของรายได้ ($p = 0.210$) ดัชนีมวลกาย ($p = 0.006$) การเลี้ยงสัตว์ในบ้าน ($p = 0.027$) การสูบบุหรี่ ($p < 0.001$) ความรุนแรงของโรค ($p < 0.001$) ระยะเวลานอนที่โรงพยาบาล ($p = 0.014$) ยาพ่นที่ใช้ที่บ้าน ($p < 0.001$) และลักษณะของอาการ COPD ($p < 0.001$)

เมื่อวิเคราะห์ตัวแปรพหุตัวแปร (Multivariate analysis) พบว่า เมื่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เป็นเพศหญิงจะมีโอกาสกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน เท่ากับ 175.70 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่เป็นเพศชาย (adj.OR = 175.70, 95% CI = 15.71–1,964.57) เมื่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอายุ 60–69 ปี และ 70–79 ปี จะมีโอกาสกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ลดลงร้อยละ 99.99 เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีอายุ ≤ 59 ปี (adj.OR = 0.001, 95% CI = 0.01–0.10 และ adj.OR = 0.001, 95% CI = 0.01–0.05) เมื่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป จะมีโอกาสกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ลดลงร้อยละ 98 เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีอาชีพเกษตรกรรม (adj.OR = 0.02, 95% CI = 0.01–0.40) ผู้ป่วยที่มีอาชีพค้าขายและเป็นพ่อบ้าน/แม่บ้าน จะมีโอกาสกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน เท่ากับ 61.45 และ 77.62 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีอาชีพเกษตรกรรม (adj.OR = 61.45, 95% CI = 2.64–1,430.13 และ adj.OR = 77.62, 95% CI = 3.56–1,692.45) เมื่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษาจะมีโอกาสกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ลดลงร้อยละ 94 เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ระดับการศึกษาประถมศึกษา (adj.OR = 0.06, 95% CI = 0.01–0.66) เมื่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย จะมีโอกาสกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน เท่ากับ 22.02 เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย (adj.OR = 22.02, 95% CI = 2.89–167.57) เมื่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สูบบุหรี่จะมีโอกาสกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน เท่ากับ 26,553.57 เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่ (adj.OR = 26,553.57, 95% CI = 501.25–1,406,663.59) เมื่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรุนแรงของโรคระดับ GOLD C-D จะมีโอกาสกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน เท่ากับ 131.59 เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคระดับ GOLD A-B (adj.OR = 131.59, 95% CI = 10.44–1,658.05) เมื่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่

มีระยะเวลานอนที่โรงพยาบาล ≥ 8 วัน จะมีโอกาสกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน เท่ากับ 753.53 เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ระยะนอน 1–7 วัน (adj.OR = 753.53, 95% CI = 9.98–56,904.06) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช ด้วยพหุตัวแปร

ปัจจัย	ไม่กลับมารักษาซ้ำก่อน 28 วัน	กลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน	OR (95%CI)	p-value	adj.OR (95%CI)	p-value
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)				
เพศ						
ชาย	41 (24.40)	127 (75.60)	Ref.	0.093	Ref.	Ref.
หญิง	32 (34.04)	62 (65.96)	0.63(0.36-1.09)	-	60.34(9.85-369.46)	< 0.001
อายุ (ปี)						
≤ 59 ปี	8 (42.11)	11 (57.89)	Ref.	0.155	Ref.	Ref.
60 – 69 ปี	20 (36.36)	35 (63.64)	1.27(0.44-0.69)	-	0.018(0.01-0.35)	0.008
70 – 79 ปี	16 (23.53)	52 (76.47)	2.36(0.81-6.89)	-	0.14(0.01-0.25)	0.004
≥ 80 ปี	29 (24.17)	91 (75.83)	2.28(0.84-6.22)	-	0.43(0.03-7.09)	0.558
สถานภาพการสมรส						
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	3 (21.43)	11 (78.57)	Ref.	0.583	-	-
คู่	70 (28.23)	178 (71.77)	0.69(0.19-2.56)	-	-	-
อาชีพ						
เกษตรกรรม	54 (28.27)	137 (71.73)	Ref.	0.004	Ref.	Ref.
รับจ้างทั่วไป	13 (56.52)	10 (43.48)	0.30(1.13-0.73)	-	0.06(0.01-1.04	0.053
ค้าขาย	4 (14.81)	23 (85.19)	2.27(0.75-5.86)	-	49.62(2.61-942.78)	0.009
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	2 (9.52)	19 (90.48)	3.75(0.84-16.23)	-	8.98(1.06-76.12)	0.004
การมีโรคร่วม						
ไม่มีโรคร่วม	22 (28.21)	56 (71.79)	Ref.	0.936	-	-
มีโรคร่วม	51 (27.72)	133 (72.28)	1.03(0.57-1.85)	-	-	-
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	64 (28.83)	158 (71.17)	Ref.	0.413	-	-
สูงกว่าประถมศึกษา	9 (22.50)	31(77.50)	1.40(0.63-3.10)	-	-	-
ความเพียงพอของรายได้						
รายได้เพียงพอกับรายจ่าย	43 (31.16)	95 (68.84)	Ref.	0.210	Ref.	Ref.
รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	30 (24.19)	94 (75.81)	1.42(0.82-2.45)	-	9.74(2.07-45.73)	0.004
ดัชนีมวลกาย (BMI)						
< 18.50	10 (41.67)	14 (58.33)	Ref.	0.006	Ref.	Ref.
18.50 – 22.99	29 (21.17)	108 (78.83)	2.66(1.07-5.30)	-	1.87(0.30-11.80)	0.505
23.00 – 24.99	14 (24.14)	44 (75.86)	2.25(0.82-6.16)	-	0.94(0.08-10.93)	0.962
≥ 25.00	20 (46.51)	23 (53.49)	0.82 (0.30-2.25)	-	0.18 (0.02-1.96)	0.158

ปัจจัย	ไม่กลับมารักษาซ้ำก่อน 28 วัน จำนวน(ร้อยละ)	กลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน จำนวน(ร้อยละ)	OR (95%CI)	p-value	adj.OR (95%CI)	p-value
การเลี้ยงสัตว์ในบ้าน						
ไม่มีสัตว์เลี้ยง	44 (34.11)	85 (65.89)	Ref.	0.027	Ref.	Ref.
มีสัตว์เลี้ยง	29 (21.80)	104 (78.20)	1.86(1.07-3.22)	-	1.65(0.52-5.28)	0.400
ปัจจัยเกี่ยวกับการสูบบุหรี่						
ไม่สูบบุหรี่	68 (48.23)	73 (51.77)	Ref.	< 0.001	Ref.	Ref.
สูบบุหรี่	5 (4.13)	116 (95.87)	21.61 (8.32-56.12)	-	3,433.60 (202.23-58,299.04)	<0.001
ความรุนแรงของโรค						
GOLD A-B	32 (62.75)	19 (37.25)	Ref.	< 0.001	Ref.	Ref.
GOLD C-D	41 (19.43)	170 (80.57)	6.98(3.60-13.54)	-	54.55(7.39-402.75)	<0.001
ระยะเวลานอนที่โรงพยาบาลครั้งที่ผ่านมา						
1 – 7 วัน	72 (30.90)	161 (69.10)	Ref.	0.014	Ref.	Ref.
≥ 8 วัน	1 (3.45)	28 (96.55)	2.24(1.67-93.82)	-	312.63 (7.36-13,272.66)	0.003
ยาพ่นที่ใช้ที่บ้าน						
1 – 2 ชนิด	71 (35.32)	130 (64.68)	Ref.	< 0.001	Ref.	Ref.
> 2 ชนิด	2 (3.28)	59 (96.72)	16.11 (3.82-67.91)	-	19.58 (1.10-348.81)	0.043
ลักษณะของอาการ COPD						
Anthonison type I	9 (9.28)	88 (90.72)	Ref.	< 0.001	Ref.	Ref.
Anthonison type II และ III	64 (38.79)	101 (61.21)	0.16(0.07-0.34)	-	0.83(0.14-4.88)	0.833

หมายเหตุ ตัวแปรศาสนา, การได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา และยาที่ใช้ประจำ ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ เนื่องจากมีช่องที่มีจำนวน 0

อภิปรายผล

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เป็นเพศหญิงจะมีโอกาสกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน มากกว่าผู้ป่วยที่เป็นเพศชาย อาจเป็นเพราะว่า ผู้หญิงมีปอดที่เล็กกว่าผู้ชาย เมื่อมีอาการของโรคปอดอุดกั้นจึงทำให้มีความรุนแรงมากกว่าเพศชาย ซึ่งมีลักษณะของปอดที่ใหญ่และแข็งแรงกว่า (Milne, et al., 2024) หรืออีกประเด็นอาจจะเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้หญิงอาจจะมีการออกกำลังกายที่น้อยกว่าผู้ชาย หรืออาจจะได้สัมผัสควันบุหรี่จากเพศชาย จึงทำให้เมื่อมีอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จึงต้องกลับมารักษาซ้ำ แตกต่างกับการศึกษาของกนกวรรณ อนุศักดิ์ และคณะ (2564) ที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งอาจจะเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ค่อนข้างน้อย เช่นเดียวกับการศึกษาของชมขวัญ แก้วพลงาม และคณะ (2565) ที่พบว่า เพศไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลัน ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทั้งนี้พบการศึกษาต่างประเทศ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา ที่พบว่าอุบัติการณ์ของผู้หญิงในประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) กำลังเพิ่มขึ้น และมีมากกว่าผู้ชาย เนื่องจากผู้หญิงมีการสัมผัสควันบุหรี่จากเพศชายที่สูงขึ้น

(Mannion, et al., 2002) สะท้อนให้เห็นว่า พฤติกรรมการป้องกันตนเองเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถป้องกันไม่ให้กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันได้

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอายุ 60–79 ปี จะมีโอกาสกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน น้อยกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ ≤ 59 ปี อาจจะเป็นเพราะว่า ผู้ป่วยที่มีอายุ ≤ 59 ปี เป็นวัยทำงานที่อาจจะต้องไปประกอบอาชีพนอกบ้าน ส่งผลให้มีการนอนหลับไม่เพียงพอ และอาจจะพบกับเพื่อนร่วมงานที่มีพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการกลับมารักษาซ้ำ อาทิ การสูบบุหรี่ของตนเอง หรือได้รับควันบุหรี่มือ 2 จากเพื่อนร่วมงาน ทั้งนี้ ยังอาจจะขาดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองอีกด้วย (Tombor, et al., 2017) ในขณะที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอายุ 60–79 ปี เป็นวัยผู้สูงอายุ ซึ่งอาจจะเกษียณอายุในการทำงาน ทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่บ้าน มีเวลาในการดูแลตนเองมากขึ้น จึงทำให้มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน น้อยกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ ≤ 59 ปี แตกต่างกับการศึกษาของกนกวรรณ อนุศักดิ์ และคณะ (2564) ที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งอาจจะเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับการศึกษาของชมขวัญ แก้วพลงาม และคณะ (2565) ที่พบว่า อายุไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลัน ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาชีพรับจ้างทั่วไปจะมีโอกาสกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน น้อยกว่าผู้ป่วยที่มีอาชีพเกษตรกรรม อาจจะเป็นเพราะว่า อาชีพรับจ้างทั่วไปเป็นอาชีพที่ต้องไปทำงานนอกพื้นที่และอาจมีการจ้างเป็นรายวัน ผู้ป่วยที่มีอาชีพนี้จึงต้องมีการป้องกันเพื่อไม่ให้อาการตนเองกำเริบหรือต้องนอนโรงพยาบาล หรือเมื่อมีอาการอาจจะไม่สามารถลางานไปพบแพทย์ได้ ฉะนั้น ผู้ป่วยที่มีอาชีพนี้จึงจำเป็นที่ต้องดูแลตัวเองเพราะหากมีการขาดงานจะทำให้เสียรายได้ ในขณะที่อาชีพเกษตรกรอาจจะมีการทำงานในพื้นที่ของตนเอง สามารถที่จะหยุดและไปพบแพทย์ได้เมื่อรู้สึกว่าตนเองมีอาการ จึงไม่ทำให้มีอาการรุนแรงและไม่ต้องกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีอาชีพค้าขายและเป็นพ่อบ้าน/แม่บ้าน จะมีโอกาสกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน มากกว่าผู้ป่วยที่มีอาชีพเกษตรกรรม อาจจะเป็นเพราะว่า ลักษณะของอาชีพค้าขายอาจจะขาดการออกกำลังกาย จึงทำให้สมรรถภาพของปอดมีการขยายตัวไม่เต็มที่ ทำให้เมื่อมีอาการอาจจะทำให้เกิดความรุนแรงมากขึ้นกว่าอาชีพเกษตรกรรมที่มีการใช้แรงมากกว่าอาชีพค้าขาย เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่มีอาชีพพ่อบ้าน/แม่บ้าน อาจจะไม่ได้ออกกำลังกายเช่นกัน อีกประเด็นอาจจะเกิดจากผู้ที่เป็นพ่อบ้าน/แม่บ้าน อาจจะมีโรคประจำตัวที่ไม่สามารถทำภารกิจอื่นที่ต้องใช้แรงงานได้มากนัก เมื่อมีอาการจึงมีโอกาสที่จะเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำมากกว่าอาชีพเกษตรกร แตกต่างกับการศึกษาของศุภนิดา คำนิยม (2567) ที่พบว่า อาชีพไม่สามารถร่วมทำนายการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่นอนโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วัน

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษาจะมีโอกาสกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน น้อยกว่าผู้ป่วยที่ระดับการศึกษาประถมศึกษา อาจจะเป็นเพราะว่า การศึกษาทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ และมีทักษะในการแสวงหาความรู้ การปฏิบัติตัวด้านสุขภาพและซักถามปัญหาดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อย แตกต่างกับการศึกษาของกนกวรรณ อนุศักดิ์ และคณะ (2564) ที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาจจะเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาประถมศึกษามากกว่าร้อยละ 90.00

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย จะมีโอกาสกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน มากกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย อาจจะเป็นเพราะว่า ผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายจำเป็นที่จะต้องทำงานเพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัว เมื่อมีรายได้ที่ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตหากมีความจำเป็นที่จะต้องซื้อยาหากมีอาการ

กำเริบ ก็ไม่สามารถซื้อได้ อาการจึงมีความรุนแรงขึ้นอาจจะส่งผลให้ผู้ป่วยจะต้องนอนโรงพยาบาลอีก แตกต่างกับการศึกษาของสมคิด ขำทอง, ปิ่นหทัย ศุภเมธาพร และยุวยงค์ จันทรพิจิตร (2562) ที่พบว่า ความเพียงพอของรายได้ไม่สามารถทำนายการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สูบบุหรี่จะมีโอกาสกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่ ทั้งนี้ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ฉะนั้น หากผู้ป่วยมีการสูบบุหรี่ หรือแม้กระทั่งที่ผู้ป่วยได้รับควันบุหรี่มือสองก็ตาม ก็มีโอกาสเกิดที่จะทำให้มีอาการจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและความรุนแรงของโรคมากกว่าผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ สอดคล้องกับการสำรวจของสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ (2565) ที่พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของ COPD คือ การสูบบุหรี่ โดยในประเทศไทยจากการสำรวจปี พ.ศ. 2557 พบว่า อัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ 20.7 (11.4 ล้านคน) และอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ลดลงจาก 16.8 ปี (พ.ศ. 2550) เป็น 15.60 ปี (พ.ศ. 2557) ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของกนกวรรณ อนุศักดิ์ และคณะ (2564) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ยังสูบบุหรี่อยู่จะมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แต่แตกต่างกับการศึกษาของชมขวัญ แก้วพลงาม และคณะ (2565) ที่พบว่า การสูบบุหรี่ไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลัน ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรุนแรงของโรคระดับ GOLD C-D จะมีโอกาสกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน มากกว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคระดับ GOLD A-B ทั้งนี้ Global Obstructive Lung Disease (GOLD) เป็นมาตรฐานในการวินิจฉัยและประเมินระดับความรุนแรงของโรค การตรวจจะทำได้โดยให้ผู้ป่วยหายใจเข้าให้เต็มที่แล้วหายใจออกอย่างรวดเร็วและแรงผ่านเครื่อง spirometer แล้ววัดปริมาตรของอากาศที่หายใจออกได้ในวินาทีแรก (Forced expiratory volume in one second; FEV1) เทียบกับปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างเร็วและแรงหลังจากหายใจเข้าจนสุด (Forced vital capacity; FVC) หากค่า FEV1/FVC หลังจากได้รับยาขยายหลอดลมน้อยกว่าร้อยละ 70 จึงให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรค COPD จึงเป็นไปได้ว่า ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคระดับ GOLD 3 (รุนแรงมาก) มีค่า FEV1 ร้อยละ 30–49 และ GOLD 4 (รุนแรงมากที่สุด) มีค่า FEV1 น้อยกว่าร้อยละ 30 จึงเป็นไปได้ว่า ผู้ที่มีอาการในระดับความรุนแรงย่อมที่จะมีโอกาสเข้ารับการรักษาซ้ำสูงกว่าผู้ป่วยที่มีอาการในระดับ GOLD 1 (รุนแรงเล็กน้อย) และ GOLD 2 (รุนแรงปานกลาง) สอดคล้องกับการศึกษาของกนกวรรณ อนุศักดิ์ และคณะ (2564) ที่พบว่า ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เช่นเดียวกับศุภนิดา คำนิยม (2567) ที่พบว่า ความรุนแรงของโรคทำนายการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่นอนโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วัน

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีระยะเวลานอนที่โรงพยาบาล ≥ 8 วัน จะมีโอกาสกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน มากกว่าผู้ป่วยที่ระยะนอน 1–7 วัน เป็นไปได้ว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีประวัตินอนโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน เมื่อกลับบ้านอาจจะยังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเช่นเดิมและไม่ถูกต้อง เช่น รับประทานยาไม่ตรงตามแพทย์สั่ง สูบบุหรี่หรือสัมผัสกับควันบุหรี่มือสอง ไม่ออกกำลังกาย พ่นยาไม่ถูกต้อง หรืออาจจะมีความรุนแรงของโรคมากอยู่แล้ว ฉะนั้น เป็นไปได้ว่าอาจจะมีโอกาสที่ต้องกลับมารักษาที่โรงพยาบาลซ้ำ แตกต่างกับการศึกษาของธนิตดา เลิศลอยกุลชัย (2563) ที่พบว่า ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการนอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าการสูบบุหรี่ และความรุนแรงของโรคจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ในขณะที่อายุที่มากขึ้น และการศึกษาในระดับสูงจะทำให้มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันลดลง ฉะนั้น พยาบาลวิชาชีพควรมีการพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการกลับมาเป็นซ้ำของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยเฉพาะการลดหรือเลิกบุหรี่ ทั้งนี้ อาจจะเพิ่มการมีส่วนร่วมของบุคคลในบ้านเพื่อให้มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอาการกำเริบของโรค

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ขณะอยู่โรงพยาบาล ร่วมกับการประเมินความรู้ของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

เอกสารอ้างอิง

กนกวรรณ อนุศักดิ์, รัตนนุช มาธนะสารวุฒิ, โภคิน ศักรินทร์กุล, & วิชุดา จิรพรเจริญ. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลลำพูน. *วารสารกรมการแพทย์, 46*(4), 67–73.

กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *อัตราป่วยรายใหม่ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.*

กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *ตัวชี้วัด Service plan ปี 2567.*

ชมขวัญ แก้วพลงาม, ณัฐวดี อินทแสน, ภานุพงษ์ อุ่นเรือนงาม, & ปาริชาติ นิยมทอง. (2565). ปัจจัยพยากรณ์ที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารสาธารณสุขแพร่เพื่อการพัฒนา, 30*(1), 99–111.

ธนิตดา เลิศลอยกุลชัย. (2563). ปัจจัยทางคลินิกของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ต้องนอนโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วัน เนื่องจากภาวะกำเริบเฉียบพลันในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. *วารสารแพทย์เขต 4-5, 39*(2), 37–48.

โรงพยาบาลชะอวด. (2567). *รายงานผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช.

วิชิต ธีรไกรศรี. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี. *วารสารโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา, 13*(1), 57–69.

ศุภนิดา คำนิยม. (2567). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่นอนโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วัน: โรงพยาบาลยโสธร. *ยโสธรเวชสาร, 26*(1), 108.

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. (2557). *สรุปสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงหลักด้านยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2557.* มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมคิด ขำทอง, ปิ่นหทัย ศุภเมธาพร, & ยุวยงค์ จันทรพิจิตร. (2562). ปัจจัยทำนายการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *พยาบาลสาร, 46*(1), 126–136.

สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2560). *ข้อแนะนำการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2560.*

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช. (2567). *ข้อมูลรายงานผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.* กระทรวงสาธารณสุข.

สุภาพร ณ พัทลุง. (2567). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสิงหนคร. *วารสารนวัตกรรมสุขภาพและความปลอดภัย, 1*(2), 24–34.

อุษา เอี่ยมละออ, เยาวเรศ สายสว่าง, ปิยะลักษณ์ ฉายสุวรรณ, & อารีย์ โกพัฒนกิจ. (2561). อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในโรงพยาบาลอ่างทอง. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 12*(2), 240–252.

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2021). *The global strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD*. http://www.goldcopd.org

Mannion, D. M., Homa, D. M., Akinbami, L. J., Ford, E. S., & Redd, S. C. (2002). Chronic obstructive pulmonary disease surveillance—United States, 1971–2000. *MMWR Surveill Summ, 51*(6), 1–16.

Milne, K. M., Mitchell, R. A., Ferguson, O. L., Hind, A. S., & Guenette, J. A. (2024). Sex-differences in COPD: From biological mechanisms to therapeutic considerations. *Frontiers in Medicine, 20*(11), Article 1289259. https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1289259

Tombor, I., Vangeli, E., West, R., & Shahab, L. (2017). Progression towards smoking cessation: Qualitative analysis of successful, unsuccessful, and never quitters. *Journal of Substance Use, 23*(2), 214–222. https://doi.org/10.1080/14659891.2017.1378746

Online Access

https://he05.tci-thaijo.org/index.php/J_PHR/article/view/7209

JPHR วารสารวิจัยสุขภาพปฐมภูมิ Journal of Primary Health Research

Research articles

eISSN : 3057-1812 (Online)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช

Factors Influencing Health Promotion Behaviors of Village Health Volunteers in Hua Sai District, Nakhon Si Thammarat Province

อนันต์ วิชัยดิษฐ์

Anan Vichaidisth

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนแค จังหวัดนครศรีธรรมราช

Ban Don Khae Subdistrict Health Promotion Hospital, Nakhon Si Thammarat Province

*Corresponding author, e-mail: vichaidisth@gmail.com

Received: January 29, 2026; **Revised:** March 2, 2026; **Accepted:** March 4, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) การรับรู้ความคิดและอารมณ์เกี่ยวกับพฤติกรรม 2) พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และ 3) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดังกล่าว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างคือ อสม. จำนวน 176 คน สุ่มแบบง่ายโดยการจับสลาก เก็บข้อมูลเดือนพฤศจิกายน 2568 ด้วยแบบสอบถามที่มีค่าความตรง 0.67–1.00 และค่าความเที่ยง 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติถดถอยแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความคิดและอารมณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (M = 4.04, SD = 0.30) โดยการรับรู้ประโยชน์มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (M = 4.46) ส่วนการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.49) ด้านพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในภาพรวมและทุกด้านอยู่ในระดับสูง (M = 4.14, SD = 0.39) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของ อสม. มี 4 ตัวแปร เรียงตามลำดับอิทธิพลคือ อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม (b = 0.200) อิทธิพลด้านสถานการณ์ (b = 0.172) การรับรู้ประโยชน์ (b = 0.156) และการรับรู้อุปสรรค (b = 0.084) ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมได้ร้อยละ 31.0 (adj. R^2 = 0.310, $p < 0.05$) ข้อเสนอแนะจากการวิจัย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพัฒนานโยบายและแนวทางการดูแลสุขภาพเชิงบวก พร้อมทั้งสนับสนุนการจัดทำสื่อและนวัตกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. อย่างเป็นรูปธรรม

คำสำคัญ : พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, การรับรู้ความคิดและอารมณ์เกี่ยวกับพฤติกรรม

วารสารวิจัยสุขภาพปฐมภูมิ Journal of Primary Health Research

Abstract

This cross-sectional research aimed to study 1) behavior-specific cognitions and affect, 2) health-promoting behaviors, and 3) factors influencing health-promoting behaviors among Village Health Volunteers (VHVs) in Hua Sai District, Nakhon Si Thammarat Province. The sample consisted of 176 VHVs, selected by simple random sampling using a lottery method. Data were collected in November 2025 using a questionnaire with a validity ranging from 0.67 to 1.00 and a reliability of 0.84. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

The results revealed that the overall behavior-specific cognitions and affect were at a high level (M = 4.04, SD = 0.30). Specifically, perceived benefits of action had the highest mean score (M = 4.46), while perceived barriers to action were at a moderate level (M = 3.49). Overall health-promoting behaviors and all of their sub-dimensions were at a high level (M = 4.14, SD = 0.39). Four variables significantly influenced the health-promoting behaviors of the VHVs, ranked by their predictive power: activity-related affect (b = 0.200), situational influences (b = 0.172), perceived benefits of action (b = 0.156), and perceived barriers to action (b = 0.084). Together, these variables accounted for 31.0% of the variance in health-promoting behaviors (adj. $R^2 = 0.310$, $p < 0.05$). Recommendations Relevant organizations should develop proactive health care policies and guidelines, as well as support the creation of media and innovations to tangibly promote the health behaviors of VHVs.

Keywords : health promotion behaviors, Village Health Volunteers, cognitive and affective perceptions related to behavior

บทนำ

สุขภาพเป็นรากฐานที่สำคัญของชีวิต ทุกคนย่อมรักษาและปรารถนาให้ตนเองมีชีวิตที่อยู่เย็นเป็นสุข การรักษาสุขภาพอนามัยให้แข็งแรงสมบูรณ์จึงเป็นสิ่งที่สำคัญ วัฏจักรของการเกิด แก่ เจ็บ ตาย ซึ่งสมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้าได้ตรัสไว้เป็นพระพุทธสุภาษิตว่า “อโรคยา ปรมาลาภา” แปลว่า “ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ” โดยในการพัฒนาประเทศจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับสุขภาพที่ดีของคนในประเทศเป็นสำคัญ ประเทศที่ประชาชนมีสุขภาพดี มีสติปัญญา มีคุณธรรมและจริยธรรม มีความสามารถในการประกอบอาชีพ เพื่อเลี้ยงตนเองและครอบครัวได้ไม่เบียดเบียนและทำร้ายซึ่งกันและกัน ย่อมทำให้เกิดความสงบสุข (ประเวศ วะสี, 2551) หลักการสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพ คือ การเพิ่มศักยภาพของบุคคลและชุมชนในการควบคุมปัจจัยที่กำหนดภาวะสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของสาธารณะ คือ การส่งเสริมให้บุคคลและชุมชนให้มีความสามารถในการมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหา วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา ร่วมวางแผนและดำเนินการแก้ไขปัญหาที่มีผลต่อสุขภาพของตนและชุมชน อีกทั้งการให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพให้ความเสมอภาคและเท่าเทียมกันในสังคม กระตุ้นให้เกิดความร่วมมือระหว่างภาคต่าง ๆ และการมีส่วนร่วมของประชาชน (ศิริพร ขัมภลิขิต และประภาพร จินันทุยา, 2545)

การส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011) เป็นการแสดงความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์หลักที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1) ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล ได้แก่ พฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้องและปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล 2) อารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลด้านสถานการณ์ และ 3) ผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม เมื่อบุคคลเกิดความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรม เมื่อปฏิบัติแล้วบุคคลจะเกิดพฤติกรรมผลลัพธ์และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ฉะนั้น พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promoting Behavior) จึงเป็นผลลัพธ์ที่คาดหวังในทางบวกของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และมีผลโดยตรงก็ต่อเมื่อบุคคลนำมาปฏิบัติโดยบูรณาการกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของตนเอง โดยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย โภชนาการ สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ และการจัดการความเครียด ซึ่งทั้งหมดนั้น คือ เป้าหมายสุดท้ายของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นองค์กรที่มีความใกล้ชิดกับประชาชน และเป็นเครือข่ายของบุคลากรทางการแพทย์ บทบาทที่สำคัญ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค รักษาพยาบาล ฟื้นฟูสภาพและคุ้มครองผู้บริโภค (พฤหัสกัญยา บุญลบ, นวพรรธน์ ดีประเสริฐวรกร, อนุรักษ์ มีอิ่ม, เจริญ ทุนชัย และพระครูโอภาสกาญจนธรรม, 2562) อสม. ในฐานะเป็นแกนนำที่สำคัญในการส่งเสริมให้ประชาชนดูแลและปฏิบัติตนให้มีสุขภาพที่ดี เพื่อช่วยลดอัตราการป่วยโรคเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพจิต และการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติด (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, อลงกรณ์ เปลกาลี, จำเนียร ชุณหโสภาค และชาติชาย สุวรรณนิตย์, 2559) ฉะนั้น อสม. จึงควรเป็นต้นแบบในการสร้างสุขภาพ เป็นผู้นำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งของตนเอง และสร้างพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน ซึ่งการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม นอกจากจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพของตนเองทำให้สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคแล้ว ยังส่งผลต่อคุณภาพการทำงานหรือผลผลิตของงานในชุมชน ส่งผลให้ชุมชนมีการพึ่งตนเองได้อีกด้วย (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) จากการทบทวนวรรณกรรม

พบว่า แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น ระยะเวลาการเป็น อสม. การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการได้รับการฝึกอบรม (จิราภรณ์ เรืองสงคราม, รพีพร เทียมจันทร์ และวราภรณ์ ศิริสว่าง, 2558) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (จักรี ปัถพี และนวลฉวี ประเสริฐสุข, 2559) เพศ ระยะเวลาการเป็น อสม. การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ และแรงสนับสนุนทางสังคม (สุทัศน์ ทองชัย, 2567) การศึกษา โรคประจำตัว และการรับรู้อุปสรรค (ณัฐปภัสร์ เจียรภักษ์ดี, นันชพัฒน์ แก้วทอง และพรพรรณ จิตบรรจง, 2567) การรับรู้ความสามารถของตน อิทธิพลจากแรงจูงใจ (วิชุดา เตชะลือ, สมโภช รติโอฬาร และวรางคณา จันทร์คง, 2568)

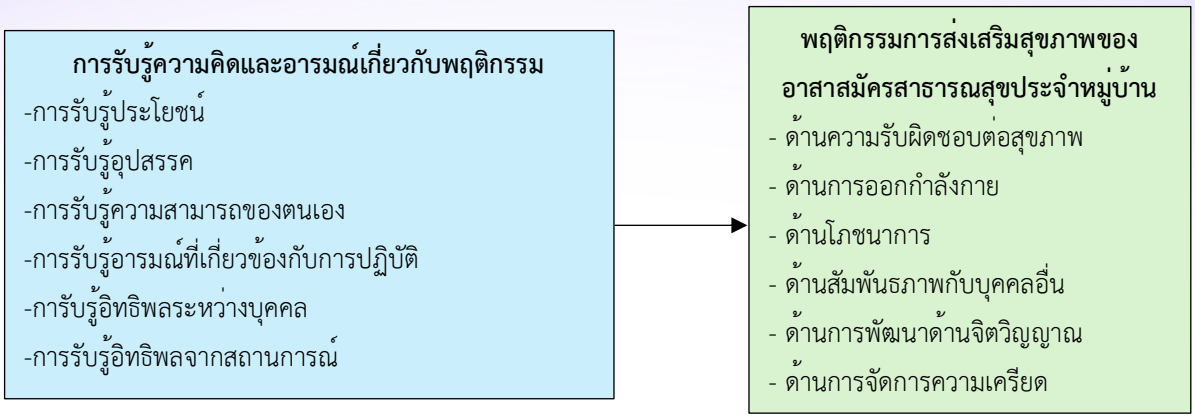
จากแนวคิดและการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวผู้วิจัยเชื่อว่าแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011) ได้แก่ การรับรู้อารมณ์และความคิดในการสร้างเสริมสุขภาพจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคลในการส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลด้านสถานการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยจึงได้นำแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยในครั้งนี้ และผู้วิจัยยังเชื่ออีกว่า หาก อสม. มีแบบแผนการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีและเหมาะสม จะสามารถเป็นแบบอย่างที่ดีของประชาชน ไม่ป่วยด้วยโรคที่เกิดจากพฤติกรรม สามารถเป็นตัวอย่างในการลดการบริโภคอาหารรสหวาน มัน เค็ม มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ และสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง และหากป่วยเป็นโรคเรื้อรังก็สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นแบบอย่างแก่ประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน ฉะนั้น ผลการศึกษาจากงานวิจัยนี้จะเป็นข้อมูลในการเฝ้าระวังสภาวะสุขภาพของ อสม. และสามารถนำไปวางแผนในการส่งเสริมสุขภาพให้เป็นตัวอย่างที่ดีกับคนในชุมชนและเป็นกำลังสำคัญของสาธารณสุขไทย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ความคิดและอารมณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Health Promotion Behavior Pender's Model) เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง โดยนำปัจจัยการรับรู้ความคิดและอารมณ์ที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Behavior-specific Cognitions and Affect) มาศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของ อสม. อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ อสม. ในเขตอำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 1,091 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2568) (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหัวไทร, 2568)

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) สำหรับการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ (Linear multiple regression) เลือกใช้ Test family เลือก F-test, Statistical test เลือก Linear multiple regression: fix model, R^2 deviation from zero กำหนดค่าพารามิเตอร์ ดังนี้ Effect size = 0.15 อิทธิพลขนาดกลาง (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = .95 ตัวแปรอิสระ (Number of predictors) จำนวน 6 ตัวแปร ได้กลุ่มตัวอย่าง 146 คน และเพื่อป้องกันการสูญเสียของข้อมูลจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 20 (Naing, Winn, & Rusli, 2006) จำนวน 30 คน รวมกลุ่มตัวอย่าง 176 คน

การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการหยิบสลาก (Lottery method) รายชื่อ อสม. ตามสัดส่วนของแต่ละหน่วยบริการ มีขั้นตอนดังนี้

(1) จัดทำบัญชีรายชื่อ อสม. ทั้งหมดในอำเภอหัวไทรจากทะเบียนของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหัวไทร

(2) จำแนกรายชื่อตาม รพ.สต. ทั้ง 16 แห่ง

(3) คำนวณสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างตามสูตร $n_i = (N_i / N) \times n$

เมื่อ n_i = จำนวนกลุ่มตัวอย่างของหน่วยบริการที่ i

N_i = จำนวนประชากรของหน่วยบริการที่ i

N = จำนวนประชากรทั้งหมด

N = ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ (176 คน)

(4) เขียนรายชื่อ อสม. แต่ละคนลงในกระดาษ จับสลากตามสัดส่วนของแต่ละหน่วยบริการจนครบตามจำนวนที่กำหนด

(5) ตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า-คัดออก

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) เป็น อสม. ที่ปฏิบัติงานในเขตอำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช 2) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 3) ได้รับการอบรมตามหลักสูตรของ รพ.สต. 4) สามารถอ่านหนังสือออกและเขียนหนังสือไทยได้ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจและลงนามในเอกสาร

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) ได้แก่ 1) อสม. ที่ย้ายภูมิลำเนาออกนอกพื้นที่อำเภอหัวไทร เป็นระยะเวลาติดต่อกัน 6 เดือน ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา 2) อสม. ที่มีข้อจำกัดทางร่างกายหรือสุขภาพจิตที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยตัวเอง และ 3) อสม. ที่ลาออกหรือถูกเพิกถอนสถานะในระหว่างการเก็บข้อมู

เครื่องมือรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งมีจำนวน 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ 1) เพศ 2) อายุ 3) ระดับการศึกษา 4) สถานภาพการสมรส 5) ศาสนา 6) อาชีพหลัก 7) การมีโรคประจำตัว และ 8) ระยะเวลาการเป็น อสม.

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความคิดและอารมณ์เกี่ยวกับพฤติกรรม 6 ด้าน (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011) จำนวน 30 ข้อ ได้แก่ 1) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม จำนวน 5 ข้อ 2) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม จำนวน 5 ข้อ 3) การรับรู้ความสามารถของตนเอง จำนวน 5 ข้อ 4) อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม จำนวน 5 ข้อ 5) อิทธิพลระหว่างบุคคล จำนวน 5 ข้อ และ 6) อิทธิพลด้านสถานการณ์ จำนวน 5 ข้อ ระดับการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อคำถาม มีรายละเอียดดังนี้

คำถาม	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
เชิงบวก	5	4	3	2	1
เชิงลบ	1	2	3	4	5

การแปลผลการรับรู้ความคิดและอารมณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมจากคะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อและภาพรวม มาจัดเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ปานกลาง และต่ำ โดยใช้การแบ่งกลุ่มตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

ระดับสูง	หมายถึง ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.67–5.00
ระดับปานกลาง	หมายถึง ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34–3.66
ระดับต่ำ	หมายถึง ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00–2.33

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ 6 ด้าน จำนวน 18 ข้อ ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ 2) การออกกำลังกาย จำนวน 3 ข้อ 3) โภชนาการ จำนวน 3 ข้อ 4) สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น จำนวน 3 ข้อ 5) การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ จำนวน 3 ข้อ และ 6) การจัดการความเครียด จำนวน 3 ข้อ ระดับการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อคำถาม มีรายละเอียดดังนี้

คำถาม	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
เชิงบวก	5	4	3	2	1
เชิงลบ	1	2	3	4	5

การแปลผลพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ จากคะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อ และภาพรวม มาจัดเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ปานกลาง และต่ำ โดยใช้การแบ่งกลุ่มตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

ระดับสูง หมายถึง ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.67–5.00
ระดับปานกลาง หมายถึง ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34–3.66
ระดับต่ำ หมายถึง ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00–2.33

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรง (Validity) และให้ความเห็นชอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และหาความเหมาะสมเชิงภาษา (Wording) ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถ และความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับพฤติกรรมศาสตร์ จำนวน 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติ จำนวน 1 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย และนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อความสมบูรณ์ และได้นำไปหาความสอดคล้องของวัตถุประสงค์รายข้อ (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่าระหว่าง 0.67–1.00

จากนั้นนำไปตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับ อสม. อำเภอเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) ดังนี้ (1) แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม เท่ากับ 0.70 (2) แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม เท่ากับ 0.74 (3) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง เท่ากับ 0.72 (4) แบบสอบถามการรับรู้อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติ เท่ากับ 0.74 (5) แบบสอบถามการรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล เท่ากับ 0.83 (6) แบบสอบถามการรับรู้อิทธิพลจากสถานการณ์ เท่ากับ 0.73 (7) แบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เท่ากับ 0.84 (8) ทั้งฉบับ เท่ากับ 0.90

การรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตอำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช ใช้ระยะเวลาประมาณ 1 เดือน ช่วงวันที่ 1–30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 ดังนี้

(1) จัดทำหนังสือถึงสาธารณสุขอำเภอหัวไทร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวไทร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอหัวไทร จัดส่งหนังสือด้วยตัวเอง เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

(2) ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน อสม. และประธาน อสม. ในการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย รายละเอียดในการตอบแบบสอบถาม การเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยให้เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงาน อสม. เป็นผู้แจกแบบสอบถาม

(3) เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงาน อสม. เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน และความสมบูรณ์ ก่อนที่จะส่งกลับมายังผู้วิจัย

(4) รวบรวมข้อมูลจนครบตามจำนวนที่ส่งไป นำแบบสอบถามที่ได้รับกลับมาตรวจสอบความครบถ้วนลงตามรหัสตัวแปรที่กำหนด และนำข้อมูลไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยแบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ความคิดและอารมณ์เกี่ยวกับพฤติกรรม และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean: M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum)

2. สถิติอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumptions) ดังนี้

(1) การแจกแจงแบบปกติของค่าความคลาดเคลื่อน (Normality of Residuals) ตรวจสอบโดยใช้แผนภูมิฮิสโตแกรม (Histogram) พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นรูประฆังคว่ำและมีความสมมาตร แผนภูมิ Normal P-P Plot พบว่าจุดข้อมูลกระจายอยู่ใกล้เส้นทแยงมุม แสดงว่าค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติ ค่าเฉลี่ยของค่าความคลาดเคลื่อน (Mean of Residuals) เท่ากับ 0.000 ซึ่งสอดคล้องกับข้อตกลงเบื้องต้น

(2) ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) ตรวจสอบโดยใช้กราฟ Scatter plot ระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละตัวกับตัวแปรตาม พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง

(3) ความเป็นอิสระของค่าความคลาดเคลื่อน (Independence of Residuals) ตรวจสอบโดยใช้ค่า Durbin-Watson statistic เท่ากับ 1.990 ซึ่งอยู่ในช่วง 1.5–2.5 แสดงว่าค่าความคลาดเคลื่อนมีความเป็นอิสระจากกัน ไม่มี autocorrelation

(4) ความแปรปรวนคงที่ของค่าความคลาดเคลื่อน (Homoscedasticity) ตรวจสอบโดยใช้กราฟ Scatter plot ระหว่างค่าทำนาย (Predicted values) กับค่า Standardized residuals พบว่า จุดข้อมูลกระจายตัวอย่างสม่ำเสมอรอบแกน Y = 0 ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน (No pattern) แสดงว่ามีความแปรปรวนคงที่

(5) การไม่มีปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (Multicollinearity) ตรวจสอบโดยใช้ค่า Variance Inflation Factor (VIF) พบว่าทุกตัวแปร มีค่า VIF อยู่ระหว่าง 1.095–1.819 ซึ่งต่ำกว่า 10 ค่า Tolerance อยู่ระหว่าง 0.550–0.913 ซึ่งสูงกว่า 0.1 แสดงว่าตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง ไม่มีปัญหา Multicollinearity

สรุปข้อมูลมีความเหมาะสมสำหรับการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ เนื่องจากเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นทุกประการ การตีความผลการวิเคราะห์ รายงานผลการวิเคราะห์โดยใช้ค่า Unstandardized regression coefficient (b), Standardized regression coefficient (β), Standard Error (SE), t-statistic และ p-value, Coefficient of determination (R^2), Adjusted R^2, F-statistic และ p-value โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha = 0.05$

จริยธรรมวิจัย

บทความวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช รหัสโครงการ NSTPH 208/2568 เอกสารรับรองเลขที่ 208/2568 รับรองตั้งแต่

วันที่ 25 กันยายน 2568 – 24 กันยายน 2569 ข้อมูลทั้งหมดผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ในการศึกษาเท่านั้น และข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับโดยไม่มีผลกระทบหรือเกิดความเสียหายใด ๆ กับกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.59 มีอายุระหว่าง 45–59 ปี ร้อยละ 51.14 การศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 43.75 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 72.16 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 91.48 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 55.68 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 68.75 ส่วนใหญ่เป็น อสม. มาระหว่าง 6–10 ปี ร้อยละ 25.57

2. การรับรู้ความคิดและอารมณ์เกี่ยวกับพฤติกรรม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการรับรู้ความคิดและอารมณ์เกี่ยวกับพฤติกรรม

การรับรู้ความคิดและอารมณ์เกี่ยวกับพฤติกรรม	M	SD	ระดับ
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม	4.46	0.39	สูง
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม	3.49	0.75	ปานกลาง
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	4.23	0.44	สูง
อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม	4.13	0.39	สูง
อิทธิพลระหว่างบุคคล	4.03	0.43	สูง
อิทธิพลด้านสถานการณ์	3.88	0.43	สูง
ภาพรวม	**4.04**	**0.30**	**สูง**

จากตารางที่ 1 พบว่า การรับรู้ความคิดและอารมณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (M = 4.04, SD = 0.30) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่อยู่ในระดับสูง คือ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (M = 4.46, SD = 0.39) รองลงมาคือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (M = 4.23, SD = 0.44) อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม (M = 4.13, SD = 0.39) อิทธิพลระหว่างบุคคล (M = 4.03, SD = 0.43) และอิทธิพลด้านสถานการณ์ (M = 3.88, SD = 0.43) ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (M = 3.49, SD = 0.75) อยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ

3. พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	M	S.D.	ระดับ
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	4.23	0.60	สูง
ด้านการออกกำลังกาย	3.95	0.65	สูง
ด้านโภชนาการ	3.91	0.80	สูง
ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น	4.20	0.53	สูง
ด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ	4.29	0.55	สูง
ด้านการจัดการความเครียด	4.28	0.51	สูง
ภาพรวม	**4.14**	**0.39**	**สูง**

จากตารางที่ 2 พบว่า พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (M = 4.14, SD = 0.39) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับสูง โดยด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ (M = 4.29, SD = 0.55) รองลงมาคือ ด้านการจัดการความเครียด (M = 4.04, SD = 0.30) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (M = 4.23, SD = 0.60) ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (M = 4.20, SD = 0.53) ด้านการออกกำลังกาย (M = 3.95, SD = 0.65) และด้านโภชนาการ (M = 3.91, SD = 0.80) ตามลำดับ

4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณและค่าสัมประสิทธิ์ โดยใช้การวิเคราะห์แบบถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ตัวทำนาย	b	Beta	t	*p*-value
อิทธิพลด้านสถานการณ์	0.172	0.190	2.734	0.007*
อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม	0.200	0.202	2.536	0.012*
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม	0.084	0.161	2.448	0.015*
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม	0.156	0.155	2.213	0.028*

Constant= 1.050, R=0.574, R-Square= 0.330, $_{adj}$R-Square= 0.310, SEets= 0.324, F= 16.735

*p-value < 0.05

จากตารางที่ 3 พบว่า เมื่อวิเคราะห์พหุคูณด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์พหุคูณ พบว่า อิทธิพลด้านสถานการณ์ อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม กล่าวคือ เมื่อ อสม. มีอิทธิพลด้านสถานการณ์เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น 0.172 หน่วย (B = 0.172) เมื่อ อสม. มีอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เพิ่มขึ้น 0.200 หน่วย (B = 0.200) เมื่อ อสม. มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เพิ่มขึ้น 0.084 หน่วย (B = 0.084) เมื่อ อสม. มีการ

รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เพิ่มขึ้น 0.156 หน่วย (B = 0.156) ซึ่งสามารถอธิบายการผันแปรพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของ อสม. ได้ร้อยละ 31.0 (adj. R^2 = 0.310) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) โดยสามารถเขียนสมการทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของ อสม. ในรูปแบบคะแนนดิบ ได้ดังนี้

Yi = 1.050 + 0.172 (อิทธิพลด้านสถานการณ์) + 0.200 (อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม) + 0.084 (การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม) + 0.156 (การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม)

สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

Z = 0.190 (อิทธิพลด้านสถานการณ์) + 0.202 (อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม) + 0.161 (การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม) + 0.155 (การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม)

อภิปรายผล

1. การรับรู้ความคิดและอารมณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมของ อสม. อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (M = 4.04, SD = 0.30) ซึ่งแนวคิดของ Pender, Murdaugh, & Parsons (2011) เชื่อว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีนั้นเกิดจากแรงจูงใจที่แต่ละคนต้องการที่จะยกระดับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี และการที่จะบรรลุเป้าหมายนั้นจะต้องได้รับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมมาศึกษา เพราะเชื่อว่าปัจจัยดังกล่าวจะมีความสำคัญกับ อสม. อำเภอหัวไทร ในการสร้างเสริมแรงจูงใจให้เกิดความมุ่งมั่นในการกระทำที่จะทำให้มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและเป็นแก่นสำคัญของการทำกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า เกือบทุกด้านอยู่ในระดับสูง โดยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (M = 4.46, SD = 0.37) นั่นแสดงว่า การที่ อสม. มีการรับรู้ประโยชน์จะเป็นแรงจูงใจทั้งโดยตรงและโดยอ้อมให้ อสม. ตัดสินใจที่จะปฏิบัติและมีความมุ่งมั่นต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งผลการวิจัยในด้านนี้พบว่า อสม. จะรับรู้ประโยชน์ของการหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง (M = 4.64, SD = 0.58) และการตรวจสุขภาพประจำปีทำให้สามารถค้นพบปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคได้ (M = 4.63, SD = 0.48) ทั้งนี้ใน 2 ประเด็นดังกล่าว อาจจะเกิดจากการที่ อสม. มีบทบาทหน้าที่ในการคัดกรองความเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จึงเห็นว่าการบริโภคอาหารและการตรวจสุขภาพมีประโยชน์ต่อตนเอง ด้านที่มีค่าเฉลี่ยรองลงมาคือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (M = 4.23, SD = 0.44) ซึ่งอาจจะต่อเนื่องมาจากการรับรู้ประโยชน์เพราะว่า เมื่อ อสม. มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม อสม. จะสามารถตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมเพราะสามารถที่จะรับรู้ถึงทักษะหรือความสามารถของตนก็จะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ อสม. สามารถขอคำแนะนำจากแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อค้นพบความผิดปกติของร่างกาย (M = 4.35, SD = 0.64) รองลงมาคือ อสม. เชื่อมั่นว่าสามารถตรวจสุขภาพประจำปีได้อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (M = 4.34, SD = 0.62) ด้านอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม (M = 4.13, SD = 0.39) มีค่าเฉลี่ยรองลงมา อาจจะเกิดจากการที่ อสม. มีความรู้สึกทางบวกกับการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งกิจกรรมนั้นจะเป็นสิ่งที่มากระตุ้นให้มีการตอบสนองส่งผลต่อความรู้สึกนึกคิดที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในด้านนี้ คือ เมื่อ อสม. ได้ออกกำลังกายกับครอบครัวหรือเพื่อน ๆ ทำให้รู้สึกสนุกสนาน (M = 4.32, SD = 0.55) สำหรับด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล (M = 4.03, SD = 0.43) โดยผลการวิจัยพบว่า

ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ หาก อสม. ต้องการออกไปรับประทานอาหารนอกบ้านร่วมกับครอบครัวหรือเพื่อน มักจะเลือกร้านอาหารที่สะอาดและถูกสุขลักษณะ (M = 4.31, SD = 0.54) รองลงมาคือ ครอบครัวจะสรรหาอาหารที่ดีและมีประโยชน์ให้แก่ อสม. (M = 4.16, SD = 0.52) นั่นแสดงว่า บุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว ซึ่งครอบครัวเป็นแรงกระตุ้นที่ส่งผลให้ อสม. มีพฤติกรรม และมีความเชื่อที่ดีต่อการประพฤติปฏิบัติ ส่วนด้านอิทธิพลด้านสถานการณ์ (M = 3.88, SD = 0.43) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าด้านอื่น โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การประชาสัมพันธ์การออกกำลังกายผ่านสื่อต่าง ๆ ทำให้ อสม. อยากออกกำลังกายมากขึ้น (M = 4.09, SD = 0.62) รองลงมาคือ ในสถานการณ์ปัจจุบัน อสม. เรียนรู้ที่จะปรับตัวและเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้อย่างปกติ (M = 4.07, SD = 0.49) นั่นแสดงว่า บริบทพื้นที่ของอำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช เอื้อต่อการออกกำลังกาย หรือชุมชนที่ อสม. อาศัยอยู่ส่งเสริมให้มีการออกกำลังกาย มีการออกกำลังกายกันเป็นกลุ่ม ซึ่งเป็นแรงจูงใจให้ อสม. มีการปฏิบัติพฤติกรรมในทางบวก ทั้งนี้ อสม. ยังมีการปรับตัวต่อสภาวะปัจจุบัน ทั้งโรคระบาดที่เกิดขึ้นใหม่ หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น อิทธิพลด้านสถานการณ์จึงส่งผลต่อพฤติกรรมของ อสม. สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐปภัสร์ เจียรภักษ์ดี, นันชพัฒน์ แก้วทอง และพรพรรณ จิตบรรจง (2567) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และอิทธิพลระหว่างบุคคล อยู่ในระดับสูง

สำหรับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด อยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.49, SD = 0.75) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยสุด คือ เมื่อ อสม. อายุยิ่งมากขึ้น ความเครียดก็ยิ่งเพิ่มขึ้น (M = 2.96, SD = 1.13) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามมีอายุมากที่สุด คือ 84 ปี และมีอายุเฉลี่ย 51.32 ปี (SD = 11.25) มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 51.14) อยู่ในวัยทำงานตอนปลาย (อายุ 45–59 ปี) แสดงให้เห็นว่า ถึงแม้ว่า อสม. มีความกังวลที่ตนเองมีอายุมากขึ้น แต่เป็นอุปสรรคที่ อสม. ยังสามารถที่จะขจัดออกไปได้ ในขณะที่เมื่อมีงานเลี้ยงสังสรรค์จะขาดบุหรี่ สุรา และน้ำอัดลมไม่ได้ (M = 3.72, SD = 1.08) นั่นแสดงว่า เครื่องดื่มในงานเลี้ยงสังสรรค์ดังกล่าวยังเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม และอาจจะยังเป็นสิ่งที่ อสม. ปฏิเสธยากหรือปฏิเสธไม่ได้ ส่งผลให้การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐปภัสร์ เจียรภักษ์ดี, นันชพัฒน์ แก้วทอง และพรพรรณ จิตบรรจง (2567) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรค อยู่ในระดับปานกลาง

2. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของ อสม. อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช ในภาพรวม (M = 4.14, SD = 0.39) และทุกด้านอยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่า เมื่อ อสม. อำเภอหัวไทร มีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติและนำมาบูรณาการกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของตนเอง ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพจึงทำให้มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม อีกประเด็นอาจจะเป็นเพราะว่า อสม. มีบทบาทที่สำคัญ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค รักษาพยาบาล ฟื้นฟูสภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค (พฤหัสกัญยา บุญลบ, นวพรรธน์ ดีประเสริฐวรกร, อนุรักษ์ มีอิ่ม, เจริญ ทุนชัย และพระครูโอภาสกาญจนธรรม, 2562) อสม. จึงเป็นแกนนำที่สำคัญในการส่งเสริมให้ประชาชนดูแลและปฏิบัติตนให้มีสุขภาพที่ดี เพื่อช่วยลดอัตราการป่วยโรคเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาของวิชุดา เตชะลือ, สมโภช รติโอฬาร และวรางคณา จันทร์คง (2568) ที่พบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของ อสม. ในภาพรวมและทุกด้านอยู่ในระดับมาก แตกต่างเพียงด้านการออกกำลังกายที่อยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับการศึกษาของสุทัศน์ ทองชัย (2567) ที่พบว่า อสม. มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี ประเด็นที่น่าสนใจคือ พฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ ถึงแม้จะอยู่ในระดับสูงแต่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (M = 3.91, SD = 0.80) อาจจะเป็นเพราะว่า ในสภาพสังคมปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่รวดเร็ว และมีความสะดวกในการเข้าถึงการบริโภคอาหาร ในขณะที่

ปฏิบัติงานอาจจะเจอบุคคลที่หลากหลายอาชีพและหลายช่วงเวลา จึงมีความจำเป็นที่จะต้องร่วมสนทนาเพื่อนำข้อมูลข่าวสารส่งต่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาจจะเป็นวัฒนธรรมของชุมชนนั้น ๆ ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยสุด คือ อสม. ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คาเฟอีน หรือน้ำอัดลม (M = 3.51, SD = 1.40) นั่นแสดงว่า การดื่มเครื่องดื่มดังกล่าวอาจจะอยู่ในชีวิตประจำวันของ อสม. แล้ว

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของ อสม. อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช มีทั้งหมด 4 ตัวแปร เรียงลำดับได้ดังนี้ อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม อิทธิพลด้านสถานการณ์ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม สามารถอภิปรายได้ว่า อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม (b = 0.200) มีอิทธิพลมากที่สุด และเป็นไปในทิศทางบวกอธิบายได้ว่า การปฏิบัติงานของ อสม. มีความจำเป็นที่จะต้องมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ฉะนั้น เมื่อมีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ อสม. จะมีความยินดีและร่วมกิจกรรมนั้น ๆ ทำให้รู้สึกสนุกสนานและภาคภูมิใจที่ตนเองมีส่วนช่วยให้กิจกรรมนั้น ๆ ประสบผลสำเร็จ อีกทั้งยังได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในการทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ส่งผลให้อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพสอดคล้องกับแนวคิดของ Pender, Murdaugh, & Parsons (2011) ที่กล่าวไว้ว่า เมื่อความรู้สึกของบุคคลที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และหลังการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ โดยอารมณ์และความรู้สึกจะผ่านการตัดสินและเก็บไว้ในความทรงจำ และนำมาใช้ประกอบกระบวนการคิดเมื่อบุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้นในเวลาต่อมา

อิทธิพลด้านสถานการณ์ (b = 0.172) มีอิทธิพลรองลงมา และเป็นไปในทิศทางบวกอธิบายได้ว่า หากชุมชนมีสถานการณ์หรือสถานที่ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น การรณรงค์การออกกำลังกาย การคัดกรองความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวาน สถานที่ที่ออกกำลังกายทั้งที่เป็นลานกีฬา ที่โล่งแจ้ง ตลาดนัดสุขภาพ ทำให้ อสม. มีการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น เพราะเป็นสิ่งที่เอื้อให้กับ อสม. ในการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง ส่วนหนึ่งอาจจะเกิดจากการที่ อสม. เป็นอาสาสมัครที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ทำให้มีการรับรู้เกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารหรือนโยบายต่าง ๆ ก่อนประชาชนคนอื่น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Pender, Murdaugh, & Parsons (2011) ที่กล่าวไว้ว่า สถานการณ์จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพทั้งทางด้านตรงและทางด้านอ้อมและยังเป็นการรับรู้และความคิดของบุคคลต่อสถานการณ์และสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมหรือขัดขวางต่อการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพ

ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อมา คือ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (b = 0.156) และเป็นไปในทิศทางบวก อาจจะเป็นเพราะว่า อสม. ในฐานะที่มีบทบาทดูแลสุขภาพของประชาชน จะรับรู้นโยบายหรือข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก่อนบุคคลอื่น จึงทำให้รับรู้ว่า หากมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องจะทำให้มีสุขภาพที่เหมาะสมทั้งด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การตรวจคัดกรองประจำปี และในปัจจุบันการสร้างเสริมสุขภาพให้กับทุกช่วงวัยยังเป็นนโยบายที่กระทรวงสาธารณสุขได้บรรจุไว้ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ซึ่งมีเป้าหมายให้คนไทยทุกช่วงวัยมีสุขภาพแข็งแรง ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการทำลายสุขภาพ และสนับสนุนนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ฉะนั้น การที่ อสม. รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมจะเป็นผลดีต่อการปฏิบัติที่จะเป็นตัวอย่างที่ดีต่อประชาชนในเขตรับผิดชอบอีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของสุทัศน์ ทองชัย (2567) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและเป็นไปในทิศทางบวก เช่นเดียวกับการศึกษาของณัฐปภัสร์

เจียรภักษ์ดี, นันชพัฒน์ แก้วทอง และพรพรรณ จิตบรรจง (2567) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

ตัวแปรสุดท้ายที่มีอิทธิพลน้อยที่สุด คือ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม (b = 0.084) และเป็นไปในทิศทางบวก ทั้งนี้จะเห็นได้ว่า หากการรับรู้ถึงสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรม มีการขัดขวางหรือทำให้พฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นไม่ได้ เช่น การสัมผัสบุหรี่ การดื่มสุรา การดื่มน้ำอัดลม ความยุ่งยากหรือความไม่พร้อมในการออกกำลังกาย หรือแม้กระทั่งการดูแลตนเอง หากเมื่อใด อสม. มีความพร้อมที่จะปฏิบัติต่ำและมีอุปสรรคสูงก็มีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติ สำหรับงานวิจัยนี้ อสม. มีความคิดเห็นว่า บุหรี่ สุรา และน้ำอัดลมเป็นสิ่งที่ขาดไม่ได้เมื่อมีงานเลี้ยงสังสรรค์ และยังรู้สึกอับอายเมื่อต้องพูดคุยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่ไม่ดีของตนเองให้บุคคลอื่นฟัง แต่สำหรับอายุที่มากขึ้น การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และการมีโรคประจำตัว ซึ่งถึงแม้ว่าจะเป็นอุปสรรคอยู่บ้าง แต่ก็ไม่ใช่อุปสรรคการมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีของ อสม. ฉะนั้น จากประเด็นดังกล่าว การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมจึงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่มีอิทธิพลน้อยที่สุด ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของณัฐปภัสร์ เจียรภักษ์ดี, นันชพัฒน์ แก้วทอง และพรพรรณ จิตบรรจง (2567) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ แต่เป็นไปในทิศทางลบ เช่นเดียวกับการศึกษาของสุทัศน์ ทองชัย (2567) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพแต่เป็นไปในทิศทางลบ

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่า อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม มีอิทธิพลมากที่สุด รองลงมาคือ อิทธิพลด้านสถานการณ์ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ ฉะนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของ อสม. ควรพัฒนานโยบายและแนวทางการดูแลสุขภาพ อสม. เน้นการดูแลสุขภาพเชิงบวกต่อกิจกรรมสุขภาพ และสนับสนุนการจัดทำสื่อและนวัตกรรมที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของ อสม.

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรพัฒนาและทดลองใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของ อสม. โดยใช้กรอบแนวคิดจากผลการวิจัยนี้ โดยเฉพาะการสร้างอารมณ์เชิงบวกและอิทธิพลด้านสถานการณ์ และประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม โดยใช้การวิจัยกึ่งทดลอง

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข).* นนทบุรี.

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *คู่มืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม).นักจัดการสุขภาพชุมชน*. นนทบุรี.

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, อลงกรณ์ เปลกาลี, จำเนียร ชุณหโสภาค และชาติชาย สุวรรณนิตย์. (2559). บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 9*(2), 6-16.

จักรี ปัถพี และนวลฉวี ประเสริฐสุข. (2559). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพประชาชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี. *Veridian E-Journal, Silpakorn University, 9*(3), 1190-1205.

จิราภรณ์ เรืองสงคราม, รพพีร เทียมจันทร์ และวราภรณ์ ศิริสว่าง. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลฟ้าฮ่าม อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารบัณฑิตวิจัย, 6*(2), 172-183.

ณัฐปภัสร์ เจียรภักษ์ดี, นันชพัฒน์ แก้วทอง และพรพรรณ จิตบรรจง. (2567). ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลคลองข่อย อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี. *วารสารการพยาบาลสุขภาพ และการศึกษา, 7*(3), 68-82.

ประเวศ วะสี. 2551. *สุขภาวะที่สมบูรณ์*. หมอชาวบ้าน. หน้า 352, 2551, สิงหาคม. กรุงเทพฯ.

พฤหัสกัญยา บุญลบ, นวพรรธน์ ดีประเสริฐวรกร, อนุรักษ์ มีอิ่ม, เจริญ ทุนชัย และพระครูโอภาสกาจนธรรม. (2562). การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตเทศบาลเมืองชะอำ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารสิรินธรปริทรรศน์, 21*(2): 197–205

วิชุดา เตชะลือ, สมโภช รติโอฬาร และวรางคณา จันทร์คง. (2568). ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข: กรณีศึกษา กลุ่มเขตกรุงเทพใต้. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 18*(1), 1-15.

ศิริพร ขัมภลิขิต, ลดาวัลย์ ประทีปชัยกูร, นันทวัน สุวรรณรูป. (2545). *แนวคิดสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ.* กรุงเทพฯ : สาขาพยาบาลศาสตร์ของรัฐ ทบวงมหาวิทยาลัย.

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหัวไทร. (2568). *ทะเบียนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหัวไทร .จังหวัดนครศรีธรรมราช.* นครศรีธรรมราช.

สุทัศน์ ทองชัย. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคกลาง), 38*(3), 13-26.

Best, J. W. (1977). *Research in Education. (3nd ed).* Englewod Cliffs: Prentice-Hall.

Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. (2nd). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39*(2), 175-191.

Naing, L., Winn, T., & Rusli, B. N. (2006). Practical issues in calculating the sample size for prevalence studies, *Archives of Orofacial Sciences, 1*(1), 9-14.

Pender, N. J, Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). *Health Promotion in Nurse Practice.* (6th ed.). Pearson Education LTD: The United States of America.

Online Access

https://he05.tci-thaijo.org/index.php/J_PHR/article/view/7335

JPHR วารสารวิจัยสุขภาพปฐมภูมิ Journal of Primary Health Research

Research articles

eISSN : 3057-1812 (Online)

ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในตำบลหนองหงส์ อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช

Factors Associated with the Performance of Village Health Volunteers in Nong Hong Subdistrict, Thung Song District, Nakhon Si Thammarat Province

นิรมล รัตนสุภา

Niramon Rattanasupha

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหงส์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

Nong Hong Sub-district Health Promoting Hospital, Nakhon Si Thammarat Province

*Corresponding author, e-mail: niramon.pu@gmail.com

Received: January 1, 2026; **Revised:** March 6, 2026; **Accepted:** March 9, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ความรู้ ทัศนคติ ปัจจัยจูงใจ และปัจจัยค้ำจุนในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 2) การปฏิบัติงานของ อสม. และ 3) ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. ตำบลหนองหงส์ อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ อสม. ตำบลหนองหงส์ อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 155 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ตรวจสอบเครื่องมือด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 แบบสอบถามความรู้มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.72 แบบสอบถามปัจจัยจูงใจ ปัจจัยค้ำจุน ทัศนคติ และการปฏิบัติงานของ อสม. มีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.86, 0.72, 0.70 และ 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยพหุคูณแบบหลายขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 57.42) ปัจจัยจูงใจอยู่ในระดับสูง (M = 3.76, SD = 0.47) ปัจจัยค้ำจุนอยู่ในระดับสูง (M = 3.91, SD = 0.41) ทัศนคติในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง (M = 3.70, SD = 0.32) และการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง (M = 4.01, SD = 0.57) ตัวแปรที่สามารถทำนายการปฏิบัติงานของ อสม. ได้แก่ ทัศนคติในการปฏิบัติงาน และปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน สามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 28.3 ($adjR^2$ = 0.283) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสร้างทัศนคติที่ดีเพื่อให้ อสม. มีความมั่นใจเมื่อไปปฏิบัติงาน

คำสำคัญ : ความรู้, ปัจจัยจูงใจ, ปัจจัยค้ำจุน, การปฏิบัติงาน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

วารสารวิจัยสุขภาพปฐมภูมิ Journal of Primary Health Research

Abstract

This predictive correlational study aimed to: (1) examine the knowledge, attitudes, motivational factors, and supporting factors related to the performance of Village Health Volunteers (VHVs); (2) assess the level of VHV performance; and (3) identify factors influencing the performance of VHVs in Nong Hong Subdistrict, Thung Song District, Nakhon Si Thammarat Province, Thailand. The study population consisted of VHVs working in Nong Hong Subdistrict. A sample of 155 participants was determined and selected using systematic random sampling. Data were collected using a structured questionnaire. Content validity of the instrument was evaluated by three experts, with item–objective congruence (IOC) values ranging from 0.67 to 1.00. The knowledge questionnaire demonstrated a Kuder–Richardson 20 (KR-20) reliability coefficient of 0.72. The reliability coefficients for the questionnaires measuring motivational factors, supporting factors, attitudes, and VHV performance were 0.86, 0.72, 0.70, and 0.88, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

The results showed that knowledge regarding work performance was at a high level (57.42%). Motivational factors (M = 3.76, SD = 0.47), supporting factors (M = 3.91, SD = 0.91), attitudes toward performance (M = 3.70, SD = 0.32), and VHV performance (M = 4.01, SD = 0.57) were also at high levels. Attitudes toward performance and motivational factors were significant predictors of VHV performance, jointly explaining 28.3% of the variance (adj. $R^2 = 0.283$, $p < .01$). These findings suggest that relevant organizations should promote positive attitudes toward work in order to enhance VHVs' confidence and effectiveness in performing their duties.

Keywords : knowledge, motivational factors, supporting factors, performance, village health volunteers (VHVs)

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) เป็นเครื่องมือสำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายการพัฒนาระบบบริการทุกระดับตั้งแต่ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ แนวคิดดังกล่าวจึงมุ่งเน้นสร้างความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ โดยมีหลักการพื้นฐาน 4 ประการที่องค์การอนามัยโลกเสนอให้ประเทศทั้งหลายนำไปใช้ คือ หลักความครอบคลุมบริการ (Universal Coverage) หลักการจัดบริการโดยประชาชนเป็นศูนย์กลาง (People-Centred Service) หลักนโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาวะ (Healthy Public Policies) และหลักภาวะการเป็นผู้นำ (Leadership) (World Health Organization, 2008) การสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลวิธีสำหรับประเทศไทยที่นำมาใช้ในการจัดการบริการสาธารณสุขภาครัฐ โดยส่งเสริมให้ประชาชนสามารถที่จะพึ่งตนเอง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายจึงมีความจำเป็นต้องใช้กลวิธีของงานสาธารณสุขมูลฐาน กล่าวคือ ต้องมุ่งเน้นให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพมากยิ่งขึ้น เช่น รูปแบบของอาสาสมัคร เน้นกิจกรรมให้ความรู้และฝึกอบรมให้กับประชาชนเข้าร่วมในรูปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยเน้นการป้องกันผสมผสานกับงานบำบัดรักษา เพื่อให้ประชาชนไทยมีสุขภาพที่ดีถ้วนหน้า (วิรินทร์ญา ทวีอนันต์ธนกุล, 2557) ฉะนั้น หลักการที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งของแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน คือ การมีส่วนร่วมของชุมชนโดยมีแนวทางปฏิบัติที่สำคัญ ได้แก่ การสร้าง อสม. เพื่อทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการจัดการกับปัญหาสาธารณสุขที่พบบ่อยในท้องถิ่น อสม. คือ ประชาชนที่เสียสละและอาสาที่จะรับผิดชอบดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนด้วยความสมัครใจโดยผ่านกระบวนการให้ความรู้ด้านสาธารณสุขจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นประจำอย่างต่อเนื่องจนมีความรู้ความสามารถที่จะดูแลสุขภาพของตนเองและเพื่อนบ้านได้ เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย (Change Agents) ของประชาชน การสื่อสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผนและประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2554)

อสม. ซึ่งเป็นอาสาสมัครที่มีความใกล้ชิดกับประชาชน และเป็นเครือข่ายของบุคลากรทางการแพทย์ บทบาทที่สำคัญ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค รักษาพยาบาล ฟื้นฟูสภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค (พฤหัสกัญญา บุญลบ และคณะ, 2562) ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดทฤษฎีการจูงใจของเฮิร์ซเบิร์ก (Herzberg's Theory of Motivation) (Herzberg, 1959) ซึ่งเป็นทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจ จำแนกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ 1) ปัจจัยจูงใจ (Motivator Factors) ซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับแรงจูงใจภายในที่เกิดขึ้นจากงานที่ทำ และ 2) ปัจจัยค้ำจุน (Hygiene Factors) ซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับสิ่งแวดล้อมภายนอกของงาน ซึ่งเป็นปัจจัยที่ลดความไม่พอใจในงาน อันจะทำให้คนทำงานได้เป็นปกติในองค์กรเป็นเวลานาน อสม. ซึ่งเป็นแกนนำและเป็นบุคคลต้นแบบสำคัญให้กับประชาชนในชุมชน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ อสม. จะต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม สามารถจัดการสุขภาพและพึ่งพาตนเองได้ และยังสามารถชี้นำให้กับบุคคลในชุมชนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้อีกด้วย จากการทบทวนวรรณกรรมนอกจากแนวคิดทฤษฎีการจูงใจของเฮิร์ซเบิร์กแล้วยังมีปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. อีกหลายปัจจัย อาทิ ความรู้ในการปฏิบัติงาน (กิตติพงศ์ บุญเจริญ และณัฏฐ์นรี คำดี, 2567) เจตคติ และการรับรู้บทบาทในการปฏิบัติงาน (ณรงค์ศักดิ์ โพธิ์พิทยา, 2558) ปัจจัยแรงจูงใจ และปัจจัยค้ำจุน (ทัตพล นิยมพลอย, 2562) การรับรู้ด้านการปฏิบัติงาน (นิลาวรรณ งามขำ และคณะ, 2567) การรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงาน แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และปัจจัยค้ำจุนในการปฏิบัติงาน (ปรางค์ จักรไชย, อภิชัย คุณีพงษ์ และวรเดช ช้างแก้ว, 2560) แรงจูงใจ และเจตคติ (พรพิรุณ พิมพ์พันธุ์ และสุรเดช สำราญจิตต์, 2568) ความรู้ และเจตคติในการปฏิบัติงาน (ยุทธนา แยบคาย, 2564)

เจตคติ (วิภาพร สิทธิสาตร์ และคณะ, 2558) ดังนั้น หากทราบปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. ที่ตรงตามบริบทของตำบลหนองหงส์ อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช จะทำให้การพัฒนาศักยภาพของ อสม. มีประสิทธิภาพ ซึ่งน่าจะส่งผลให้ อสม. สามารถปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพ และยังช่วยให้เกิดความแข็งแรงแก่ระบบสุขภาพโดยรวมอีกด้วยเช่นกัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

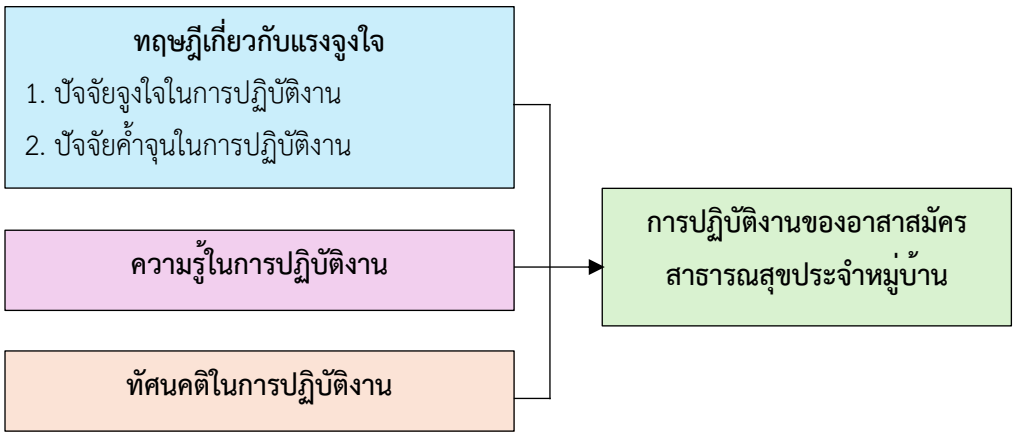
1. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านความรู้ ทัศนคติ ปัจจัยจูงใจ และปัจจัยค้ำจุนในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองหงส์ อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองหงส์ อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองหงส์ อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช

สมมุติฐานวิจัย

ความรู้ ทัศนคติ ปัจจัยจูงใจ และปัจจัยค้ำจุนในการปฏิบัติงาน เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองหงส์ อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดของการวิจัย

จากแนวคิดทฤษฎีการจูงใจของเฮิร์ซเบิร์ก (Herzberg's Theory of Motivation) (Herzberg, 1959) ซึ่งเป็นทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจ ได้แก่ ปัจจัยจูงใจ และปัจจัยค้ำจุนในการปฏิบัติงาน ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความรู้ และทัศนคติในการปฏิบัติงาน เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองหงส์ อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช ดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองหงส์ อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 218 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) โดยใช้ Test family เลือก F-test, Statistical test เลือก Linear multiple regression: fix model, R2 deviation from zero กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.15 (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = .95 ตัวแปรอิสระ (Number of predictors) จำนวน 4 ตัวแปร ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 129 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ได้ 26 คน รวมทั้งหมด 155 คน

การสุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) ดังนี้

1. นำรายชื่อ อสม. เรียงจากพยัญชนะไทย ก - ฮ

2. คำนวณหาระยะห่างของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรในการคำนวณของสำเริง จันทรสุวรรณ และสุวรรณ บัวทวน (2547) ดังนี้

เมื่อ I = N/n
I คือ ระยะห่าง
N คือ ประชากรทั้งหมด
n คือ จำนวนขนาดตัวอย่าง

แทนค่า I = 218 / 155
I = 1.41
I = 2

3. เมื่อได้ช่วงระยะห่างของกลุ่มตัวอย่าง ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยหยิบฉลากอย่างง่ายจากเลขโดด 1-9 เพื่อหากลุ่มตัวอย่างรายแรกของแต่ละหน่วยบริการ จากนั้นนับกลุ่มตัวอย่างตามเลขโดดที่จับได้ นับวนไปตามระยะห่างที่คำนวณได้จนครบตามสัดส่วนของหน่วยบริการ

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการอบรมตามหลักสูตรของ รพ.สต. หรือตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด 3) อ่านออกและเขียนภาษาไทยได้ 4) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และ 5) อาศัยอยู่ในเขตตำบลหนองหงส์ อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) ดังนี้ ไม่ได้อยู่ในพื้นที่ตำบลหนองหงส์ อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 6 เดือน ติดต่อกัน

เครื่องมือรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนใครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีจำนวน 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 9 ตัวแปร ได้แก่ 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพการสมรส 3) ระดับการศึกษา 4) ศาสนา 5) อาชีพหลัก 7) ระยะเวลาการเป็น อสม. 8) จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ และ 9) การดำรงตำแหน่งอื่นในชุมชน โดยข้อคำถามมีทั้งแบบตรวจสอบรายการ และแบบปลายเปิด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 1) ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน 10 ข้อ และ 2) ปัจจัยค้ำจุนในการปฏิบัติงาน 10 ข้อ ระดับการวัดของข้อคำถามเป็นมาตราวัดผระมาณค่า มีทั้งหมด 5 ระดับ โดยเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อคำถาม มีรายละเอียดดังนี้

คำถาม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
เชิงบวก	5	4	3	2	1
เชิงลบ	1	2	3	4	5

การแปลผล แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของ อสม. จากคะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อ และภาพรวม มาจัดเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ปานกลาง และต่ำ โดยใช้การแบ่งกลุ่มตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

ระดับสูง	หมายถึง	ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.67–5.00
ระดับปานกลาง	หมายถึง	ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34–2.66
ระดับต่ำ	หมายถึง	ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00–2.33

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานของ อสม. จำนวน 10 ข้อ มีทั้งข้อคำถามที่เป็นทั้งเชิงบวกและเชิงลบ โดยให้ตอบใช่ ไม่ใช่ หรือไม่ทราบ รายละเอียดดังนี้

คำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
เชิงบวก	1 คะแนน	0 คะแนน	0 คะแนน
เชิงลบ	0 คะแนน	1 คะแนน	0 คะแนน

การแปลผล คะแนนเฉลี่ยเป็นรายคน และภาพรวม มีการแปลผลแบ่งระดับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานของ อสม. นำคะแนนที่ได้มาจำแนกเป็น 3 กลุ่ม คือ ความรู้ระดับสูง ปานกลาง และต่ำ โดยใช้การแบ่งกลุ่ม ประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom (1986) ดังนี้

ระดับสูง	หมายถึง	คะแนนร้อยละ ≥ 80 (8 ข้อขึ้นไป)
ระดับปานกลาง	หมายถึง	คะแนนร้อยละ 60-79 (6 - 7 คะแนน)
ระดับต่ำ	หมายถึง	คะแนนร้อยละ < 60 (น้อยกว่า 6 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของ อสม. จำนวน 10 ข้อ ระดับการวัดของข้อคำถามเป็นมาตราวัดผระมาณค่า มีทั้งหมด 5 ระดับ โดยเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อคำถาม มีรายละเอียดดังนี้

คำถาม	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
เชิงบวก	5	4	3	2	1
เชิงลบ	1	2	3	4	5

การแปลผล ทัศนคติเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของ อสม. จากคะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อ และภาพรวม มาจัดเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ปานกลาง และต่ำ โดยใช้การแบ่งกลุ่มตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

ระดับสูง	หมายถึง	ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.67–5.00
ระดับปานกลาง	หมายถึง	ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34–2.66

ระดับต่ำ หมายถึง ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00–2.33

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการปฏิบัติงานของ อสม. จำนวน 10 ข้อ ระดับการวัดของข้อคำถามเป็นมาตราวัดผระมาณค่า มีทั้งหมด 5 ระดับ โดยเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อคำถามมีรายละเอียดดังนี้

คำถาม	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
เชิงบวก	5	4	3	2	1
เชิงลบ	1	2	3	4	5

การแปลผล การปฏิบัติงานของ อสม. จากคะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อ และภาพรวม มาจัดเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ปานกลาง และต่ำ โดยใช้การแบ่งกลุ่มตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

ระดับสูง หมายถึง ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.67–5.00
ระดับปานกลาง หมายถึง ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34–2.66
ระดับต่ำ หมายถึง ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00–2.33

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบและแก้ไขคำผิด รวมถึงปรับปรุงการสะกดชื่อทางสถิติและภาษาอังกฤษให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ โดยยังคงโครงสร้างประโยคเดิมไว้ทั้งหมดครับฉบับแก้ไขคำผิดตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรง (Validity) จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับงานสาธารณสุขมูลฐาน จำนวน 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติและพฤติกรรมศาสตร์ จำนวน 1 ท่าน ให้ความเห็นชอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมเชิงภาษา (Wording) นำไปหาความสอดคล้องของวัตถุประสงค์รายข้อ (Index of Item Objective Congruence: IOC) ซึ่งได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของวัตถุประสงค์การวิจัยรายข้ออยู่ระหว่าง 0.67–1.00จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับ อสม. ในเขต รพ.สต.บ้านหนองหว้า ตำบลชะมาย อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 30 คน โดยนำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานไปวิเคราะห์หาค่าความยากง่าย (Difficulty หรือ p) ได้ค่าระหว่าง 0.26–0.78 และมีค่าอำนาจจำแนก (Discrimination หรือ r) อยู่ระหว่าง 0.42–0.86 สำหรับผลการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson: KR-20) ได้ 0.72

แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยจูงใจ ปัจจัยค้ำจุน ทัศนคติ และการปฏิบัติงานของ อสม. นำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ได้ดังนี้

ปัจจัยจูงใจ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ 0.86
ปัจจัยค้ำจุน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ 0.72
ทัศนคติ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ 0.70
การปฏิบัติงาน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ 0.88
ทั้งฉบับ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ 0.84

การรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลผ่านผู้รับผิดชอบงาน อสม. (ผู้ช่วยนักวิจัย) ที่ผู้วิจัยได้ประชุมและอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดของแบบสอบถาม และทำความเข้าใจข้อคำถาม ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้ใช้แบบสอบถามกับ อสม.

ในตำบลหนองหงส์ อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช ใช้ระยะเวลาประมาณ 2 เดือน ช่วงวันที่ 1 กันยายน – 31 ตุลาคม พ.ศ. 2568 มีขั้นตอน ดังนี้

1. จัดทำหนังสือถึง ผอ.รพ. และประธาน อสม. รพ.สต.หนองหงส์, รพ.สต.ทางข้าม และสถานีกาชาดสิรินธร (ทุ่งสง) ตำบลหนองหงส์ อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช จัดส่งหนังสือด้วยตัวเอง เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

2. ติดต่อประสานงานกับประธาน อสม. เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย รายละเอียดในการตอบแบบสอบถาม การเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือให้ประธาน อสม. เป็นผู้แจกแบบสอบถาม

3. ประธาน อสม. เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน และความสมบูรณ์ ก่อนที่จะส่งกลับมายังผู้วิจัย

4. รวบรวมข้อมูลจนครบตามจำนวนที่ส่งไป นำแบบสอบถามที่ได้รับกลับมาตรวจสอบความครบถ้วน ลงรหัสตัวแปรที่กำหนด และนำข้อมูลไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยแรงจูงใจ ปัจจัยค้ำจุน ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติงาน โดยใช้ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลและตัวแปรที่ศึกษา

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ สถิติถดถอยพหุคูณแบบหลายขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต.หนองหงส์ อ.ทุ่งสง จ.นครศรีธรรมราช และก่อนทำการวิเคราะห์ทางสถิติ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumptions) ได้แก่ (1) ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (Normality) พิจารณาจากแผนภูมิฮิสโตแกรมเป็นรูประฆังคว่ำ มีความสมมาตร จึงสรุปว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (2) ตรวจสอบความเป็นเส้นตรง (Linearity) พบว่า ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (3) ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูงเกินไป (Multicollinearity) พิจารณาจากค่า VIF สูงสุดที่ได้มีค่าเท่ากับ 1.110 และพิจารณาค่า Tolerance พบว่า มีค่าระหว่าง 0.901–0.980 (4) กราฟ Normal P-P Plot มีการแจกแจงแบบปกติ (5) ค่าความคลาดเคลื่อนมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0 โดยพิจารณาจากค่า Residual เท่ากับ 0.000 และ (6) ความคลาดเคลื่อนมีความแปรปรวนคงที่ (Homoscedasticity) โดยพิจารณาจากกราฟ Scatter Plot และความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกัน พิจารณาค่า Durbin-Watson เท่ากับ 2.012

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยตระหนักถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และได้กำหนดขั้นตอนในการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย ดังนี้

1. บทความวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เลขที่เอกสารรับรอง 184/2568 รหัสโครงการ NSTPH 184/2568 รับรองตั้งแต่

18 สิงหาคม 2568 – 17 สิงหาคม 2569 ข้อมูลทั้งหมดผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ในการศึกษาเท่านั้น และข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับ โดยไม่มีผลกระทบหรือเกิดความเสียหายใด ๆ กับกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง

2. ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับอย่างเคร่งครัด โดยจะมีการระบุข้อมูลโดยใช้รหัสตัวเลข ไม่มีการระบุชื่อ หรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง

3. ข้อมูลที่ได้รับจะเก็บไว้ในตู้ล็อก ผู้วิจัยเท่านั้นที่จะเข้าถึงข้อมูลได้ ข้อมูลที่ได้จะใช้ในการศึกษาเท่านั้น การนำข้อมูลไปอภิปรายและเผยแพร่จะกระทำในภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 93.55) มากกว่าครึ่งมีอายุระหว่าง 45-59 ปี (ร้อยละ 55.48) มากกว่า 3 ใน 5 มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 63.87) ประมาณ 1 ใน 4 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 26.45) มากกว่า 2 ใน 5 มีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 42.58) ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100.00) เกือบ 3 ใน 5 รับผิดชอบ 11–15 หลังคาเรือน (ร้อยละ 59.35) ดำรงตำแหน่งแกนนำสุขภาพชุมชนร่วมด้วยมากที่สุด (ร้อยละ 97.48) รองลงมาคือ ผู้นำชุมชน (ร้อยละ 0.62)

2. ความรู้ในการปฏิบัติงาน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และระดับความรู้ในการปฏิบัติงาน (n= 155)

ระดับความรู้		จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูง	(8 – 10 คะแนน)	89	57.42
ปานกลาง	(6 – 7 คะแนน)	45	29.03
ต่ำ	(0 – 5 คะแนน)	21	13.55
รวม		**155**	**100.00**

จากตารางที่ 1 พบว่า มากกว่าครึ่ง อสม. มีความรู้ในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 57.42) รองลงมาคือ ระดับปานกลาง และระดับต่ำ (ร้อยละ 29.03 และ 13.55) ตามลำดับ

3. แรงจูงใจ ทัศนคติ และการปฏิบัติงาน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับของแรงจูงใจ ทัศนคติ และการปฏิบัติงานในการปฏิบัติ (n= 155)

ปัจจัย	M	SD.	ระดับ
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน			
ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน	3.76	0.47	สูง
ปัจจัยค้ำจุนในการปฏิบัติงาน	3.91	0.46	สูง
ทัศนคติในการปฏิบัติงาน	3.70	0.32	สูง
การปฏิบัติงาน	4.01	0.57	สูง

จากตารางที่ 2 พบว่า แรงจูงใจอยู่ในระดับสูงทั้งสองปัจจัย โดยปัจจัยจูงใจมีค่าเฉลี่ย 3.76 (SD.= 0.47) และปัจจัยค้ำจุนมีค่าเฉลี่ย 3.91 (SD.= 3.91) สำหรับทัศนคติในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง (M= 3.70, SD.= 0.32) และการปฏิบัติงานในการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง (M= 4.01, SD.= 0.57)

4. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณและค่าสัมประสิทธิ์ โดยใช้การวิเคราะห์แบบถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ตัวทำนาย	b	Beta	t	*p*-value
ทัศนคติในการปฏิบัติงาน	0.681	0.385	5.533	< 0.001**
ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน	0.379	0.310	4.451	< 0.001**

Constant= 0.066, R = 0.541, R-Square = 0.292, $R\text{-Square}_{adj}$ = 0.283, SEets =0.482, F = 31.400

***p*-value < 0.01

จากตารางที่ 3 พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายการปฏิบัติงานของ อสม. ตำบลหนองหงส์ อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้แก่ ทัศนคติในการปฏิบัติงาน และปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน กล่าวคือ เมื่อ อสม. มีทัศนคติในการปฏิบัติงาน เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีการปฏิบัติงาน เพิ่มขึ้น 0.681 หน่วย (b= 0.681) และเมื่อ อสม. มีปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีการปฏิบัติงาน เพิ่มขึ้น 0.379 หน่วย (b= 0.379) ซึ่งสามารถอธิบายการผันแปรการปฏิบัติงานของ อสม. ได้ ร้อยละ 28.3 ($adjR^2$ = 0.283) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.01) โดยสามารถเขียนสมการทำนายการปฏิบัติงานของ อสม. ในรูปแบบคะแนนดิบ ได้ดังนี้

Yi = 0.066 + 0.681 (ทัศนคติในการปฏิบัติงาน) + 0.379 (ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน)

สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

Z = 0.385 (ทัศนคติในการปฏิบัติงาน) + 0.310 (ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน)

อภิปรายผล

1. ความรู้ในการปฏิบัติงานของ อสม. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 57.42) อธิบายได้ว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งเป็นผู้ดูแลและให้การสนับสนุนการทำงานของ อสม. จะเป็นผู้แนะนำและให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งหากมีนโยบายหรือความรู้ใหม่ ๆ ก็จะต้องเพิ่มพูนความรู้แก่ อสม. อย่างต่อเนื่อง โดยกิจกรรมให้ความรู้อาจจะมีการจัดอบรม หรือการประชุมประจำเดือน โดยข้อที่ อสม. ตอบถูกมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ การส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเอง (ร้อยละ 99.35) รองลงมาคือ พฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การกินอาหารหวาน มัน เค็ม มากเกินไป เป็นสาเหตุของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ร้อยละ 94.84) และ สตรีที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ควรได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุก ๆ 5 ปี (ร้อยละ 91.19) ตามลำดับ ซึ่งความรู้ทั้ง 3 ข้อ เป็นกิจกรรมที่ อสม. ต้องปฏิบัติงานเป็นประจำ เนื่องจากเป็นปัญหาและเป้าหมายในการดำเนินงานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด แต่จากผลการวิจัยพบว่า ข้อที่ตอบผิดมากที่สุดคือ ทุกคนควรออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน ๆ ละ 20 นาที เพื่อช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคต่าง ๆ (ร้อยละ 77.42) นั่นอาจจะเป็นเพราะว่า อสม. มีความรู้ที่ไม่เพียงพอ ซึ่งอาจจะคิดว่า การออกกำลังกายที่มีจำนวนครั้งมาก จะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคได้ ซึ่งตามหลักความเป็นจริง

เพียงสัปดาห์ละ 3 ครั้ง แต่ควรออกติดต่อกัน 30 นาที จึงจะสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติพงศ์ บุญเจริญ และณัฏฐ์นรี คำดี (2567) ที่พบว่า ความรู้ของ อสม. ในอำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง

2. ทัศนคติในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง (M = 3.70, SD = 0.32) อธิบายได้ว่า เมื่อ อสม. มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพที่ถูกต้อง ย่อมส่งผลให้เกิดทัศนคติที่ถูกต้องไปด้วย ซึ่งจากผลการวิจัยเกี่ยวกับทัศนคติจะมีความสอดคล้องกับความรู้ที่พบว่า อสม. จะมีความรู้เกี่ยวกับการลดความเสี่ยงเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง โดยพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ อสม. เป็นองค์กรที่เป็นกำลังหลักในการคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (M = 4.21, SD = 0.52) รองลงมาคือ อสม. เป็นต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพด้วยหลัก 3อ 2ส (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มสุรา) (M = 4.20, SD = 0.63) และ อสม. เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลประชาชนด้านสุขภาพ (M = 4.14, SD = 0.52) นั่นแสดงว่า อสม. มีทัศนคติที่ดีในการปฏิบัติงาน เพราะทราบดีว่า ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศและปัญหาของชุมชน คือ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และตนเองก็เป็นผู้มีบทบาทที่สำคัญในการดูแลประชาชนให้มีสุขภาพดีอีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติพงศ์ บุญเจริญ และณัฏฐ์นรี คำดี (2567) ที่พบว่า ทัศนคติของ อสม. ในอำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของ พรพิรุณ พิมพ์พันธุ์ และสุรเดช สำราญจิตต์ (2568) ที่พบว่า อสม. พื้นที่ จ.สมุทรปราการ มีทัศนคติอยู่ในระดับสูง

3. แรงจูงใจอยู่ในระดับสูงทั้งสองปัจจัย โดยปัจจัยจูงใจมีค่าเฉลี่ย 3.76 (SD = 0.47) และปัจจัยค้ำจุนมีค่าเฉลี่ย 3.91 (SD = 3.91) สอดคล้องกับการศึกษาของพรพิรุณ พิมพ์พันธุ์ และสุรเดช สำราญจิตต์ (2568) ที่พบว่า อสม. พื้นที่ จ.สมุทรปราการ มีแรงจูงใจอยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่า แรงจูงใจเป็นตัวกระตุ้นให้ อสม. มุ่งเน้นให้การปฏิบัติเกิดผลสำเร็จตามเป้าหมายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขกำหนด เมื่อเกิดความสำเร็จทำให้ อสม. มีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงาน ทั้งนี้ ในการปฏิบัติยังส่งผลให้ประชาชนยอมรับหรือได้รับคำชมเชย ยกย่องจากประชาชน เนื่องจากเป็นจิตอาสาที่คอยบอกข่าวหรือรณรงค์เกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งผลการวิจัยในด้านนี้มีค่าเฉลี่ยสูง 3 อันดับแรก คือ การปฏิบัติงานทำให้มีความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ (M = 4.00, SD = 0.61) รองลงมาคือ บุคคลในชุมชนยอมรับความสามารถในการปฏิบัติงาน (M = 3.89, SD = 0.66) และ อสม. ได้ปฏิบัติงานที่ตรงกับความรู้ ความสามารถ (M = 3.83, SD = 0.67) นั่นแสดงว่า ปัจจัยจูงใจไม่ว่าจะเป็นด้านความสำเร็จในงานที่ทำ การยอมรับนับถือ และลักษณะงานที่ปฏิบัติเป็นปัจจัยตัวกระตุ้นให้เกิดความพอใจที่จะทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของทัตพล นิยมพลอย (2562) ที่พบว่า ปัจจัยจูงใจของ อสม. ท่ามะกา จ.กาญจนบุรี อยู่ในระดับมาก

ในขณะที่ปัจจัยค้ำจุนซึ่งเป็นปัจจัยที่จะทำให้คนไม่พอใจในการทำงาน แต่ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยค้ำจุนในด้านสภาพการทำงาน และความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชามีค่าเฉลี่ยสูงเป็น 3 อันดับแรก กล่าวคือ รู้สึกมั่นใจในการทำงานในตำแหน่งของ อสม. (M = 4.23, SD = 0.62) รองลงมาคือ การเดินทางไปปฏิบัติงานในชุมชนได้สะดวก (M = 4.16, SD = 0.59) และสภาพแวดล้อมในการทำงานทั้งในชุมชนและ รพ.สต. เอื้อต่อการทำงาน และการบังคับบัญชาของประธาน อสม. ทั้งระดับหมู่บ้าน และตำบลมีความเหมาะสม (M = 4.10, SD = 0.72 และ M = 4.10, SD = 0.71) จากประเด็นดังกล่าวอาจจะเป็นเพราะว่า อสม. อาศัยอยู่ในชุมชน ซึ่งมีความสะดวกในการปฏิบัติงาน อีกทั้งยังมีความใกล้ชิดกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เนื่องจาก อสม. เรียกได้ว่าเป็นแขนขาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาของทัตพล นิยมพลอย (2562) ที่พบว่า ปัจจัยค้ำจุนของ อสม. ท่ามะกา จ.กาญจนบุรี อยู่ในระดับมาก แต่จากงานวิจัยพบว่า ด้านเงินที่ อสม. ได้รับ หรือเรียกว่า ค่าป่วยการ อสม. ยังเป็นปัจจัยค้ำจุนที่มีค่าเฉลี่ยน้อย กล่าวคือ

ค่าป่วยการมีความเหมาะสมกับงานที่ปฏิบัติ มีความคิดเห็นน้อยที่สุด (M = 3.35, SD = 0.84) ซึ่งในทัศนะของ Herzberg (1981) พบว่า ถึงแม้ปัจจัยค้ำจุนนั้นจะขาดไปแล้วมิได้ทำให้เกิดความไม่พอใจแก่ อสม. แต่อย่างใด ฉะนั้น ถึงแม้ว่าเงินค่าป่วยการจะไม่เหมาะสม แต่ก็ยังทำให้ปัจจัยค้ำจุนอยู่ในระดับสูง

4. การปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง (M = 4.01, SD = 0.57) อธิบายได้ว่า ในการปฏิบัติของ อสม. จะมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้แนะนำและติดตามสนับสนุนการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกิจกรรมที่เป็นการแก้ปัญหาหรือการเฝ้าระวังโรคต่าง ๆ ในชุมชน ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ การจัดกิจกรรมเพื่อให้คนในชุมชนปรับเปลี่ยนสุขภาพ (M = 4.48, SD = 0.85) รองลงมาคือ ได้เฝ้าระวังและรายงานโรคติดต่อที่เกิดขึ้นในชุมชนให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบ (M = 4.25, SD = 0.78) และได้เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงที่จะเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคอื่น ๆ (M = 4.19, SD = 0.83) อีกประเด็นอาจจะเป็นเพราะว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 93.55) ซึ่งเพศหญิงจะมีความละเอียดอ่อนต่อการทำงาน และมีความรับผิดชอบสูง อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 45-59 ปี (ร้อยละ 55.48) ซึ่งเป็นวัยทำงานตอนปลาย เป็นวัยที่เตรียมความพร้อมเป็นผู้สูงอายุ อาจจะมีโรคประจำตัวหรือมีความเสี่ยง ฉะนั้น เมื่อตนเองมีความกังวลต่อโรคต่าง ๆ จึงทำให้มีการปฏิบัติงานที่ต้องการให้ประชาชนไม่เป็นโรคเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของธนเสฏฐ์ สายยาโน (2566) ที่พบว่า อสม. บ้านหลวง จ.น่าน มีการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกับนิลาวรรณ งามขำ และคณะ (2567) ที่พบว่า อสม. ต.ราชาเทวะ อ.บางพลี จ.สมุทรปราการ มีการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง

5. ตัวแปรที่สามารถทำนายการปฏิบัติงานของ อสม. ตำบลหนองหงส์ อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีจำนวน 2 ตัวแปร ได้แก่ ทัศนคติในการปฏิบัติงาน และปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน สามารถทำนายได้ร้อยละ 28.3 ($adjR^2$ = 0.283) อภิปรายได้ดังนี้

5.1 ทัศนคติในการปฏิบัติงาน มีอำนาจทำนายสูงที่สุด (b = 0.681) อธิบายได้ว่า ทัศนคติเป็นความรู้สึกภายในของ อสม. ซึ่ง อสม. อาจจะมีทั้งทัศนคติด้านบวกและทัศนคติด้านลบ ซึ่งทัศนคติจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมในการปฏิบัติงานของ อสม. การที่ อสม. มีทัศนคติที่ดีต่องาน เห็นความสำคัญของงาน มีมุมมองที่ดีต่อเพื่อนร่วมงานหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะทำให้ อสม. มีความสุขในการทำงาน ฉะนั้น เมื่อ อสม. มีทัศนคติที่ดีย่อมทำให้การปฏิบัติงานของ อสม. มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติพงศ์ บุญเจริญ และณัฏฐ์นรี คำดี (2567) ที่พบว่า ทัศนคติของ อสม. ในอำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ มีผลต่อการปฏิบัติงาน เช่นเดียวกับการศึกษาของยุทธนา แยบคาย (2564) ที่พบว่า ทัศนคติในการปฏิบัติงานส่งผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม.

5.2 ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน มีอำนาจทำนายรองลงมา (b = 0.379) อธิบายได้ว่า ปัจจัยจูงใจเป็นปัจจัยภายในหรือความต้องการภายในของ อสม. ที่มีอิทธิพลในการสร้างความพึงพอใจในการทำงาน เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงานโดยตรง และยังเป็นตัวกระตุ้นให้ อสม. ปฏิบัติงานด้วยความพึงพอใจ และเป็นปัจจัยที่จะนำไปสู่ทัศนคติทางบวกและการจูงใจที่แท้จริง ซึ่งการปฏิบัติงานนอกจาก อสม. จะได้รับความยอมรับนับถือจากประชาชนแล้ว อสม. ยังได้รับความรู้ที่ได้จากการแนะนำหรือการอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ส่งผลให้ อสม. มีความรู้ที่ทันสมัยอยู่เสมอ จึงทำให้ อสม. สามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องและมั่นใจมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของทัตพล นิยมพลอย (2562) ที่พบว่า ปัจจัยจูงใจสามารถทำนายบทบาทของ อสม. นักจัดการสุขภาพชุมชนได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของปรางค์ จักรไชย, อภิชัย คุณีพงษ์ และวรเดช ช้างแก้ว (2560) ที่พบว่า ปัจจัยแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานของ อสม. จ.ปทุมธานี

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่า ทัศนคติ และปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานมีอำนาจทำนายการปฏิบัติงานของ อสม. ฉะนั้น ควรสร้างทัศนคติที่ดีเพื่อให้ อสม. มีความมั่นใจเมื่อไปปฏิบัติงาน และมี อสม. บางส่วนมีความรู้อยู่ในระดับต่ำและปานกลาง ฉะนั้น หน่วยงานที่ดูแล อสม. ควรให้ความรู้กับ อสม. เพิ่มขึ้นอีกและเน้นอย่างต่อเนื่อง และทั้งนี้ ควรให้ขวัญและกำลังใจ โดยการเชิดชูในเวทีต่าง ๆ เพื่อให้ อสม. มีความภาคภูมิใจในการปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเชิงปฏิบัติการ โดยการพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานของ อสม. ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ตำบลหนองหงส์ อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช

เอกสารอ้างอิง

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *คู่มือ อสม. ยุคใหม่*. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กิตติพงศ์ บุญเจริญ และณัฏฐ์นรี คำดี. (2567). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ*, *3*(4), 187-199.

ณรงค์ศักดิ์ โพธิ์พิทยา. (2558). การรับรู้ เจตคติ และประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองตะเคียนบอน อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว. *วารสารการจัดการยุคใหม่ มหาวิทยาลัยชินวัตร*, *3*(2), 50-67.

ทัตพล นิยมพลอย. (2562). *ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนักจัดการสุขภาพชุมชนตามกลุ่มวัยในตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี* [การค้นคว้าอิสระปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช].

ธนเสฏฐ์ สายยาโน. (2566). *ประสิทธิผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน* [สารนิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย].

นิลาวรรณ งามขำ, ดวงพรรณ ดวงศรี, น้ำฝน สายสุด และชนรดี ลิ้มเจริญ. (2567). สมรรถนะ อสม. 4.0 ที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลราชาเทวะ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและสุขภาวะ*, *28*(2), 121-132.

ปรางค์ จักรไชย, อภิชัย คุณีพงษ์ และวรเดช ช้างแก้ว. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในทีมหมอครอบครัว จังหวัดปทุมธานี. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, *31*(1), 16-27.

พรพิรุณ พิมพ์พันธุ์ และสุรเดช สำราญจิตต์. (2568). สมรรถนะในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคกลาง)*, *39*(1), 15-16.

พฤหัสกัญยา บุญลบ, นวพรรธน์ ดีประเสริฐวรกร, อนุรักษ์ มีอิ่ม, เจริญ ทุนชัย และพระครูโอภาสกาจนธรรม. (2562). การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตเทศบาลเมืองชะอำ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารสิรินธรปริทรรศน์*, *21*(2), 197-205.

ยุทธนา แยบคาย. (2564). *รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน* [วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร].

วิภาพร สิทธิสาตร์, ภูดิท เตชาติวัฒน์, นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์ และศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์. (2558). ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, *9*(1), 25-31.

วิรินทร์ญา ทวีอนันต์ธนกุล. (2557). *ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานด้านการเงินการคลังท้องถิ่นของเทศบาลในจังหวัดนครสวรรค์* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย].

สำเริง จันทรสุวรรณ และสุวรรณ บัวทวน. (2547). *ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์*. ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

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

Bloom, B. S. (1986). What we are learning about teaching and learning: A summary of recent research. *Principal*, *66*, 6-10.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, *39*(2), 175-191.

Herzberg, F. (1959). *The motivation to work*. John Wiley & Sons.

Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman, B. B. (1993). *The motivation to work* (2nd ed.). Transaction Publishers. (Original work published 1959).

World Health Organization. (2008). *Primary healthcare*. WHO Press.

Online Access

https://he05.tci-thaijo.org/index.php/J_PHR/article/view/7250

JPHR วารสารวิจัยสุขภาพปฐมภูมิ Journal of Primary Health Research

Research articles

eISSN : 3057-1812 (Online)

ผลของการใช้สื่อวิดีทัศน์ร่วมกับการเช็ดตัวลดไข้ด้วยยาเขียวหอม ต่อความรู้ของมารดาและอุณหภูมิกายในเด็กอายุ 0–5 ปี หลังได้รับวัคซีน โรงพยาบาลลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช

The Effects of Video-Based Education Combined with Tepid Sponging Using Ya Khiao Hom on Maternal Knowledge and Children's Body Temperature Among Children Aged 0–5 Years After Vaccination at Lansaka Hospital, Nakhon Si Thammarat Province

วิมล พูนพนัง

Wimol Poonpanang

โรงพยาบาลลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช

Lansaka Hospital, Nakhon Si Thammarat Province

*Corresponding author, e-mail: Wimolmam.m@gmail.com

Received: December 25, 2025; **Revised:** January 29, 2026; **Accepted:** March 11, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบคะแนนความรู้เฉลี่ยของมารดาเด็กอายุ 0-5 ปี และ 2) เปรียบเทียบอุณหภูมิร่างกายของเด็กอายุ 0-5 ปี หลังได้รับวัคซีน 24 ชั่วโมง และ 72 ชั่วโมง หลังใช้สื่อวิดิทัศน์เกี่ยวกับการเช็ดตัวลดไข้ด้วยยาเขียวหอมของมารดา โรงพยาบาลลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ มารดาและเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับวัคซีน คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 56 คู่ โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 28 คู่ และกลุ่มควบคุม 28 คู่ เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือทดลอง ได้แก่ สื่อวิดิทัศน์ ปรอทวัดไข้ และแบบวัดความรู้ โดยแบบวัดความรู้ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้องระหว่าง 0.67–1.00 มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.81 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา สถิติ Chi-square, Fisher's exact test และ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัยพบว่า 1) คะแนนความรู้เฉลี่ยหลังการใช้สื่อวิดิทัศน์ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) 2) อุณหภูมิที่ชั่วโมงที่ 24 หลังการใช้สื่อวิดิทัศน์ของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และ 3) อุณหภูมิที่ชั่วโมงที่ 72 หลังการใช้สื่อวิดิทัศน์ของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ดังนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถนำวิดิทัศน์การใช้ยาเขียวหอมเช็ดตัวลดไข้ที่จัดทำไปใช้เป็นเครื่องมือในการให้ความรู้แก่มารดาหรือผู้ดูแลเด็กอายุ 0-5 ปี และช่วยให้ผู้ดูแลเด็กสามารถดูแลเด็กไม่ให้ร่างกายมีอุณหภูมิสูงหลังฉีดวัคซีน

คำสำคัญ : ความรู้, อุณหภูมิร่างกายของเด็ก, สื่อวีดีทัศน์, ยาเขียวหอม

Abstract

This study aimed to: (1) compare the mean knowledge scores of mothers of children aged 0–5 years and (2) compare the body temperatures of children aged 0–5 years at 24 and 72 hours after vaccination following the use of a video-based intervention on tepid sponging with Ya Khiao Hom among mothers at Lansaka Hospital, Nakhon Si Thammarat Province, Thailand. The comparisons were conducted between an experimental group and a control group. The study population consisted of mothers and their children aged 0–5 years who received vaccinations. The calculated sample size was 56 mother–child pairs, with 28 pairs assigned to the experimental group and 28 pairs to the control group. The research instruments consisted of two components: experimental tools and measurement tools. The experimental tool included a video-based educational medium, while the measurement tools consisted of a thermometer and a knowledge questionnaire. Content validity of the knowledge questionnaire was evaluated by three experts, yielding item–objective congruence (IOC) values ranging from 0.67 to 1.00. The reliability of the knowledge questionnaire, assessed using the Kuder–Richardson 20 (KR-20), was 0.81. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, Fisher's exact test, and the Mann–Whitney U test.

The results revealed that: (1) the mean knowledge score after exposure to the video-based intervention in the experimental group was significantly higher than that of the control group ($p < .01$); (2) the body temperature of children in the experimental group at 24 hours after the intervention was significantly lower than that of the control group ($p < .01$); and (3) the body temperature at 72 hours after the intervention was also significantly lower in the experimental group compared with the control group ($p < .01$). These findings suggest that healthcare personnel can utilize the video-based instruction on tepid sponging with Ya Khiao Hom as an educational tool for mothers or caregivers of children aged 0–5 years to enhance knowledge and support appropriate management of children's body temperature following vaccination.

Keywords : knowledge, children's body temperature, video-based education, Ya Khiao Hom

บทนำ

วัคซีนเป็นสิ่งที่สำคัญในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคให้กับทุกช่วงวัย โดยเริ่มตั้งแต่เด็กแรกเกิดจนกระทั่งถึงวัยสูงอายุ เนื่องจากวัยเด็กเป็นช่วงวัยที่กำลังพัฒนา และวัยเด็กเป็นช่วงวัยที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ได้ง่าย ซึ่งความรุนแรงของโรคอาจส่งผลกระทบต่อการเจริญเติบโต รวมถึงพัฒนาการของชีวิตด้วย (เทียนทิพย์ เดียวกี่, 2562) ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมานั้น ยังมีสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนในประเทศไทยมาเป็นระยะ ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคที่สำคัญ ได้แก่ โรคไวรัสตับอักเสบบี วัณโรค และโรคคอตีบ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนเป็นกลวิธีป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพสูง ซึ่งประเทศไทยได้ใช้การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเป็นเครื่องมือป้องกันและควบคุมโรคติดต่อที่เป็นปัญหาได้ผลดียิ่งขึ้น (สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ดังนั้น เพื่อเสริมสร้างให้เด็กมีสุขภาพที่แข็งแรงและมีภูมิคุ้มกันโรคที่ดี ทางกระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีการจัดหาวัคซีนและการดำเนินงานในการส่งเสริม ป้องกัน และควบคุมโรค รักษา และฟื้นฟู ซึ่งการป้องกันโรคให้แก่เด็กไทยจึงเป็นบทบาทที่สำคัญอย่างมาก โดยการบริการด้านวัคซีนนั้นต้องทำด้วยความเสมอภาค การบริการต้องมีความปลอดภัยและมีคุณภาพเป็นอย่างดี

ปัจจุบันงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคมีวัคซีนพื้นฐานที่ให้บริการรวม 10 ชนิด ซึ่งมีแอนติเจนที่กระตุ้นภูมิคุ้มกันป้องกันโรครวม 12 โรค ได้แก่ วัณโรค คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอ หัด หัดเยอรมัน คางทูม ตับอักเสบบี ไข้สมองอักเสบเจอี ไข้หวัด และไข้หวัดใหญ่ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศไทยจะมีประสิทธิภาพมากพอสมควร แต่ยังพบการระบาดของโรคหัดในเด็กและผู้ใหญ่ รวมทั้งโรคคอตีบร่วมด้วย (รายงานการประชุมวิชาการวัคซีนแห่งชาติ ครั้งที่ 6, 2557) สำหรับประเทศไทยกำหนดให้เด็กอายุ 0–5 ปี ต้องได้รับวัคซีนพื้นฐานหรือวัคซีนบังคับ (Compulsory Vaccine) (EPI) ซึ่งบรรจุในแผนการสร้างเสริมสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 8 ชนิด สามารถป้องกันโรคได้ 10 โรค ได้แก่ วัคซีนบีซีจี วัคซีนตับอักเสบบี วัคซีนโปลิโอชนิดกินและฉีด วัคซีนคอตีบ-ไอกรน-บาดทะยัก วัคซีนรวมคอตีบ-ไอกรน-บาดทะยัก-ตับอักเสบบี วัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก วัคซีนหัด-หัดเยอรมัน-คางทูม วัคซีนไข้สมองอักเสบเจอีชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์และเชื้อตาย (โรงพยาบาลขอนแก่นราม, 2569) ทั้งนี้ โรงพยาบาลลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้กำหนดการให้วัคซีนตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2568 ให้กับเด็กตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 7 ปีขึ้นไป โดยหน่วยงานแพทย์แผนไทยจะมีการจ่ายยาเขียวหอมเพื่อลดไข้ในเด็กอายุ 0-5 ปี หลังจากได้รับวัคซีน EPI เนื่องจากเป็นกลุ่มเด็กที่มีโอกาสที่จะเป็นไข้หลังจากได้รับวัคซีนมากที่สุด สาเหตุที่เด็กเป็นไข้หลังรับวัคซีนนั้น เพราะเมื่อวัคซีนเข้าสู่ร่างกาย ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายจะเริ่มจัดการเชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมที่เข้าสู่ร่างกาย จึงทำให้เกิดอาการตัวร้อนหรือมีไข้ขึ้น แต่หลังจากที่ระบบภูมิคุ้มกันของเราจัดการกับวัคซีนทั้งหมดแล้ว อุณหภูมิของร่างกายก็กลับเข้าสู่ภาวะปกติเอง (โรงพยาบาลรามคำแหง, 2568) สำหรับปฏิกิริยาทางร่างกายที่เกิดขึ้นกับวัคซีนในเด็กแต่ละคนนั้นอาจแตกต่างกันไป บางคนอาจมีไข้เพียงเล็กน้อย โดยจะรู้สึกมีอาการหลังฉีดวัคซีนประมาณ 2 ชั่วโมง สังเกตได้จากลูกมีอาการซึม มีไข้ต่ำและตัวรุม ๆ ร้องงอแงเพราะไม่สบายตัว ซึ่งคุณพ่อคุณแม่สามารถเช็ดตัวให้เด็กเพื่อให้ไข้ลดได้ โดยอาการจะหายไปเองภายใน 2-3 วัน สำหรับวัคซีนที่มักจะทำให้เด็กเป็นไข้ตัวร้อนมากที่สุด ก็คือ วัคซีนคอตีบ บาดทะยัก และไอกรน แต่ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายของเด็กแต่ละคนด้วย เด็กบางคนอาจจะมีอาการตัวร้อนกับทุกวัคซีน และเด็กบางคนก็อาจจะไม่แสดงอาการใด ๆ เลยก็เป็นได้ (โรงพยาบาลเปาโล, ออนไลน์)

ยาเขียวเป็นตำรับยาไทย ตามองค์ความรู้ของแพทย์แผนไทย หรือหมอพื้นบ้าน ที่มีการใช้กันมานานหลายทศวรรษ และเป็นตำรับที่ยังมีการผลิตขายทั่วไปตราบจนปัจจุบัน ประชาชนทั่วไปในสมัยก่อนจะรู้จักวิธีการใช้ยาเขียวเป็นอย่างดี กล่าวคือ มักใช้ยาเขียวในเด็กที่เป็นไข้ออกผื่น เช่น หัด อีสุกอีใส เพื่อกระทุ้งให้พิษไข้ออกมา เป็นผื่นเพิ่มขึ้นและหายได้เร็ว ตำรับยาเขียวมีส่วนประกอบของพืชที่ใช้ส่วนของใบเป็นองค์ประกอบหลัก การที่ใช้ส่วนของใบทำให้ยามีสีค่อนข้างไปทางสีเขียว จึงทำให้เรียกกันว่า ยาเขียว และใบไม้ที่ใช้นี้ส่วนใหญ่มีสรรพคุณเป็นยาเย็น หอมเย็น หรือบางชนิดมีรสขม เมื่อประกอบเป็นตำรับแล้ว จัดเป็นยาเย็น ทำให้ตำรับยาเขียวส่วนใหญ่มีสรรพคุณดับความร้อนของเลือดที่เป็นพิษและความร้อนสูงมากจนต้องระบายทางผิวหนัง เป็นผลให้ผิวหนังเป็นผื่น หรือตุ่ม เช่นที่พบในไข้ออกผื่น หัด อีสุกอีใส เป็นต้น ตำรับยาเขียวที่พบในคัมภีร์แพทยศาสตร์สงเคราะห์มีบันทึกไว้ 3 ตำรับ ได้แก่ ยาเขียวมหาพรหม ยาเขียวน้อย ยาเขียวประทานพิษ และตำรับยาเขียวหอม ที่ได้รับการบรรจุในบัญชียาสามัญประจำบ้านแผนโบราณตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2556 ในตำรับยาเขียวประกอบไปด้วยใบไม้หลายชนิด ได้แก่ ใบพิมเสน ใบผักกระโฉม ใบหมากผู้ ใบหมากเมีย ใบพรมมิ ใบสันพร้าหอม ใบบอระเพ็ด ใบชิงช้าชาลี ใบมะระ ใบสะเดา ใบน้ำเต้า ใบหนาด ใบกะเม็ง ใบแคแดง ใบทองหลางใบมน ใบมะเฟือง ใบนมพิจิตร ใบแทงทวย ใบพริกไทย ใบน้ำเต้าขม ใบปีบ ใบย่านาง ใบเท้ายายม่อม ใบหญ้าน้ำดับไฟ ใบระงับ ใบตำลึงตัวผู้ ใบฟักข้าว ใบถั่วแระ ใบระงับพิษ ใบเสนียด ใบอังกาบ ใบสะค้าน ใบดีปลี ใบมะตูม ใบสมี ใบลำพัน ใบสหัศคุณ ใบกระวาน ใบผักเสี้ยนทั้ง 2 ใบเถาวัลย์เปรียง ใบผักกาด ใบคนทีสอ ใบมะนาว ใบมะคำไก่ ใบมะยม ใบมะเฟือง ใบสลอด ใบขี้หนอน ใบสมี ใบขี้เหล็ก ใบผักเค็ด ใบพุมเรียงทั้ง 2 (รุ่งระวี เต็มศิริฤกษ์กุล, 2556)

ยาเขียวหอมเป็นยาแก้ไข้ตำรับหนึ่งที่แพทย์แผนไทยนิยมใช้ในเด็กที่เป็นไข้ตัวร้อน หรือจากพิษไข้ชนิดที่มีผื่นมีตุ่มน้ำขึ้น โดยเป็นตำรับยาโบราณที่มีรายชื่ออยู่ในประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ยาสามัญประจำบ้านแผนโบราณ พ.ศ. 2556 ซึ่งกำหนดให้ยาเขียวหอมอยู่ในกลุ่มยาสามัญประจำบ้านแผนโบราณ 28 ขนาน ที่เหมาะสำหรับการใช้บรรเทาอาการไข้และอาการที่เกี่ยวข้องตามภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยในครัวเรือน (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, 2556) นอกจากนี้ยังเหมาะสำหรับคนที่มีอาการร้อนใน เกิดแผลในปากบ่อย ยาตำรับนี้มีกลิ่นหอมเฉพาะตัว เนื่องจากประกอบด้วยสมุนไพรที่มีกลิ่นหอมหลายชนิด เช่น รากแฝกหอม เปราะหอม ใบสันพร้าหอม ใบพิมเสน และเกสรทั้ง 5 เป็นต้น ยาเขียวหอมมีสรรพคุณ ได้แก่ แก้ตัวร้อน ร้อนใน กระหายน้ำ ละลายน้ำสุก หรือน้ำดอกมะลิ แก้พิษหัด พิษสุกใส ละลายน้ำรากผักชีต้ม ทั้งรับประทานและชโลม (สมชาย อ้นทอง, 2554) การใช้ยาเขียวหอมบรรเทาอาการไข้ ร้อนในกระหายน้ำ ควรใช้น้ำกระสายยา เพื่อช่วยละลายตัวยา ทำให้ยาออกฤทธิ์เร็วขึ้น เช่น น้ำสุกหรือน้ำดอกมะลิเป็นน้ำกระสายเพื่อให้ยาออกฤทธิ์แรงขึ้น ด้วยเหตุว่าน้ำดอกมะลิมีรสหอมเย็น ช่วยเสริมฤทธิ์ของยาตำรับยาเขียวยังใช้เป็นยาแก้ไข้ออกผื่น เช่น หัด อีสุกอีใส ซึ่งมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อไวรัส ทั้งวิธีกินและทา โดยละลายยาด้วยน้ำรากผักชีต้ม (รุ่งระวี เต็มศิริฤกษ์กุล, 2556)

จากสถิติ 3 ปีย้อนหลัง จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี ที่รับบริการวัคซีน EPI ในโรงพยาบาลลานสกา พบว่า ปี 2565 มีจำนวน 124 คน ปี 2566 มีจำนวน 166 คน และปี 2567 มีจำนวน 158 คน (โรงพยาบาลลานสกา, 2566) ซึ่งหลังจากได้รับวัคซีนอาจเกิดอาการไข้ ทางหน่วยงานแพทย์แผนไทยจึงมีการจ่ายยาเขียวหอมให้กลับบ้าน เพื่อใช้เช็ดตัวลดไข้ แต่ในปัจจุบันยังขาดการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเขียวหอมเช็ดตัวลดไข้ที่ถูกต้อง และ/หรือผู้ดูแลยังใช้ยาไม่ถูกวิธีทำให้ไม่ได้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ ทำให้ส่วนใหญ่นิยมใช้ยาพาราเซตามอลรับประทานเพื่อลดไข้ ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลลานสกา จึงมีความสนใจที่จะพัฒนาสื่อวิดิทัศน์การใช้

ยาเขียวหอมเช็ดตัวเพื่อลดไข้ในเด็กอายุ 0-5 ปี หลังจากได้รับวัคซีนขึ้น เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับยาเขียวหอมให้กับผู้ดูแลเด็ก พร้อมทั้งศึกษาประสิทธิผลของการเช็ดตัวลดไข้ด้วยยาเขียวหอมต่อการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิร่างกายในเด็กอายุ 0–5 ปี โดยเปรียบเทียบกับการเช็ดตัวลดไข้ตามวิธีทั่วไป และเพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

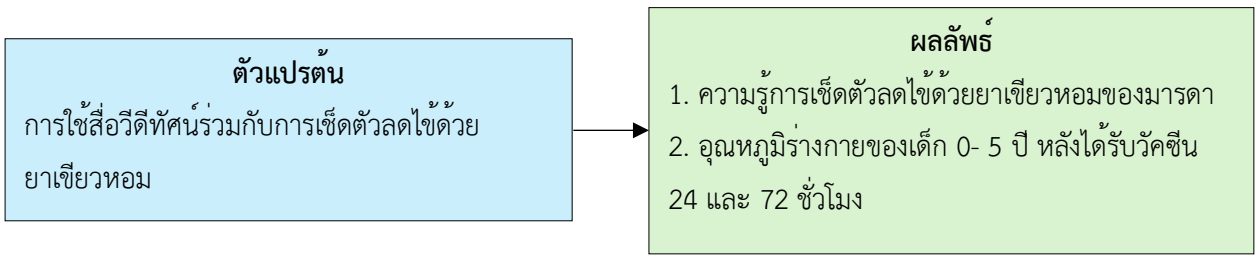
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เฉลี่ยของมารดาเด็กอายุ 0-5 ปี เกี่ยวกับการเช็ดตัวลดไข้ด้วยยาเขียวหอมก่อนและหลังใช้สื่อวิดิทัศน์หลังจากได้รับวัคซีน โรงพยาบาลลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบอุณหภูมิร่างกายของเด็กอายุ 0-5 ปี หลังได้รับวัคซีน 24 ชั่วโมง และ 72 ชั่วโมง หลังใช้สื่อวิดิทัศน์เกี่ยวกับการเช็ดตัวลดไข้ด้วยยาเขียวหอมของมารดา โรงพยาบาลลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมุติฐานวิจัย

1. หลังใช้สื่อวิดิทัศน์เกี่ยวกับการเช็ดตัวลดไข้ด้วยยาเขียวหอม คะแนนความรู้เฉลี่ยของมารดาเด็กอายุ 0-5 ปี โรงพยาบาลลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. หลังใช้สื่อวิดิทัศน์เกี่ยวกับการเช็ดตัวลดไข้ด้วยยาเขียวหอมของมารดา อุณหภูมิร่างกายของเด็กอายุ 0-5 ปี หลังได้รับวัคซีน 24 ชั่วโมง และ 72 ชั่วโมง โรงพยาบาลลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช ของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้อาศัยแนวคิดพื้นฐานจากทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม (Bloom's Taxonomy of Educational Objectives) ซึ่งมุ่งเน้นให้ผู้เรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมในด้านความรู้ ความเข้าใจ และการนำไปใช้ โดยมารดาที่ได้รับสื่อวิดิทัศน์การเช็ดตัวลดไข้ด้วยยาเขียวหอมจะเกิดการเรียนรู้จากการรับชม เข้าใจหลักการและขั้นตอนการปฏิบัติที่ถูกต้อง และสามารถนำไปปฏิบัติจริงได้ ส่งผลให้การดูแลเด็กมีประสิทธิภาพมากขึ้น อุณหภูมิร่างกายของเด็กหลังได้รับวัคซีนลดลงอย่างเหมาะสม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ผู้ดูแลเด็กคู่กับเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับวัคซีนในโรงพยาบาลลานสกา จำนวน 158 คน กำหนดเกณฑ์ในการคัดเข้าและคัดออกดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) โดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมารดามีคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นมารดาที่ดูแลเด็กอายุ 0-5 ปี ที่รับวัคซีนในโรงพยาบาลลานสกา 2) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและสามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ตั้งแต่ต้นจนจบ สำหรับเด็กอายุ 0-5 ปี มีคุณสมบัติดังนี้ 1) ไม่มีโรคประจำตัว 2) ไม่มีประวัติการชักจากการมีไข้ และ 3) เด็กที่มีไข้หลังจากได้รับวัคซีน โดยมีอุณหภูมิร่างกายตั้งแต่ 37.5–38.9 องศาเซลเซียส ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มไข้ระดับต่ำถึงปานกลาง และยังไม่แสดงอาการของภาวะไข้สูงรุนแรง เช่น ซึม ชัก หรือภาวะช็อก

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) ได้แก่ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ตั้งแต่ต้นจนจบ 2) เด็กที่มีประวัติภาวะรุนแรง เช่น โรคหัวใจ ลมชัก เป็นต้น และ 3) เด็กที่มีไข้สูงมาก โดยมีอุณหภูมิร่างกายมากกว่า 39 องศาเซลเซียสขึ้นไป หรือมีอาการผิดปกติร่วมกับไข้ เช่น หายใจเร็ว มือเท้าเย็น ซึม หรือมีภาวะที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อก

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means: Difference between two independent means (two groups) เลือก one-tailed กำหนดค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ (Effect size) = 0.8 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.9 ได้กลุ่มตัวอย่าง 56 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 28 คน และกลุ่มควบคุม 28 คน ใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง โดยกลุ่มทดลองวัดที่ผู้ดูแลเด็กและเด็กไปด้วยกัน จำนวน 28 คู่ และกลุ่มควบคุม จำนวน 28 คู่

เครื่องมือรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย สื่อวิดิทัศน์ให้ความรู้เรื่องการเช็ดตัวลดไข้ด้วยยาเขียวหอมในเด็กอายุ 0-5 ปี หลังจากได้รับวัคซีน โรงพยาบาลลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช และปรอทวัดไข้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับเด็ก ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ (Checklist)

2.2 แบบวัดความรู้ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะเป็นแบบตอบผิดได้ 0 คะแนน และตอบถูกได้ 1 คะแนน และการวัดอุณหภูมิหลังจากการเช็ดตัวด้วยยาเขียวหอมหลังรับวัคซีน ตามระยะเวลาหลังรับวัคซีน ได้แก่ อุณหภูมิที่ 24 ชม. และอุณหภูมิที่ 72 ชม.

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำเครื่องมือการวิจัยที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความเหมาะสมของคำถามในแบบสอบถาม ทั้งเกณฑ์การประเมินและการใช้ภาษา และประเมินค่าดัชนีความสอดคล้อง โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน เภสัชกร 1 ท่าน และแพทย์แผนไทย 1 ท่าน พิจารณาลงความเห็นและให้คะแนน และ

วิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับจุดประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ได้ค่าระหว่าง 0.67–1.00 จากนั้นนำไปทดสอบกับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ โดยใช้สูตร Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้เท่ากับ 0.8

การรวบรวมข้อมูล

งานวิจัยชิ้นนี้เพื่อเป็นการเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจเกิดอาการไข้ที่ผิดปกติหรือมีภาวะแทรกซ้อน จึงกำหนดให้มีการวัดและบันทึกอุณหภูมิร่างกายของเด็กอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 วัน หรือ 72 ชั่วโมงหลังได้รับวัคซีน เพื่อให้สามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิร่างกายได้อย่างครอบคลุม และสามารถตรวจพบอาการผิดปกติได้อย่างทันท่วงที

กลุ่มทดลอง

ขั้นก่อนทดลอง

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง โดยการอธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดเกี่ยวกับงานวิจัย และลงลายมือชื่อกรณีที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย และก่อนทำการวิจัยผู้วิจัยจะให้คำแนะนำอาการที่จะมีหลังรับวัคซีน โดยแนะนำให้ใช้การเช็ดตัวเป็นหลัก ไม่ต้องทานยาพาราเซตามอล เนื่องจากอาการไข้หลังรับวัคซีนจะมีอาการแค่ 1-2 วัน ทั้งนี้โดยทั่วไปภายหลังการได้รับวัคซีน เด็กมักมีอาการไข้ซึ่งเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้บ่อย และมักเกิดขึ้นภายใน 1–2 วันแรกหลังได้รับวัคซีน อันเป็นการตอบสนองตามปกติของร่างกายต่อวัคซีน

2. ทดสอบความรู้การเช็ดตัวลดไข้ด้วยยาเขียวหอมของมารดา ก่อนทำการทดลอง

ขั้นระหว่างทดลอง

1. ผู้วิจัยให้ความรู้การเช็ดตัวลดไข้ด้วยยาเขียวหอมผ่านสื่อวิดิทัศน์เป็นเวลา 4.02 นาที โดยผู้วิจัยคอยตอบข้อคำถามของมารดา

2. ผู้วิจัยสอนการเช็ดตัวด้วยยาเขียวหอม และวิธีการวัดอุณหภูมิที่ถูกต้อง พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดการบันทึกอุณหภูมิตามระยะเวลาที่กำหนดในงานวิจัย (ชั่วโมงที่ 24 และ 72)

3. จัดส่งสื่อวิดิทัศน์ในกลุ่มไลน์ให้มารดาใช้ดูที่บ้านในระหว่างที่ต้องเช็ดตัว และสามารถค้นหาข้อมูลวิดีโอบนยูทูบได้ (พิมพ์ว่า การเช็ดตัวด้วยยาเขียวหอม)

4. ให้มารดาวัดไข้เด็กด้วยปรอทที่บริเวณรักแร้ และให้แบบบันทึกอุณหภูมิพร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดการบันทึกอุณหภูมิตามระยะเวลาที่กำหนดในงานวิจัย (ชั่วโมงที่ 24 และ 72 ชม.)

ขั้นหลังทดลอง

1. ผู้วิจัยโทรสอบถามอุณหภูมิประเมินอาการไข้หลังเช็ดตัวด้วยยาเขียวหอม หลัง 24 ชม. และ 72 ชม.

กลุ่มควบคุม

ขั้นก่อนทดลอง

1. ผู้วิจัยนัดกลุ่มควบคุม โดยการอธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดเกี่ยวกับงานวิจัย และลงลายมือชื่อกรณีที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

2. ทดสอบความรู้การเช็ดตัวลดไข้ด้วยยาเขียวหอมของมารดา ก่อนทำการทดลอง

ขั้นระหว่างทดลอง

1. ผู้วิจัยให้คำแนะนำด้วยการเช็ดตัวด้วยน้ำธรรมดาเป็นหลัก ไม่ต้องทานยาพาราเซตามอล เนื่องจากอาการไข้หลังรับวัคซีนจะมีอาการแค่ 1-2 วัน

2. ให้มารดาวัดไข้เด็กด้วยปรอทที่บริเวณรักแร้ และให้แบบบันทึกอุณหภูมิพร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดการบันทึกอุณหภูมิตามระยะเวลาที่กำหนดในงานวิจัย (ชั่วโมงที่ 24 และ 72 ชม.)

ขั้นหลังทดลอง

1. ผู้วิจัยโทรสอบถามอุณหภูมิประเมินอาการไข้หลังเช็ดตัวด้วยน้ำธรรมดา หลัง 24 ชม. และ 72 ชม.

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและความรู้เกี่ยวกับการเช็ดตัวด้วยยาเขียวหอมหลังรับวัคซีน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยตัวแปรด้านสถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ ผู้วิจัยเลือกใช้สถิติ Chi-square สำหรับตัวแปรเพศ อายุ และความสัมพันธ์กับเด็ก ผู้วิจัยเลือกใช้สถิติ Fisher's Exact test

3. เปรียบเทียบความรู้การเช็ดตัวลดไข้ด้วยยาเขียวหอมของมารดา อุณหภูมิร่างกายของเด็กอายุ 0-5 ปี หลังได้รับวัคซีน 24 ชั่วโมง และ 72 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยนำข้อมูลไปทดสอบการกระจายของข้อมูล พบว่าการกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เลขที่ 217/2568 ลงวันที่ 25 กันยายน 2568 ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียดครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของผู้ตอบแบบสอบถาม และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 6 เดือน ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 92.86) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 92.86) มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 67.86) มีความสัมพันธ์กับเด็กเป็นพ่อ/แม่ (ร้อยละ 92.86) มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 58.82) และประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 32.14)

สำหรับกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 96.43) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 100.00) มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 85.71) มีความสัมพันธ์กับเด็กเป็นพ่อ/แม่ (ร้อยละ 100.00) มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 50.00) และประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 50.00)

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะทางประชากรของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					1.00[b]
ชาย	2	7.14	1	3.57	
หญิง	26	92.86	27	96.43	
อายุ					0.49[b]
น้อยกว่า 18 ปี	2	7.14	0	0.00	
ตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป	26	92.86	28	100.00	
สถานภาพสมรส					0.11[a]
โสด	9	32.14	4	14.29	
คู่	19	67.86	24	85.71	
ความสัมพันธ์กับเด็ก					0.49[b]
พ่อ/แม่	26	92.86	28	100.00	
ญาติ/พี่น้อง	2	7.14	0	0.00	
ระดับการศึกษา					0.26[a]
ประถมศึกษาและไม่ได้เรียน	2	7.14	4	14.29	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	20	58.82	14	50.00	
ตั้งแต่อนุปริญญาขึ้นไป	6	21.43	10	35.71	
อาชีพของผู้ดูแล					0.24[a]
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พ่อบ้าน/แม่บ้าน	8	28.57	5	17.86	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	9	32.14	5	17.86	
รับจ้าง	7	25.00	14	50.00	
เกษตรกรรม	4	14.29	4	14.29	

a สถิติ Chi-square

b สถิติ Fisher's Exact test

จากตารางที่ 1 พบว่า มากกว่าครึ่ง อสม. มีความรู้ในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 57.42) รองลงมา คือ ระดับปานกลาง และระดับต่ำ (ร้อยละ 29.03 และ 13.55) ตามลำดับ

2. ความรู้การเช็ดตัวลดไข้ด้วยยาเขียวหอม อุณหภูมิร่างกายของเด็กอายุ 0-5 ปี หลังได้รับวัคซีน 24 ชั่วโมง และ 72 ชั่วโมง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้การเช็ดตัวลดไข้ด้วยยาเขียวหอมสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 อุณหภูมิร่างกายของเด็กอายุ 0-5 ปี หลังได้รับวัคซีน 24 ชั่วโมง และ 72 ชั่วโมง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้การเช็ดตัวลดไข้ด้วยยาเขียวหอม อุณหภูมิร่างกายของเด็กอายุ 0 - 5 ปี หลังได้รับวัคซีน 24 ชั่วโมง และ 72 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ สถิติ Man Witney u test

อุณหภูมิ	n	M	SD	Mean Diff.	Z	P-value (1- tailed)
ความรู้การเช็ดตัวลดไข้ด้วยยาเขียวหอม						
กลุ่มทดลอง	28	1.82	0.39	0.53	33.77	<0.01**
กลุ่มควบคุม	28	1.29	0.53			
อุณหภูมิที่ชั่วโมงที่ 24						
กลุ่มทดลอง	28	36.74	0.47	0.49	-3.91	<0.01**
กลุ่มควบคุม	28	37.23	0.38			
อุณหภูมิที่ชั่วโมงที่ 72						
กลุ่มทดลอง	28	36.25	0.31	0.48	-4.27	<0.01**
กลุ่มควบคุม	28	36.73	0.38			

อภิปรายผล

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้ของมารดาเด็กอายุ 0-5 ปี เกี่ยวกับการเช็ดตัวลดไข้ด้วยยาเขียวหอม หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม อภิปรายได้ว่า มีสาเหตุหลักมาจากลักษณะเฉพาะของสื่อวิดิทัศน์ที่เป็นสื่อประสม (Multimedia) ซึ่งรวบรวมทั้งภาพเคลื่อนไหว เสียงประกอบ และคำบรรยายที่เข้าใจง่าย เข้ามาช่วยในการถ่ายทอดเนื้อหาที่มีความเฉพาะทาง เช่น ขั้นตอนการเตรียมยาเขียวหอมและการเช็ดตัวลดไข้ที่ถูกต้อง สื่อวิดิทัศน์ช่วยให้มารดาสามารถมองเห็นภาพขั้นตอนการปฏิบัติงานได้อย่างเป็นรูปธรรมและชัดเจนกว่าการรับฟังคำบรรยายเพียงอย่างเดียว หรือการอ่านแผ่นพับซึ่งเป็นภาพนิ่ง กระบวนการเรียนรู้ผ่านการมองเห็นและการฟังพร้อมกันส่งผลให้เกิดการจดจำข้อมูลในระบบความจำระยะยาวได้ดีขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของ ถนอมพร เลาหจรัสแสง (2541) ที่ระบุว่าการเรียนรู้ผ่านสื่อมัลติมีเดียช่วยให้ผู้รับสารสามารถรับรู้ข้อมูลได้มากกว่าหนึ่งช่องทาง ส่งผลให้เกิดความเข้าใจในเนื้อหาที่มีความซับซ้อนได้รวดเร็วยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ สมชาย ศรีสวัสดิ์ (2559) ที่ทำการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน โดยพบว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้ผ่านสื่อประสมจะมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากสื่อสามารถดึงดูดความสนใจและลดอุปสรรคในการสื่อสารระหว่างผู้ให้ความรู้และผู้รับความรู้ได้เป็นอย่างดี ผลการศึกษาครั้งนี้จึงสะท้อนให้เห็นว่าการเลือกใช้สื่อวิดิทัศน์เป็นนวัตกรรมในการให้สุขศึกษาแก่กลุ่มมารดาที่มีพื้นฐานการศึกษาที่หลากหลาย เป็นวิธีที่ช่วยยกระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ

การดูแลบุตรหลานเมื่อเกิดอาการไข้หลังรับวัคซีนได้อย่างมีประสิทธิภาพ มารดาสามารถเข้าใจถึงสรรพคุณของยาเขียวหอมและตระหนักถึงความสำคัญของการเช็ดตัวลดไข้ที่ถูกวิธี ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการลดความกังวลและเพิ่มทักษะในการปฏิบัติงานดูแลสุขภาพเด็กในครัวเรือน

2. อุณหภูมิร่างกายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยที่พบว่าในระยะเวลา 24 ชม. และ 72 ชม. กลุ่มทดลองที่เช็ดตัวด้วยยาเขียวหอมมีอุณหภูมิกายต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่เช็ดตัวด้วยน้ำเปล่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของประสิทธิภาพระหว่างการใช้น้ำเปล่าและการใช้สมุนไพรเสริมฤทธิ์ในการลดไข้ ในกลุ่มควบคุมที่ใช้น้ำเปล่า การระบายความร้อนเกิดขึ้นเพียงจากการนำความร้อนทางกายภาพเท่านั้น แต่ในกลุ่มทดลอง ตัวยาเขียวหอมที่ละลายอยู่ในน้ำจะซึมซาบเข้าสู่ผิวหนังและออกฤทธิ์ช่วยปรับสมดุลธาตุไฟในร่างกายที่กำเริบจากการรับวัคซีน การลดลงของอุณหภูมิอย่างรวดเร็วในกลุ่มทดลองช่วง 24 ชม. แรก ถือเป็นช่วงเวลาวิกฤตที่เด็กมักจะมีปฏิกิริยาต่อวัคซีนสูงสุด การที่ยาเขียวหอมสามารถช่วยให้อุณหภูมิลดลงมาอยู่ที่ 36.74 องศาเซลเซียส ขณะที่กลุ่มควบคุมยังคงมีอุณหภูมิสูงกว่าคือ 37.23 องศาเซลเซียส ยืนยันถึงประสิทธิภาพที่เป็นเลิศของตำรับยาไทย สอดคล้องกับงานวิจัยของ จิราภรณ์ ศิริวัฒน์ (2562) และวราภรณ์ พิทักษ์ (2563) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและการจัดการสุขภาพที่เน้นการใช้สมุนไพรในกระบวนการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วย โดยผลการศึกษาไปในทิศทางเดียวกันว่า สมุนไพรที่มีฤทธิ์เย็นมีคุณสมบัติในการลดความร้อนในร่างกายได้ดีกว่าการใช้น้ำเย็นหรือน้ำธรรมดาเพียงอย่างเดียว

นอกจากนี้ การใช้สื่อวิดิทัศน์ร่วมด้วยในกลุ่มทดลองยังช่วยให้มารดาสามารถปฏิบัติงานเช็ดตัวได้อย่างมีคุณภาพและสม่ำเสมอตามหลักการ PDCA (Plan-Do-Check-Act) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ณัฐวุฒิ แสงทอง (2560) ที่กล่าวถึงการนำวงจรคุณภาพมาใช้ในการพัฒนามาตรฐานการทำงาน การที่มารดามีความรู้ที่ถูกต้องจากวิดิทัศน์ทำให้การเช็ดตัวในกลุ่มทดลองทำได้อย่างถูกวิธีตามลำดับขั้นตอน ส่งผลให้อุณหภูมิร่างกายของเด็กในกลุ่มทดลองลดลงได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจนและมีนัยสำคัญยิ่ง สรุปได้ว่าความสำเร็จในการลดอุณหภูมิกายครั้งนี้เกิดจากการผสานกันระหว่างนวัตกรรมการสื่อสาร (วิดิทัศน์) และนวัตกรรมการรักษาด้วยสมุนไพรไทย (ยาเขียวหอม) อย่างลงตัว

ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะกลไกทางธรรมชาติของการระบายความร้อนร่วมกับสรรพคุณทางเภสัชกรรมไทยของตำรับยาเขียวหอม การเช็ดตัวเป็นการใช้หลักการนำความร้อนและการระเหยของน้ำเพื่อดึงความร้อนออกจากร่างกายผ่านทางผิวหนัง เมื่อนำยาเขียวหอมซึ่งจัดเป็นยาในกลุ่มรสเย็นและหอมเย็นมาใช้เป็นส่วนผสมหลักในการเช็ดตัว สรรพคุณของสมุนไพรในตำรับยา เช่น ใบผักบุ้งล้อม รากหญ้านาง และเกสรทั้งห้า มีบทบาทสำคัญในการช่วยดับพิษร้อนและถอนพิษไข้ตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย การที่เด็กได้รับวัคซีนมักส่งผลให้เกิดปฏิกิริยาการอักเสบและมีไข้ ซึ่งในทางแผนไทยเรียกว่า "ไข้เพื่อโลหิต" หรือการมีความร้อนแทรกซึมอยู่ในกระแสเลือด การใช้ยาเขียวหอมเช็ดตัวจึงเป็นการช่วยระบายความร้อนที่สะสมอยู่ตามผิวหนังและรูขุมขนได้เร็วกว่าน้ำเปล่าธรรมดา สอดคล้องกับแนวคิดในวรรณกรรมที่กล่าวถึงสรรพคุณยาเขียวหอมในการบรรเทาอาการไข้หัด อีสุกอีใส และไข้จากพิษต่าง ๆ สอดคล้องกับงานวิจัยของปรียานุช วัฒนกุล (2561) ที่ระบุถึงการนำสมุนไพรรสเย็นมาใช้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่มีอาการตัวร้อน โดยพบว่าฤทธิ์เย็นของสมุนไพรมีส่วนช่วยในการลดการขยายตัวของหลอดเลือดส่วนปลายและช่วยให้การระบายความร้อนผ่านทางผิวหนังทำงานได้ดีขึ้น ผลการศึกษานี้จึงแสดงให้เห็นว่าการบูรณาการภูมิปัญญาไทยด้วยการใช้ยาเขียวหอมร่วมกับการเช็ดตัว ไม่เพียงแต่เป็นวิธีการที่ปลอดภัยและประหยัด แต่ยังเป็นวิธีการที่สอดรับกับกลไกการปรับ

อุณหภูมิของร่างกายเด็ก ส่งผลให้อุณหภูมิกายลดลงสู่ระดับปกติได้อย่างมีเสถียรภาพโดยไม่เกิดภาวะไข้กลับ (Rebound fever) ในช่วงเวลาต่อมา

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. สามารถนำสื่อวิดิทัศน์การใช้ยาเขียวหอมเช็ดตัวลดไข้ไปประยุกต์ใช้เป็นเครื่องมือหลักในการให้ความรู้แก่มารดาหรือผู้ดูแลเด็กอายุ 0-5 ปี ที่เข้ารับวัคซีนตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (EPI) ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาเขียวหอมและวิธีการเช็ดตัวลดไข้ ซึ่งจะช่วยให้เกิดการปฏิบัติที่ถูกวิธี และสามารถนำไปใช้ในการดูแลบุตรหลานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) ของหน่วยงานแพทย์แผนไทย ในการจ่ายยาเขียวหอมและการให้คำแนะนำในการดูแลเด็กหลังได้รับวัคซีน ซึ่งเป็นการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการวิจัยเชิงคุณภาพควบคู่กับการวิจัยเชิงปริมาณ โดยการสัมภาษณ์เจาะลึกมารดาหรือผู้ดูแลเด็กเพื่อทำความเข้าใจถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้วิธีการลดไข้ ความเชื่อ ทัศนคติ และอุปสรรคในการนำยาเขียวหอมไปใช้ในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง

2. ควรมีการขยายระยะเวลาในการติดตามผลอุณหภูมิร่างกายของเด็กนานกว่า 72 ชั่วโมง เพื่อประเมินผลของการดูแลในระยะยาว และศึกษาการกลับเป็นซ้ำของไข้หรือการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้น

3. ควรทำการวิจัยเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการเช็ดตัวลดไข้ด้วยยาเขียวหอมกับการลดไข้ด้วยวิธีการอื่น ๆ เช่น การใช้ยาลดไข้พาราเซตามอล หรือการเช็ดตัวด้วยน้ำเปล่าอย่างเดียว โดยมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้นและหลากหลาย เพื่อยืนยันความสามารถในการแข่งขันและความปลอดภัยของยาเขียวหอมในการดูแลเด็กหลังได้รับวัคซีน

เอกสารอ้างอิง

จิราภรณ์ ศิริวัฒน์. (2562). การประยุกต์ใช้วงจร PDCA ในการพัฒนาคุณภาพการผลิตในภาคอุตสาหกรรม. *วารสารวิศวกรรมอุตสาหการ*, *25*(4), 101-115.

ณัฐวุฒิ แสงทอง. (2560). การใช้วงจร PDCA ในการบริหารจัดการองค์กรภาครัฐ. *วารสารบริหารรัฐกิจ*, *15*(1), 22-35.

ถนอมพร เลาหจรัสแสง. (2541). *คู่มืออาจารย์ด้านการใช้ E-learning ในการเรียนการสอน*. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เทียนทิพย์ เดียวกี่. (2562). *สังคมผู้สูงอายุ วัคซีนที่ต้องฉีด*. Thaihealth. http://www.thaihealth.or.th/content/48998-94.html

ปรียานุช วัฒนกุล. (2561). การนำวงจร PDCA มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบริการในโรงพยาบาล. *วารสารการแพทย์และสาธารณสุข*, *20*(3), 78-90.

รายงานการประชุมวิชาการวัคซีนแห่งชาติ ครั้งที่ 6. (2557). *ความก้าวหน้าของการใช้วัคซีนในประเทศไทย*. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

รุ่งระวี เต็มศิริฤกษ์กุล. (2556). *ยาเขียว*. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. https://www.pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/151/ยาเขียว/

โรงพยาบาลขอนแก่นราม. (2569). *วัคซีน หลากเรื่องน่ารู้*. https://www.khonkaenram.com/th/services/health-information/health-articles/checkup-and-vaccine/vaccine

โรงพยาบาลเปาโล. (2563). *ไขข้อข้องใจ ทำไมหลังฉีดวัคซีนลูกถึงเป็นไข้*. https://www.paolohospital.com/th-th/CENTER/Article/Details/Article/

โรงพยาบาลรามคำแหง. (2568). *หลังลูกน้อยได้รับวัคซีน จะรับมืออย่างไร*. https://www.ram-hosp.co.th/th/news_detail/1748

โรงพยาบาลลานสกา. (2566). *จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี ที่รับบริการวัคซีน EPI ในโรงพยาบาลลานสกา*. https://www.lansakahosx.com/

วราภรณ์ พิทักษ์. (2563). การใช้วงจร PDCA ในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการของหน่วยงานราชการ. *วารสารการบริหารและพัฒนา*, *18*(2), 55-70.

สมชาย ศรีสวัสดิ์. (2559). การประยุกต์ใช้วงจร PDCA ในการพัฒนาคุณภาพการเรียนการสอนในระดับอุดมศึกษา. *วารสารการศึกษาและพัฒนา*, *12*(2), 45-60.

สมชาย อ้นทอง. (2554). *ยาเขียวหอม ยอดยาไทย*. คณะการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. https://www.ttmed.psu.ac.th/th/blog/60

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. (2556). ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ยาสามัญประจำบ้านแผนโบราณ พ.ศ. 2556. *ราชกิจจานุเบกษา*, *131*(ตอนพิเศษ 78 ง), 18.

สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *ตำราวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ปี 2556*. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.

Online Access

https://he05.tci-thaijo.org/index.php/J_PHR/article/view/7176

JPHR วารสารวิจัยสุขภาพปฐมภูมิ Journal of Primary Health Research

Research articles

eISSN : 3057-1812 (Online)

ผลการใช้ตำรับยาทาริดสีดวงทวารหนักและโรคผิวหนังในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินชนิดรุนแรง ศูนย์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก: รายงานผู้ป่วย

Effectiveness of a Traditional Thai Hemorrhoid and Skin Disease Formula in a Patient with Severe Psoriasis at the Thai Traditional and Alternative Medicine Center: A Case Report

เขมานันท์ จูมทอง, ลักขณา รามวงศ์, ชุติวัต หยู่ทองอินทร์*, พิมพ์ลดา พงศ์ชัยชานนท์, เจนจิรา สุขเจริญจิต, ศิริเนตร ขาวขำ และรุ่งทิวา ทองคำ

Kaemanun Joomthong, Lakkana Ramwong, Chutiwat Yuthong-in*, Pimlada Pongchaichanon, Jenjira Sukcharoenjit , Sirinet Khaokham and Rungtiwa Thongkham

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี

Department of Thai Traditional and Alternative Medicine, Ministry of Public Health, Nonthaburi Province, Thailand

*Corresponding author, e-mail: pheetiwat005@gmail.com

Received: November 14, 2025; **Revised:** March 9, 2026; **Accepted:** March 13, 2026

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 29 ปี มีประวัติเป็นปื้นหนา แดง ลอก มีสะเก็ดขุยสีเงิน ร่วมกับอาการคันบริเวณแขน ขา ทั้งสองข้าง หน้าท้อง หลัง และบริเวณหน้าผาก แพทย์แผนไทยทำการรักษาด้วยตำรับยาทาริดสีดวงทวารหนักและโรคผิวหนัง ในรูปแบบยาครีม ขนาด 50 กรัมต่อหลอด มีส่วนประกอบของสมุนไพรจำนวน 3 ชนิด ได้แก่ น้ำมันเมล็ดฝ้าย (*Gossypium* spp.) ขมิ้นชัน (*Curcuma longa* L.) และใบกัญชา (*Cannabis sativa* L.) ใช้ทาบริเวณที่มีอาการ โดยบีบครีม 3 ข้อนิ้วมือต่อรอยโรคขนาด 2 ฝ่ามือ วันละ 2 ครั้ง หลังอาบน้ำ เช้า-เย็น และนัดติดตามผู้ป่วยทุก 30 วัน ติดต่อกัน 3 เดือน ณ ศูนย์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จังหวัดนนทบุรี ประเมินผลโดยใช้แบบประเมิน (Psoriasis Area and Severity Index: PASI) และประเมินความปลอดภัยโดยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยก่อนได้รับยา พบว่า ผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน (PASI score) เท่ากับ 22.4 แปลผลในระดับรุนแรงมาก ($PASI > 12$) และมีค่า Albumin, Globulin, AST และ ALT สูงกว่าค่าปกติ หลังได้รับยาไปแล้ว 30, 60 และ 90 วัน พบว่า PASI score ลดลงเท่ากับ 22, 19.2 และ 13.6 ตามลำดับ แต่ยังมีค่า Albumin, Globulin และ ESR สูงกว่าค่าปกติ เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินด้วยแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคผิวหนัง (Dermatology Life Quality Index: DLQI) พบว่า หลังได้รับยาผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นจาก 24 คะแนน คือ มีผลกระทบต่อชีวิตผู้ป่วยเป็นอย่างมาก (Day 0) เป็น 8 คะแนน คือ มีผลกระทบต่อชีวิตผู้ป่วยปานกลาง (Day 90) ดังนั้น การใช้ตำรับยาทาริดสีดวงทวารหนักและโรคผิวหนังอาจมีศักยภาพในการลดระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินและช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินชนิดรุนแรงได้

คำสำคัญ : โรคสะเก็ดเงิน, ตำรับยาสมุนไพร, ยาทาริดสีดวงทวารหนักและโรคผิวหนัง

วารสารวิจัยสุขภาพปฐมภูมิ Journal of Primary Health Research

Abstract

A 29-year-old Thai female patient presented with a history of thick, erythematous plaques with scaling and silvery scales accompanied by pruritus on both arms and legs, the abdomen, the back, and the forehead. The patient received treatment from a Thai traditional medicine practitioner using a traditional hemorrhoid and skin disease topical formulation in cream form (50 g per tube). The formulation contained three herbal ingredients: cottonseed oil (*Gossypium spp.*), turmeric (*Curcuma longa L.*), and cannabis leaves (*Cannabis sativa L.*). The cream was applied to the affected areas at a dosage of three fingertip units for a lesion approximately equivalent to two palm areas, twice daily after morning and evening bathing. The patient was followed up every 30 days for three consecutive months at the Thai Traditional and Alternative Medicine Center, Nonthaburi Province. Treatment outcomes were evaluated using the Psoriasis Area and Severity Index (PASI), and safety was assessed through laboratory investigations. Before treatment, the patient's PASI score was 22.4, indicating very severe psoriasis (PASI > 12). Laboratory results showed elevated levels of albumin/globulin ratio, aspartate aminotransferase (AST), and alanine aminotransferase (ALT) above the normal range. After 30, 60, and 90 days of treatment, the PASI scores decreased to 22.0, 19.2, and 13.6, respectively. However, the albumin/globulin ratio and erythrocyte sedimentation rate (ESR) remained higher than the normal range. Quality of life was assessed using the Dermatology Life Quality Index (DLQI). The results showed improvement after treatment, with the DLQI score decreasing from 24 points at baseline (Day 0), indicating a very large impact on the patient's life, to 8 points at Day 90, indicating a moderate impact on quality of life. These findings suggest that the traditional hemorrhoid and skin disease herbal formulation may have potential in reducing the severity of psoriasis and improving quality of life among patients with severe psoriasis.

Keywords : psoriasis, herbal formulation, hemorrhoid and skin disease topical formula.

บทนำ

โรคสะเก็ดเงิน (Psoriasis) เป็นโรคผิวหนังเรื้อรังที่พบได้ในทุกเชื้อชาติ มีลักษณะเด่นคือการเกิดปื้นหนานูน แดง ขอบชัด มีสะเก็ดขุยสีเงิน และมักมีอาการคันร่วมด้วย ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (Institute of Dermatology, 2025) ปัจจุบันการรักษาโรคสะเก็ดเงินเป็นการรักษาให้โรคสงบ หากมีสิ่งมากระตุ้นโรคจะสามารถกำเริบได้อีก โดยการรักษาแพทย์จะเลือกรักษาตามความรุนแรง กรณีเป็นน้อยรักษาโดยใช้ยาทาเฉพาะที่ เพื่อลดอาการอักเสบ กรณีผื่นชนิดหนาและเป็นมาก รักษาโดยการใช้ยารับประทานร่วมกับยาทาหรือรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ ได้แก่ การใช้รังสีอัลตราไวโอเลต ยากดภูมิคุ้มกัน ไปจนถึงชีววัตถุ (Boonchoet, 2024) แม้ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้นอย่างชัดเจน แต่ด้วยข้อจำกัดด้านต้นทุน การเข้าถึงยา และผลข้างเคียงระยะยาว ทำให้ผู้ป่วยบางส่วนแสวงหาการรักษาทางเลือก (Menter et al., 2020) โดยมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยสะเก็ดเงินเลือกใช้วิธีการรักษาด้วยแพทย์ทางเลือก เช่น การใช้สมุนไพร ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และการฝังเข็ม (Gamret et al., 2018)

ในทางการแพทย์แผนไทยมีการกล่าวถึงกลุ่มอาการที่คล้ายโรคสะเก็ดเงินในคัมภีร์วิถีกุฏฐโรค ซึ่งระบุไว้ว่า “เรื้อน” มีทั้งหมด 9 จำพวก หนึ่งในนั้นคือ “เรื้อนกวาง” (Wat Po Thai Traditional School, 2015) ที่มีลักษณะอาการกล่าวไว้ว่า “เมื่อจะบังเกิดนั้น เกิดขึ้นตามข้อมือ และข้อเท้า และกำด้นต้นคอ ทำให้น้ำเหลืองลามออกไป ครั้นต้องยาเข้าก็แห้ง บางทีก็หายขาดบางทีไม่หาย แต่ไม่ตาย เป็นเพียงลำบาก” ซึ่งอาการดังกล่าวสอดคล้องกับอาการของโรคสะเก็ดเงินในทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ตำรับยาทาริดสีดวงทวารหนักและโรคผิวหนัง เป็นหนึ่งในตำรับยาในบัญชียาหลัก ซึ่งประกอบด้วยเมล็ดฝ้าย (*Gossypium* spp.), ขมิ้นชัน (*Curcuma longa* L.) และใบกัญชา (*Cannabis sativa* L.) (Royal Gazette, 2019) มีการศึกษาประสิทธิผลของตำรับยาริดสีดวงทวารหนักและโรคผิวหนังชนิดผงผสมน้ำมันเปรียบเทียบกับยาครีมสเตียรอยด์ Triamcinolone Acetonide 0.1% ในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน โดยให้ทาบริเวณรอยโรคช่วงเช้าและก่อนนอน ติดต่อกันเป็นเวลา 6 สัปดาห์ พบว่า ระดับความรุนแรงของโรค ความแดง ความคัน ลดลง แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มที่ได้รับยาทาริดสีดวงทวารหนักและโรคผิวหนังลดลงจาก 2.44 เป็น 1.83 กลุ่มที่ได้รับยาสเตียรอยด์คะแนนเฉลี่ยลดลงจาก 2.59 เป็น 2.09 ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ทั้ง 2 กลุ่ม (Meekai et al., 2024)

การศึกษาฤทธิ์ต้านการอักเสบของเหง้าขมิ้นชันในหนู พบว่าสามารถแสดงฤทธิ์ต้านการอักเสบได้ และยังมีการใช้ขมิ้นชันในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการคันเรื้อรังจากผิวหนังที่เกิดจากการสัมผัส sulfur mustard โดยถูกสุ่มแบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับเคอร์คูมิน 1 กรัมต่อวัน 46 คน กลุ่มยาหลอก 50 คน เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มที่ได้รับขมิ้นชัน อาการคันของผู้ป่วยและการอักเสบของผิวหนังลดลง (Panahi, 2012) กัญชามีสารสำคัญที่เป็นองค์ประกอบที่เรียกว่า Cannabinoids (Li, 1973) ที่เป็นสารสื่อประสาทในคนหรือสัตว์ โดยออกฤทธิ์กับ Cannabinoid Receptor และ Synthetic Cannabinoids เป็น Cannabinoids ที่สังเคราะห์ขึ้นในห้องปฏิบัติการ (Radhakrishnan et al., 2014) ที่พบเป็นหลักในพืชกัญชา คือ Delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC), Cannabidiol (CBD) และ Cannabinol (CBN) มีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้กัญชาในการรักษาโรคผิวหนัง พบว่าหลังจากผู้ป่วยโรคแผลพุพองใช้ topical cannabidiol oil ทา 2-3 ครั้งต่อวัน ทำให้บาดแผลเรื้อรังหายเร็วและลดอาการปวดบริเวณผิวหนังที่หนา (keratoderma) (Schräder et al., 2019) การศึกษาฤทธิ์ของน้ำมันสารสกัดเมล็ดฝ้าย (*Gossypium herbaceum*) ในการรักษาบาดแผล พบว่าหนูทดลองกลุ่มที่ได้รับการรักษามีระยะเวลาในการสร้างเยื่อบุผิวใหม่และการหดตัวของ

บาดแผลลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ในบาดแผลแบบ incision พบว่าความแข็งแรงของบาดแผลและเกิดเนื้อเยื่อแกรนูเลชัน (granulation tissue) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในหนูทดลองที่ได้รับการรักษาทุกกลุ่มเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม (Ade-Ademilua et al., 2018) นอกจากนี้พบว่าน้ำมันเมล็ดฝ้ายมีปริมาณกรดลิโนเลอิกสูง จึงอาจมีศักยภาพในการลดการสูญเสียน้ำและซ่อมแซมชั้นป้องกันผิวหนังได้สูง (Gutierrez et al., 2025)

ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้ตำรับยาทาริดสีดวงทวารหนักและโรคผิวหนังในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินชนิดรุนแรง ณ ศูนย์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เพื่อประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัยของตำรับยา และสนับสนุนข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการประยุกต์ใช้ในทางคลินิกต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการใช้ยาทาริดสีดวงทวารและโรคผิวหนัง ต่อการลดระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน ในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่มีระดับความรุนแรงมาก

จริยธรรมวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ศูนย์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รหัสอนุมัติโครงการ EC No. T015/67 ผู้ป่วยได้รับการอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการศึกษาและได้ลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนเข้าร่วม

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 29 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย สถานภาพโสด ระดับการศึกษาปริญญาตรี อาชีพค้าขาย มีโรคประจำตัวเป็นโรคซึมเศร้า ปฏิเสธการสูบบุหรี่ ปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปฏิเสธการได้รับการผ่าตัด ไม่พบประวัติการแพ้ยาและอาหาร มีพฤติกรรมการนอนหลับไม่เป็นเวลา มักเข้านอนช่วงเวลา 01.00–04.00 น. และตื่นประมาณ 13.00 น. ระยะเวลาการนอนรวมประมาณ 8–12 ชั่วโมงต่อวัน นอนหลับไม่ค่อยสนิท มีอาการละเมอ สะดุ้งตื่นกลางดึกเป็นบางครั้ง รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ไม่ตรงเวลา ชอบรับประทานอาหารแปรรูป อาหารรสหวาน ดื่มชาและกาแฟเป็นบางวัน เข้ารับการรักษาในศูนย์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก วันที่ 27 มิถุนายน 2568

อาการสำคัญ มีปื้นแดง หนา มีสะเก็ดสีเงิน ผิวลอก และมีอาการคัน เป็นมา 1 ปี

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

6 เดือนก่อนมาพบแพทย์แผนไทย: มีปื้นนูนหนา ผิวลอกบริเวณแขน ขา ทั้งสองข้าง หลัง หน้าท้อง และบริเวณหน้าผาก ร่วมกับมีอาการคัน เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง แต่อาการไม่ดีขึ้น

1 เดือนก่อนมาพบแพทย์แผนไทย: ผู้ป่วยปฏิเสธการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล มีผื่นหนา ผิวลอกขึ้นทั้งตัว คัน ผื่นบางจุดเป็นรอยลอกแดง แตกบริเวณขา

1 สัปดาห์ก่อนมาพบแพทย์แผนไทย: ผู้ป่วยมีปื้นแดง หนา มีสะเก็ดขุยสีเงิน บริเวณแขน ขา ทั้งสองข้าง หน้าท้อง และบริเวณหน้าผาก

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าเมื่อ 7 ปีที่แล้ว มียาที่ต้องรับประทานเป็นประจำ คือ ยา Lamotrigine 200 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนนอน, ยา Quetiapine 100 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนนอน, ยา Clonazepam 1 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนนอน และยา Mianserin 15 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนนอน 1 ปีต่อมามีปื้นแดงเกิดขึ้นบริเวณหน้าผาก และมีแผ่นหนังศีรษะลอก จึงเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง แพทย์จ่ายน้ำมันดิน (Tar) และยา TA 0.1% อาการทุเลาลง แต่เริ่มมีสิวติดสารสเตียรอยด์

1 ปีก่อนมาพบแพทย์แผนไทย ผู้ป่วยกลับมามีอาการมากขึ้นอีกครั้งหลังการใช้ครีมนวด

ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว

บิดา: เสียชีวิตเนื่องจากภาวะหลอดเลือดหัวใจอุดตัน

มารดา: มีโรคประจำตัวคือ นิ่ว เนื้องอกต่อมไทรอยด์ และเส้นเลือดในสมองตีบ ได้รับการรักษาต่อเนื่อง

น้องสาว: มีโรคประจำตัวคือ ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ

การตรวจร่างกายตามระบบ

รูปร่าง: อ้วน น้ำหนัก 70 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 29.13 กิโลกรัมต่อตารางเมตร อุณหภูมิ 36.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/85 มิลลิเมตรปรอท

ผิวหนัง: มีปื้นแดง หนา มีสะเก็ดสีเงิน ผิวลอกขึ้นทั้งตัว และมีอาการคัน

ศีรษะ: มีผื่นแดงบริเวณหน้าผาก รูปร่างปกติ

ตา: ปกติ มองเห็นภาพชัดทั้ง 2 ข้าง เปลือกตาไม่ซีด

จมูก: ปกติ ไม่มีสิ่งคัดหลั่ง ไม่มีอาการคัดจมูกหรือน้ำมูกไหล

ปาก: ริมผีปากปกติ ไม่มีบาดแผล

ลำคอ: ปกติ ไม่มีเส้นเลือดดำที่คอโป่งพอง

ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก: ปกติ ไม่มีเสียง Wheezing หรือ Rhonchi

ระบบหัวใจและหลอดเลือด: อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ไม่มีเสียง Murmur

ระบบทางเดินอาหาร: ปกติ ไม่พบแผลหรือรอยผ่าตัด เสียงลำไส้ปกติ กดไม่เจ็บ

ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ: ปกติ ไม่พบข้อบวมหรือผิดรูป

ระบบประสาท: รู้สึกตัวดี สามารถโต้ตอบได้ มีกำลังกล้ามเนื้อปกติ

การวินิจฉัยโรคทางแพทย์แผนปัจจุบัน: Plaque Psoriasis

การวินิจฉัยโรคทางแพทย์แผนไทย: โรคเรื้อนมูลนก

การรักษาที่ได้รับ: ตำรับยาทาริดสีดวงทวารหนักและโรคผิวหนัง ในรูปแบบยาครีม ขนาด 50 กรัมต่อหลอด มีส่วนประกอบของสมุนไพร จำนวน 3 ชนิด ได้แก่ น้ำมันเมล็ดฝ้าย (*Gossypium* spp.) ขมิ้นชัน (*Curcuma longa* L.) และใบกัญชา (*Cannabis sativa* L.) ใช้ทาบริเวณที่มีอาการโดยบีบครีม 3 ข้อนิ้วมือต่อรอยโรคขนาด 2 ฝ่ามือ วันละ 2 ครั้ง หลังอาบน้ำ เช้า-เย็น ผลิตและควบคุมคุณภาพยาโดยกองพัฒนายาแผนไทยและสมุนไพร กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข 117 ถนนพหลโยธิน อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

การติดตามและประเมินผลการรักษา: หลังจากวันเริ่มต้น (Day 0) จะนัดติดตามผู้ป่วย ณ ศูนย์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก – อาคารเรือนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จังหวัดนนทบุรี ทุก 30 วัน ติดต่อกัน 3 เดือน คือวันที่ 30, 60 และ 90 ตามลำดับ โดยใช้แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน (PASI) ร่วมกับประเมินความปลอดภัยโดยใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และมีการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินด้วยแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคผิวหนัง (DLQI)

ตารางที่ 1 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยาทาริดสีดวงทวารหนักและโรคผิวหนัง

Laboratory Examination	Result				Reference range	Unit
	Pre-treatment (Day 0)	Flag	Post-treatment (Day 90)	Flag		
Complete Blood Count; CBC						
WBC Count	8460		9460		4500-11000	Cells/mm^3
Hemoglobin	14.0		13.8		12.0-16.0	g/dL
Hematocrit	42		40		36-47	%
RBC Count	4.81		4.81		4.00-5.50	Mcells/mm^3
MCV	87.9		83.8		80.0-98.0	fL
MCH	29.1		28.7		27.0-32.0	pg
MCHC	33.1		34.2		31.0-36.0	g/dL
RDW	13.0		12.7		11.0-16.0	%
Platelet Count	285000		277000		150000-450000	Cells/mm^3
PMN Neutrophil	56		61		40-70	%
Lymphocyte	31		31		20-40	%
Monocyte	7		6		2-10	%
Eosinophil	5		1		0-5	%
Basophil	1		1		0-2	%
RBC Morphology	Normal		Normal		-	
Anisocytosis	-		-		-	
Microcyte	-		-		-	
Macrocyte	-		-		-	
Hypochromia	-		-		-	

Laboratory Examination	Result					
	Pre-treatment (Day 0)	Flag	Post-treatment (Day 90)	Flag	Reference range	Unit
Platelet from smear	Adequate		Adequate		Adequate	
BUN in Serum	10.6		14.8		9.8-20.1	mg/dL
Creatinine	0.82		0.75		0.57-1.11	mg/dL
Liver function test						
Total protein	7.6		7.5		6.4-8.3	g/dL
Albumin	**5.2**	H	**5.1**	H	3.5-5.0	g/dL
Globulin	2.4		2.4		2.1-3.3	g/dL
Albumin/*Globulin	**2.2**	H	**2.1**	H	1.0-1.8	g/dL
Total Bilirubin	0.40		0.30		0.20-1.20	g/dL
Direct Bilirubin	0.17		0.15		0.00-0.50	g/dL
AST (SGOT)	**53**	H	26		5-34	U/L
ALT (SGPT)	**90**	H	38		0-55	U/L
Alkaline phosphatase	89		88		46-122	U/L
Microscopic						
ESR	18		**24**	H	0-20	mm/hr

Remark: H = ค่าสูงกว่าค่าปกติ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนได้รับยาทาริดสีดวงทวารหนักและโรคผิวหนัง พบว่า ผู้ป่วยมีค่าผลการตรวจบางรายการสูงกว่าปกติ ได้แก่ Albumin 5.2 g/dL (ค่าปกติ 3.5–5.0 g/dL), Albumin/Globulin 2.2 (ค่าปกติ 1.0–1.8), AST 53 U/L (ค่าปกติ 5–34) และ ALT 90 U/L (ค่าปกติ 0–55) ส่วนค่าทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ อยู่ในช่วงอ้างอิงปกติ หลังได้รับการรักษาด้วยตำรับยาทาริดสีดวงทวารหนักและโรคผิวหนัง พบว่า ค่า AST และ ALT ลดลงเข้าสู่ช่วงอ้างอิงปกติ ขณะที่ค่า ESR เพิ่มจาก 18 เป็น 24 mm/hr ซึ่งสูงกว่าช่วงอ้างอิง นอกจากนี้ ค่า BUN เพิ่มขึ้นจาก 10.6 เป็น 14.8 mg/dL แต่ยังคงอยู่ในช่วงอ้างอิงปกติ ส่วนค่า Albumin และอัตราส่วน Albumin/Globulin ลดลงแต่ยังคงสูงกว่าช่วงอ้างอิงเล็กน้อยตลอดระยะเวลาการติดตาม

การประเมินระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน (Psoriasis Area and Severity Index: PASI)

ตารางที่ 2 ข้อมูลตามแบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน (PASI)

Treatment	PASI Score	Flag	Disease Severity
Day 0	22.4		Severe
Day 30	22.0	L	Severe
Day 60	19.2	L	Severe
Day 90	13.6	L	Severe

Remark: L = ค่าคะแนนลดลง

จากการติดตามผลการรักษาเพื่อประเมินความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน (PASI) พบว่าผู้ป่วยมีค่า PASI ลดลงอย่างต่อเนื่อง ดังนี้ ในวันเริ่มต้น (Day 0) ค่า PASI เท่ากับ 22.4 ในการติดตามครั้งที่ 1 (Day 30) ค่า PASI เท่ากับ 22 ในการติดตามครั้งที่ 2 (Day 60) ค่า PASI เท่ากับ 19.2 และในครั้งสุดท้าย (Day 90) ค่า PASI เท่ากับ 13.6 แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของการตอบสนองต่อการรักษาในทางที่ดี มีการลดลงของคะแนนรวมคิดเป็นร้อยละ 39.29 เมื่อเปรียบเทียบระหว่าง Day 0 และ Day 90

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบผลก่อนและหลังได้รับตำรับยาทาริดสีดวงทวารหนักและโรคผิวหนัง

Area	Image Showing Lesions	
	Pre-treatment (Day 0)	Post- treatment (Day 90)
Head		
Arm (left)		

Area	Image Showing Lesions	
	Pre-treatment (Day 0)	Post- treatment (Day 90)
Arm (right)		
Leg (left)		
Leg (right)		
Trunk (Back)		
Trunk (Abdomen)		

** ถ่ายภาพรอยโรคภายใต้สภาพแสงในห้องตรวจเดียวกัน ใช้กล้องดิจิทัลจากสมาร์ตโฟน (iPhone 15) กำหนดมุมถ่ายและระยะห่างคงที่เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของรอยโรคได้อย่างเหมาะสม

ผลการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคผิวหนัง (Dermatological Quality of Life Index: DLQI)

ตารางที่ 4 ผลการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคผิวหนัง (DLQI)

No.	DLQI	Result			
		Pre-treatment (Day 0)	Status	Post-treatment (Day 90)	Status
1.	Over the last week, how itchy, sore, painful or stinging has your skin been?	3	Very much	1	A little
2.	Over the last week, how embarrassed or self-conscious have you been because of your skin?	3	Very much	2	A lot
3.	Over the last week, how much has your skin interfered with you going shopping or looking after your home or garden?	2	A lot	1	A little
4.	Over the last week, how much has your skin influenced the clothes you wear?	3	Very much	1	A little
5.	Over the last week, how much has your skin affected any social or leisure activities?	3	Very much	1	A little
6.	Over the last week, how much has your skin made it difficult for you to do any sport?	3	Very much	2	A lot
7.	Over the last week, has your skin prevented you from working or studying?	-		-	
	If "No", over the last week how much has your skin been a problem at work or studying?	2	A lot	0	Not at all
8.	Over the last week, how much has your skin created problems with your partner or any of your close friends or relatives?	2	A lot	0	Not at all
9.	Over the last week, how much has your skin caused any sexual difficulties?	0	Not at all	0	Not at all

No.	DLQI	Result			
		Pre-treatment (Day 0)	Status	Post-treatment (Day 90)	Status
10.	Over the last week, how much of a problem has the treatment for your skin been, for example by making your home messy, or by taking up time?	3	Very much	0	Not at all
	Overall	**24**		**8**	

Remark: Score 0 – 1 no effect at all on patient's life
Score 2 – 5 small effect on patient's life
Score 6 – 10 moderate effect on patient's life
Score 11 – 20 very large effect on patient's life
Score 21 – 30 extremely large effect on patient's life

จากการประเมินผลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคผิวหนังโดยใช้แบบประเมิน DLQI (Imperial College Healthcare NHS Trust, 2025) พบว่า ก่อนได้รับตำรับยาทาริดสีดวงทวารหนักและโรคผิวหนัง ผู้ป่วยมีระดับคะแนน DLQI เท่ากับ 24 คะแนน แสดงถึงผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในระดับรุนแรง หลังได้รับตำรับยาทาริดสีดวงทวารหนักและโรคผิวหนัง ผู้ป่วยมีระดับคะแนน DLQI เท่ากับ 8 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการรักษา พบว่าคะแนนลดลง 16 คะแนน คิดเป็นประมาณร้อยละ 66.7 แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของระดับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในทิศทางที่ดีขึ้นภายหลังการรักษา

อภิปรายผล

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสะเก็ดเงินชนิดรุนแรง มีลักษณะรอยโรคเป็นปื้นหนาและกระจายเป็นบริเวณกว้าง ตลอดช่วงการรักษา ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาและมาติดตามผลอย่างสม่ำเสมอ ภายหลังการรักษาพบว่า ระดับความรุนแรงของโรคจากค่า PASI มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยในวันที่ 0, 30, 60 และ 90 มีค่า PASI เท่ากับ 22.4, 22.0, 19.2 และ 13.6 ตามลำดับ แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มการตอบสนองต่อการรักษาในทางที่ดีขึ้น ในส่วนของคุณภาพชีวิตประเมินด้วย DLQI พบว่า ก่อนการรักษาผู้ป่วยมีคะแนน DLQI เท่ากับ 24 คะแนน หลังได้รับการรักษาด้วยยาทาริดสีดวงทวารหนักและโรคผิวหนัง คะแนน DLQI ลดลงเหลือ 8 คะแนน สะท้อนให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการหลังได้รับการรักษาด้วยยาทาริดสีดวงทวารหนักและโรคผิวหนัง พบว่า ค่าเอนไซม์ตับ AST และ ALT ลดลงเข้าสู่ระดับปกติ มีค่า ESR ที่ติดตามเพิ่มขึ้นสูงกว่าปกติเล็กน้อย แต่ไม่พบความผิดปกติทางห้องปฏิบัติการที่บ่งชี้ถึงผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะสำคัญ ในระยะเวลาการติดตาม 90 วัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ ธัญวิสิษฐ์ เจริญยิ่ง และคณะ ที่ศึกษาศักยภาพของกัญชาทาภายนอกในการรักษาโรคสะเก็ดเงิน พบว่าระดับความรุนแรงของโรคลดลงและคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังการรักษา 4 สัปดาห์

โดยไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ทางคลินิกหรือความเปลี่ยนแปลงของผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Charoenying et al., 2024) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ชัชวาล วชิระเมธารัตน์ และคณะ ซึ่งรายงานว่าผู้ป่วยที่ได้รับสารสกัดกัญชามีค่าเฉลี่ยความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) (Wachirameetharat et al., 2022) รวมถึงงานวิจัยของ รังสิยา นันทะแสน และคณะ ที่พบว่าน้ำมันกัญชามีส่วนช่วยลดความรุนแรงของโรคและบรรเทาอาการคัน แห้ง และอักเสบของผิวหนังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) (Nantasen et al., 2024)

นอกเหนือจากผลการรักษาด้วยตำรับยาทาริดสีดวงทวารหนักและโรคผิวหนังแล้ว ยังมีปัจจัยร่วมอื่นที่อาจส่งผลต่อการดำเนินโรคของผู้ป่วยรายนี้ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะสุขภาพจิต ผู้ป่วยมีรูปแบบการบริโภคอาหารบางประเภทที่อาจจัดเป็นอาหารแสลงตามแนวคิดการแพทย์แผนไทย เช่น อาหารแปรรูป อาหารรสหวาน หรืออาหารไขมันสูงต่าง ๆ ซึ่งตามทฤษฎีอาจกระตุ้นให้เกิดความผิดปกติของธาตุและทำให้โรคผิวหนังเรื้อรังกำเริบได้ (Pothisat et al., 2021) ในทางการแพทย์แผนปัจจุบัน การบริโภคอาหารที่มีพลังงานสูงและไขมันอิ่มตัวในปริมาณมากอาจส่งผลให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนจากการสะสมของเนื้อเยื่อไขมัน ซึ่งเนื้อเยื่อดังกล่าวสามารถหลั่งสารก่อการอักเสบหลายชนิด และอาจมีส่วนกระตุ้นกระบวนการอักเสบที่เกี่ยวข้องกับพยาธิกำเนิดของโรคสะเก็ดเงิน ส่งผลให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น (Jensen, 2016) นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีประวัติภาวะซึมเศร้า ซึ่งอาจเป็นปัจจัยร่วมที่มีผลต่อความรุนแรงและการกำเริบของโรค เนื่องจากความเครียดและความผิดปกติทางอารมณ์สามารถกระตุ้น hypothalamic–pituitary–adrenal (HPA) axis และเพิ่มระดับสารก่อการอักเสบ (pro-inflammatory cytokines) ที่เกี่ยวข้องกับพยาธิกำเนิดของโรคสะเก็ดเงินได้ (Rajasekharan et al., 2023)

อย่างไรก็ตาม รายงานนี้เป็นกรณีศึกษาเพียงรายเดียว และไม่ได้ควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อผลลัพธ์ เช่น การใช้ยาร่วม การปฏิบัติตามการรักษา ปัจจัยด้านพฤติกรรม และความแปรปรวนตามธรรมชาติของโรคสะเก็ดเงิน จึงไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้อย่างชัดเจน ดังนั้นควรมีการศึกษาวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และมีการออกแบบการวิจัยที่เหมาะสม เพื่อประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัยของตำรับยาอย่างเป็นระบบ รวมทั้งควรมีการควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อผลลัพธ์เพื่อให้สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้อย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษากลุ่มตัวอย่างในจำนวนที่มากขึ้น และมีการติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัยของการรักษาได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ควรมีการประเมินปัจจัยที่อาจส่งผลต่อความรุนแรงและการกำเริบของโรคสะเก็ดเงินเพิ่มเติม เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ภาวะโภชนาการ ภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน รวมถึงปัจจัยด้านสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้าและความเครียด ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับกระบวนการอักเสบของร่างกายและการดำเนินโรค ทั้งนี้ การศึกษาดังกล่าวอาจช่วยให้เข้าใจปัจจัยที่มีผลต่อผลลัพธ์ของการรักษาได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น และสามารถนำไปพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินแบบองค์รวมได้อย่างมีประสิทธิภาพในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

Ade-Ademilua, O.E., & Okpoma, M.O. (2018). Gossypium hirsutum L. and Gossypium barbadense L.: differences in phytochemical contents, antioxidant and antimicrobial properties. *Ife Journal of Science*. 20(1): 77-88. https://www.academia.edu/71853495/Gossypium_hirsutum_L_and_Gossypium_barbadense_L_differences_in_phytochemical_contents_antioxidant_and_antimicrobial_properties

Boonchoet, S. (2024). Nursing care for psoriasis patients with complications from Methotrexate treatment using Orem's nursing theory. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. https://www.ddc.moph.go.th/uploads/files/5294320250527 093528.pdf

Charoenying, T., Lomwong, K., Boonkrong, P., & Kruanamkam, W. (2024). Therapeutic potential of topical cannabis for the treatment of psoriasis: a preliminary clinical evaluation of two different formulations. *J Curr Sci Technol*. 14(1): Article 6. https://ph04.tci-thaijo.org/index.php/JCST/article/download/1225/470

Gamret, A. C., Price, A., Fertig, R.M., Lev-Tov, H., & Nichols, A.J., (2018). Complementary and alternative medicine therapies for psoriasis: a systematic review. *JAMA Dermatol*, 154(11): 1330-7.

Gutierrez, J., & Komarnytsky, S. (2025). Cottonseed oil composition and its application to skin health and personal care. *Frontiers in Pharmacology*, 16, 1559139. https://doi.org/10.3389/fphar.2025.1559139

Imperial College Healthcare NHS Trust. (2025). Dermatology Life Quality Index (DLQI). https://www.imperial.nhs.uk/-/media/website/services/dermatology/patientforms/dermatology-life-quality-iindex-dlqi.pdf

Institute of Dermatology. (2025). Manual: Guidelines for Developing a Service Model for Psoriasis Patients in Health Service Facilities, by Health Region. https://www.iod.go.th/wp-content/uploads/2025/07/สะเก็ดเงินเวป-1.pdf

Jensen, P., & Skov, L. (2016). Psoriasis and obesity. Dermatology, 232(6), 633–639.

Li HL. (1973). An archaeological and historical account of cannabis in China. Economic Botany. 28(4): 437–448.

Meekai, N., Lasongmuang, K., & Junto, E. (2024). Effectiveness of the hemorrhoids and skin disease formula from the Ayurvedic Textbook of Khun Nitthes Sukkhakit: A case study of a patient with psoriasis. Journal of Thai Traditional and Alternative Medicine, 22(3), 601–613.

Menter, A., Strober, B. E., Kaplan, D. H., Kivelevitch, D., Prater, E. F., Stoff, B., & Armstrong, A. W. (2020). Joint AAD-NPF guidelines of care for the management of psoriasis with systemic non-

biologic therapies. *J Am Acad Dermatol*, 82(6): 1445-86. https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.11.057

Nantasen, R, & Bamphenrat, Y. (2024). Investigation of the efficacy of cannabis oil in patients with psoriasis in Chaturaphakphiman Hospital, Roi-Et province, northeast Thailand. *J Health Innov Res Dev.* 5(3):179–86.

Panahi Y, Sahebkar A, Parvin S, Saadat A. A randomized controlled trial on the anti-inflammatory effects of curcumin in patients with chronic sulphur mustard-induced cutaneous complications. Ann Clin Biochem. 2012. 49(6): 580-8.

Pothisat, P., Nadoo, W., Nettippawan, I., Najaikong, T., Yanpaisan, W., Pongpirul, K., & Teerachaisakul, M. (2021). Psoriasis: Knowledge from Thai traditional medicine. Journal of Thai Traditional and Alternative Medicine, 19(3), 646–658

Radhakrishnan R, Wilkinson ST, & D'Souza DC. Gone to pot-a review of the association between cannabis and psychosis. Frontiers in Psychiatry. 2014;54(5): 1-24.

Rajasekharan, A., Munisamy, M., Menon, V., Raj, P. S. M., Priyadarshini, G., & Rajappa, M. (2023). *Stress and psoriasis: Exploring the link through the prism of hypothalamo-pituitary-adrenal axis and inflammation*. Journal of Psychosomatic Research, 170, 111350.

Royal Gazette. (2019). Announcement of the Ministry of Public Health regarding the designation of a category 5 narcotic formula that contains marijuana that can be consumed for disease treatment or research. special section94D. 136: 27.

Schräder, N. H. B., Duipmans, J. C., Molenbuur, B., Wolff, A. P., & Jonkman, M. F. (2019). Combined tetrahydrocannabinol and cannabidiol to treat pain in epidermolysis bullosa: a report of three cases. British Journal of Dermatology, 180(4): 922-924.

Wachirameetharat, C, Simmerman, P, & Chulawanna, S. (2022). Effectiveness of Medical Cannabis Extract in the Treatment of Psoriasis Patients. Service Plan Sharing Best Practice. Medical Cannabis Program. http://phdbservice.moph.go.th/APP/ SERVICEPLAN/uploads/event2022/service19/index.html#p=6

Wat Po Thai Traditional School. (2015). Thai medicinal recipes on Wat Phra Chettuphon Wimon Mangkhalaram's stone inscriptions. Bangkok

Online Access

https://he05.tci-thaijo.org/index.php/J_PHR/article/view/6954

JPHR วารสารวิจัยสุขภาพปฐมภูมิ Journal of Primary Health Research

Research articles

eISSN : 3057-1812 (Online)

การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา

Participation in the Development of Public Sector Management Quality (PMQA) among Public Health Personnel in Mueang Songkhla District, Songkhla Province

พิเชษฐ์ สุขทร

Pichete Suktorn

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา

Mueang Songkhla District Public Health Office, Songkhla Province

*Corresponding author, e-mail: pichete5733@hotmail.com

Received: February 28, 2026; **Revised:** April 3, 2026; **Accepted:** April 5, 2026

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) การรับรู้ ทัศนคติ ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม และการมีส่วนร่วม และ 2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ด้านการรับรู้ด้านทัศนคติ สภาพแวดล้อมในองค์กร กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ บุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา คำนวณกลุ่มตัวอย่าง 70 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ตรวจสอบเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้องระหว่าง 0.67-1.00 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Chi-square test, Fisher's exact test และ Pearson correlation coefficient

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.03, SD = 0.65) ด้านทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.38, SD = 0.50) ด้านสภาพแวดล้อมในองค์กรในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.43, SD = 0.19) การมีส่วนร่วมในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (M = 3.69, SD = 0.36) และปัจจัยด้านประเภทการทำงาน และการรับรู้มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐเป็นไปในทิศทางบวกอยู่ในระดับต่ำ (r = 0.25, p = 0.04) ส่วนปัจจัยอื่นไม่มีความสัมพันธ์กันฉะนั้น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา ควรกำหนดนโยบายการดำเนินงาน PMQA ที่ชัดเจน โดยชี้แจงนโยบาย และตัวชี้วัดให้บุคลากรทุกคนรับทราบ

คำสำคัญ : การบริหารจัดการภาครัฐ, การมีส่วนร่วม, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

วารสารวิจัยสุขภาพปฐมภูมิ Journal of Primary Health Research

Abstract

This cross-sectional study aimed to: (1) examine perceptions, attitudes, environmental factors, and participation; and (2) analyze the relationships between personal factors, perceptions, attitudes, and organizational environment with participation in the development of public sector management quality among public health personnel in Mueang Songkhla District, Songkhla Province. The study population consisted of personnel under the Mueang Songkhla District Public Health Office, Songkhla Province. A sample of 70 participants was determined. Data were collected using a questionnaire. The instrument was validated by three experts, yielding an Index of Item-Objective Congruence (IOC) ranging from 0.67 to 1.00. The reliability of the instrument, assessed using Cronbach's alpha coefficient, was 0.84. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, Fisher's exact test, and Pearson's correlation coefficient.

The results revealed that most participants had a moderate level of perception (M = 3.03, SD = 0.65), a moderate level of attitude (M = 3.38, SD = 0.50), and a moderate level of overall organizational environment (M = 3.43, SD = 0.19). Overall participation was at a high level (M = 3.69, SD = 0.36). Work-related factors and perception were positively associated with participation in the development of public sector management quality at a low level (r = 0.25, p = 0.04), while other factors were not significantly associated. Therefore, the Mueang Songkhla District Public Health Office should establish clear PMQA implementation policies, including communicating policies and performance indicators to all personnel.

Keywords : public sector management, participation, district public health office

บทนำ

ประเทศไทยได้นำระบบการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐหรือรางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (Public Sector Management Quality Award: PMQA) โดยได้นำแนวคิดและโครงสร้างของเกณฑ์ที่ประยุกต์มาจากเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติของประเทศสหรัฐอเมริกา (Malcolm Baldrige National Quality Award: MBNQA) มาปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของราชการไทย และสอดคล้องกับวิธีปฏิบัติราชการตามพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 ที่กำหนดแนวทางปฏิบัติราชการเพื่อประโยชน์สุขของประชาชน (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2567) หัวใจสำคัญของ PMQA คือ การประเมินองค์กรด้วยตนเอง (Self-Assessment) เพื่อทบทวนกระบวนการทำงานในปัจจุบันเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน หากพบจุดอ่อนหรือส่วนที่ยังไม่ได้มาตรฐาน หน่วยงานจะสามารถวางแผนปรับปรุงและพัฒนาแนวทางปฏิบัติได้อย่างตรงจุดเพื่อผลักดันองค์กรให้บรรลุเป้าหมาย และเกิดความสำเร็จอย่างยั่งยืน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ, 2567) PMQA ประกอบด้วย 7 หมวดหลัก ได้แก่ หมวด 1 การนำองค์การ หมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด 3 การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด 4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ หมวด 5 การมุ่งเน้นบุคลากร หมวด 6 การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ และหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ, 2563)

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางการพัฒนาองค์กรตามประเด็นยุทธศาสตร์ โดยใช้กรอบ PMQA ครอบคลุมทั้งองค์กร เป้าหมายสำคัญคือการสร้างองค์กรคุณภาพคู่คุณธรรมที่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้การบริหารจัดการเชิงบูรณาการบนฐานความรู้และนวัตกรรม PMQA จึงมิใช่เพียงกลไกเชิงนโยบาย แต่ยังเป็นเครื่องมือบริหารการเปลี่ยนแปลง (Change Management Tool) ที่มีบทบาทในการขับเคลื่อนองค์กรสาธารณสุขไปสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูง (High Performance Organization: HPO) โดยเน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับ ตั้งแต่ผู้บริหารจนถึงผู้ปฏิบัติการ เพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน การปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง และการสร้างผลลัพธ์ที่ตอบสนองต่อประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างแท้จริง (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2567)

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสงขลา ได้เริ่มนำเกณฑ์ PMQA มาใช้ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 โดยใช้เป็นกรอบการประเมินตนเอง ทำให้ทราบจุดแข็งและโอกาสในการปรับปรุงองค์กรมาอย่างต่อเนื่อง และตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 ได้ใช้ PMQA ในการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานของหน่วยบริการ ผลการสำรวจพบว่า บุคลากรยังมีทัศนคติและการรับรู้เกี่ยวกับ PMQA โดยยังเข้าใจว่าเป็นงานที่ยุ่งยากและเป็นการเพิ่มภาระงาน อีกส่วนหนึ่งยังมีความคิดเห็นว่า ระบบงาน การจัดองค์กร การสื่อสาร และแรงจูงใจสำหรับผู้ที่ปฏิบัติงานยังไม่เพียงพอ และการดำเนินงานยังจำกัดอยู่ในกลุ่มบุคลากรบางส่วน ไม่สามารถสร้างการมีส่วนร่วมอย่างครอบคลุมทุกระดับได้จริง โดยปี พ.ศ. 2566 พบว่า บุคลากรเข้าร่วมกิจกรรม PMQA อย่างต่อเนื่องเพียงร้อยละ 58 เข้าร่วมเฉพาะบางกิจกรรมร้อยละ 25 และไม่เข้าร่วมเลยร้อยละ 17 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดด้านการมีส่วนร่วม โดยเฉพาะในหมวดการนำองค์กรและหมวดการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล ที่ยังไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มงานสนับสนุน และการจัดกระบวนการที่ยังไม่เป็นระบบ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสงขลา, 2566)

และจากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ได้แก่ สภาพแวดล้อมภายในองค์กร (สำราญ เชื้อเมืองพาน, 2562) ด้านการจัดการกระบวนการ ได้แก่

การสื่อสาร และการได้รับแรงจูงใจ (วิรัลพัชร คำผุย, ภมร ขันธะหัตถ์ และอธิพงศ์ เพชรสุทธิ์, 2564) สภาพการทำงาน (ฐิชารัศม์ ชัยบรรจงวัฒน์, 2566) ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน การเป็นคณะกรรมการ/คณะทำงาน การเคยได้รับการอบรม/สัมมนา/ประชุมชี้แจง ความรู้ ทัศนคติ และแรงจูงใจในการทำงาน (ณัฐกริช โกมลศรี, 2566) การรับรู้และได้เรียนรู้งาน PMQA (ทนง วีระแสงพงษ์, 2566) ปัจจัยค้ำจุน และปัจจัยแรงจูงใจ (เนาวรัตน์ ศรีสันติแสง และกำพล เข็มทอง, 2567)

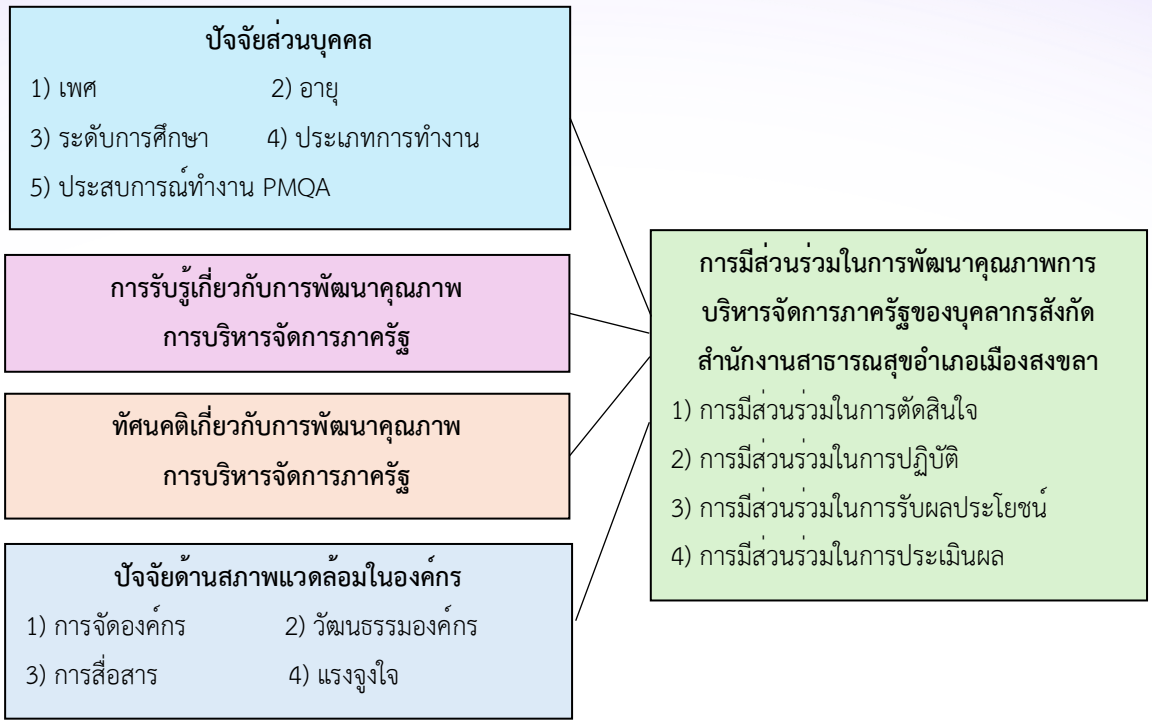
ดังนั้น หากได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนา PMQA ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา อย่างจริงจัง จะสามารถดำเนินงานพัฒนา PMQA อย่างเป็นระบบ และสามารถเสริมสร้างการรับรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนา PMQA ให้บุคลากรทุกระดับ อีกทั้งยังสามารถที่จะปรับทัศนคติบุคลากรให้ยอมรับการเปลี่ยนแปลงและคิดปรับปรุงยอมรับสิ่งใหม่ ๆ สร้างแรงจูงใจให้บุคลากรทุกระดับที่ได้เข้าร่วมการพัฒนา PMQA อย่างเป็นรูปธรรม ข้อมูลที่ได้จึงเป็นประโยชน์และเป็นแนวทางในการสร้างความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติที่ดี และบรรยากาศองค์กรที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงาน PMQA ให้ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ ทัศนคติ และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในองค์กรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา
2. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา
3. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ด้านการรับรู้ ด้านทัศนคติ สภาพแวดล้อมในองค์กรกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเชื่อว่าในการพัฒนา PMQA ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญของการพัฒนาระบบราชการไทยที่ต้องการให้หน่วยงานภาครัฐมีการยกระดับคุณภาพมาตรฐานการทำงานไปสู่ระดับมาตรฐานสากล สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) จึงได้ออกแบบเกณฑ์คุณภาพ PMQA ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมและกำหนดมาเป็นตัวแปรต้น ประกอบด้วย 1) ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์ทำงาน PMQA / ระยะเวลาเป็นคณะกรรมการ PMQA 2) ปัจจัยด้านความรอบรู้ 3) ด้านทัศนคติ และ 4) ด้านสภาพแวดล้อมในองค์กร ได้แก่ การจัดองค์กร วัฒนธรรมองค์กร การสื่อสาร และแรงจูงใจ ดังตารางที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ บุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา จำนวน 85 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 10 มิถุนายน 2567)

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของ Krejcie & Morgan (1970) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้จำนวน 70 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) ดังนี้

(1) นำรายชื่อบุคลากรทั้งหมดมาเรียงลำดับตามตัวอักษรพยัญชนะไทย (ก-ฮ)

(2) คำนวณหาระยะห่างของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร I = N/n แทนสูตร ดังนี้ 85/70 = 1.21 หรือ 2

(3) เมื่อได้ช่วงระยะห่างของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นสุ่มอย่างง่ายโดยทำการสุ่มเลขโดด 1–5 เพื่อหากลุ่มตัวอย่างรายแรก จากการสุ่มเลขโดดหมายเลขที่ได้นับเป็นกลุ่มตัวอย่างรายแรก จากนั้นนับวนไปตามระยะห่างที่คำนวณได้จนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 70 คน

เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1) เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา ไม่น้อยกว่า 1 ปี และ 2) เป็นผู้ที่ยินดีตอบแบบสอบถามการวิจัยและเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นบุคลากรที่อยู่ระหว่างการลาป่วย ลาพักผ่อน ลาคลอดบุตร และลาอุปสมบทในระหว่างการเก็บข้อมูล และ 2) เป็นบุคลากรที่ตอบแบบสอบถามไม่ถูกต้องและไม่สมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 1) เพศ 2) อายุ 3) ระดับการศึกษา 4) ประเภทการทำงาน และ 5) ประสบการณ์ทำงาน PMQA ลักษณะของคำถามเป็นแบบเลือกตอบและปลายเปิด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านการรับรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ จำนวน 5 ข้อ โดยข้อคำถามจะเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) ซึ่งมีระดับการวัด 5 ระดับ ดังนี้ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน)

การแปลผลเฉลี่ยเป็นรายข้อและภาพรวม มาจัดเป็น 3 ระดับ (แก้ไขจาก 5 ระดับเพื่อให้สอดคล้องกับเกณฑ์ที่ระบุ) โดยใช้การแบ่งกลุ่มตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้ ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.67–5.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.66) และระดับน้อย (คะแนน 1.00–2.33)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านทัศนคติเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ จำนวน 7 ข้อ โดยข้อคำถามจะเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) ซึ่งมีระดับการวัด 5 ระดับ ดังนี้ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน)

การแปลผลเฉลี่ยเป็นรายข้อและภาพรวม มาจัดเป็น 3 ระดับ โดยใช้การแบ่งกลุ่มตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้ ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.67–5.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.66) และระดับน้อย (คะแนน 1.00–2.33)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามด้านสภาพแวดล้อมในองค์กร จำนวน 23 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการจัดองค์กร 5 ข้อ 2) ด้านวัฒนธรรมองค์กร 4 ข้อ 3) ด้านการสื่อสาร 5 ข้อ และ 4) ด้านแรงจูงใจ 9 ข้อ โดยข้อคำถามจะเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) ซึ่งมีระดับการวัด 5 ระดับ ดังนี้ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน)

การแปลผลเฉลี่ยเป็นรายข้อและภาพรวม มาจัดเป็น 3 ระดับ โดยใช้การแบ่งกลุ่มตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้ ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.67–5.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.66) และระดับน้อย (คะแนน 1.00–2.33)

ส่วนที่ 5 การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2) ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ 3) ด้านการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ และ 4) ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล (ด้านละ 2 ข้อ) โดยข้อคำถามจะเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) ซึ่งมีระดับการวัด 5 ระดับ ดังนี้ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน)

การแปลผลเฉลี่ยเป็นรายข้อและภาพรวม มาจัดเป็น 3 ระดับ โดยใช้การแบ่งกลุ่มตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้ ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.67–5.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.66) และระดับน้อย (คะแนน 1.00–2.33)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรง (Validity) และให้ความเห็นชอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และหาความเหมาะสมเชิงภาษา (Wording) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง 1 ท่าน อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช 1 ท่าน และนักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช 1 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย และนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อความสมบูรณ์ กำหนดให้คะแนนผลการพิจารณาจากผลการตัดสินของผู้เชี่ยวชาญที่ได้นำไปหาความสอดคล้องของวัตถุประสงค์รายข้อ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ซึ่งได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของวัตถุประสงค์การวิจัยรายข้อระหว่าง 0.67–1.00

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา จำนวน 30 คน โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ดังนี้

ด้านการรับรู้ ได้ค่าสัมประสิทธิ์	เท่ากับ 0.72
ด้านทัศนคติ ได้ค่าสัมประสิทธิ์	เท่ากับ 0.88
ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในองค์กร ได้ค่าสัมประสิทธิ์	เท่ากับ 0.86
การมีส่วนร่วม ได้ค่าสัมประสิทธิ์	เท่ากับ 0.89
ทั้งฉบับ ได้ค่าสัมประสิทธิ์	เท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1–31 ตุลาคม 2567 โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. จัดทำหนังสือถึงผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอด้านบริหาร และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในอำเภอเมืองจังหวัดสงขลา เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย รายละเอียดในการตอบแบบสอบถาม การเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้แจกแบบสอบถามและอธิบายกับกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่ส่งแบบสอบถามตอบกลับและกลุ่มตัวอย่างสามารถไม่ตอบแบบสอบถามข้อใดก็ได้ หรือสามารถหยุดตอบแบบสอบถามได้

3. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน และความสมบูรณ์ ก่อนที่จะส่งกลับมายังผู้วิจัย

4. รวบรวมข้อมูลจนครบตามจำนวนที่ส่งไป นำแบบสอบถามที่ได้รับกลับมาตรวจสอบความครบถ้วน ลงตามรหัสตัวแปรที่กำหนด และนำข้อมูลไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยใช้ค่าร้อยละ (Percentage), ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ใช้อธิบายปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ ด้านทัศนคติ ด้านสภาพแวดล้อมในองค์กร และการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ

2. สถิติเชิงอ้างอิง ดังนี้

2.1 ตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ประเภทการทำงาน และประสบการณ์ทำงาน PMQA ใช้สถิติ Chi-square test และ Fisher's exact test

2.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เนื่องจากการทดสอบการกระจายของข้อมูลการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ($p = 0.18$) จึงเลือกใช้สถิติสหสัมพันธ์ Pearson correlation coefficient เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ ด้านทัศนคติ ด้านสภาพแวดล้อมในองค์กร ได้แก่ ด้านการจัดองค์กร ด้านวัฒนธรรมองค์กร ด้านการสื่อสาร และด้านแรงจูงใจกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ กำหนดค่าความสัมพันธ์ (Bartz, 1999) ดังนี้

ความสัมพันธ์สูงมาก มีค่าสหสัมพันธ์ (r)	0.80–1.00
ความสัมพันธ์สูง มีค่าสหสัมพันธ์ (r)	0.60–0.79
ความสัมพันธ์ปานกลาง มีค่าสหสัมพันธ์ (r)	0.40–0.59
ความสัมพันธ์ต่ำ มีค่าสหสัมพันธ์ (r)	0.20–0.39
ความสัมพันธ์ต่ำมาก มีค่าสหสัมพันธ์ (r)	0.01–0.19

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา เอกสารรับรองเลขที่ 87/2567 ลงวันที่ 28 สิงหาคม 2567

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n= 70)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	10	14.29
หญิง	60	85.71

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
≤ 29 ปี	10	14.29
30 – 44 ปี	41	58.57
≥ 45 ปี	19	27.14
(M= 38.84, SD= 9.32, Minimum= 25, Maximum= 58)		
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	2	2.86
ปริญญาตรี	65	92.86
สูงกว่าปริญญาตรี	3	4.29
ประเภทการทำงาน		
ข้าราชการ	33	47.14
ลูกจ้างประจำ/พนักงานราชการ/พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	20	28.57
ลูกจ้างชั่วคราว/ลูกจ้างรายเดือน	17	24.29
การเป็นคณะกรรมการการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ		
ไม่เป็นคณะกรรมการ	38	54.29
เป็นคณะกรรมการ	32	45.71
- 2 ปี	7	21.87
- 3 ปี	9	28.13
- 4 ปี	6	18.75
- 5 ปี ขึ้นไป	10	31.25

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่า 4 ใน 5 เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 85.71) มากกว่าครึ่งมีอายุระหว่าง 30–44 ปี (ร้อยละ 58.57) โดยมีอายุเฉลี่ย 38.84 ปี (SD = 9.32) อายุต่ำสุด 25 ปี อายุสูงสุด 58 ปี เกือบทั้งหมดมีการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 92.86) เกือบครึ่งเป็นข้าราชการ (ร้อยละ 47.14) และมากกว่าครึ่งไม่เป็นคณะกรรมการการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (ร้อยละ 54.29)

2. ระดับการรับรู้ ด้านทัศนคติ ด้านสภาพแวดล้อมในองค์กรเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ ด้านทัศนติ ด้านสภาพแวดล้อมในองค์กรเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (n= 70)

ปัจจัย	M	SD	ระดับ
การรับรู้	3.03	0.65	ปานกลาง
ด้านทัศนติ	3.38	0.50	ปานกลาง
ด้านสภาพแวดล้อมในองค์กร	3.43	0.19	ปานกลาง

ปัจจัย	M	SD	ระดับ
ด้านการจัดองค์กร	3.14	0.43	ปานกลาง
ด้านวัฒนธรรมองค์กร	3.05	0.64	ปานกลาง
ด้านการสื่อสาร	3.40	0.51	ปานกลาง
ด้านแรงจูงใจ	4.14	0.31	สูง

จากตารางที่ 2 พบว่า การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.03, SD = 0.65) ด้านทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.38, SD = 0.50) ด้านสภาพแวดล้อมในองค์กรในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.43, SD = 0.19) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านแรงจูงใจอยู่ในระดับสูง (M = 4.14, SD = 0.31) สำหรับด้านการจัดการองค์กร ด้านวัฒนธรรมองค์กร และด้านการสื่อสาร อยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.14, SD = 0.43; M = 3.05, SD = 0.64 และ M = 3.40, SD = 0.51)ระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ดังตารางที่ 3

3. ระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (n= 70)

การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ	M	SD	ระดับ
ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	3.67	0.80	สูง
ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ	3.96	0.75	สูง
ด้านการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์	3.53	0.69	ปานกลาง
ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล	3.61	0.89	ปานกลาง
ภาพรวม	**3.69**	**0.36**	**สูง**

จากตารางที่ 3 พบว่า การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (M = 3.69, SD = 0.36) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (M = 3.96, SD = 0.75) รองลงมาคือ ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (M = 3.67, SD = 0.80) ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล (M = 3.61, SD = 0.89) และด้านการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (M = 3.53, SD = 0.69) ตามลำดับ

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ด้านการรับรู้ ด้านทัศนคติ สภาพแวดล้อมในองค์กร กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา ดังตารางที่ 4 และ 5

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ระดับการศึกษา ประเภทการทำงาน และประสบการณ์ทำงาน PMQA กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ

ปัจจัย	ระดับการมีส่วนร่วม		χ^2	df	p-value
	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน(ร้อยละ)			
เพศ			Fisher s Exact		0.12
ชาย	7 (4.71)	3 (5.29)	Test		
หญิง	26 (28.29)	34 (31.71)			
ระดับการศึกษา			Fisher s Exact		1.00
ต่ำกว่าปริญญาตรี	1 (50.00)	1 (50.00)	Test		
ปริญญาตรี	31 (60.64)	34 (34.36)			
สูงกว่าปริญญาตรี	1 (33.33)	2 (66.67)			
ประเภทการทำงาน			9.17	2	0.01*
ข้าราชการ	13 (39.39)	20 (60.61)			
ลูกจ้างประจำ/พนักงานราชการ/ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	15 (75.00)	5 (25.00)			
ลูกจ้างชั่วคราว/ลูกจ้างรายเดือน	5 (29.41)	12 (70.59)			
การเป็นคณะกรรมการการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ					
ไม่เป็นคณะกรรมการ	22 (57.89)	16 (42.11)	3.86	1	0.05
เป็นคณะกรรมการ	11 (34.38)	21 (65.63)			

จากตารางที่ 4 พบว่า ประเภทการทำงานมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (p= 0.01) ส่วนปัจจัยอื่นไม่มีความสัมพันธ์กัน

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ ด้านทัศนติ ด้านสภาพแวดล้อมในองค์กรกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ

ปัจจัย	ค่าสหสัมพันธ์ (r)	*p*-value	ความสัมพันธ์
อายุ	0.21	0.09	ไม่มี
การรับรู้	0.25	0.04*	ระดับต่ำ
ด้านทัศนคติ	0.09	0.49	ไม่มี
ด้านการจัดองค์กร	-0.03	0.84	ไม่มี
ด้านวัฒนธรรมองค์กร	0.07	0.58	ไม่มี
ด้านการสื่อสาร	-0.11	0.35	ไม่มี
ด้านแรงจูงใจ	0.19	0.12	ไม่มี

*p < 0.05

จากตารางที่ 5 พบว่า การรับรู้มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐเป็นไปในทิศทางบวกอยู่ในระดับต่ำ (r= 0.25, p= 0.04) ส่วนปัจจัยอื่นไม่มีความสัมพันธ์กัน

อภิปรายผล

1. ระดับการรับรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา ผลการวิจัยพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.03, SD = 0.65) อธิบายได้ว่า ถึงแม้บุคลากรจะเห็นว่าการพัฒนา PMQA มีประโยชน์ต่อการพัฒนางานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสงขลา แต่ยังไม่มีความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนา PMQA ที่ถูกต้อง อีกประเด็นอาจจะเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งไม่เป็นคณะกรรมการ PMQA (ร้อยละ 54.29) จึงทำให้บุคลากรอาจจะยังไม่ได้รับการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการพัฒนา PMQA อย่างทั่วถึง จึงทำให้การรับรู้การพัฒนา PMQA ยังไม่เพียงพอ ดังผลการวิจัยที่พบว่า บุคลากรได้รับการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการพัฒนา PMQA (M = 2.63, SD = 1.25) และบุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการพัฒนา PMQA (M = 2.80, SD = 1.09) สอดคล้องกับ ณัฐกริช โกมลศรี (2566) ที่พบว่า บุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง

2. ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา ผลการวิจัยพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.38, SD = 0.50) อธิบายได้ว่า บุคลากรยังมีความคิดเห็นว่างาน PMQA เป็นงานที่ยุ่งยากและเป็นการเพิ่มภาระงาน เมื่อมีการจัดประชุมบุคลากรที่ได้เข้าร่วมกิจกรรม PMQA อย่างต่อเนื่องมีเพียงร้อยละ 58 เข้าร่วมเฉพาะบางกิจกรรมร้อยละ 25 และไม่เข้าร่วมเลยร้อยละ 17 จากประเด็นดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า บุคลากรมีทัศนคติว่าหน่วยงานไม่จำเป็นต้องมีการพัฒนา PMQA (M = 3.38, SD = 0.50) ซึ่งประเด็นดังกล่าวมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด และยังสอดคล้องกับ ณัฐกริช โกมลศรี (2566) ที่พบว่า บุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง แต่แตกต่างกับการศึกษาของ จุฬาลักษณ์ อนุอันต์ (2560) ที่พบว่า บุคลากรศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ มีทัศนคติอยู่ในระดับมาก

3. ระดับปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในองค์กรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา ผลการวิจัยพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.43, SD = 0.19) โดยด้านแรงจูงใจที่อยู่ในระดับสูง ส่วนด้านอื่นอยู่ในระดับปานกลาง กล่าวได้ว่า ลักษณะงานของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสงขลามีลักษณะที่ใกล้ชิดกับประชาชน ฉะนั้น ถึงแม้งานการพัฒนา PMQA เป็นงานนโยบายที่ทุกหน่วยงานจะต้องดำเนินการ แต่ลักษณะของงานยังมีบรรยากาศที่จะให้บุคลากรทำงานดังกล่าวน้อย ดังผลการวิจัยที่พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ บรรยากาศในองค์กรมีความเหมาะสมต่อการกระตุ้นให้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา PMQA (M = 2.46, SD = 0.94) แต่ด้วยบรรยากาศขององค์กรในด้านวัฒนธรรม บุคลากรยังมีความคิดเห็นว่าควรจะต้องปรับปรุง (M = 2.54, SD = 1.22) นั่นแสดงว่า บุคลากรยังไม่เห็นความชัดเจนและประโยชน์จากการดำเนินงาน PMQA สอดคล้องกับ สำราญ เชื้อเมืองพาน (2562) ที่พบว่า ปัจจัยภายในองค์กรของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดเชียงรายอยู่ในระดับมาก แต่แตกต่างกับการศึกษาของ จุฬาลักษณ์ อนุอันต์ (2560) ที่พบว่า บุคลากรศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ มีระดับปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในองค์กรในภาพรวม ด้านการจัดองค์กร วัฒนธรรมองค์กร และการสื่อสารอยู่ในระดับมาก สำหรับด้านแรงจูงใจที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ใน

ระดับสูงเพียงด้านเดียว อธิบายได้ว่า การดำเนินงาน PMQA เป็นงานที่ท้าทายสำหรับบุคลากร ซึ่งมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (M = 4.60, SD = 0.58) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยรองลงมาคือ ความชัดเจนเกี่ยวกับนโยบายและการบริหารองค์กรจะมีผลต่อการผลักดันให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการพัฒนา PMQA (M = 4.59, SD = 0.63) หากองค์กรมีการจัดโครงสร้างองค์กรที่มีความชัดเจน สามารถเข้าใจง่าย จะช่วยลดความซับซ้อนในการทำงาน ส่งผลให้บุคลากรสามารถทำงานสำเร็จได้เร็วขึ้น ในขณะที่การจัดคนให้ตรงกับความสามารถและสอดคล้องกับนโยบายขององค์การเป็นการสร้างแรงจูงใจในการทำงานให้บุคลากรต้องการทำงานให้สำเร็จด้วยความตั้งใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐกริช โกมลศรี (2566) ที่พบว่า บุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว มีแรงจูงใจอยู่ในระดับสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของ จุฬาลักษณ์ อนุอันต์ (2560) ที่พบว่า บุคลากรศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ มีแรงจูงใจอยู่ในระดับมาก

4. ระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา ผลการวิจัยพบว่าในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (M = 3.69, SD = 0.36) โดยด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (M = 3.96, SD = 0.75) และด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (M = 3.67, SD = 0.80) อยู่ในระดับสูงเช่นกัน อธิบายได้ว่า บุคลากรยังมีความเห็นว่าการพัฒนาคุณภาพ PMQA เป็นงานนโยบายที่บุคลากรจะต้องปฏิบัติ ซึ่งในการปฏิบัติจะส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล จึงได้เข้ามามีส่วนร่วมที่จะตัดสินใจในการกำหนดแนวทางในการพัฒนาและตัดสินใจกำหนดกิจกรรมหรือโครงการต่าง ๆ ที่จะทำให้องค์กรประสบผลสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของ ฐิชารัศม์ ชัยบรรจงวัฒน์ (2566) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลางและขนาดเล็ก จังหวัดศรีสะเกษ ในภาพรวม ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการอยู่ในระดับสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของ ธัญพิชชา ศิริรักษ์ (2568) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของบุคลากรองค์การบริหารส่วนตำบลในเขตพื้นที่จังหวัดนราธิวาสในภาพรวม ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการอยู่ในระดับมาก แตกต่างกับการศึกษาของ ณัฐกริช โกมลศรี (2566) ที่พบว่า บุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว มีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล (M = 3.61, SD = 0.89) และด้านการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (M = 3.53, SD = 0.69) จากผลการวิจัยอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า ถึงแม้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีการดำเนินงานในการพัฒนา PMQA และมีบุคลากรเข้ามามีส่วนร่วม แต่การยกย่อง ชมเชย และให้กำลังใจบุคลากรที่เข้าร่วมอย่างสม่ำเสมอและทั่วถึงยังมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด (M = 3.29, SD = 1.07) จึงอาจทำให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการประเมินผลและให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงในการพัฒนา PMQA มีค่าเฉลี่ยน้อยรองลงมา (M = 3.40, SD = 1.38) ผลการศึกษาแตกต่างกับการศึกษาของ ฐิชารัศม์ ชัยบรรจงวัฒน์ (2566) ที่พบว่า ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผลและของโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลางและขนาดเล็ก จังหวัดศรีสะเกษ ในภาพรวม ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และด้านการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์อยู่ในระดับสูง เช่นเดียวกับ ธัญพิชชา ศิริรักษ์ (2568) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของบุคลากรองค์การบริหารส่วนตำบลในเขตพื้นที่จังหวัดนราธิวาสในภาพรวม ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และด้านการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์อยู่ในระดับมาก

5. ความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา ผลการวิจัยพบ 2 ตัวแปร ดังนี้

5.1 ประเภทการทำงาน อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ (ร้อยละ 47.14) ซึ่งเป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญในการดำเนินงานการพัฒนา PMQA อีกประเด็นอาจจะเนื่องมาจากบุคลากรประเภท

ข้าราชการจะได้รับการแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการและคณะทำงานมากกว่าบุคลากรประเภทอื่น ๆ และเมื่อได้รับมอบหมายอย่างเป็นทางการจึงจำเป็นต้องปฏิบัติหน้าที่ตามตำแหน่งและความรับผิดชอบ จึงเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ สอดคล้องกับการศึกษาของ ฐิชารัศม์ ชัยบรรจงวัฒน์ (2566) ที่พบว่า สภาพการทำงาน (ประเภทบุคลากร) มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลางและขนาดเล็ก จังหวัดศรีสะเกษ

5.2 การรับรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) เป็นไปในทิศทางบวกอยู่ในระดับต่ำ ($r = 0.25$, $p = 0.04$) อธิบายได้ว่า เมื่อบุคลากรมีการรับรู้ที่ถูกต้องจะทำให้มีความเข้าใจในกระบวนการพัฒนา PMQA ซึ่งในงานวิจัยนี้ยังอยู่ในระดับต่ำ นั่นแสดงว่าอาจจะมีการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการพัฒนา PMQA ที่ไม่เพียงพอ จึงส่งผลให้การรับรู้มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนา PMQA ของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา สอดคล้องกับ ทนง วีระแสงพงษ์ (2566) ที่พบว่า การรับรู้และได้เรียนรู้งาน PMQA เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน PMQA แตกต่างกับการศึกษาของ ณัฐกริช โกมลศรี (2566) ที่พบว่า การรับรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่า ประเภทของบุคลากร และการรับรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ฉะนั้น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา ควรกำหนดนโยบายการดำเนินงาน PMQA ที่ชัดเจน โดยชี้แจงนโยบายและตัวชี้วัดให้บุคลากรทุกคนรับทราบ และบุคลากรสามารถนำไปปฏิบัติได้ตามวิธีการทำงานตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน PMQA ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดสงขลา เพื่อศึกษาผลสัมฤทธิ์ในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ

เอกสารอ้างอิง

ฐิชารัศม์ ชัยบรรจงวัฒน์. (2566). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลางและขนาดเล็ก จังหวัดศรีสะเกษ.* วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. นนทบุรี.

ณัฐกริช โกมลศรี. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดกาภาครัฐ (PMQA) ของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว. *วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง, 37*(2), 17-29.

ทนง วีระแสงพงษ์. (2566). องค์กรสาธารณสุขชั้นนำจังหวัดศรีสะเกษพัฒนาสู่รางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ, 2(พิเศษ), 1-6.

เนาวรัตน์ ศรีสันติแสง และกำพล เข็มทอง. (2567). ปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ, 3*(3), 12-27.

วิรัลพัชร คำผุย, ภมร ขันธะหัตถ์ และอธิพงศ์ เพชรสุทธิ์. (2564). ปัจจัยด้านสมรรถนะองค์การที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพการบริหาจัดการโรงพยาบาลภาครัฐในเขตจังหวัดสกลนคร. วารสารวิชาการสถาบันวิทยาการจัดการแห่งแปซิฟิค สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 7(3), 335-349.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. (2563). *คู่มือการประเมินคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)*. กรุงเทพ ฯ.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. (2567). *คู่มือเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ 4.0 (PMQA4.0) ประจำปี พ.ศ. 2567*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ.

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2567). *คู่มือการรายงานผลการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสงขลา. (2566). *รายงานผลการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ประจำปีงบประมาณ 2565*. สงขลา: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสงขลา.

สำราญ เชื้อเมืองพาน. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการพัฒนาองค์กรตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดเชียงราย. การค้นคว้าอิสระหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. นนทบุรี.

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

Best, J. W. (1977). Research in Education. 3rd ed. New Jersey : Prentice Hall. Good, C.V. (1973). Dictionary of Education. New York : McGraw-Hill.

Bartz, A.E. (1999). Basics Statistical Concepts. 4 th ed. New Jersey: Prentice Hall.

Online Access

https://he05.tci-thaijo.org/index.php/J_PHR/article/view/7538