OPEN ACCESS · DOUBLE-BLIND PEER REVIEW



ISSN 3125-9642 (Online)

วารสารบูรณาการวิทยาศาสตร์สุขภาพไทย

NEXUS OF THAI HEALTH SCIENCES (NTHS)

HEALTH SYSTEM RESEARCH & POLICY

ระบบและนโยบายสุขภาพ · สหวิชาชีพ · ดิจิทัลเฮลท์ · ระบาดวิทยา · เศรษฐศาสตร์สุขภาพ

ฉบับปฐมฤกษ์ · INAUGURAL ISSUE

ปีที่ 1 | ฉบับที่ 1

มกราคม – กุมภาพันธ์ 2569

Vol. 1 · No. 1 · January – February 2026

ผู้จัดพิมพ์ บริษัทคีย์ดาต้า จำกัด

PUBLISHER: KEY DATA COMPANY LIMITED

E-mail: fetp1yr@gmail.com | โทร. 064-314-6622

ปีละ 6 ฉบับ (ราย 2 เดือน) · ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ISSN 3125-9642



วารสารบูรณาการวิทยาศาสตร์สุขภาพไทย

Nexus of Thai Health Sciences (NTHS)

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม – กุมภาพันธ์ 2569

Vol. 1 No. 1 January – February 2026

ISSN 3125-9642 (Online)

วารสารบูรณาการวิทยาศาสตร์สุขภาพไทย (Nexus of Thai Health Sciences: NTHS) มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาด้านบูรณาการวิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยเน้นงานวิจัยในระดับระบบและนโยบายสุขภาพ แนวทางสหวิชาชีพ และการบูรณาการองค์ความรู้ข้ามสาขา เพื่อการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพของประเทศไทยอย่างยั่งยืน และนำไปสู่การพัฒนางานของบุคลากรด้านสาธารณสุขและการแพทย์ไทย ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ รวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

ที่ปรึกษากองบรรณาธิการ | Advisory Board

ที่ปรึกษา	**แพทย์หญิงวชิราภรณ์ สอระสัน** Dr. Wachiraporn Sorrasun, M.D.	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลดอนจาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

กองบรรณาธิการ | Editorial Board

บรรณาธิการบริหาร	**สิบเอกอรรถวิทย์ เนินชัด** Sergeant Arthawit Noenchard	นักวิชาการสาธารณสุข หัวหน้างานประกันยุทธศาสตร์และสารสนเทศ โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
บรรณาธิการรอง	**ศาสตราจารย์ ดร.จำลอง โพธิ์บุญ** Prof. Dr. Chamlong Phoboon	คณะบริหารการพัฒนาสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (NIDA) กรุงเทพมหานคร
กองบรรณาธิการ	**นายแพทย์จารึก ประคำ** Dr. Jaruk Prakham, M.D.	นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ (ด้านส่งเสริมสุขภาพ) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
	นายแพทย์กัลย์ เนื่องโพธิ์ Dr. Guly Nuangpo, M.D.	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

Nexus of Thai Health Sciences
Vol. 1 No. 1 January – February 2026

กองบรรณาธิการ | Editorial Board

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชาญชัยณรงค์ ทรงคาศรี Asst. Prof. Dr. Chanchainarong Songkhasri	คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์
ดร.ทักษนัย พัสดุ Dr. Thaksanai Phatdu	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด
นายสัญญา สุขขำ Mr. Sanya Sukkham	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี
นายวันชัย อาจเขียน Mr. Wanchai Artkhian	ข้าราชการบำนาญ (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ) สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค
น.ส.สุเนตตรา ปานทรัพย์ Miss Sunettra Pansap	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์
นางสาวรัตติกาล ตุมหนแย้ม Miss Rattikarn Tumhonyam	นักวิชาการสาธารณสุข งานระบาดวิทยา โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

ผู้จัดพิมพ์	บริษัทคีย์ดาต้า จำกัด (Key Data Company Limited)
ติดต่อวารสาร	E-mail: fetp1yr@gmail.com โทร. 064-314-6622
ที่อยู่	314/127 ถนนสุขุมวิท 40 แขวงพระโขนง เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร 10110
กำหนดเผยแพร่	ปีละ 6 ฉบับ (ราย 2 เดือน) ม.ค.–ก.พ. | มี.ค.–เม.ย. | พ.ค.–มิ.ย. | ก.ค.–ส.ค. | ก.ย.–ต.ค. | พ.ย.–ธ.ค.
ISSN	3125-9642 (Online)
ภาษา	ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (Thai and English)

พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 3 ท่าน
แบบ double-blind peer review

เผยแพร่แบบ Open Access
เข้าถึงทุกบทความโดยไม่มีค่าใช้จ่าย



Nexus of Thai Health Sciences
Vol. 1 No. 1 January – February 2026

คำแนะนำในการส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

วารสารบูรณาการวิทยาศาสตร์สุขภาพไทย (Nexus of Thai Health Sciences: NTHS) ยินดีรับพิจารณาบทความด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยระบบสุขภาพ การวิเคราะห์นโยบายสุขภาพ การปฏิบัติงานแบบสหวิชาชีพ ดิจิทัลเฮลท์ ระบาดวิทยา เศรษฐศาสตร์สุขภาพ และสาขาที่เกี่ยวข้อง โดยเน้นงานที่ส่งผลต่อการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพของประเทศไทยในระดับระบบและนโยบาย บทความต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ที่ใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาของวารสารอื่น มีหลักเกณฑ์และข้อแนะนำ ดังนี้

1. วัตถุประสงค์และขอบเขตของวารสาร

วารสารเป็นพื้นที่สำหรับนักวิจัย นักวิชาการ บุคลากรสาธารณสุข และผู้กำหนดนโยบาย ในการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ที่เชื่อมโยงหลายวิชาชีพ ตั้งแต่การวิจัยระบบสุขภาพ การวิเคราะห์นโยบาย ไปจนถึงดิจิทัลเฮลท์และนวัตกรรมระบบสุขภาพ ขอบเขตของวารสารครอบคลุมสาขาต่อไปนี้

- การวิจัยระบบสุขภาพและการวิเคราะห์นโยบายสุขภาพ
- การปฏิบัติงานแบบสหวิชาชีพและสหสาขา
- สาธารณสุขและการส่งเสริมสุขภาพ
- ดิจิทัลเฮลท์และสารสนเทศสุขภาพ
- อนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย
- การศึกษาสาธารณสุขและการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ
- ปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ
- เศรษฐศาสตร์สุขภาพและการจัดสรรทรัพยากร
- ระบาดวิทยาและการเฝ้าระวังโรค

2. ประเภทบทความที่รับพิจารณา

บทความวิจัยต้นฉบับ (original research article) เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัยของผู้นิพนธ์ รวมถึงการวิจัยและพัฒนา (R&D) การวิจัยเชิงปฏิบัติการ และการพัฒนารูปแบบหรือระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วยหัวข้อตามลำดับ ได้แก่ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์และสังกัด บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการวิจัย ผลการศึกษา อภิปรายผล สรุปผลการวิจัย ข้อเสนอแนะ กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) และเอกสารอ้างอิง

บทความวิชาการ (academic article) เป็นบทความที่นำเสนอองค์ความรู้ แนวคิด หรือประสบการณ์ทางวิชาการด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยมีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และอ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เชื่อถือได้ ประกอบด้วย บทนำ เนื้อหา บทสรุป และเอกสารอ้างอิง

บทความปริทัศน์ (review article) เป็นบทความที่รวบรวมและทบทวนความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือทั้งในและต่างประเทศอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย บทนำ วิธีการสืบค้นข้อมูล เนื้อหาที่ทบทวน บทวิจารณ์ บทสรุป และเอกสารอ้างอิง

บทความวิเคราะห์นโยบาย (policy analysis article) เป็นบทความที่วิเคราะห์นโยบายหรือมาตรการด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และกรอบแนวคิดที่เหมาะสม ประกอบด้วย บทนำและความเป็นมาของประเด็นนโยบาย กรอบหรือวิธีการวิเคราะห์ ผลการวิเคราะห์ ทางเลือกและข้อเสนอเชิงนโยบาย บทสรุป และเอกสารอ้างอิง

บทความทุกประเภทมีความยาวไม่เกิน 15 หน้ากระดาษ A4 รวมตาราง ภาพ และเอกสารอ้างอิง

3. การเตรียมต้นฉบับ

3.1 รูปแบบทั่วไป

- พิมพ์ด้วยโปรแกรม Microsoft Word บนกระดาษขนาด A4 หน้าเดียว และจัดรูปแบบตามแม่แบบ (Template) ของวารสาร
- ใช้ตัวอักษร TH Sarabun New ขนาด 16 พอยต์ ระยะขอบทุกด้าน 2.54 เซนติเมตร
- ความยาวไม่เกิน 15 หน้า รวมตาราง ภาพ และรายการอ้างอิง

3.2 องค์ประกอบของบทความ

ชื่อเรื่อง ควรสั้น กะทัดรัด ได้ใจความครอบคลุม ตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ใช้คำย่อ

ชื่อผู้นิพนธ์ ระบุชื่อและสังกัดของผู้นิพนธ์ทุกคนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช้คำย่อ) และระบุผู้นิพนธ์ประสานงาน (corresponding author) พร้อม E-mail และหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้

บทคัดย่อ เขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ความยาวไม่เกิน 300 คำต่อบทคัดย่อ เป็นร้อยแก้วต่อเนื่อง ไม่แบ่งเป็นข้อ ครอบคลุมความเป็นมาและวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย ผลการศึกษา และสรุป ระบุตัวเลขสถิติเฉพาะที่สำคัญ และไม่มีการอ้างอิงในบทคัดย่อ

คำสำคัญ (keywords) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3–5 คำ วางไว้ท้ายบทคัดย่อของแต่ละภาษา คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,)

บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา สถานการณ์ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ช่องว่างขององค์ความรู้ และเหตุผลของการศึกษา

วิธีการวิจัย อธิบายรูปแบบการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การคำนวณและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และจริยธรรมการวิจัย โดยระบุชื่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่หนังสือรับรอง และวันที่ได้รับการรับรอง

ผลการศึกษา นำเสนอตามลำดับวัตถุประสงค์ หากมีตัวเลขหรือตัวแปรมากควรใช้ตาราง โดยไม่อธิบายซ้ำกับข้อมูลในตาราง ยกเว้นข้อมูลสำคัญ ชื่อตารางวางไว้เหนือตารางพร้อมระบุจำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n) ชื่อภาพหรือแผนภูมิวางไว้ใต้ภาพ

อภิปรายผลและสรุปผล อภิปรายผลเทียบกับวัตถุประสงค์และสมมติฐาน อธิบายเหตุผลของผลที่พบ อ้างอิงทฤษฎีหรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ระบุข้อจำกัดของการวิจัย และสรุปผลที่สำคัญให้ตรงกับวัตถุประสงค์

ข้อเสนอแนะ ข้อเสนอในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ การบริหาร หรือนโยบาย และข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) ระบุผู้ให้ความช่วยเหลือ ผู้สนับสนุน และแหล่งทุนวิจัย

4. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

วารสารใช้การอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver) โดยใส่หมายเลขอ้างอิงในวงเล็บเหลี่ยม [ ] ไว้ท้ายข้อความที่อ้างถึง ใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารที่อ้างถึงเป็นลำดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับการปรากฏในเนื้อหา หากอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม รวบรวมรายการอ้างอิงทั้งหมดไว้ท้ายบทความ ผู้นิพนธ์ต้องรับผิดชอบความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง กรณีผู้แต่งมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วย et al. หรือ "และคณะ"

4.1 บทความในวารสาร

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร. ปีที่พิมพ์;ปีที่(ฉบับที่):หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

1. ประภาส นวลเนตร, อรพิน สมบูรณ์. การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิในชุมชนชนบท. วารสารสาธารณสุขไทย. 2566;18(3):112-128.
2. Muangsapaya W, Winichagoon P, Fucharoen S, Pootrakul P, Wasi P. Improved technique for detecting intraerythrocytic inclusion bodies in thalassemic trait. J Med Assoc Thai. 1985;68:43-5.

4.2 หนังสือหรือตำรา

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

1. นภาพร อติวานิชยพงศ์. นโยบายสุขภาพและระบบบริการสุขภาพไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2565.
2. Gilstrap LC, Cunningham FG. Operative obstetrics. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2002.

4.3 บทหนึ่งในหนังสือ

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบท. ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor. ชื่อหนังสือ. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

1. Wood WG. Hemoglobin analysis. In: Weatherall DJ, editor. The thalassemias. New York: Churchill Livingstone; 1983. p. 31-53.

Nexus of Thai Health Sciences
Vol. 1 No. 1 January – February 2026

4.4 สื่ออิเล็กทรอนิกส์และบทความที่มี DOI

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [Internet]. ปีพิมพ์ [cited ปี เดือน วัน];ปีที่(ฉบับที่):หน้า. Available from: URL

1. Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier--Dickey-Wicker in court. N Engl J Med [Internet]. 2010 [cited 2010 Jun 15];363:1687-9. Available from: http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1010466
2. Degenhardt L, Bohnert KM, Anthony JC. Assessment of cocaine and other drug dependence in the general population. Drug Alcohol Depend [Internet]. 2008 Mar [cited 2010 Apr 15];93(3):227-32. doi:10.1016/j.drugalcdep.2007.09.024

4.5 วิทยานิพนธ์

ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา.

1. Srichairattanakool A. Comparison of the quality of life of patients with chronic myeloid leukemia in the chronic and blastic phases [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2000.

5. การส่งบทความ

ผู้นิพนธ์ส่งบทความผ่านระบบออนไลน์บนเว็บไซต์ของวารสาร โดยลงทะเบียนเป็นสมาชิกก่อนดำเนินการส่งบทความ และติดตามสถานะบทความผ่านระบบออนไลน์ได้ตลอดเวลา บทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ต้องระบุชื่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และหมายเลขการรับรองไว้ในบทความ สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ E-mail: fetp1yr@gmail.com

6. กระบวนการพิจารณาบทความ

- กองบรรณาธิการตรวจสอบความสอดคล้องของบทความกับวัตถุประสงค์และขอบเขตของวารสาร และรูปแบบการเตรียมต้นฉบับ
- บทความทุกเรื่องได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้นิพนธ์อย่างน้อย 3 ท่าน แบบ double-blind peer review
- บรรณาธิการตัดสินรับหรือปฏิเสธบทความโดยพิจารณาจากคุณภาพทางวิชาการและความสอดคล้องกับขอบเขตของวารสารเป็นสำคัญ
- ผู้นิพนธ์แก้ไขบทความตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและกองบรรณาธิการภายในระยะเวลาที่กำหนด และติดตามผลการพิจารณาผ่านระบบออนไลน์

7. ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์

วารสารเรียกเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ (article processing charge) หลังจากบทความได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์แล้วเท่านั้น กองบรรณาธิการจะแจ้งช่องทางการชำระเงินพร้อมหนังสือตอบรับบทความ ในอัตราดังนี้

บทความภาษาไทย	บทความภาษาอังกฤษ
4,500 บาท	6,500 บาท

8. จริยธรรมการตีพิมพ์ (Publication Ethics)

8.1 จริยธรรมของบรรณาธิการ

บรรณาธิการรับผิดชอบการตัดสินใจรับหรือปฏิเสธบทความโดยพิจารณาจากคุณภาพทางวิชาการและความสอดคล้องกับขอบเขตของวารสารเป็นสำคัญ โดยไม่คำนึงถึงเชื้อชาติ เพศ สัญชาติ ความเชื่อทางศาสนา หรือสังกัดสถาบันของผู้นิพนธ์ ต้องรักษาความลับของบทความที่อยู่ในกระบวนการพิจารณา ถอนตัวจากการพิจารณาหากมีผลประโยชน์ทับซ้อน และดำเนินการอย่างเหมาะสมเมื่อพบหลักฐานของการประพฤติมิชอบทางวิจัย การลอกเลียนผลงาน หรือการส่งบทความซ้ำซ้อน โดยอ้างอิงแนวปฏิบัติของ Committee on Publication Ethics (COPE)

8.2 จริยธรรมของผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิต้องพิจารณาบทความด้วยความเป็นกลาง มีความเชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง และให้ข้อเสนอแนะที่สร้างสรรค์ รักษาความลับของบทความ ไม่นำข้อมูลในบทความไปใช้ประโยชน์ส่วนตัว แจ้งบรรณาธิการเมื่อมีผลประโยชน์ทับซ้อนหรือพบว่าบทความคล้ายคลึงกับผลงานอื่นอย่างมีนัยสำคัญ และตอบรับคำเชิญพร้อมส่งผลการพิจารณาภายในกำหนดเวลาที่ตกลงไว้

8.3 จริยธรรมของผู้นิพนธ์

ผู้นิพนธ์ต้องรับรองว่าบทความเป็นผลงานต้นฉบับที่ยังไม่เคยตีพิมพ์และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาของวารสารอื่น ระบุผู้มีส่วนร่วมอย่างครบถ้วนตามหลักความเป็นผู้นิพนธ์ รายงานข้อมูลและผลการวิจัยตามความเป็นจริง ไม่บิดเบือน ปลอมแปลง หรือละเว้นข้อมูลที่มีนัยสำคัญ แจ้งผลประโยชน์ทับซ้อนทุกประเภท และอ้างอิงแหล่งข้อมูลอย่างครบถ้วน การส่งบทความซ้ำซ้อนและการลอกเลียนผลงานถือเป็นการละเมิดจริยธรรมการตีพิมพ์ที่ร้ายแรง

8.4 จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

บทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และระบุหมายเลขการรับรองพร้อมชื่อคณะกรรมการไว้ในบทความ การวิจัยต้องดำเนินการภายใต้หลักการของปฏิญญาเฮลซิงกิ ได้รับความยินยอมโดยได้รับข้อมูลจากผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคน และปกป้องข้อมูลส่วนบุคคลที่อาจระบุตัวตนได้อย่างเคร่งครัด

ความรับผิดชอบ

บทความและรายงานการวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารบูรณาการวิทยาศาสตร์สุขภาพไทย เป็นความคิดเห็นและการค้นคว้าของผู้นิพนธ์โดยเฉพาะ ไม่จำเป็นต้องสอดคล้องกับความเห็นของคณะผู้จัดทำ และมิใช่ความรับผิดชอบของบริษัทคีย์ดาต้า จำกัด ทั้งนี้ทุกบทความได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพตามมาตรฐานบทความวิจัยจากผู้ทรงคุณวุฒิ (peer review) ตั้งแต่สามท่านขึ้นไป แบบ double-blind

Nexus of Thai Health Sciences
Vol. 1 No. 1 January – February 2026

บทบรรณาธิการ
EDITORIAL

วารสารบูรณาการวิทยาศาสตร์สุขภาพไทย (Nexus of Thai Health Sciences: NTHS) ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มกราคม – กุมภาพันธ์ 2569) เป็นฉบับที่กองบรรณาธิการขอนำเสนอผลงานวิจัยจากหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนาระบบสุขภาพที่ยั่งยืนเริ่มต้นจากการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในหน้างาน เรื่องในฉบับนี้เป็นบทความวิจัยต้นฉบับ ที่มีจุดร่วมสำคัญคือการพัฒนารูปแบบและระบบการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย ต่อเนื่อง และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ตั้งแต่การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันและการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน การดูแลมารดาที่มีความเสี่ยงในระยะคลอดและหลังคลอด ไปจนถึงการบริหารจัดการผู้ป่วยแยกโรคและการดูแลรักษาแบบมีส่วนร่วมในโรงพยาบาล

ผลงานในฉบับนี้แบ่งได้เป็นสามประเด็นหลัก ประเด็นแรกคือการดูแลสุขภาพและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันในชุมชน ได้แก่ การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันด้วยวัคซีนในกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบางโดยใช้นวัตกรรมหมอซาเล้ง และการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประเด็นที่สองคือการดูแลมารดาที่มีความเสี่ยงให้ปลอดภัยและต่อเนื่อง ได้แก่ การพัฒนารูปแบบแนวทางการส่งต่อมารดาคลอดก่อนกำหนดเพื่อแก้ไขปัญหาการส่งต่อล่าช้า และการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน ประเด็นที่สามคือการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาล ได้แก่ การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยแยกโรคในตึกผู้ป่วยใน และการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีส่วนร่วมด้วยการแพทย์แบบโฮมิโอพาธีย์

เมื่อพิจารณาภาพรวม กองบรรณาธิการเห็นว่างานวิจัยเหล่านี้สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของชื่อ "Nexus" ที่ต้องการให้วารสารเป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ นักวิจัย และผู้กำหนดนโยบาย เพราะแต่ละเรื่องเริ่มจากโจทย์ในบริบทจริงของโรงพยาบาลและชุมชน และนำไปสู่รูปแบบหรือระบบที่หน่วยบริการอื่นสามารถศึกษาและประยุกต์ใช้ได้ บทความทุกเรื่องในฉบับนี้ผ่านการพิจารณากลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 3 ท่าน แบบ double-blind peer review เพื่อให้มั่นใจในคุณภาพและความน่าเชื่อถือทางวิชาการ และวารสารเผยแพร่แบบ open access เพื่อให้ผู้อ่านทุกกลุ่มเข้าถึงองค์ความรู้ได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าองค์ความรู้จากบทความเหล่านี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานบริการ การบริหาร และการกำหนดนโยบายสุขภาพ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทการทำงานของผู้อ่านได้อย่างเป็นรูปธรรม

สิบเอกอรรถวิทย์ เนินชัด
บรรณาธิการบริหาร
วารสารบูรณาการวิทยาศาสตร์สุขภาพไทย

Nexus of Thai Health Sciences
Vol. 1 No. 1 January – February 2026

สารบัญ
CONTENTS

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม – กุมภาพันธ์ 2569
Vol. 1 No. 1 January – February 2026

เรื่อง (Contents)	หน้า
บทบรรณาธิการ Editorial	
บทบรรณาธิการ Editorial *สิบเอกอรรถวิทย์ เนินชัด · Sergeant Arthawit Noenchard*	ซ
บทความวิจัยต้นฉบับ Original Research Articles	
การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันด้วยวัคซีนในกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบาง โดยใช้นวัตกรรมหมอซาเล้ง ในเขตพื้นที่ชุมชน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ Development of an Immunization Promotion Model for Older Adults and Vulnerable Groups Using the “Mor Saleng” Innovation in the Community Area of Kalasin Hospital *ศิวบูลย์ ชัยสงคราม · Siwaboon Chaisongkram*	1
การพัฒนารูปแบบแนวทางการส่งต่อมารดาคลอดก่อนกำหนด เพื่อแก้ไขปัญหาการส่งต่อล่าช้า โรงพยาบาลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ Development of a Referral Model for Mothers with Preterm Labor to Solve Delayed Referral, Namon Hospital, Namon District, Kalasin Province *ศิริพร เรืองแสง · Siriporn Ruangsaeng*	14
การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยแยกโรค ในตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ Development of an Isolation Patient Management Model in the Inpatient Ward, Namon Hospital, Namon District, Kalasin Province *สวิท วรพันธ์ · Sawit Woraphan*	26
การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีส่วนร่วมด้วยการแพทย์แบบโฮมิโอพาธีย์ (Homeopathy) โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ Development of a Participatory Patient Care Model Using Homeopathic Medicine at Kalasin Hospital *ชัญญา ธีระโชติ · Chanya Theerachot*	40

Nexus of Thai Health Sciences
Vol. 1 No. 1 January – February 2026

เรื่อง (Contents) หน้า

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในพื้นที่ รพ.สต.บ้านอุทัยวรรณ ตำบลหลักเหลี่อม อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of a Care Model for Patients with Uncontrolled Diabetes Mellitus at Ban Uthaiwan Subdistrict Health Promoting Hospital, Lak Lueam Subdistrict, Namon District, Kalasin Province 53

วิไลรัตน์ เรืองวิชญกานต์ · Wilairat Rueangwitchayakan

การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of a Discharge Planning Model for Postpartum Mothers Using Methamphetamine, Namon Hospital, Kalasin Province 66

ชลธิรา ชุ่มมณี · Chonthira Chummanee

Nexus of Thai Health Sciences
Vol. 1 No. 1 January – February 2026

บทความวิจัย | RESEARCH ARTICLE

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันด้วยวัคซีนในกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบาง โดยใช้นวัตกรรมหมอซาเล้ง ในเขตพื้นที่ชุมชน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Development of an Immunization Promotion Model for Older Adults and Vulnerable Groups Using the “Mor Saleng” Innovation in the Community Area of Kalasin Hospital

ศิวบูลย์ ชัยสงคราม[1*]

Siwaboon Chaisongkram[1*]

[1]นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

[1]Senior Physician (Specialist Level), Kalasin Hospital, Mueang Kalasin District, Kalasin Province

*ผู้นิพนธ์ประสานงาน (Corresponding author)

รับบทความ: 1 มกราคม 2569 **แก้ไขบทความ:** 14 มกราคม 2569 **ตอบรับบทความ:** 28 กุมภาพันธ์ 2569

การอ้างอิง (Citation): ศิวบูลย์ ชัยสงคราม. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันด้วยวัคซีนในกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบางโดยใช้นวัตกรรมหมอซาเล้ง ในเขตพื้นที่ชุมชน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารบูรณาการวิทยาศาสตร์สุขภาพไทย. 2569;1(1):1-13.

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนา และประเมินผลรูปแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันด้วยวัคซีนในผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบางโดยใช้นวัตกรรมหมอซาเล้ง ในเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ ระหว่างมกราคม 2567–ธันวาคม 2568 แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ การวิเคราะห์สถานการณ์ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อน-หลัง กลุ่มตัวอย่าง 140 คน (กลุ่มละ 70 คน) และผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 30 คน เครื่องมือได้แก่ SALENG Model แบบวัดความรอบรู้ ทัศนคติและความเชื่อมั่นต่อวัคซีน และแบบบันทึกการรับวัคซีน วิเคราะห์ด้วย t-test, Chi-square test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า SALENG Model มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การสำรวจคัดกรอง การออกบริการเชิงรุกด้วยซาเล้ง การสร้างความรอบรู้ การมีส่วนร่วมผ่านกลไก 3 หมอ การกำกับติดตามผ่านเครือข่าย และการประกันความปลอดภัย กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (33.18±3.56) และทัศนคติและความเชื่อมั่นต่อวัคซีน (41.57±4.26) สูงกว่ากลุ่มควบคุม รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ร้อยละ 87.14 และโควิด-19 เข็มกระตุ้นร้อยละ 77.14 สูงกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 54.29 และ 38.57) อย่างมีนัยสำคัญ (p-value <0.001) ความครอบคลุมวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุเพิ่มจากร้อยละ 38.46 เป็น 71.35 ไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ร้ายแรง ควรขยายผลสู่พื้นที่ใกล้เคียง

คำสำคัญ: การสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน, วัคซีน, ผู้สูงอายุ, กลุ่มเปราะบาง, หมอซาเล้ง

Abstract

This research and development (R&D) study aimed to 1) examine the situation and problems of immunization among older adults and vulnerable groups, 2) develop an immunization promotion model using the “Mor Saleng” innovation, and 3) evaluate its effects. It was conducted in Kalasin Municipality from January 2024 to December 2025 in three phases: situation analysis, participatory action research, and a quasi-experimental two-group pretest–posttest design with communities allocated by lottery. Participants were 140 older adults and vulnerable individuals (70 per group) and 30 key informants. Instruments included the SALENG Model, vaccine health literacy and vaccine attitude–confidence questionnaires, and vaccination records. Data were analyzed using paired and independent t-tests, the chi-square test, and content analysis.

The SALENG Model comprised six components: individual survey and screening, active outreach by saleng (motorized tricycle), health literacy and rumor management, community engagement through the three-doctor mechanism, network monitoring, and vaccine safety assurance. After the intervention, the experimental group had significantly higher vaccine health literacy (33.18±3.56) and attitude–confidence scores (41.57±4.26) than before and than the control group (t = 14.48 and 11.24, p-value <0.001). Uptake of influenza vaccine (87.14% vs. 54.29%; RR = 1.61) and COVID-19 booster (77.14% vs. 38.57%; RR = 2.00) was also significantly higher (p-value <0.001). Area-level influenza vaccine coverage among older adults increased from 38.46% to 71.35%, and no serious adverse events were reported among 6,981 doses. The model should be extended to similar settings and evaluated in a cluster randomized trial.

Keywords: Immunization, Vaccine, Older adults, Vulnerable groups, Mor Saleng

บทนำ

โรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนโดยเฉพาะโรคไข้หวัดใหญ่และโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก องค์การอนามัยโลกประมาณการว่าโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลทำให้เกิดผู้ป่วยอาการรุนแรงประมาณ 3–5 ล้านราย และผู้เสียชีวิตประมาณ 290,000–650,000 รายต่อปี โดยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคประจำตัว[1] องค์การอนามัยโลกจึงกำหนดให้การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันตลอดช่วงชีวิตเป็นยุทธศาสตร์สำคัญภายใต้ Immunization Agenda 2030[2] สำหรับประเทศไทย กรมควบคุมโรคร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดบริการวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่ม (กลุ่ม 608)[3] และแนะนำให้ได้รับวัคซีนโควิด-19 เข็มกระตุ้นควบคู่กัน[4] อย่างไรก็ตามความครอบคลุมของวัคซีนหลายพื้นที่ยังต่ำกว่าเป้าหมาย[5]

เขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มี 36 ชุมชน ส่วนใหญ่เป็นย่านอาคารพาณิชย์ หมู่บ้านจัดสรร และหน่วยงานราชการ ส่วนพื้นที่รอบนอกเป็นพื้นที่ราบลุ่มประชาชนประกอบอาชีพรับจ้าง พนักงานประจำ และ

เกษตรกรรม มีผู้สูงอายุประมาณ 6,850 คน และกลุ่มเปราะบางที่มีโรคเรื้อรังประมาณ 4,320 คน ข้อมูลปี พ.ศ. 2566 จากระบบ Health Data Center (HDC) จังหวัดกาฬสินธุ์ พบความครอบคลุมวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 38.46 และวัคซีนโควิด-19 เข็มกระตุ้นเพียงร้อยละ 12.35 ปัญหาสำคัญ คือ ผู้สูงอายุและผู้ป่วยติดเตียงเดินทางลำบาก ผู้ดูแลวัยทำงานต้องทำงานตามไร่นาและกลัวเสียรายได้ ญาติบางส่วนไม่อนุญาตให้ผู้สูงอายุรับวัคซีน และมีความกังวลจากข่าวลือด้านความปลอดภัย การให้บริการในสถานบริการเพียงอย่างเดียวจึงเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ไม่ทั่วถึง

การตัดสินใจรับวัคซีนได้รับอิทธิพลจากความลังเลต่อวัคซีน (Vaccine hesitancy) ซึ่งเกิดจากความเชื่อมั่น ความชะล่าใจ และความสะดวกในการเข้าถึงบริการ[6] โดยข้อมูลข่าวสารที่คลาดเคลื่อนและความกังวลด้านความปลอดภัยเป็นปัจจัยสำคัญที่พบทั่วโลก[7] แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ชี้ว่าความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลสุขภาพช่วยให้บุคคลตัดสินใจได้เหมาะสม[8,9] สอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่อธิบายว่าการลดการรับรู้อุปสรรคและเพิ่มการรับรู้ประโยชน์ส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรค[10] การทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่าการเยี่ยมบ้านและการออกบริการเชิงรุกช่วยเพิ่มความครอบคลุมวัคซีนในผู้สูงอายุ[11] ในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563–กันยายน พ.ศ. 2565 โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ได้คิดค้นนวัตกรรมหมอซาเล้งโดยใช้ซาเล้ง (รถจักรยานยนต์พ่วงข้าง) ออกฉีดวัคซีนโควิด-19 เชิงรุกตามไร่นา บ้านผู้ป่วยติดเตียง และบ้านผู้สูงอายุ ซึ่งเข้าถึงกลุ่มที่เข้าถึงยากได้ดี แต่ยังไม่ได้พัฒนาเป็นรูปแบบที่เป็นระบบ ไม่ครอบคลุมวัคซีนผู้ใหญ่ชนิดอื่น และยังขาดการประเมินผลด้วยระเบียบวิธีวิจัยที่ชัดเจน ประกอบกับงานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่ดำเนินการในสถานบริการ ยังมีการศึกษาน้อยที่พัฒนารูปแบบเชิงรุกโดยใช้ทรัพยากรท้องถิ่นและบูรณาการกลไก 3 หมอในบริบทชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันด้วยวัคซีนในกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบาง โดยต่อยอดนวัตกรรมหมอซาเล้งให้เป็นระบบ อาศัยการมีส่วนร่วมของแพทย์ ทีมสหวิชาชีพ ผู้นำชุมชน อสม. และประชาชน ผลการวิจัยจะเป็นแนวทางเพิ่มความครอบคลุมวัคซีน ลดความรุนแรงและการเสียชีวิตจากโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน และเป็นต้นแบบสำหรับพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียง

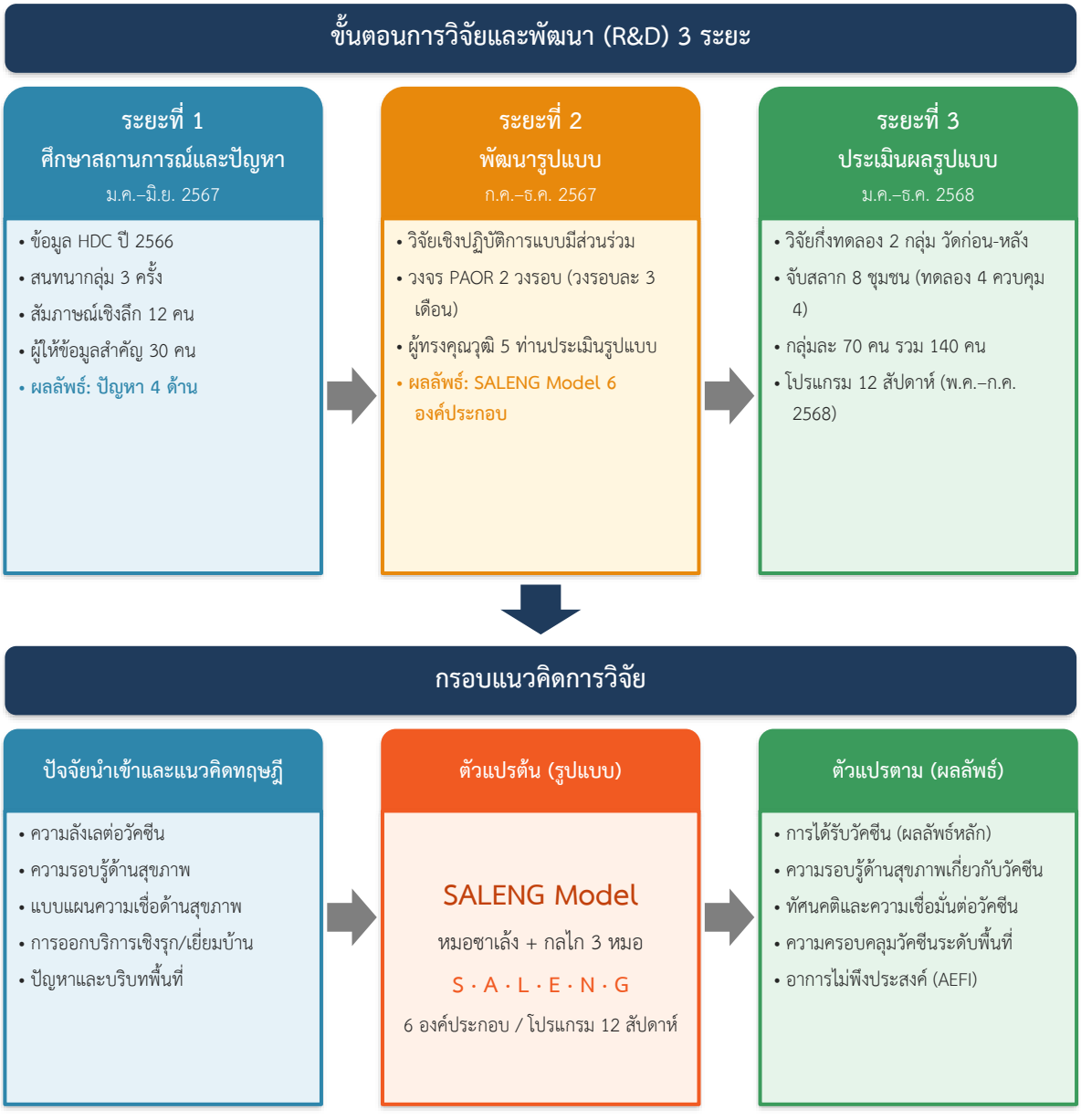
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันด้วยวัคซีนในกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบาง ในเขตพื้นที่ชุมชน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันด้วยวัคซีนในกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบาง โดยใช้นวัตกรรมหมอซาเล้ง และประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และผลการดำเนินงานระดับพื้นที่
3. เพื่อประเมินผลของรูปแบบต่อการได้รับวัคซีน (ผลลัพธ์หลัก) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับวัคซีน และทัศนคติและความเชื่อมั่นต่อวัคซีน ของกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบาง

Nexus of Thai Health Sciences
Vol. 1 No. 1 January – February 2026

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ดำเนินการในเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2567-ธันวาคม พ.ศ. 2568 แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังแสดงในภาพ 1 ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัญหา (มกราคม–มิถุนายน 2567) จากข้อมูล HDC และการสนทนากลุ่ม จำนวน 3 ครั้ง และการสัมภาษณ์เชิงลึก 12 คน ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมตามวงจร PAOR (Plan–Act–Observe–Reflect) 2 วงรอบ[1,2] (กรกฎาคม–ธันวาคม 2567) วงรอบละ 3 เดือน และระยะที่ 3 ประเมินผลด้วยการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยจับสลากชุมชนเข้ากลุ่ม (Cluster allocation) (มกราคม–ธันวาคม 2568) โปรแกรมตามรูปแบบมีระยะเวลา 12 สัปดาห์ ดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคม–กรกฎาคม 2568 ซึ่งตรงกับช่วงรณรงค์วัคซีนไข้หวัดใหญ่ประจำปี มีรายละเอียดดังนี้



ภาพ 1 ขั้นตอนการวิจัยและพัฒนา 3 ระยะ และกรอบแนวคิดการวิจัย

ประชากร

ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป และกลุ่มเปราะบาง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่ม 608 ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง และผู้พิการที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ที่อาศัยใน 36 ชุมชน ปี พ.ศ. 2567–2568 ประมาณ 11,170 คน (ผู้สูงอายุ 6,850 คน และผู้ป่วยโรคเรื้อรังอายุต่ำกว่า 60 ปี 4,320 คน ซึ่งนับแยกกันไม่ซ้ำซ้อน)

กลุ่มตัวอย่าง

1) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในระยะที่ 1–2 จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ แพทย์และบุคลากรสหวิชาชีพ 8 คน ผู้นำชุมชน 6 คน อสม. 10 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ 6 คน และ 2) กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 3 คำนวณด้วยโปรแกรม G*Power[13] สำหรับ Independent t-test แบบทดสอบสองทาง ขนาดอิทธิพล 0.50 ระดับนัยสำคัญ .05 อำนาจการทดสอบ .80 ได้กลุ่มละ 64 คน เผื่อการสูญหายประมาณร้อยละ 8.5 [64/(1–0.085) = 69.9] ได้กลุ่มละ 70 คน รวม 140 คน ทั้งนี้ไม่ได้ปรับค่าอิทธิพลของการออกแบบ (Design effect) จากการสุ่มเป็นกลุ่ม[14] สุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยสุ่มอย่างง่าย 8 ชุมชนจาก 36 ชุมชน แล้วจับสลากเป็นกลุ่มทดลอง 4 ชุมชน และกลุ่มควบคุม 4 ชุมชน ที่มีบริบทใกล้เคียงกันและอยู่ห่างกัน แล้วสุ่มอย่างง่ายจากทะเบียนกลุ่มเป้าหมายที่ยังไม่ได้รับวัคซีนในฤดูกาลนั้น ชุมชนละประมาณ 17–18 คน ชุมชนกลุ่มควบคุมงดการออกบริการเชิงรุกในช่วง 12 สัปดาห์ และได้รับบริการภายหลังสิ้นสุดการวิจัย

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1) อายุ 60 ปีขึ้นไป หรือเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่ม 608 2) อาศัยในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 6 เดือน 3) ยังไม่ได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในฤดูกาลปี 2568 (บันทึกสถานะวัคซีนโควิด-19 เข็มกระตุ้นก่อนทดลองด้วย) 4) สื่อสารภาษาไทยหรือภาษาอีสานได้ หรือมีผู้ดูแลให้ข้อมูลแทน และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

มีข้อห้ามในการรับวัคซีน เช่น เคยแพ้วัคซีนหรือส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง เกณฑ์การยุติการเข้าร่วม เจ็บป่วยเฉียบพลันจนต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล ย้ายออกจากพื้นที่ หรือขอถอนตัว

เครื่องมือวิจัย

ประกอบด้วย 1) SALENG Model และคู่มือการดำเนินงาน ซาเล้งพร้อมอุปกรณ์รักษาห่วงโซ่ความเย็น ชุดอุปกรณ์ช่วยชีวิตเบื้องต้น และสื่อสร้างความรอบรู้และแก้ไขข่าวลือ 2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับวัคซีน 20 ข้อ ข้อละ 0–2 คะแนน คะแนนเต็ม 40 คะแนน และแบบวัดทัศนคติและความเชื่อมั่นต่อวัคซีน 10 ข้อ มาตรประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนเต็ม 50 คะแนน แปลผลตามเกณฑ์ของ Bloom: สูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ปานกลาง (ร้อยละ 60–79) และต่ำ (ต่ำกว่าร้อยละ 60) 3) แบบบันทึกการได้รับวัคซีนจากฐานข้อมูล MOPH Immunization Center 4) แบบประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบสำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ 10 ข้อ มาตรประมาณค่า 5 ระดับ แปลผลค่าเฉลี่ย 4.51–5.00 เป็นระดับมากที่สุด และแบบเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีน (AEFI) และ 5) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า Index of Item-Objective Congruence (IOC) 0.67–1.00 และ Content Validity Index (CVI) 0.92[15] ทดลองใช้กับกลุ่มที่คล้ายคลึงกัน 30 คน ได้ค่า

สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.86 และ 0.89 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลพี่เลี้ยงประจำชุมชนที่ไม่ได้ให้บริการตามโปรแกรม สัมภาษณ์ตามแบบสอบถามก่อนการทดลอง (สัปดาห์ที่ 1) และหลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 12) ตรวจสอบการได้รับวัคซีนจากฐานข้อมูล ณ สิ้นสุดโปรแกรม และรวบรวมความครอบคลุมวัคซีนระดับพื้นที่จาก HDC รายปี ข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บด้วยการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก บันทึกเสียงและถอดความแบบคำต่อคำ จนข้อมูลอิ่มตัว ตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วยการตรวจสอบสามเส้าด้านแหล่งข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตรวจสอบการแจกแจงปกติด้วย Kolmogorov-Smirnov test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มด้วย Paired t-test ระหว่างกลุ่มด้วย Independent t-test รายงานขนาดอิทธิพล Cohen's d เปรียบเทียบสัดส่วนการได้รับวัคซีนด้วย Pearson Chi-square test ร่วมกับ Risk ratio (RR) และผลต่างสัดส่วนพร้อม 95%CI และทดสอบแนวโน้มความครอบคลุมระดับพื้นที่ด้วย Chi-square test for trend กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ [ชื่อหน่วยงาน] เลขที่ [เลขที่โครงการ] ลงวันที่ [วัน เดือน ปี] ก่อนเก็บข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ และความเสี่ยงแก่ผู้เข้าร่วม ผู้เข้าร่วมลงนามยินยอม กรณีผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ให้ผู้ดูแลลงนามแทน ข้อมูลเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม ผู้เข้าร่วมถอนตัวได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลต่อการรับบริการ และกลุ่มควบคุมได้รับบริการวัคซีนตามปกติ พร้อมได้รับบริการเชิงรุกภายหลังสิ้นสุดการวิจัย

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์และปัญหาการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันด้วยวัคซีนในกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบาง

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 30 คน ประกอบด้วยแพทย์และบุคลากรสหวิชาชีพ 8 คน ผู้นำชุมชน 6 คน อสม. 10 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ 6 คน พบปัญหาสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการเข้าถึงบริการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง และผู้มีโรคประจำตัวเดินทางมารับวัคซีนที่โรงพยาบาลลำบาก 2) ด้านเศรษฐกิจ ผู้ดูแลวัยทำงานต้องทำงานตามไร่นาและกลัวเสียรายได้ 3) ด้านความเชื่อและข้อมูลข่าวสาร มีข่าวลือเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์และการเสียชีวิตจากวัคซีน ทำให้ญาติไม่อนุญาตให้ผู้สูงอายุรับวัคซีน และ 4) ด้านระบบบริการ การให้บริการเชิงรุกนอกสถานบริการยังขาดแนวทางที่ชัดเจนทั้งข้อกำหนดทางกฎหมาย การรักษาห่วงโซ่ความเย็น และการจัดสรรกำลังคน ข้อมูลพื้นฐานปี 2566 พบความครอบคลุมวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุร้อยละ 38.46 และในกลุ่มเปราะบางที่มีโรคเรื้อรังร้อยละ 41.20

2. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันด้วยวัคซีนโดยใช้นวัตกรรมหมอซาเล้ง

2.1 องค์ประกอบของ SALENG Model จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 2 วงรอบ ได้รูปแบบ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ S: Survey & Screening การสำรวจและคัดกรองกลุ่มเป้าหมายรายบุคคลร่วมกับ อสม. A: Active outreach การออกบริการเชิงรุกโดย

Nexus of Thai Health Sciences
Vol. 1 No. 1 January – February 2026

ใช้ซาเล้งไปยังบ้านผู้ป่วยติดเตียง บ้านผู้สูงอายุ ไร่นา ศาลากลางบ้าน และวัด L: Literacy การสร้างความรอบรู้และแก้ไขข่าวลือทุกครั้งที่ออกพื้นที่ E: Engagement การมีส่วนร่วมผ่านกลไก 3 หมอ N: Network monitoring การกำกับติดตามความครอบคลุมรายชุมชนผ่านที่ประชุมกำนันผู้ใหญ่บ้าน ที่ประชุม อสม. และที่ประชุม คปสอ. และ G: Guarantee of safety การรักษาห่วงโซ่ความเย็น การคัดกรองก่อนฉีด และการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ ดังแสดงในภาพ 2 ในวงรอบที่ 1 พบว่าช่วง 3 เดือนแรกยังคงมีปัญหาญาติไม่อนุญาตและประชาชนวัยทำงานไม่อยู่บ้าน วงรอบที่ 2 จึงปรับเวลาออกบริการเป็นช่วงเช้าตรู่และช่วงเย็น ออกบริการตามไร่นาและศาลากลางบ้าน และให้ผู้นำชุมชนและ อสม. เป็นผู้นัดหมายและติดตาม แล้วจัดเป็นโปรแกรม 12 สัปดาห์ ดังแสดงในตาราง 1



ภาพ 2 รูปแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันด้วยวัคซีนโดยใช้นวัตกรรมหมอซาเล้ง (SALENG Model)

ตาราง 1 กิจกรรมของโปรแกรมตาม SALENG Model (12 สัปดาห์)

สัปดาห์ที่	กิจกรรม/เนื้อหา	เครื่องมือที่ใช้	ระยะเวลา	เหตุผลทางวิชาการ
1	สำรวจและคัดกรองรายบุคคล (S) ร่วมกับ อสม. และผู้นำชุมชน จัดทำทะเบียนและแผนที่บ้าน	ทะเบียน แผนที่ชุมชน แบบคัดกรองข้อห้าม	120 นาที	การเยี่ยมบ้านเพิ่มการเข้าถึงกลุ่มที่เข้าถึงยาก[11]
2–3	สร้างความรอบรู้และแก้ไขข่าวลือ (L) ผ่านเวทีศาลากลางบ้าน หอกระจายข่าว และไลน์กลุ่ม	แผ่นพับ คลิปภาษาอีสาน ชุดถาม–ตอบ	60 นาที/ครั้ง	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ[8,9] แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ[10]
4–8	ออกฉีดวัคซีนเชิงรุกด้วยหมอซาเล้ง (A) โดยแพทย์ทีมสหวิชาชีพ และ อสม.	ซาเล้ง กล่องรักษาอุณหภูมิ 2–8 °C ชุดช่วยชีวิต	3–4 ชั่วโมง/ครั้ง	ลดอุปสรรคด้านความสะดวก[6,11]
9–11	ติดตาม เก็บตก และเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ (E, G)	แบบติดตาม AEFI ไลน์กลุ่ม 3 หมอ	30 นาที/ราย	การมีส่วนร่วมของชุมชน
12	ประเมินผล คืนข้อมูลความครอบคลุมรายชุมชนในที่ประชุมกำนัน ผู้ใหญ่บ้านและ อสม. และถอดบทเรียน (N)	แบบสอบถาม ฐานข้อมูลวัคซีน	120 นาที	การกำกับติดตามผ่านเครือข่ายชุมชน

2.2 คุณภาพของรูปแบบและผลการดำเนินงานระดับพื้นที่ ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.52, S.D. = 0.48) และความเป็นไปได้ระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.46, S.D. = 0.51) ทีมหมอซาเล้งออกบริการเชิงรุก 312 ครั้ง ให้วัคซีนรวม 6,981 โดส (ปี 2567 จำนวน 2,856 โดส และปี 2568 จำนวน 4,125 โดส) (วัคซีนไข้หวัดใหญ่ 4,412 โดส และวัคซีนโควิด-19 2,569 โดส) และให้ความรอบรู้แก้ไขข่าวลือครบ 36 ชุมชน ความครอบคลุมวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 38.46 ในปี 2566 เป็นร้อยละ 58.72 ในปี 2567 และร้อยละ 71.35 ในปี 2568 (Chi-square test for trend = 1,503.67, p-value <0.001 โดยใช้จำนวนผู้สูงอายุ 6,850 คนเป็นตัวส่วนทุกปี) ส่วนกลุ่มเปราะบางที่มีโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 41.20 เป็นร้อยละ 63.45 และ 74.18 ตามลำดับ ไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ร้ายแรงจาก 6,981 โดส (ขอบบน 95%CI ร้อยละ 0.04) และผู้รับบริการ (กลุ่มทดลอง n = 70) พึงพอใจระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.61, S.D. = 0.42)

3. ผลของรูปแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันด้วยวัคซีนโดยใช้นวัตกรรมหมอซาเล้ง

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิงร้อยละ 58.57 อายุเฉลี่ย 69.84±7.12 ปี กลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงร้อยละ 57.14 อายุเฉลี่ย 70.21±7.45 ปี โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 52.86 และ 51.43) และเบาหวาน (ร้อยละ 34.29 และ 35.71) เป็นผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงร้อยละ 15.71 และ 14.29 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (เพศ χ^2 = 0.03, p-value = 0.864; อายุ t = −0.30, p-value = 0.764; ความดันโลหิตสูง χ^2 = 0.03, p-value = 0.866; เบาหวาน χ^2 = 0.03, p-value = 0.859; ติดบ้านติดเตียง χ^2 = 0.06, p-value = 0.813) ทั้งนี้ไม่มีผู้ยุติการเข้าร่วม (n = 70 ต่อกลุ่ม) และก่อนการทดลองไม่มีผู้ใดในทั้งสองกลุ่มได้รับวัคซีนโควิด-19 เข็มกระตุ้นในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา

3.2 การเปรียบเทียบภายในกลุ่ม ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับวัคซีนเพิ่มขึ้นจาก 22.46±4.12 เป็น 33.18±3.56 คะแนน (t = 20.62, p-value <0.001, d_z = 2.46) และทัศนคติและความเชื่อมั่นเพิ่มขึ้นจาก 31.24±5.38 เป็น 41.57±4.26 คะแนน (t = 16.88, p-value <0.001, d_z = 2.02) ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง (t = 1.77, p-value = 0.081 และ t = 1.37, p-value = 0.176) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อน-หลังการทดลอง จำแนกตามกลุ่ม (Paired t-test, n = 70 ต่อกลุ่ม)

ตัวแปร	กลุ่ม	ก่อน		หลัง		$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
		$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.				
ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับวัคซีน (คะแนนเต็ม 40)	ทดลอง	22.46	4.12	33.18	3.56	10.72	9.68 – 11.76	20.62	<0.001*
ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับวัคซีน (คะแนนเต็ม 40)	ควบคุม	22.81	4.05	23.64	4.21	0.83	−0.10 – 1.76	1.77	0.081
ทัศนคติและความเชื่อมั่นต่อวัคซีน (คะแนนเต็ม 50)	ทดลอง	31.24	5.38	41.57	4.26	10.33	9.11 – 11.55	16.88	<0.001*
ทัศนคติและความเชื่อมั่นต่อวัคซีน (คะแนนเต็ม 50)	ควบคุม	31.67	5.21	32.40	5.33	0.73	−0.34 – 1.80	1.37	0.176

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

3.3 การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ก่อนการทดลอง คะแนนทั้งสองด้านไม่แตกต่างกัน (t = −0.51, p-value = 0.613 และ t = −0.48, p-value = 0.632) ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม 9.54 คะแนน (95%CI 8.24–10.84, t = 14.48, p-value <0.001, Cohen's d = 2.45) และทัศนคติและความเชื่อมั่นสูงกว่า 9.17 คะแนน (95%CI 7.56–10.78, t = 11.24, p-value <0.001, Cohen's d = 1.90) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Independent t-test)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.				
ความรอบรู้ฯ ก่อน (คะแนนเต็ม 40)	22.46	4.12	22.81	4.05	−0.35	−1.72 – 1.02	−0.51	0.613
ความรอบรู้ฯ หลัง (คะแนนเต็ม 40)	33.18	3.56	23.64	4.21	9.54	8.24 – 10.84	14.48	<0.001*
ทัศนคติฯ ก่อน (คะแนนเต็ม 50)	31.24	5.38	31.67	5.21	−0.43	−2.20 – 1.34	−0.48	0.632
ทัศนคติฯ หลัง (คะแนนเต็ม 50)	41.57	4.26	32.40	5.33	9.17	7.56 – 10.78	11.24	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

3.4 การได้รับวัคซีน ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ร้อยละ 87.14 สูงกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 54.29) (χ^2 = 18.25, p-value <0.001; RR = 1.61) และได้รับวัคซีนโควิด-19 เข็มกระตุ้นร้อยละ 77.14 สูงกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 38.57) (χ^2 = 21.36, p-value <0.001; RR = 2.00) ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 เปรียบเทียบการได้รับวัคซีนภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Chi-square test)

ชนิดวัคซีน	กลุ่มทดลอง n (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม n (ร้อยละ)	ผลต่างสัดส่วน % (95%CI)	RR	χ^2	p-value
ไข้หวัดใหญ่	61 (87.14)	38 (54.29)	32.86 (18.80, 46.92)	1.61	18.25	<0.001*
โควิด-19 เข็มกระตุ้น	54 (77.14)	27 (38.57)	38.57 (23.51, 53.63)	2.00	21.36	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

อภิปรายผล

ผลการศึกษาสถานการณ์พบว่าอุปสรรคสำคัญ ได้แก่ การเข้าถึงบริการ เศรษฐกิจ และความลังเลต่อวัคซีนจากข่าวลือ สอดคล้องกับแนวคิดที่อธิบายว่าการตัดสินใจรับวัคซีนขึ้นกับความเชื่อมั่น ความชะล่าใจ และความสะดวกในการรับบริการ[6] และการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่าความเชื่อมั่นต่อความปลอดภัยและข้อมูลข่าวสารที่คลาดเคลื่อนเป็นปัจจัยสำคัญของการไม่รับวัคซีน[7] ในประเทศไทย การสำรวจผู้สูงอายุพบว่าการเน้นประโยชน์ของวัคซีน การแนะนำโดยแพทย์ และการออกบริการถึงผู้สูงอายุที่อยู่ไกลหรือเคลื่อนไหวลำบาก เป็นแนวทางเพิ่มการรับวัคซีนไข้หวัดใหญ่[16] การเพิ่มจุดบริการในสถานบริการเพียงอย่างเดียวจึงไม่เพียงพอ

SALENG Model มีความเหมาะสมและเป็นไปได้ในการนำไปใช้ เนื่องจากพัฒนาจากปัญหาจริงของพื้นที่ผ่านการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม[12] การใช้ซาเล้งซึ่งเป็นพาหนะที่คุ้นเคยในชุมชนช่วยให้เข้าถึงบ้านผู้ป่วยติดเตียง ไร่นา และพื้นที่ที่รถยนต์เข้าไม่ถึง สอดคล้องกับการทบทวนอย่างเป็นระบบที่พบว่าการออกบริการเชิงรุกและการเยี่ยมบ้านช่วยเพิ่มความครอบคลุมวัคซีนในผู้สูงอายุ[11] และโครงการฉีดวัคซีน

โควิด-19 ที่บ้านซึ่งเข้าถึงผู้สูงอายุติดบ้านที่มีโรคร่วมและฐานะยากจนได้[17] การที่แพทย์และทีมสหวิชาชีพลงพื้นที่ด้วยตนเองช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูลวัคซีนและแก้ข่าวลือได้ตรงจุด[16] ขณะที่การกำกับติดตามผ่านที่ประชุมกำนันผู้ใหญ่บ้านและการให้ผู้นำชุมชนและ อสม. เป็นผู้ติดตาม ทำให้ชุมชนเกิดความเป็นเจ้าของและไม่เป็นภาระของโรงพยาบาลฝ่ายเดียว

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ทัศนคติและความเชื่อมั่น และการได้รับวัคซีนสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อธิบายได้ว่าการให้ความรอบรู้และแก้ไขข่าวลือทุกครั้งที่ออกพื้นที่ช่วยพัฒนาความรอบรู้ในระดับปฏิสัมพันธ์และวิจารณญาณ[8,9] ทำให้รับรู้ประโยชน์เพิ่มขึ้นและรับรู้อุปสรรคลดลงตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ[10] ประกอบกับการนำบริการไปถึงบ้านช่วยขจัดอุปสรรคด้านความสะดวก[6] ขนาดอิทธิพลที่สูงมาก (Cohen's d 1.90–2.45) ควรตีความร่วมกับข้อจำกัดของการวัดด้วยแบบสอบถามโดยบุคลากรในพื้นที่

ข้อจำกัดของการศึกษา เป็นการวิจัยกึ่งทดลองที่จัดกลุ่มระดับชุมชนเพียง 8 ชุมชน โดยไม่ได้ปรับค่าอิทธิพลของการออกแบบและไม่ได้วิเคราะห์แบบคำนึงถึงการเกาะกลุ่ม[14] จึงอาจประเมินความคลาดเคลื่อนมาตรฐานต่ำกว่าความเป็นจริง อาจมีการปนเปื้อนข้อมูลข่าวสารระหว่างชุมชน ข้อมูลบางส่วนได้จากแบบสอบถามซึ่งอาจมีอคติ ผู้เก็บข้อมูลไม่ได้ปกปิดการจัดกลุ่ม ระยะเวลาติดตามผลสั้น และความครอบคลุมระดับพื้นที่ไม่มีพื้นที่เปรียบเทียบ และอาจได้รับอิทธิพลจากการรณรงค์ระดับประเทศร่วมด้วย

สรุปผลการวิจัย

ปัญหาการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันด้วยวัคซีนในกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบาง เกิดจากอุปสรรคด้านการเข้าถึงบริการ เศรษฐกิจ ข่าวลือ และระบบบริการ SALENG Model ซึ่งใช้นวัตกรรมหมอซาเล้งออกบริการเชิงรุกควบคู่กับการสร้างความรอบรู้ การมีส่วนร่วมผ่านกลไก 3 หมอ และการกำกับติดตามผ่านเครือข่าย ช่วยเพิ่มความรอบรู้ ทัศนคติและความเชื่อมั่นต่อวัคซีน การได้รับวัคซีน และความครอบคลุมวัคซีนระดับพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิผล โดยไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ร้ายแรง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ สหวิชาชีพควรออกปฏิบัติงานร่วมกับผู้นำชุมชนและ อสม. ให้ผู้นำชุมชนและ อสม. ติดตามการมารับวัคซีนและกำกับผลงานในที่ประชุมกำนันผู้ใหญ่บ้านและที่ประชุม อสม. ทุกเดือน เตรียมความพร้อมด้านห่วงโซ่ความเย็น อุปกรณ์ช่วยชีวิต และผู้มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพกำกับการปฏิบัติงานนอกสถานบริการ จัดสรรกำลังคนไม่ให้กระทบงานประจำ และขยายผลไปยังอำเภออื่นที่มีบริบทใกล้เคียง

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาด้วยการทดลองแบบสุ่มเป็นกลุ่ม (Cluster randomized controlled trial) ที่คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้ค่า ICC ติดตามผลระยะยาวต่อการป่วยรุนแรงและการเสียชีวิต วิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผล และขยายไปสู่วัคซีนผู้ใหญ่ชนิดอื่น เช่น วัคซีนป้องกันโรคปอดอักเสบจากเชื้อนิวโมคอคคัส

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ นายอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ สาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน และ อสม. ทั้ง 36 ชุมชน แพทย์ พยาบาล และทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ตลอดจนผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่าน

Nexus of Thai Health Sciences
Vol. 1 No. 1 January – February 2026

การเปิดเผยการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI Disclosure)

ผู้เขียนใช้เครื่องมือปัญญาประดิษฐ์ (Claude, Anthropic) เพื่อช่วยสืบค้นแหล่งข้อมูลและเอกสารอ้างอิงทางวิชาการ ผู้เขียนได้ตรวจสอบความถูกต้องของแหล่งอ้างอิงทุกรายการด้วยตนเองก่อนนำมาใช้ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูล การตีความผล และการอภิปรายผลเป็นผลงานของผู้เขียนทั้งหมด ปัญญาประดิษฐ์ไม่ได้มีส่วนร่วมในฐานะผู้เขียนร่วม

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Influenza (seasonal) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2025 Dec 20]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal)
2. World Health Organization. Immunization Agenda 2030: a global strategy to leave no one behind [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2025 Dec 20]. Available from: https://www.who.int/publications/m/item/immunization-agenda-2030-a-global-strategy-to-leave-no-one-behind
3. Department of Disease Control. Guidelines for seasonal influenza vaccination services 2024 (in Thai) [Internet]. Nonthaburi: Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2024 [cited 2025 Dec 20]. Available from: https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1580020240614080923.pdf
4. National Health Security Office. NHSO board approves additional 860,000 doses of influenza vaccine for the 608 group alongside COVID-19 booster vaccination (in Thai) [Internet]. Bangkok: National Health Security Office; 2023 [cited 2025 Dec 20]. Available from: https://www.nhso.go.th/news/3990
5. Department of Disease Control. Report on seasonal influenza vaccination services 2024 (in Thai) [Internet]. Nonthaburi: Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2025 [cited 2025 Dec 20]. Available from: https://www.ddc.moph.go.th/uploads/publish/1693320250324062140.pdf
6. MacDonald NE; SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Vaccine hesitancy: definition, scope and determinants. Vaccine. 2015;33(34):4161-4.
7. Larson HJ, Jarrett C, Eckersberger E, Smith DM, Paterson P. Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: a systematic review of published literature, 2007-2012. Vaccine. 2014;32(19):2150-9.
8. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int. 2000;15(3):259-67.
9. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012;12:80.
10. Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. Health Educ Monogr. 1974;2(4):328-35.

11. Thomas RE, Lorenzetti DL. Interventions to increase influenza vaccination rates of those 60 years and older in the community. Cochrane Database Syst Rev. 2018;5:CD005188.
12. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Geelong: Deakin University Press; 1988.
13. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods. 2007;39(2):175-91.
14. Campbell MK, Piaggio G, Elbourne DR, Altman DG; CONSORT Group. Consort 2010 statement: extension to cluster randomised trials. BMJ. 2012;345:e5661.
15. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. Res Nurs Health. 2006;29(5):489-97.
16. Praphasiri P, Ditsungnoen D, Sirilak S, Rattanayot J, Areerat P, Dawood FS, et al. Predictors of seasonal influenza vaccination among older adults in Thailand. PLoS One. 2017;12(11):e0188422.
17. Zhou MS, Attia C, Barnes M, Chen T, Chlada K, Doukas M, et al. Novel in-home COVID-19 vaccination program for vulnerable populations using public-private collaboration. Front Public Health. 2022;10:898787.

Nexus of Thai Health Sciences
Vol. 1 No. 1 January – February 2026

บทความวิจัย | RESEARCH ARTICLE

การพัฒนารูปแบบแนวทางการส่งต่อมารดาคลอดก่อนกำหนด เพื่อแก้ไขปัญหาการส่งต่อล่าช้า โรงพยาบาลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of a Referral Model for Mothers with Preterm Labor to Solve Delayed Referral, Namon Hospital, Namon District, Kalasin Province

ศิริพร เรืองแสง[1*]

Siriporn Ruangsaeng[1*]

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

[1] Professional Nurse (Senior Level), Nursing Department, Na Mon Hospital, Na Mon District, Kalasin Province

*ผู้นิพนธ์ประสานงาน (Corresponding author)

รับบทความ: 15 มกราคม 2569 **แก้ไขบทความ:** 24 มกราคม 2569 **ตอบรับบทความ:** 27 กุมภาพันธ์ 2569

การอ้างอิง (Citation): ศิริพร เรืองแสง. การพัฒนารูปแบบแนวทางการส่งต่อมารดาคลอดก่อนกำหนด เพื่อแก้ไขปัญหาการส่งต่อล่าช้า โรงพยาบาลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารบูรณาการวิทยาศาสตร์สุขภาพไทย. 2569;1(1):14-25.

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (R&D) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์และปัญหาการส่งต่อมารดาคลอดก่อนกำหนด 2) พัฒนารูปแบบแนวทางการส่งต่อ และ 3) ประเมินผลของรูปแบบ ดำเนินการที่โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2567-พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 กลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรทั้งหมดที่ตรงเกณฑ์ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 18 คน (วัดก่อน-หลัง) มารดาก่อนพัฒนารูปแบบ 45 ราย (ข้อมูลย้อนหลัง) และหลังพัฒนา 42 ราย เครื่องมือวิจัย ได้แก่ รูปแบบการส่งต่อ แบบประเมินความเสี่ยง 3 สี แบบวัดความรู้ แบบประเมินทักษะ แบบบันทึกระยะเวลา และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา t-test, Chi-square test และ Fisher's exact test

ผลการศึกษาพบว่า NAMON Model ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การประเมินความเสี่ยง 3 สี ช่องทางสื่อสารด่วน แนวทางปฏิบัติพร้อมแบบตรวจสอบ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และเครือข่ายความร่วมมือ หลังพัฒนาคะแนนความรู้ของพยาบาลเพิ่มขึ้นจาก 12.44±2.31 เป็น 17.22±1.48 คะแนน ระยะเวลาตั้งแต่ตัดสินใจจนออกเดินทางลดลงจาก 52.42±12.68 เป็น 22.64±6.15 นาที การส่งต่อทันเวลาภายใน 30 นาทีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20.00 เป็น 85.71 การได้รับ corticosteroids ก่อนส่งต่อเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 62.22 เป็น 95.24 (ทุกตัวแปร p-value <0.001) การคลอดระหว่างส่งต่อลดลงแต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่พบการเสียชีวิตระหว่างส่งต่อ ความพึงพอใจของมารดาอยู่ในระดับมากที่สุด ควรขยายผลสู่โรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย

คำสำคัญ: การคลอดก่อนกำหนด, ระบบส่งต่อ, การส่งต่อล่าช้า

Nexus of Thai Health Sciences
Vol. 1 No. 1 January – February 2026

Abstract

This research and development (R&D) study aimed to 1) examine the situation and problems of referring mothers with preterm labor, 2) develop a referral model, and 3) evaluate its outcomes at Namon Hospital, Kalasin Province, from January 2024 to November 2025. All eligible participants were included: 18 registered nurses (pretest–posttest), 45 mothers with preterm labor referred before implementation (retrospective records), and 42 mothers referred after implementation. Instruments included the referral model, a three-color risk stratification tool, a knowledge test, a skill assessment form, a referral time record form, and a satisfaction questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, the paired t-test, Welch's t-test, the chi-square test, and Fisher's exact test.

The NAMON Model consisted of five components: risk stratification, fast-track communication, a clinical practice guideline with checklist, staff competency development, and network collaboration with feedback. After implementation, nurses' knowledge scores increased from 12.44±2.31 to 17.22±1.48 ($t = 9.89$, p-value <0.001), and the time from referral decision to departure decreased from 52.42±12.68 to 22.64±6.15 minutes ($t = -14.08$, p-value <0.001). Timely referrals within 30 minutes increased from 20.00% to 85.71% ($\chi^2 = 34.98$, p-value <0.001; RR = 4.29), and antenatal corticosteroid use before transfer increased from 62.22% to 95.24% (p-value <0.001). Births en route decreased from 6.67% to 2.38% without statistical significance (p-value = 0.617). No deaths occurred during transfer, and maternal satisfaction was at the highest level (mean = 4.52, S.D. = 0.41). The model should be sustained and extended to other community hospitals in the network.

Keywords: Preterm birth, Referral system, Delayed referral

บทนำ

การคลอดก่อนกำหนด (Preterm birth) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก ในปี พ.ศ. 2563 มีทารกคลอดก่อนกำหนดประมาณ 13.4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9.9 ของทารกเกิดมีชีพ ซึ่งไม่เปลี่ยนแปลงจากร้อยละ 9.8 ในปี พ.ศ. 2553[1] ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยมีเด็กเสียชีวิตประมาณ 900,000 คนในปี พ.ศ. 2562 และทารกที่รอดชีวิตจำนวนมากมีความพิการระยะยาว[2] ในประเทศไทยมีรายงานอัตราการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลก โดยอัตราหญิงไทยคลอดก่อนกำหนดในปีงบประมาณ 2564–2566 เท่ากับร้อยละ 12.47, 11.61 และ 10.32 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายไม่เกินร้อยละ 9 (ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ HDC กระทรวงสาธารณสุข)[3] ปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ การตั้งครรภ์แฝด ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ใช้อินซูลิน และประวัติคลอดก่อนกำหนด[4] รวมทั้งปากมดลูกสั้น ภาวะซีด และการฝากครรภ์ครั้งแรกหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์[5] องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ corticosteroids ก่อนคลอดแก่สตรีที่มีความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดอายุครรภ์ 24 ถึงน้อยกว่า 34 สัปดาห์ เมื่อมีสถานบริการที่สามารถดูแลการคลอดและทารกแรกเกิดก่อนกำหนดได้อย่างเหมาะสม[6] องค์การอนามัยโลกยังไม่แนะนำให้ใช้

corticosteroids เป็นประจำเมื่ออายุครรภ์ตั้งแต่ 34 สัปดาห์ขึ้นไป[6] และแนะนำให้ใช้ **nifedipine** ยับยั้งการหดรัดตัวของมดลูกเป็นระยะสั้นในช่วงอายุครรภ์ 24 ถึงน้อยกว่า 34 สัปดาห์ เพื่อให้ได้รับ **corticosteroids** ครบหรือเพื่อให้การส่งต่อเสร็จสิ้น[7] การให้ยาที่เหมาะสมและการส่งต่อที่ทันเวลาจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผลลัพธ์ของมารดาและทารก

ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การศึกษาในจังหวัดใกล้เคียง ได้แก่ มหาสารคามและบึงกาฬ พบว่าการคลอดก่อนกำหนดยังเป็นปัญหาสำคัญ[8,9] โรงพยาบาลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ให้บริการสูติกรรมตลอด 24 ชั่วโมง และต้องส่งต่อมารดาคลอดก่อนกำหนดไปยังโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ซึ่งอยู่ห่างประมาณ 30 กิโลเมตร ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี (ปีงบประมาณ 2564-2566 จากทะเบียนส่งต่อ) พบว่ามารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ประมาณร้อยละ 8–10 ของผู้คลอดทั้งหมด (40–50 รายต่อปี) ต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ปัญหาสำคัญคือความล่าช้าในการตัดสินใจและการประสานงาน โดยใช้เวลาตั้งแต่ตัดสินใจจนส่งต่อสำเร็จประมาณ 45–60 นาที มารดาคลอดระหว่างการส่งต่อร้อยละ 6–8 และเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของทารก

ระบบส่งต่อผู้ป่วย (Referral system) ครอบคลุมการดูแลก่อนส่งต่อ ขณะส่งต่อ และรับการส่งต่อ ซึ่งต้องอาศัยการประสานงานอย่างไร้รอยต่อตามแนวคิดการดูแลต่อเนื่อง (Continuum of care) ร่วมกับการจัดการความเสี่ยง (Risk management)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการส่งต่อมารดาคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลนามน

แนวคิดความล่าช้า 3 ระดับอธิบายว่าผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ทางสูติกรรมเกิดจากความล่าช้าในการตัดสินใจ การเดินทาง และการได้รับการดูแลที่เหมาะสมในสถานบริการ[10] ความล่าช้าที่โรงพยาบาลต้นทางจึงเป็นจุดที่แก้ไขได้โดยระบบบริการ การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ของ Donabedian[11] งานวิจัยที่ผ่านมาได้พัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด[12,13] แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับสตรีที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด[14] และการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้านเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด[15] อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งเน้นการพยาบาลภายในหน่วยบริการหรือการป้องกัน ยังมีการศึกษาน้อยที่มุ่งแก้ปัญหาความล่าช้าของกระบวนการส่งต่อในโรงพยาบาลชุมชนอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การประเมินความเสี่ยง การสื่อสาร การเตรียมผู้ป่วย จนถึงการติดตามผลหลังส่งต่อ

ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบแนวทางการส่งต่อมารดาคลอดก่อนกำหนดที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลนามน เพื่อลดความล่าช้าในการส่งต่อ ลดการคลอดระหว่างส่งต่อ และเพิ่มความปลอดภัยของมารดาและทารก ผลการศึกษาจะเป็นแนวทางให้พยาบาลวิชาชีพตัดสินใจส่งต่อได้อย่างรวดเร็ว และขยายผลไปยังโรงพยาบาลชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียง สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนข้อ 3.2 ที่มุ่งลดอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดให้ไม่เกิน 12 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพภายในปี พ.ศ. 2573[16]

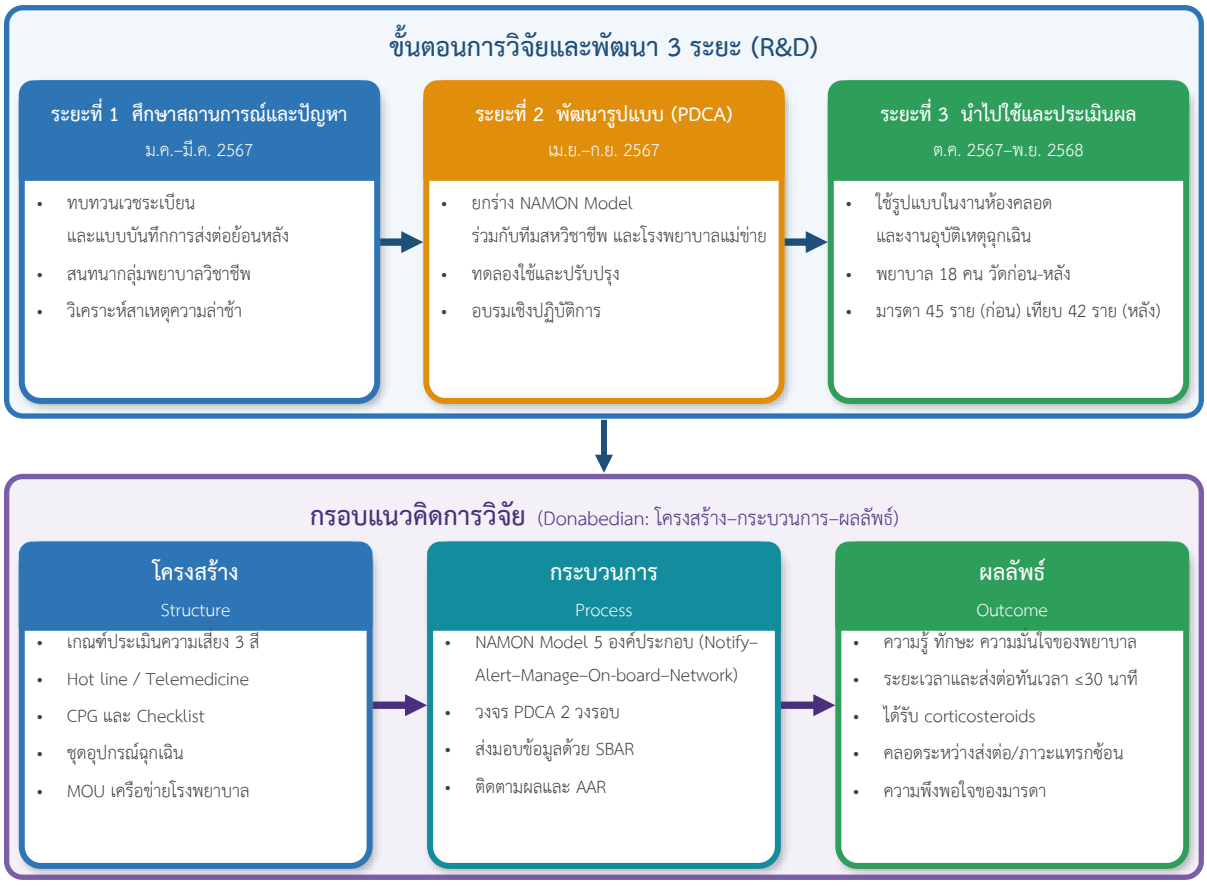
2. เพื่อพัฒนารูปแบบแนวทางการส่งต่อมารดาคลอดก่อนกำหนด เพื่อแก้ไขปัญหาการส่งต่อล่าช้า
3. เพื่อประเมินผลของรูปแบบ ได้แก่ การส่งต่อทันเวลาภายใน 30 นาที (ผลลัพธ์หลัก)

Nexus of Thai Health Sciences
Vol. 1 No. 1 January – February 2026

ระยะเวลาการส่งต่อ ความรู้และทักษะของพยาบาล การได้รับ corticosteroids การคลอดระหว่างส่งต่อ ภาวะแทรกซ้อนของทารก และความพึงพอใจของมารดา

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ดำเนินการที่งานห้องคลอดและงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนามน ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2567-พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังแสดงในภาพ 1 ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัญหา (มกราคม–มีนาคม 2567) ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบตามวงจร PDCA 2 วงรอบ (เมษายน–กันยายน 2567) และระยะที่ 3 นำรูปแบบไปใช้และประเมินผล (ตุลาคม 2567–พฤศจิกายน 2568) การประเมินผลด้านพยาบาลใช้แบบแผนกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง ส่วนด้านมารดาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมในอดีต (Historical control) จากเวชระเบียน



ภาพ **1** ขั้นตอนการวิจัยและพัฒนา 3 ระยะ และกรอบแนวคิดการวิจัย

ประชากร

ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพงานห้องคลอดและงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนามน และ 2) มารดาที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (อายุครรภ์ 28 ถึงน้อยกว่า 37 สัปดาห์) ที่ได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย

กลุ่มตัวอย่าง

ใช้ประชากรทั้งหมดที่ตรงเกณฑ์ (ไม่ได้คำนวณขนาดตัวอย่าง) ประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพ 18 คน 2) มารดากลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบ จากเวชระเบียนย้อนหลัง (มกราคม–ธันวาคม 2566) 45 ราย และ 3) มารดากลุ่มหลังพัฒนารูปแบบ (ตุลาคม 2567–

Nexus of Thai Health Sciences
Vol. 1 No. 1 January – February 2026

กันยายน 2568) 42 ราย (มารดาที่ส่งต่อทั้งหมด 49 และ 45 ราย คัดออกเนื่องจากภาวะวิกฤตหรือข้อมูลไม่ครบถ้วน 4 และ 3 ราย ตามลำดับ) ขนาดตัวอย่างนี้มีอำนาจการทดสอบมากกว่า 0.99 สำหรับผลลัพธ์หลัก แต่ไม่เพียงพอสำหรับผลลัพธ์ที่เกิดน้อย

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 6 เดือนและยินดีเข้าร่วม มารดาที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์ 28 ถึงน้อยกว่า 37 สัปดาห์ ได้รับการส่งต่อ และสื่อสารภาษาไทยได้ (กลุ่มหลังพัฒนาลงนามยินยอม กลุ่มก่อนพัฒนาได้รับการยกเว้นความยินยอมเนื่องจากเป็นข้อมูลย้อนหลัง)

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

มารดาที่มีภาวะวิกฤตที่ต้องได้รับการช่วยชีวิตก่อนการส่งต่อ หรือมีข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบถ้วน เกณฑ์การยุติการเข้าร่วม พยาบาลที่ย้าย ลาศึกษา หรือขอถอนตัวระหว่างการวิจัย

เครื่องมือวิจัย

ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ ได้แก่ NAMON Model แบบประเมินความเสี่ยง 3 สี (เขียว เหลือง แดง) (สีแดง: อายุครรภ์ < 34 สัปดาห์ ปากมดลูกเปิด ≥ 4 ซม. หรือมีภาวะแทรกซ้อน สีเหลือง: อายุครรภ์ 34–36+6 สัปดาห์ หรือปากมดลูกเปิด 1–3 ซม. ร่วมกับมดลูกหดรัดตัวสม่ำเสมอ สีเขียว: มดลูกหดรัดตัวแต่ปากมดลูกยังไม่เปลี่ยนแปลง) แนวทางปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline: CPG) พร้อมแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) และคู่มือพกพา 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดความรู้ 20 ข้อ (ตอบถูกได้ 1 คะแนน) แบบประเมินทักษะการประเมินและตัดสินใจส่งต่อ (คะแนนเต็ม 40) โดยผู้ประเมินที่ไม่ใช่ผู้สอน ประเมินจากสถานการณ์จำลอง แบบประเมินความมั่นใจและความพร้อม (มาตรประมาณค่า 5 ระดับ) แบบบันทึกระยะเวลาและผลลัพธ์การส่งต่อ แบบประเมินความพึงพอใจของมารดา และแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบสำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ แปลผลความรู้และทักษะตามเกณฑ์ของ Bloom (ร้อยละ 80 ขึ้นไป = สูง) และค่าเฉลี่ย 4.51–5.00 = มากที่สุด เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่า Index of Item-Objective Congruence (IOC) 0.67–1.00 แบบวัดความรู้มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.82 และแบบประเมินความมั่นใจและความพึงพอใจมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.87 และ 0.89 ตามลำดับ

นิยามจุดเวลา

ระยะเวลาแรกรับถึงตัดสินใจส่งต่อ นับจากเวลาลงทะเบียนห้องคลอด/ห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่แพทย์สั่งส่งต่อ ระยะเวลาตัดสินใจจนออกเดินทาง นับจากเวลาสั่งส่งต่อถึงเวลารถส่งต่อออกจากโรงพยาบาล และการส่งต่อทันเวลา หมายถึง ออกเดินทางภายใน 30 นาทีหลังตัดสินใจ กลุ่มก่อนพัฒนาใช้เวลาที่บันทึกในเวชระเบียนและแบบส่งต่อ ส่วนกลุ่มหลังพัฒนาใช้แบบบันทึกเวลาที่พัฒนาขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ทบทวนเวชระเบียนและแบบบันทึกการส่งต่อย้อนหลัง และสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพเพื่อวิเคราะห์สาเหตุความล่าช้า ระยะที่ 2 ยกร่างรูปแบบร่วมกับทีมสหวิชาชีพและโรงพยาบาลแม่ข่าย ทดลองใช้ ปรับปรุงตามวงจร PDCA และจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ ระยะที่ 3 เก็บข้อมูลความรู้ ทักษะ และความมั่นใจของพยาบาลก่อนอบรม (กันยายน 2567) และหลังใช้รูปแบบ (พฤศจิกายน 2568) บันทึกระยะเวลาการส่งต่อทุกราย ติดตามผลลัพธ์ทารกจาก

โรงพยาบาลแม่ข่าย และประเมินความพึงพอใจของมารดาหลังการส่งต่อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนของพยาบาลก่อน-หลังด้วย Paired t-test (ตรวจสอบการแจกแจงของผลต่างด้วย Shapiro-Wilk test) เปรียบเทียบระยะเวลาการส่งต่อระหว่างกลุ่มด้วย Independent t-test แบบไม่สมมติความแปรปรวนเท่ากัน (Welch's t-test) และเปรียบเทียบผลลัพธ์เชิงหมวดหมู่ด้วย Chi-square test (Yates' correction) หรือ Fisher's exact test เมื่อค่าคาดหวังน้อยกว่า 5 รายงาน Risk ratio (RR) และขนาดอิทธิพล Cohen's d กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้คำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยรวมถึงการยกเว้นความยินยอมสำหรับข้อมูลเวชระเบียนย้อนหลัง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และประโยชน์ของการวิจัย ผู้เข้าร่วมลงนามยินยอมด้วยความสมัครใจ ข้อมูลเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม ผู้เข้าร่วมถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานหรือการรับบริการ

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์และปัญหาการส่งต่อมารดาคลอดก่อนกำหนด

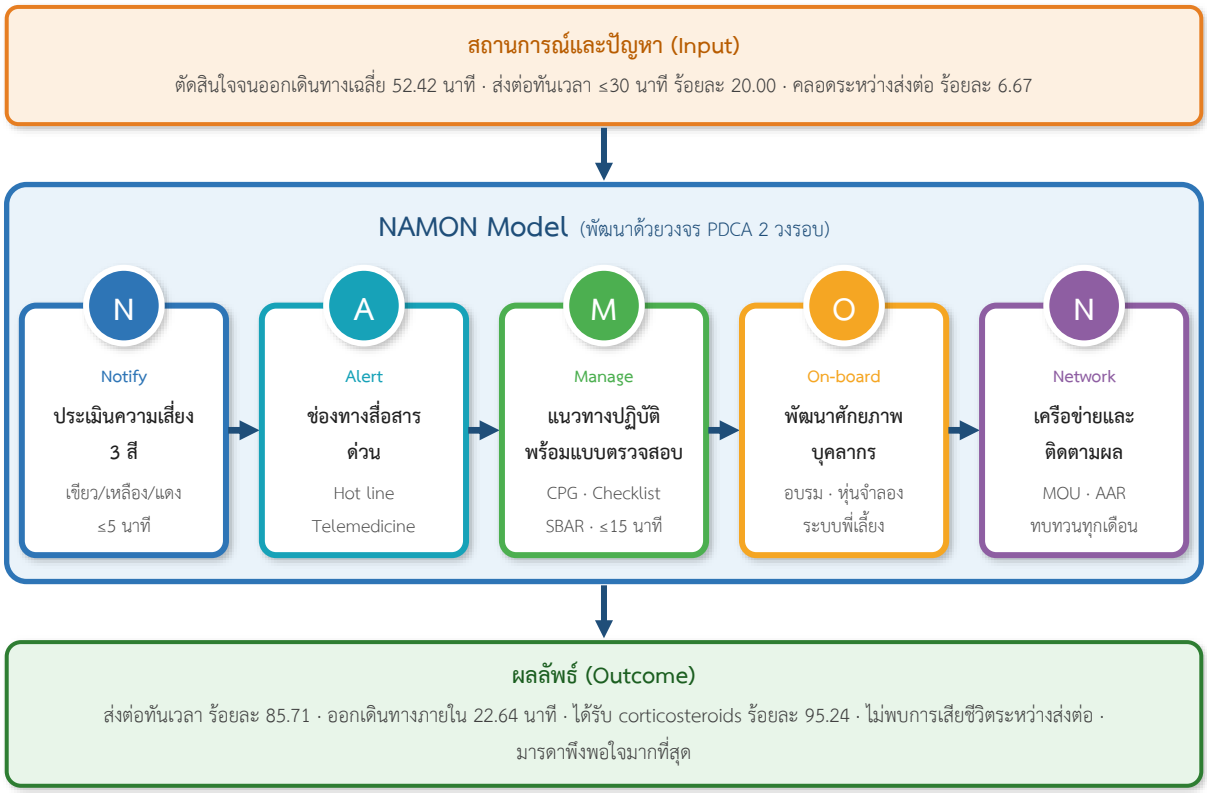
พยาบาลวิชาชีพ 18 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุเฉลี่ย 34.56±7.82 ปี ประสบการณ์เฉลี่ย 10.22±6.45 ปี ส่วนใหญ่ไม่เคยผ่านการอบรมการดูแลมารดาคลอดก่อนกำหนดระหว่างส่งต่อ (ร้อยละ 66.67) จากการทบทวนเวชระเบียนและการสนทนากลุ่ม พบว่าระยะเวลาตั้งแต่ตัดสินใจจนออกเดินทางเฉลี่ย 52.42±12.68 นาที ส่งต่อทันเวลาภายใน 30 นาทีเพียงร้อยละ 20.00 และคลอดระหว่างส่งต่อร้อยละ 6.67 สาเหตุหลักของความล่าช้า ได้แก่ 1) ไม่มีเกณฑ์ประเมินความเสี่ยงที่ชัดเจน พยาบาลลังเลและกลัวถูกตำหนิหากส่งต่อเร็วเกินไป 2) ขั้นตอนการประสานงานหลายขั้น ต้องรอแพทย์และรอการตอบรับจากโรงพยาบาลแม่ข่าย 3) การเตรียมผู้ป่วยและอุปกรณ์ไม่เป็นระบบ 4) พยาบาลบางส่วนขาดทักษะการดูแลระหว่างส่งต่อ และ 5) ขาดระบบติดตามผลหลังส่งต่อ

2. รูปแบบแนวทางการส่งต่อมารดาคลอดก่อนกำหนดที่พัฒนาขึ้น

2.1 องค์ประกอบของรูปแบบ NAMON Model ผ่านการยกร่าง ทดลองใช้ และปรับปรุง 2 วงรอบ โดยวงรอบที่ 2 ปรับเกณฑ์ประเมินความเสี่ยง 3 สีให้กระชับ เพิ่ม Hot line และวิทยุสำรอง จัดชุดอุปกรณ์ฉุกเฉินสำเร็จรูป และเพิ่มการส่งมอบข้อมูลด้วย SBAR ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังแสดงในตาราง 1 และภาพ 2

ตาราง 1 องค์ประกอบของ NAMON Model

องค์ประกอบ	กิจกรรม/เนื้อหา	เครื่องมือ	เวลาเป้าหมาย	เหตุผลทางวิชาการ
N: Notify	ประเมินความเสี่ยง 3 สี ตามอายุครรภ์ การเปิดของปากมดลูก ความถี่การหดรัดตัว และภาวะแทรกซ้อน	แบบประเมินความเสี่ยง 3 สี	≤5 นาที	การจัดการความเสี่ยงและความล่าช้าในการตัดสินใจ[10]
A: Alert	Hot line ห้องคลอดโรงพยาบาลแม่ข่าย ผู้รับผิดชอบประจำเวร ปรึกษาแพทย์ผ่าน Telemedicine	Hot line, LINE กลุ่ม, Telemedicine, วิทยุสำรอง	≤10 นาที	การสื่อสารที่ชัดเจนและการดูแลต่อเนื่อง
M: Manage	CPG การคัดกรอง การให้ยา การเตรียมผู้ป่วยและอุปกรณ์ การดูแลระหว่างส่งต่อ และการส่งมอบ	CPG, Checklist, ชุดอุปกรณ์ฉุกเฉิน	≤15 นาที	แนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน[14]
O: On-board competency	อบรมการประเมิน การให้ยายับยั้งการคลอด การดูแลทารกแรกเกิดฉุกเฉิน การทำคลอดฉุกเฉินในรถ และระบบพี่เลี้ยง	คู่มือพกพา หุ่นจำลอง วิดีโอ	6 ชั่วโมง ฝึกซ้ำทุก 3 เดือน	การพัฒนาสมรรถนะบุคลากร[12,13]
N: Network	MOU โรงพยาบาลหลักและสำรอง ระบบติดตามผลหลังส่งต่อ และ After Action Review (AAR)	MOU, แบบติดตามผล, เวที AAR	ทบทวนทุกเดือน	โครงสร้าง–กระบวนการ–ผลลัพธ์[11]



ภาพ 2 รูปแบบแนวทางการส่งต่อมารดาคลอดก่อนกำหนด (NAMON Model)

2.2 กระบวนการส่งต่อตามรูปแบบ เมื่อมารดามาด้วยอาการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด พยาบาลประเมินความเสี่ยง 3 สีภายใน 5 นาที กลุ่มสีแดงส่งต่อทันทีพร้อมแจ้ง Hot line ระหว่างเตรียมผู้ป่วยและรอการตอบรับ หากอายุครรภ์ต่ำกว่า 34 สัปดาห์ ให้ corticosteroids เข็มแรกและยายับยั้งการหดรัดตัวของมดลูก (เช่น nifedipine) ตามคำสั่งแพทย์ โดยไม่ชะลอการออกเดินทาง[6,7] กลุ่มสีเหลืองซึ่งมีอายุครรภ์ 34–36+6 สัปดาห์ไม่ให้ยาดังกล่าวเป็นประจำ แต่แพทย์พิจารณาให้เป็นรายกรณี แล้วส่งต่อภายใน 30 นาที กลุ่มสีเขียวเฝ้าระวังและประเมินซ้ำ ทุกรายใช้แบบตรวจสอบรายการก่อนออกเดินทาง และส่งมอบข้อมูลด้วย Situation-Background-Assessment-Recommendation (SBAR) ดังแสดงในภาพ 2 ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านประเมินความเหมาะสมระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.62, S.D. = 0.38) และพยาบาลใช้แบบประเมินความเสี่ยงครบทุกราย (42/42 ราย, ร้อยละ 100) จำแนกเป็นสีแดง 9 ราย (ร้อยละ 21.43) สีเหลือง 27 ราย (ร้อยละ 64.29) และสีเขียวที่ประเมินซ้ำแล้วต้องส่งต่อ 6 ราย (ร้อยละ 14.29)

3. ผลของรูปแบบแนวทางการส่งต่อมารดาคลอดก่อนกำหนด

3.1 ข้อมูลทั่วไปของมารดา มารดากลุ่มก่อนพัฒนา (n = 45) และหลังพัฒนา (n = 42) มีอายุเฉลี่ย 26.84±6.21 และ 27.12±5.94 ปี (t = −0.21, p-value = 0.831) อายุครรภ์เฉลี่ย 33.42±2.13 และ 33.67±2.05 สัปดาห์ (t = −0.56, p-value = 0.579) ตามลำดับ

3.2 ความรู้ ทักษะ ความมั่นใจ และความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพ หลังการพัฒนา คะแนนเฉลี่ยทุกด้านสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 9.89–12.16, p-value <0.001, Cohen's dz = 2.33–2.87) และผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ขึ้นไป 16 คน (ร้อยละ 88.89) ดังแสดงในตาราง 2

Nexus of Thai Health Sciences
Vol. 1 No. 1 January – February 2026

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ (n = 18, Paired t-test)

ตัวแปร	ก่อน $\bar{x}$±S.D.	หลัง $\bar{x}$±S.D.	ระดับ (หลัง)	$\bar{d}$ (95%CI)	t	p-value
ความรู้ (เต็ม 20)	12.44±2.31	17.22±1.48	สูง	4.78 (3.76, 5.80)	9.89	<0.001*
ทักษะการประเมินและตัดสินใจส่งต่อ (เต็ม 40)	26.50±3.84	35.67±2.40	สูง	9.17 (7.58, 10.76)	12.16	<0.001*
ความมั่นใจในการตัดสินใจส่งต่อ (เต็ม 5)	3.12±0.54	4.38±0.37	มาก	1.26 (1.02, 1.50)	11.14	<0.001*
ความพร้อมในการดูแลระหว่างส่งต่อ (เต็ม 5)	3.05±0.61	4.42±0.35	มาก	1.37 (1.10, 1.64)	10.57	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

3.3 ระยะเวลาการส่งต่อ หลังพัฒนาระยะเวลาเฉลี่ยทุกขั้นตอนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) โดยระยะเวลาตั้งแต่ตัดสินใจจนออกเดินทางลดลงจาก 52.42±12.68 เป็น 22.64±6.15 นาที (Cohen's d = 2.96) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบระยะเวลาการส่งต่อ (นาที) ระหว่างกลุ่มก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ (Welch's t-test)

ช่วงเวลา	ก่อน (n = 45) $\bar{x}$±S.D.	หลัง (n = 42) $\bar{x}$±S.D.	ผลต่าง (95%CI)	t	p-value
แรกรับถึงตัดสินใจส่งต่อ	24.80±9.31	12.40±4.62	−12.40 (−15.52, −9.28)	−7.95	<0.001*
ประสานงานจนได้รับการตอบรับ	18.53±7.24	6.21±2.38	−12.32 (−14.61, −10.03)	−10.81	<0.001*
ตัดสินใจจนออกเดินทาง	52.42±12.68	22.64±6.15	−29.78 (−34.00, −25.56)	−14.08	<0.001*
รวมแรกรับจนออกเดินทาง[a]	77.22±17.84	35.04±8.73	−42.18 (−48.13, −36.23)	−14.15	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

[a] ระยะเวลารวม = แรกรับถึงตัดสินใจส่งต่อ + ตัดสินใจจนออกเดินทาง

3.4 ผลลัพธ์การส่งต่อ หลังพัฒนา การส่งต่อทันเวลาภายใน 30 นาทีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการได้รับ corticosteroids ก่อนส่งต่อเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนการคลอดระหว่างส่งต่อและภาวะแทรกซ้อนของทารก ตามนิยามภาวะแทรกซ้อน พบว่าลดลงแต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหรือการเสียชีวิตระหว่างส่งต่อ ดังแสดงในตาราง 4 และมารดากลุ่มหลังพัฒนามีความพึงพอใจระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.52, S.D. = 0.41)

ตาราง 4 เปรียบเทียบผลลัพธ์การส่งต่อระหว่างกลุ่มก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ

ผลลัพธ์	ก่อน (n = 45) n (%)	หลัง (n = 42) n (%)	RR	สถิติ	p-value
ส่งต่อทันเวลา (≤30 นาที)	9 (20.00)	36 (85.71)	4.29	χ^2 = 34.98	<0.001*

Nexus of Thai Health Sciences
Vol. 1 No. 1 January – February 2026

ผลลัพธ์	ก่อน (n = 45) n (%)	หลัง (n = 42) n (%)	RR	สถิติ	p-value
ได้รับ corticosteroids ก่อนส่งต่อ	28 (62.22)	40 (95.24)	1.53	Fisher	<0.001*
คลอดระหว่างส่งต่อ	3 (6.67)	1 (2.38)	0.36	Fisher	0.617
ภาวะแทรกซ้อนของทารก	7 (15.56)	2 (4.76)	0.31	Fisher	0.159

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05 χ^2 ใช้ Yates' correction

อภิปรายผล

ผลการศึกษาสถานการณ์พบว่าความล่าช้าในการส่งต่อเกิดจากปัจจัยด้านโครงสร้าง ได้แก่ การขาดเกณฑ์ประเมินความเสี่ยงและช่องทางสื่อสารที่ชัดเจน และปัจจัยด้านกระบวนการ ได้แก่ ขั้นตอนการประสานงานที่ซับซ้อนและการเตรียมผู้ป่วยที่ไม่เป็นระบบ สอดคล้องกับกรอบแนวคิดของ Donabedian ที่ระบุว่าคุณภาพของผลลัพธ์ขึ้นกับความพร้อมของโครงสร้างและกระบวนการ[11] และสะท้อนความล่าช้าระดับที่ 3 คือการได้รับการดูแลที่เหมาะสมในสถานบริการต้นทาง[10] สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการขาดแนวปฏิบัติที่ชัดเจนเป็นอุปสรรคสำคัญในการดูแลสตรีที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด[14] ความกังวลของพยาบาลว่าจะถูกตำหนิหากส่งต่อเร็วเกินไปสะท้อนความจำเป็นในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยที่มุ่งเรียนรู้มากกว่าการตำหนิ

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมและนำไปใช้ได้จริง เนื่องจากพัฒนาจากปัญหาจริงโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลผู้ปฏิบัติ ทีมสหวิชาชีพ และโรงพยาบาลแม่ข่าย ผ่านวงจร PDCA การประเมินความเสี่ยง 3 สีช่วยลดความลังเลในการตัดสินใจ ช่องทางสื่อสารด่วนลดขั้นตอนการประสานงาน แบบตรวจสอบรายการป้องกันการหลงลืม และการส่งมอบข้อมูลด้วย SBAR ซึ่งการทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่าช่วยเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย[17] สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ารูปแบบที่มีขั้นตอนชัดเจนช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด[12,13] และการดูแลต่อเนื่องอย่างเป็นระบบช่วยลดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์[15]

หลังการพัฒนา พยาบาลมีความรู้ ทักษะ ความมั่นใจ และความพร้อมเพิ่มขึ้นจากการอบรมเชิงปฏิบัติการ การฝึกกับหุ่นจำลอง คู่มือพกพา และระบบพี่เลี้ยง ซึ่งสัมพันธ์กับระยะเวลาการส่งต่อที่ลดลงและการส่งต่อทันเวลาที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20.00 เป็นร้อยละ 85.71 ผ่านเป้าหมายร้อยละ 80 มารดาได้รับ corticosteroids ก่อนส่งต่อเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อผลลัพธ์ของทารก[6] ทั้งนี้ รูปแบบกำหนดให้ corticosteroids และยายับยั้งการหดรัดตัวของมดลูกเป็นมาตรฐานสำหรับมารดาที่อายุครรภ์ต่ำกว่า 34 สัปดาห์ ซึ่งสอดคล้องกับข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลก[6,7] ส่วนมารดากลุ่มอายุครรภ์ 34–36+6 สัปดาห์ใช้ดุลยพินิจของแพทย์เป็นรายกรณี แม้การคลอดระหว่างส่งต่อและภาวะแทรกซ้อนของทารกจะลดลง แต่ยังไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเกิดจากจำนวนเหตุการณ์ที่น้อย

ข้อจำกัดของการศึกษา การเปรียบเทียบกับกลุ่มก่อนพัฒนาที่เก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน ซึ่งความแม่นยำของการบันทึกเวลาต่างจากกลุ่มหลังที่ใช้แบบบันทึกเวลาเฉพาะ และไม่มีกลุ่มควบคุมร่วมสมัย จึงสรุปเชิงเหตุและผลไม่ได้ การศึกษาในโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียว ขนาดตัวอย่างที่จำกัด และการคัดมารดาที่มีภาวะวิกฤตออก จึงควรระมัดระวังในการนำผลไปอ้างอิงในบริบทอื่น

Nexus of Thai Health Sciences
Vol. 1 No. 1 January – February 2026

สรุปผลการวิจัย

NAMON Model ประกอบด้วยการประเมินความเสี่ยง 3 สี ช่องทางสื่อสารด่วน แนวทางปฏิบัติ พร้อมแบบตรวจสอบรายการ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และเครือข่ายความร่วมมือพร้อมระบบติดตามผล รูปแบบนี้ช่วยเพิ่มความรู้และทักษะของพยาบาล ลดระยะเวลาการส่งต่อ เพิ่มการส่งต่อทันเวลาและการได้รับ corticosteroids ก่อนส่งต่อ และมารดามีความพึงพอใจระดับมากที่สุด จึงเป็นแนวทางที่ช่วยลดปัญหาการส่งต่อล่าช้าในบริบทโรงพยาบาลชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ผู้บริหารควรกำหนดให้รูปแบบนี้เป็นมาตรฐานการปฏิบัติของงานห้องคลอดและงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ทบทวนแบบประเมินความเสี่ยงและแนวทางปฏิบัติอย่างน้อยปีละครั้ง จัดอบรมฟื้นฟูทักษะแก่พยาบาลใหม่และพยาบาลที่หมุนเวียน และขยายผลสู่โรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายจังหวัดกาฬสินธุ์

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบไปข้างหน้าในหลายโรงพยาบาล ติดตามผลลัพธ์ระยะยาวของทารก เช่น การเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดและการเสียชีวิต ทดสอบความแม่นยำของแบบประเมินความเสี่ยง 3 สี และพัฒนาระบบสารสนเทศสนับสนุนการติดตามการส่งต่อแบบเรียลไทม์

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลนามน หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล ผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบเครื่องมือ ทีมพยาบาลวิชาชีพงานห้องคลอดและงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ในฐานะโรงพยาบาลแม่ข่าย และมารดาทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

การเปิดเผยการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI Disclosure)

ผู้เขียนใช้เครื่องมือปัญญาประดิษฐ์ (Claude, Anthropic) เพื่อช่วยสืบค้นแหล่งข้อมูลและเอกสารอ้างอิงทางวิชาการ ผู้เขียนได้ตรวจสอบความถูกต้องของแหล่งอ้างอิงทุกรายการด้วยตนเองก่อนนำมาใช้ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูล การตีความผล และการอภิปรายผลเป็นผลงานของผู้เขียนทั้งหมด ปัญญาประดิษฐ์ไม่ได้มีส่วนร่วมในฐานะผู้เขียนร่วม

เอกสารอ้างอิง

1. Ohuma EO, Moller AB, Bradley E, Chakwera S, Hussain-Alkhateeb L, Lewin A, et al. National, regional, and global estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: a systematic analysis. Lancet. 2023;402(10409):1261-71.
2. World Health Organization. Preterm birth [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2025 Nov 1]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth
3. Ministry of Public Health (TH). Health Data Center (HDC): percentage of Thai women with preterm birth, fiscal years 2021-2023 (in Thai) [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; [cited 2025 Nov 1]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/

4. Kitjaroenthanarak P. Factors affecting preterm birth among pregnant women at Sisaket Hospital (in Thai). Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals. 2024;39(3):631-40.
5. Waiyanikorn R. Predictive factors of preterm birth among pregnant women at risk of preterm birth in Phetchaburi Province (in Thai). Region 4-5 Medical Journal. 2024;43(3):355-64.
6. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal corticosteroids for improving preterm birth outcomes. Geneva: World Health Organization; 2022.
7. World Health Organization. WHO recommendation on tocolytic therapy for improving preterm birth outcomes. Geneva: World Health Organization; 2022.
8. Supathaweewat S. Factors affecting preterm birth, accuracy and coverage of care guidelines for pregnant women with preterm labor, and success rate of tocolysis at Mahasarakham Hospital (in Thai). Mahasarakham Hospital Journal. 2023;20(2):75-88.
9. Hanasa W. Prevalence and risk factors of preterm birth in Bueng Kan Hospital (in Thai). Udonthani Hospital Medical Journal. 2022;30(1):35-44.
10. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. Soc Sci Med. 1994;38(8):1091-110.
11. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Mem Fund Q. 1966;44(3 Suppl):166-206.
12. Khianmaen B, Kanmali Y, Tummee W. Development of a nursing care model for pregnant women with preterm labor (in Thai). Journal of Health Systems Research and Development. 2022;15(3):286-300.
13. Haowhan J, Chanthophat P, Mayukhachot K, Saisom B, Sridaoruang C. A nursing care model for pregnant women with preterm labor based on the quality dimensions of intrapartum services (in Thai). Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals. 2021;36(3):503-11.
14. Chaniwaree P, Torsorn B, Sereesathien Y, Winaikij P, Chanthophat P. Development and evaluation of nursing practice guidelines for pregnant women with preterm labor, Samut Sakhon Hospital (in Thai). Journal of Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi. 2021;7(2):25-40.
15. Buranasan T, Konkham S. Development of a continuing care model from hospital to home for pregnant women to prevent preterm birth, Nong Han Hospital, Udon Thani Province (in Thai). Journal of Nursing, Health, and Education. 2021;4(3):50-6.
16. United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development (A/RES/70/1). New York: United Nations; 2015.
17. Müller M, Jürgens J, Redaèlli M, Klingberg K, Hautz WE, Stock S. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. BMJ Open. 2018;8(8):e022202.

Nexus of Thai Health Sciences
Vol. 1 No. 1 January – February 2026

บทความวิจัย | RESEARCH ARTICLE

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยแยกโรค ในตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of an Isolation Patient Management Model in the Inpatient Ward, Namon Hospital, Namon District, Kalasin Province

สวิท วรพันธ์[1*]

Sawit Woraphan[1*]

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

[1] Registered Nurse, Professional Level, Inpatient Nursing Unit, Nursing Department, Namon Hospital, Namon District, Kalasin Province, Thailand

*ผู้นิพนธ์ประสานงาน (Corresponding author)

รับบทความ: 1 มกราคม 2569 **แก้ไขบทความ:** 8 มกราคม 2569 **ตอบรับบทความ:** 25 กุมภาพันธ์ 2569

การอ้างอิง (Citation): สวิท วรพันธ์. การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยแยกโรค ในตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารบูรณาการวิทยาศาสตร์สุขภาพไทย. 2569;1(1):26-39.

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (research and development) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์และปัญหา 2) พัฒนารูปแบบ และ 3) เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยแยกโรค ในตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2568 (รวม 21 เดือน) ผู้ร่วมวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยในตึกผู้ป่วยแยกโรค 515 คน ผู้รับบริการที่ตอบแบบประเมินความพึงพอใจ 56 คน (คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง) และบุคลากร 30 คน เครื่องมือวิจัย คือ รูปแบบที่พัฒนาขึ้น แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย และแบบสอบถาม 33 ข้อ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา independent t test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเป็นเพศหญิงร้อยละ 75.34 อายุเฉลี่ย 43.97 ปี (S.D. = 15.04) ปัญหาสำคัญ ได้แก่ อัตรากำลังไม่เพียงพอ อุปกรณ์ป้องกันขาดแคลน และบุคลากรขาดความมั่นใจ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมี 3 องค์ประกอบ คือ 1) การบริหารอัตรากำลังเสริม 2) การบูรณาการทรัพยากรและระบบส่งต่อร่วมกับภาคีเครือข่าย และ 3) การดูแลตามมาตรฐานของกรมการแพทย์ร่วมกับการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ภายหลังใช้รูปแบบ ผู้ป่วยหายดี 511 คน (ร้อยละ 99.22, 95% CI 98.02-99.70) เสียชีวิต 4 คน (ร้อยละ 0.78, 95% CI 0.30-1.98) คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยก่อนและหลังเท่ากับ 19.20 และ 22.58 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 (ผลต่าง 3.38, 95% CI 1.25-5.52, t(110) = 3.14, p = .002) สรุปได้ว่าหลังใช้รูปแบบ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจสูงกว่าก่อนใช้ แต่ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ จึงยังสรุปเชิงเหตุและผลไม่ได้ ควรศึกษาซ้ำในหลายโรงพยาบาล

คำสำคัญ: รูปแบบการบริหารจัดการ, ผู้ป่วยแยกโรค, หอผู้ป่วยใน, หอผู้ป่วยรวม

Nexus of Thai Health Sciences
Vol. 1 No. 1 January – February 2026

Abstract

This research and development study aimed to 1) examine the situation and problems of isolation patient management, 2) develop a management model for patients requiring isolation, and 3) compare outcomes before and after implementation in the inpatient ward of Namon Hospital, Namon District, Kalasin Province. The study was conducted from March 2024 to November 2025 (21 months). Participants were 515 patients admitted to the isolation ward, 56 service recipients who completed the satisfaction questionnaire (purposive sampling), and 30 nursing personnel. Instruments were the developed model, a patient record form, and a 33-item questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, independent t test, and content analysis.

Most patients were female (75.34%), with a mean age of 43.97 years (SD = 15.04). Major problems were insufficient staffing, shortage of personal protective equipment, and lack of staff confidence. The model comprised three components: 1) supplementary staffing management, 2) integration of resources and referral systems with network partners, and 3) standard care according to the Department of Medical Services guidelines together with staff capacity building. After implementation, 511 patients recovered (99.22%, 95% CI 98.02-99.70) and 4 died (0.78%, 95% CI 0.30-1.98). Mean satisfaction scores before and after implementation were 19.20 and 22.58 out of 30 (difference 3.38, 95% CI 1.25-5.52, $t(110) = 3.14$, $p = .002$). Satisfaction was higher after implementation; however, the absence of a comparison group precludes causal conclusions, and multicenter studies are needed.

Keywords: management model, isolation patients, inpatient ward, cohort ward

บทนำ

โรคติดเชื้อที่ต้องได้รับการแยกโรค โดยเฉพาะโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจอุบัติใหม่ ซึ่งแพร่กระจายผ่านละอองฝอยและการสัมผัสใกล้ชิด ผู้ป่วยบางรายมีอาการรุนแรงจนเกิดภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลวและเสียชีวิต โรงพยาบาลจึงต้องมีระบบรองรับผู้ป่วยที่ต้องแยกโรคจำนวนมากในเวลาอันสั้น ปัจจุบันยังคงมีผู้ป่วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่ต้องแยกโรค เช่น ไข้หวัดใหญ่ และวัณโรค เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยในช่วงปี พ.ศ. 2567-2568 โรงพยาบาลนามนมีผู้ป่วยที่ต้องแยกโรคเข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยใน 515 ราย

ผู้ป่วยกระจายอยู่ในตำบลหนองบัว นามน สงเปลือย หลักเหลี่ยม และยอดแกง โรงพยาบาลนามนเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง และเป็นสถานพยาบาลแห่งเดียวในอำเภอที่รับดูแลผู้ป่วยทั้งโรคติดเชื้อและโรคทั่วไป ตึกผู้ป่วยในมีพยาบาลวิชาชีพเพียง 10 คน เมื่อต้องเปิดหอผู้ป่วยรวม (cohort ward) เพิ่มอีก 12 เตียง และห้องแยกโรค (isolation room) อีก 6 ห้อง จึงเกิดปัญหาอัตรากำลังไม่เพียงพอ อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลขาดแคลน บุคลากรขาดประสบการณ์และมีความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อ รวมถึงผู้ป่วยและญาติขาดความมั่นใจต่อความปลอดภัยและความแออัดของหอผู้ป่วย

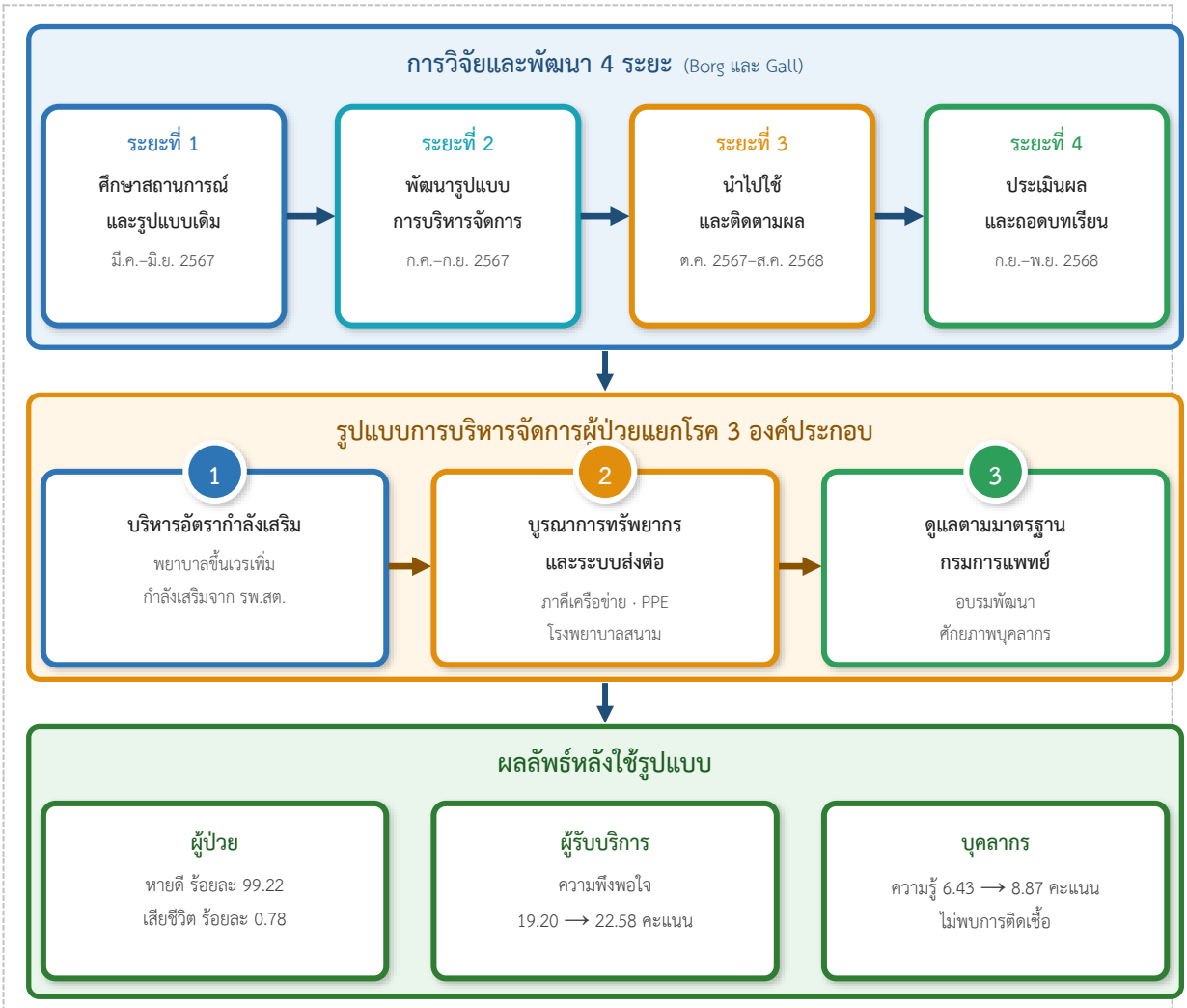
องค์การอนามัยโลกแนะนำให้สถานพยาบาลวางแผนรองรับการระบาดของโรคติดเชื้อระบบ

ทางเดินหายใจล่วงหน้า ครอบคลุมการแยกผู้ป่วย การจัดพื้นที่สำหรับผู้ป่วยกลุ่มเดียวกัน (cohorting) การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลอย่างเหมาะสม และการให้ความรู้แก่บุคลากร[1] ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว สถานพยาบาลจำเป็นต้องมีขีดความสามารถในการรองรับผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น (surge capacity) ทั้งด้านพื้นที่ บุคลากร และเวชภัณฑ์[2] โดยเฉพาะอัตรากำลังพยาบาล ซึ่งการทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่าระดับกำลังพยาบาลที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับความเสี่ยงการติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลที่ลดลง[3] นอกจากนี้ การแยกโรคอาจมีผลต่อประสบการณ์ของผู้ป่วย โดยมีรายงานว่าผู้ป่วยที่แยกโรคมีความวิตกกังวลและความรู้สึกโดดเดี่ยวมากขึ้น และได้รับการเยี่ยมจากบุคลากรน้อยลง[4] ระบบการบริหารจัดการผู้ป่วยแยกโรคจึงควรดูแลทั้งความปลอดภัยและความพึงพอใจของผู้ป่วยควบคู่กัน

กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย และเครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHosNet) ได้จัดทำแนวทางการจัดตั้งหอผู้ป่วยรวม ห้องแยกโรค และโรงพยาบาลสนาม โดยให้โรงพยาบาลที่มีความพร้อมด้านอาคารสถานที่ปรับหอผู้ป่วยสามัญเป็น cohort ward และปรับห้องพิเศษเดี่ยวเป็น isolation room ผ่านการปรับระบบการทำงาน การไหลเวียนและการระบายอากาศ การจัดเตียง การกำจัดของเสียแบบทางเดียว (one way) และระบบควบคุมการติดเชื้อ โดยแนวทางระบุว่าอาจไม่จำเป็นต้องลงทุนเพิ่ม[5] ทั้งนี้ต้องใช้ร่วมกับหลักการระมัดระวังมาตรฐาน (standard precautions) และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อตามช่องทางการติดต่อ[6] ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญทั้งในการดูแลผู้ป่วย การป้องกันการติดเชื้อ และการบริหารจัดการทรัพยากร[7] อย่างไรก็ตาม แนวทางดังกล่าวเป็นแนวทางในภาพรวม และยังมีการศึกษาน้อยเกี่ยวกับการบริหารจัดการผู้ป่วยแยกโรคในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กที่มีข้อจำกัดด้านอัตรากำลัง งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ จากการสืบค้นฐานข้อมูล ThaiJO และ PubMed ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2568 ด้วยคำค้น “รูปแบบการบริหารจัดการ” “หอผู้ป่วยรวม” “cohort ward” “isolation room” และ “โรงพยาบาลชุมชน” พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โรงพยาบาลสนาม หรือเน้นเฉพาะด้านการป้องกันการติดเชื้อ เช่น การพัฒนาระบบป้องกันการติดเชื้อใน cohort ward ของโรงพยาบาลปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์[8]

การจัดตั้งโรงพยาบาลสนามต้องใช้ทรัพยากรมากและต้องยุบเมื่อหมดความจำเป็น ส่วนการจัดตั้ง Hospitel มีค่าใช้จ่ายสูงจากค่าเช่าสถานที่ การบริหารจัดการผู้ป่วยแยกโรคภายในตึกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจึงเป็นทางเลือกที่คุ้มค่าและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยและบุคลากร ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยแยกโรค ในตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลนามน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ได้มาตรฐาน ปลอดภัย และพึงพอใจต่อบริการ บุคลากรมีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน และเป็นแนวทางให้โรงพยาบาลชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงนำไปประยุกต์ใช้ในการรองรับโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ต่อไป

กรอบแนวคิดของการวิจัยนี้ ใช้การวิจัยและพัฒนา 4 ระยะ โดยนำสถานการณ์และปัญหาของรูปแบบเดิมมาพัฒนารูปแบบ 3 องค์ประกอบตามแนวทางของกรมการแพทย์ แล้วประเมินผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย บุคลากร และผู้รับบริการ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ตามแนวคิดการวิจัยและพัฒนาของ Borg และ Gall[9] และแนวทางการจัดตั้งหอผู้ป่วยรวมของกรมการแพทย์ ดังแสดงในภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการบริหารจัดการผู้ป่วยแยกโรค ในตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยแยกโรคตามข้อ 1
3. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้รับบริการ ความรู้และทัศนคติของบุคลากร ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ และศึกษาผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยและการติดเชื้อของบุคลากรภายหลังการใช้รูปแบบ

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development: R&D)[9] ดำเนินการในตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2568 รวม 21 เดือน แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และรูปแบบเดิม (มีนาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2567) ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยแยกโรค

(กรกฎาคม-กันยายน พ.ศ. 2567) ระยะที่ 3 นำรูปแบบไปใช้และติดตามผล โดยทบทวนกระบวนการเดือนละ 1 ครั้ง (ตุลาคม พ.ศ. 2567-สิงหาคม พ.ศ. 2568) และระยะที่ 4 ประเมินผล สรุปผล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถอดบทเรียน (กันยายน-พฤศจิกายน พ.ศ. 2568) มีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน การสนทนากลุ่มบุคลากร 30 คน และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการก่อนการพัฒนา ได้ผลผลิตเป็นสภาพปัญหาของรูปแบบเดิม ระยะที่ 2 ประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อยกร่างรูปแบบและตรวจสอบความเหมาะสมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ผลผลิตเป็นรูปแบบฉบับร่าง ระยะที่ 3 นำรูปแบบไปใช้และปรับปรุงจากการประชุมทบทวนรายเดือน ได้รูปแบบฉบับสมบูรณ์ และระยะที่ 4 ประเมินผลด้วยแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและแบบสอบถาม และถอดบทเรียนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

ประชากร

ได้แก่ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่ต้องได้รับการแยกโรค ซึ่งเข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยแยกโรค ตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลนามน ในช่วงเวลาที่ศึกษา จำนวน 515 คน (ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568 ซึ่งเป็นช่วงใช้รูปแบบ ทั้งนี้ไม่มีข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนใช้รูปแบบสำหรับเปรียบเทียบ) และบุคลากรที่ปฏิบัติงานในตึกผู้ป่วยแยกโรค จำนวน 30 คน

กลุ่มตัวอย่าง

แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยแยกโรคทั้งหมด จำนวน 515 คน 2) ผู้รับบริการที่ตอบแบบประเมินความพึงพอใจ จำนวน 56 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า โดยคัดเลือกจากผู้ป่วยหรือญาติที่พร้อมจำหน่ายและยินดีตอบแบบสอบถาม คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสองกลุ่มอิสระ กำหนดขนาดอิทธิพล 0.55 ระดับนัยสำคัญ .05 และอำนาจการทดสอบ .80 ได้กลุ่มละ 53 คน เพิ่มร้อยละ 5 เป็นกลุ่มละ 56 คน ทั้งนี้ผู้ตอบก่อนและหลังการพัฒนาเป็นคนละกลุ่ม และ 3) บุคลากรทางการพยาบาลและทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในตึกผู้ป่วยแยกโรค จำนวน 30 คน โดยศึกษาจากประชากรทั้งหมด

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

ผู้ป่วย ได้แก่ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดเชื้อที่ต้องแยกโรคและเข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยแยกโรค 2) สื่อสารภาษาไทยได้ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กรณีอายุต่ำกว่า 20 ปี ผู้ปกครองต้องให้ความยินยอมร่วมด้วย สำหรับบุคลากร ได้แก่ ปฏิบัติงานในตึกผู้ป่วยแยกโรคอย่างน้อย 1 เดือน และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจนไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ ได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลแม่ข่ายก่อนครบการประเมิน หรือขอถอนตัวจากการวิจัย ทั้งนี้ไม่มีผู้ป่วยถูกคัดออกจากการวิเคราะห์ผลการจำหน่าย (n = 515) และไม่มีผู้ป่วยถูกส่งต่อไปโรงพยาบาลอื่นในช่วงที่ศึกษา

เครื่องมือวิจัย

ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ ได้แก่ รูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยแยกโรคที่พัฒนาขึ้น ผังการดำเนินงาน cohort ward แนวทางการรับผู้ป่วย และแนวทางอาการผิดปกติที่ต้องรายงานแพทย์ 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย และแบบสอบถาม 5 ตอน รวม 33 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป 9 ข้อ ความรู้

เรื่องการบริหารจัดการผู้ป่วยแยกโรค 10 ข้อ (ใช่/ไม่ใช่) ทัศนคติ 5 ข้อ ความพึงพอใจ 6 ข้อ (มาตรประมาณค่า 5 ระดับ) และคำถามปลายเปิด 3 ข้อ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 และหาความเที่ยงโดยทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน ได้ค่า KR-20 ของแบบวัดความรู้ เท่ากับ 0.78 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ของแบบสอบถามทัศนคติและความพึงพอใจ เท่ากับ 0.82 และ 0.86 ตามลำดับ โดยตอนความรู้และทัศนคติตอบโดยบุคลากร ตอนความพึงพอใจตอบโดยผู้รับบริการ ส่วนข้อมูลทั่วไปและคำถามปลายเปิดตอบทั้งสองกลุ่ม ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามจากแนวทางของกรมการแพทย์และการทบทวนวรรณกรรม คะแนนความพึงพอใจรวมมีช่วง 6-30 คะแนน และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบวัดความพึงพอใจจากกลุ่มตัวอย่างจริงหลังการพัฒนา (n = 56) เท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูลผู้ป่วยจากแบบบันทึกและเวชระเบียน ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการก่อนการพัฒนา (มีนาคม พ.ศ. 2567) และหลังการพัฒนา (พฤศจิกายน พ.ศ. 2568) ประเมินความรู้และทัศนคติของบุคลากรก่อนและหลังการใช้รูปแบบ และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการประชุมทบทวนกระบวนการเดือนละ 1 ครั้ง และการถอดบทเรียนโดยผู้ช่วยวิจัยซึ่งไม่ได้ให้บริการโดยตรงแก่ผู้ตอบเป็นผู้แจกและเก็บแบบสอบถาม ผู้ตอบไม่ต้องระบุชื่อและใส่แบบสอบถามในกล่องปิดผนึก การประชุมทบทวนกระบวนการมีผู้เข้าร่วม ได้แก่ หัวหน้างานผู้ป่วยในพยาบาลวิชาชีพ ทีม IC และทีม SRRT ครั้งละประมาณ 10-12 คน ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง และบันทึกปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไขในแบบบันทึกการประชุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows เวอร์ชัน 26 ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจก่อนและหลังการพัฒนาด้วยสถิติ independent t test เนื่องจากผู้ตอบก่อนและหลังเป็นคนละกลุ่ม รายงานผลต่างของค่าเฉลี่ย 95% CI และขนาดอิทธิพล ข้อมูลของบุคลากร (n = 30) ก่อนและหลังเปรียบเทียบด้วย paired t test หรือ Wilcoxon signed-rank test ส่วนสัดส่วนรายงานพร้อม 95% CI ทดสอบแบบสองทางที่ระดับนัยสำคัญ .05 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย 2 คน อ่านข้อมูลซ้ำ ให้รหัส จัดหมวดหมู่ และสรุปประเด็น และตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วยการตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิเคราะห์และแหล่งข้อมูล

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้คำนึงถึงจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่กลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมลงนามในใบยินยอมด้วยความสมัครใจ กรณีอายุต่ำกว่า 20 ปี ให้ผู้ปกครองลงนามร่วมด้วย ข้อมูลเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ผู้เข้าร่วมสามารถปฏิเสธการตอบคำถามหรือถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล สำหรับข้อมูลจากเวชระเบียนย้อนหลังได้รับการยกเว้นการขอความยินยอมจากคณะกรรมการจริยธรรมฯ และผู้ป่วยอายุ 7-17 ปี ได้รับการขอความเห็นชอบ (assent) ร่วมกับการยินยอมของผู้ปกครอง

Nexus of Thai Health Sciences
Vol. 1 No. 1 January – February 2026

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์และปัญหาการบริหารจัดการผู้ป่วยแยกโรค ในตึกผู้ป่วยใน

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยแยกโรค จำนวน 515 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.34 อายุ 31-44 ปี ร้อยละ 40.97 อายุเฉลี่ย 43.97 ปี (S.D. = 15.04) มัธยฐาน 42 ปี (IQR 34-54) ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 63.11 เป็นนักเรียน/นักศึกษา/ยังไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 5.24 (รวมผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 18 ปีทั้ง 18 ราย) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 63.69 ใช้สิทธิบัตรทองในพื้นที่ ร้อยละ 42.52 ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่พบมาก ได้แก่ การนอนพักด้วยกัน ร้อยละ 34.56 การรับประทานอาหารด้วยกัน ร้อยละ 31.65 และการใช้ห้องน้ำร่วมกัน ร้อยละ 21.75 อาการที่พบมาก ได้แก่ แน่นหน้าอกหายใจไม่ออก ร้อยละ 54.17 ไข้ ร้อยละ 35.34 และไอแห้ง ร้อยละ 29.13 (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยแยกโรค (n = 515)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	127	24.66
หญิง	388	75.34
อายุ		
ต่ำกว่า 18 ปี	18	3.50
18-30 ปี	68	13.20
31-44 ปี	211	40.97
45-59 ปี	153	29.71
≥ 60 ปี	65	12.62
$\bar{x}$ ± S.D. = 43.97 ± 15.04 ปี; Median (IQR) = 42 (34-54) ปี		
อาชีพ		
เกษตรกร	325	63.11
รับจ้าง	119	23.11
ค้าขาย	30	5.83
ข้าราชการ	14	2.72
นักเรียน/นักศึกษา/ยังไม่ประกอบอาชีพ	27	5.24
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	38	7.38

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
ประถมศึกษา	86	16.70
มัธยมศึกษา	328	63.69
อนุปริญญา	28	5.44
ปริญญาตรี	35	6.80
สิทธิการรักษา		
บัตรทอง (UC) ในพื้นที่	219	42.52
บัตรทอง (UC) นอกเขต	189	36.70
ประกันสังคม	72	13.98
ข้าราชการ	35	6.80
ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
นอนพักด้วยกัน	178	34.56
รับประทานอาหารด้วยกัน	163	31.65
ใช้ห้องน้ำร่วมกัน	112	21.75
อาการ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
แน่นหน้าอกหายใจไม่ออก	279	54.17
ไข้	182	35.34
ไอแห้ง	150	29.13
ปวดกล้ามเนื้อ	98	19.03
ปอดอักเสบ	26	5.05
ผลการจำหน่าย (ผลลัพธ์หลังใช้รูปแบบ ดูหัวข้อ 3.3)		
หายดี	511	99.22
พิการ	0	0.00
ส่งต่อโรงพยาบาลอื่น	0	0.00
เสียชีวิต	4	0.78

1.2 สถานการณ์และปัญหาของรูปแบบเดิม

พบปัญหาสำคัญ 4 ด้าน จากการทบทวนเวชระเบียน บันทึกการประชุม และการสนทนากลุ่มบุคลากร 30 คน ได้แก่ 1) ด้านบุคลากร ตึกผู้ป่วยในมีพยาบาลวิชาชีพ 10 คน ดูแลผู้ป่วย 30 เตียง เมื่อเปิด cohort ward 12 เตียง และห้องแยกโรค 6 ห้อง อัตรากำลัง

Nexus of Thai Health Sciences
Vol. 1 No. 1 January – February 2026

จึงไม่เพียงพอ บุคลากรขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ มีความวิตกกังวลและความเครียด 2) ด้านงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ งบประมาณที่เบิกได้มีเพียงค่ารักษาตามสิทธิ การจัดซื้ออุปกรณ์มีข้อจำกัดตามระเบียบราชการ และอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลขาดแคลน 3) ด้านระบบบริการ จำนวนผู้ป่วยที่ต้องแยกโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เกิดความแออัดในหอผู้ป่วย และ 4) ด้านผู้รับบริการ ผู้ป่วยและญาติขาดความมั่นใจในความปลอดภัยของการรับบริการ

2. รูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยแยกโรค ในตึกผู้ป่วยใน

2.1 องค์ประกอบของรูปแบบ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การบริหารอัตรากำลัง โดยเพิ่มจำนวนพยาบาลขึ้นเวรในตึกผู้ป่วยแยกโรค 2) การบูรณาการงบประมาณ ทรัพยากร และระบบส่งต่อร่วมกับภาคีเครือข่าย และ 3) การดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานของกรมการแพทย์ร่วมกับการอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร ดังแสดงในตาราง 2 โดยองค์ประกอบทั้ง 3 ได้มาจากสภาพปัญหาในระยะที่ 1 ร่วมกับแนวทางของกรมการแพทย์ มีหัวหน้างานผู้ป่วยในเป็นผู้รับผิดชอบหลักร่วมกับทีม IC และทีมนำทางคลินิก และผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

ตาราง 2 การเปรียบเทียบรูปแบบเดิมและรูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยแยกโรคที่พัฒนาขึ้น ตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลนามน

รูปแบบเดิม	รูปแบบที่พัฒนาแล้ว	เหตุผลและหลักฐานสนับสนุน (อ้างอิง 2, 3, 5-7)
ใช้อัตรากำลังปกติของแผนกผู้ป่วยใน ทำให้ภาระงานหนัก	เพิ่มจำนวนพยาบาลขึ้นเวรในตึกผู้ป่วยแยกโรค อย่างน้อย 3 คน ในเวรเช้า (พยาบาลวิชาชีพ 2 คน และกำลังเสริมจาก รพ.สต. 1 คน)	การขอกำลังเสริมจากหน่วยงานอื่นและ รพ.สต. ร่วมกับการจัดตารางเวรสลับ ช่วยเพิ่มจำนวนบุคลากร ทำให้ดูแลผู้ป่วยจำนวนมากได้ทันท่วงที
ใช้งบประมาณการรักษาพยาบาลตามสิทธิ จัดหาอุปกรณ์ได้ไม่เพียงพอกับผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น	บูรณาการงบประมาณและสิ่งของจากภาคีเครือข่าย เช่น หน้ากากและชุด PPE จากการบริจาคของชุมชนและที่ว่าการอำเภอ และกำหนดช่องทางส่งต่อผู้ป่วยหนักไปโรงพยาบาลแม่ข่าย และโรงพยาบาลกาฬสินธุ์	งบประมาณที่เบิกได้มีเพียงค่ารักษา การจัดซื้ออุปกรณ์หรือปรับโครงสร้างมีข้อจำกัดตามระเบียบราชการ การสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายและเอกชนช่วยลดความล่าช้า
ดูแลรักษาพยาบาลตามภารกิจงานประจำ	ดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานของกรมการแพทย์ และอบรมเพิ่มมาตรการ เช่น CXR วันที่ 1 และ 5 เอกซเรย์เคลื่อนที่ เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการเก็บเลือดทุกราย และรถรับส่งกลับบ้าน	การปฏิบัติตามแนวทางที่ปรับปรุงสม่ำเสมอทำให้พยาบาลมีความมั่นใจทำงานร่วมกับสหวิชาชีพได้ดี และผู้ป่วยเชื่อมั่นในบริการ

2.2 แนวปฏิบัติและนวัตกรรมตามบริบทของโรงพยาบาล ได้แก่ การจัดผังตึกโดยแยกทางเข้าของเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย มีพื้นที่กันชน (buffer zone) และห้องเปลี่ยนชุด PPE การใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (telemedicine) ในการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย การถ่ายภาพรังสีทรวงอกด้วยเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ในวันที่ 1 และวันที่ 5 การให้เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการเก็บตัวอย่างเลือด (complete blood count: CBC, blood urea nitrogen: BUN, creatinine: Cr, electrolyte, liver function test: LFT) ทุกราย การกำหนดเกณฑ์อาการผิดปกติที่ต้องรายงานแพทย์ เช่น SpO_2 < 96% หรืออุณหภูมิ > 38.5 ℃ หรือ SpO_2 ลดลงตั้งแต่ร้อยละ 3 ขึ้นไปหลังออกแรง ตามแนวทางเวชปฏิบัติของกรมการแพทย์ที่ใช้ในช่วงเวลาดังกล่าว การจัดรถรับส่งผู้ป่วยกลับบ้านเมื่อจำหน่าย พร้อมคำแนะนำการปฏิบัติตัวที่บ้าน และการกำหนดบทบาทหน้าที่ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ ทีมควบคุมการติดเชื้อ (IC) ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ห้องปฏิบัติการ งานผู้ป่วยใน และงานผู้ป่วยนอก

3. ผลของการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยแยกโรค

3.1 ความพึงพอใจรายข้อ ภายหลังการพัฒนา ผู้รับบริการมีความพึงพอใจรายข้อในระดับมากทุกข้อ ($\bar{x}$ = 3.70-3.84 ; เกณฑ์แปลผล 4.21-5.00 = มากที่สุด, 3.41-4.20 = มาก, 2.61-3.40 = ปานกลาง, 1.81-2.60 = น้อย, 1.00-1.80 = น้อยที่สุด) โดยข้อที่ได้ค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ การป้องกันการติดเชื้อ ($\bar{x}$ = 3.84, S.D. = 1.16) รองลงมาคือ ความปลอดภัยในการบริการและการไม่แออัดในหอผู้ป่วยใน ($\bar{x}$ = 3.79) ส่วนความเพียงพอของบุคลากรมีผู้ตอบระดับน้อยที่สุด 8 คน (ร้อยละ 14.29) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 ความพึงพอใจรายข้อของผู้รับบริการภายหลังการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยแยกโรค (n = 56)

รายการ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	$\bar{x}$ ± S.D.
1. การป้องกันการติดเชื้อ	21 (37.50)	15 (26.79)	12 (21.43)	6 (10.71)	2 (3.57)	3.84 ± 1.16
2. ความปลอดภัยในการบริการ	20 (35.71)	16 (28.57)	10 (17.86)	8 (14.29)	2 (3.57)	3.79 ± 1.19
3. อัธยาศัยไมตรีและความเต็มใจในการบริการ	19 (33.93)	18 (32.14)	9 (16.07)	6 (10.71)	4 (7.14)	3.75 ± 1.24
4. ความรู้ความสามารถของบุคลากรผู้ให้บริการ	18 (32.14)	19 (33.93)	8 (14.29)	6 (10.71)	5 (8.93)	3.70 ± 1.28
5. การไม่แออัดในหอผู้ป่วยใน	17 (30.36)	22 (39.29)	9 (16.07)	4 (7.14)	4 (7.14)	3.79 ± 1.17
6. ความเพียงพอของบุคลากร	18 (32.14)	21 (37.50)	8 (14.29)	1 (1.79)	8 (14.29)	3.71 ± 1.33
ภาพรวม (ค่าเฉลี่ยของ 6 ข้อ)						**3.76 ± 0.94**

3.2 การเปรียบเทียบความพึงพอใจก่อนและหลังการพัฒนา คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยก่อนการพัฒนาเท่ากับ 19.20±5.74 คะแนน หลังการพัฒนาเท่ากับ 22.58±5.66 คะแนน (ช่วงคะแนน 6-30) เพิ่มขึ้น 3.38 คะแนน (95% CI 1.25-5.52; t(110) = 3.14, p = .002; Cohen's d = 0.59) ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยของผู้รับบริการก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ (Independent t-test)

ระยะ	n	$\bar{x}$ ± S.D.	ผลต่าง (95% CI)	t (df)	p
ก่อนพัฒนา	56	19.20 ± 5.74	3.38 (1.25-5.52)	t(110) = 3.14	.002
หลังพัฒนา	56	22.58 ± 5.66			

3.3 ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยและบุคลากร ผู้ป่วยหายดีไม่มีความพิการ จำนวน 511 คน ร้อยละ 99.22 (95% CI 98.02-99.70) เสียชีวิต 4 คน ร้อยละ 0.78 (95% CI 0.30-1.98) ไม่มีผู้ป่วยถูกส่งต่อไปโรงพยาบาลอื่น (0 คน) (หายดี หมายถึง อาการดีขึ้นและจำหน่ายกลับบ้านหลังครบระยะแยกโรคโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการ ทั้งนี้ไม่มีข้อมูลก่อนใช้รูปแบบสำหรับเปรียบเทียบ) ไม่พบการติดเชื้อของบุคลากรจากการปฏิบัติงาน (0 จาก 30 คน; 95% CI 0-11.57%) (เฝ้าระวังโดยคัดกรองอาการบุคลากรทุกวันและตรวจหาเชื้อ เมื่อมีอาการหรือมีความเสี่ยงสูง) บุคลากรมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 6.43±1.52 เป็น 8.87±0.94 คะแนน (คะแนนเต็ม 10; ผลต่าง 2.44 คะแนน) (paired t test: t(29) = 10.06, ผลต่าง 95% CI 1.94-2.94, p < .001) และมีทัศนคติต่อการบริหารจัดการผู้ป่วยแยกโรคอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 4.12, S.D. = 0.56, 95% CI 3.91-4.33) (เกณฑ์แปลผล 3.41-4.20 = ดี) สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ ($\bar{x}$ = 3.65, S.D. = 0.62) ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการประชุมทบทวนกระบวนการชี้ว่า การอบรมและแนวปฏิบัติที่ชัดเจนสัมพันธ์กับความมั่นใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร (ผู้ให้ข้อมูล 30 คน ประเด็นหลัก ได้แก่ ความชัดเจนของแนวปฏิบัติ การมีกำลังเสริม และความเพียงพอของอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล) ผู้ป่วยและญาติมีความเชื่อมั่นเมื่อมารับบริการ

อภิปรายผล

ผลการศึกษาสถานการณ์พบว่า ปัญหาหลักเกิดจากข้อจำกัดของโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กทั้งด้านอัตรากำลัง งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการที่พบบ่อย ได้แก่ แน่นหน้าอกหายใจไม่ออก ร้อยละ 54.17 และไข้ ร้อยละ 35.34 และร้อยละ 5.05 เป็นปอดอักเสบ (จำแนกความรุนแรงตามแนวทางเวชปฏิบัติของกรมการแพทย์ เป็นกลุ่มสีเขียว สีเหลือง และสีแดง ซึ่งกลุ่มสีแดงเข้าเกณฑ์ส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย แต่ในการศึกษานี้ไม่มีผู้ป่วยถูกส่งต่อ) จึงสามารถดูแลในหอผู้ป่วยรวมของโรงพยาบาลชุมชนได้ตามแนวทางที่กำหนด[5]

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเน้นการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่า โดยปรับหอผู้ป่วยเดิมเป็น cohort ward และห้องแยกโรคตามแนวทางของกรมการแพทย์และ UHosNet[5] ซึ่งน่าจะประหยัดค่าใช้จ่ายกว่าการจัดตั้งโรงพยาบาลสนามหรือ Hospitel แต่การศึกษานี้ไม่ได้วิเคราะห์ต้นทุนโดยตรง ข้อนี้จึงเป็นเพียงข้อสันนิษฐาน การเสริมอัตรากำลังจากหน่วยงานอื่นและ รพ.สต. รวมทั้งการบูรณาการทรัพยากรจากภาคี

เครือข่าย ช่วยแก้ปัญหาข้อจำกัดด้านระเบียบการจัดซื้อจัดจ้าง ส่วนการใช้เครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่และระบบ Telemedicine ช่วยลดการสัมผัสและความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ เป็นไปตามหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางละอองฝอยและการสัมผัส[6] และบทบาทของพยาบาลในการจัดการภาวะระบาด[7] ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการพัฒนาระบบป้องกันการติดเชื้อใน cohort ward ของโรงพยาบาลปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์[8] ซึ่งจัดระบบตั้งแต่การคัดกรองที่ตึกผู้ป่วยนอก การดูแลใน cohort ward จนถึงการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง

การเสริมอัตรากำลังซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของรูปแบบ สอดคล้องกับการทบทวนอย่างเป็นระบบที่พบว่าระดับกำลังพยาบาลที่เพียงพอสัมพันธ์กับความเสี่ยงการติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลที่ลดลง[3] และสอดคล้องกับหลักการเพิ่มขีดความสามารถในการรองรับผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งต้องวางแผนทั้งด้านพื้นที่ บุคลากร และเวชภัณฑ์ไว้ล่วงหน้า[2] อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ไม่ได้ประเมินการติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลในผู้ป่วย จึงไม่อาจสรุปได้ว่าการเสริมอัตรากำลังช่วยลดการติดเชื้อ ผลที่พบเป็นเพียงความสอดคล้องกับหลักการและหลักฐานจากการศึกษาอื่น

ด้านความพึงพอใจ ผู้รับบริการให้คะแนนด้านการป้องกันการติดเชื้อสูงที่สุด ($\bar{X}$ = 3.84) แต่ด้านความเพียงพอของบุคลากรมีผู้ตอบระดับน้อยที่สุด 8 คน (ร้อยละ 14.29) สะท้อนว่าอัตรากำลังยังเป็นประเด็นที่ควรพัฒนาต่อ ทั้งนี้มีรายงานว่าผู้ป่วยที่แยกโรคอาจมีความวิตกกังวลและความรู้สึกโดดเดี่ยวมากขึ้น และได้รับการเยี่ยมหรือติดตามจากบุคลากรน้อยลง[4] การสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เช่น ผ่านระบบการแพทย์ทางไกล อาจช่วยลดปัญหาดังกล่าวได้ แต่ต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อยืนยัน

ภายหลังการใช้รูปแบบ ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดหายดี และคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการหลังพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนา ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการอบรมและแนวปฏิบัติที่ชัดเจนที่ช่วยให้บุคลากรมีความมั่นใจ แต่ยังสรุปว่าเป็นผลของรูปแบบไม่ได้ เพราะไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ผู้ตอบก่อนและหลังเป็นคนละกลุ่ม และสถานการณ์ของโรคเปลี่ยนไประหว่างช่วงเวลา ข้อจำกัดของการวิจัย ได้แก่ การศึกษาในโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียว การประเมินความพึงพอใจในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ผู้ตอบก่อนและหลังเป็นคนละกลุ่ม ผู้ประเมินอาจมีอคติเพราะเป็นผู้ให้บริการ แบบวัดความพึงพอใจมีเพียง 6 ข้อ ไม่มีข้อมูลต้นทุน และผลลัพธ์ทางคลินิกไม่มีข้อมูลก่อนใช้รูปแบบ จึงควรระมัดระวังในการนำผลไปอ้างอิงในบริบทอื่น

สรุปผลการวิจัย

รูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยแยกโรค ในตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนามน ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การบริหารอัตรากำลังเสริมการบูรณาการทรัพยากรและระบบส่งต่อร่วมกับภาคีเครือข่าย และการดูแลตามมาตรฐานร่วมกับการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ภายหลังใช้รูปแบบ ผู้ป่วยหายดีร้อยละ 99.22 และคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการหลังพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .002) อย่างไรก็ตาม เป็นการศึกษาที่ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ จึงยังสรุปเชิงเหตุและผลไม่ได้ และยังไม่ได้ประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบโดยตรง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 โรงพยาบาลชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงอาจนำรูปแบบไปปรับใช้เพื่อรองรับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่ต้องแยกโรค หลังทดสอบความเหมาะสมในบริบทของตนเอง โดยควรมีพยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 10 คนและเครือข่าย รพ.สต. ที่สนับสนุนกำลังเสริมได้ มีแหล่งสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลจากภาคีเครือข่าย และมีอาคารที่แยกทางเข้าออกของเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยและจัดพื้นที่กันชนได้

1.2 ควรจัดอบรมบุคลากรด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง และเตรียมแผนอัตรากำลังเสริมและเครือข่ายสนับสนุนทรัพยากรไว้ล่วงหน้า

1.3 ควรกำหนดแนวทางการสื่อสารและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่แยกโรคอย่างสม่ำเสมอ เพื่อลดความวิตกกังวลและความรู้สึกโดดเดี่ยวของผู้ป่วย[4]

1.4 ควรทบทวนแผนอัตรากำลังและการเตรียมความพร้อมรองรับผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (surge capacity) เป็นระยะ[2]

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบหรือศึกษาในหลายโรงพยาบาล

2.2 ควรติดตามผลลัพธ์ด้านบุคลากร เช่น อัตราการติดเชื้อและความเครียดจากการปฏิบัติงาน และศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของรูปแบบ

2.3 ควรประเมินการติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลในผู้ป่วย และความสัมพันธ์กับระดับอัตรากำลังพยาบาล[3]

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลนามน ทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ ทีม IC ทีม SRRT ห้องปฏิบัติการ งานผู้ป่วยนอกและงานผู้ป่วยใน เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่สนับสนุนอัตรากำลัง ที่ว่าการอำเภอนามน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคีเครือข่ายและประชาชนที่สนับสนุนงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ ตลอดจนผู้ป่วยและญาติทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ และผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย การวิจัยนี้ไม่ได้รับทุนสนับสนุน และผู้วิจัยไม่มีการขัดกันของผลประโยชน์

การเปิดเผยการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI Disclosure)

ผู้เขียนใช้เครื่องมือปัญญาประดิษฐ์ (Claude, Anthropic) เพื่อช่วยสืบค้นแหล่งข้อมูลและเอกสารอ้างอิงทางวิชาการ ผู้เขียนได้ตรวจสอบความถูกต้องของแหล่งอ้างอิงทุกรายการด้วยตนเองก่อนนำมาใช้ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูล การตีความผล และการอภิปรายผลเป็นผลงานของผู้เขียนทั้งหมด ปัญญาประดิษฐ์ไม่ได้มีส่วนร่วมในฐานะผู้เขียนร่วม

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Infection prevention and control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory infections in health care. Geneva: World Health Organization; 2014.
2. Hick JL, Hanfling D, Burstein JL, DeAtley C, Barbisch D, Bogdan GM, et al. Health care facility and community strategies for patient care surge capacity. Ann Emerg Med. 2004;44(3):253-61.

3. Mitchell BG, Gardner A, Stone PW, Hall L, Pogorzelska-Maziarz M. Hospital staffing and health care-associated infections: a systematic review of the literature. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2018;44(10):613-22.
4. Abad C, Fearday A, Safdar N. Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review. J Hosp Infect. 2010;76(2):97-102.
5. Department of Medical Services, Department of Disease Control, Department of Health Service Support, Infectious Disease Association of Thailand, UHosNet. Guidelines for establishing cohort wards, isolation rooms and field hospitals [Internet]. Nonthaburi: Department of Medical Services; 2563 [cited 2024 Mar 1]. Available from: https://covid19.dms.go.th (in Thai)
6. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. 2007 Guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in health care settings. Am J Infect Control. 2007;35(10 Suppl 2):S65-164.
7. Photharin W, Chaisit Y, Chanbunwat K, Phaibunrungrot P, Imnamkhao S. Epidemic situation of coronavirus disease 2019: the role of nurses. J Health Sci Boromarajonani Coll Nurs Sapphasitthiprasong. 2020;4(2):1-19. (in Thai)
8. Yuankul S. Development of an infection prevention system in the COVID-19 cohort ward during the COVID-19 pandemic, Pakham Hospital, Buriram Province. Mahasarakham Hospital Journal. 2จ/ภ; 21(1):175-87. (in Thai)
9. Borg WR, Gall MD. Educational research: an introduction. 5th ed. New York: Longman; 1989.

Nexus of Thai Health Sciences
Vol. 1 No. 1 January – February 2026

บทความวิจัย | RESEARCH ARTICLE

การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีส่วนร่วมด้วยการแพทย์แบบโฮมิโอพาธีย์ (Homeopathy) โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Development of a Participatory Patient Care Model Using Homeopathic Medicine at Kalasin Hospital

ชัญญา ธีระโชติ[1*]

Chanya Theerachot[1*]

[1] ทันตแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

[1] Specialist Dentist, Department of Dentistry, Kalasin Hospital, Mueang Kalasin District, Kalasin Province

*ผู้นิพนธ์ประสานงาน (Corresponding author)

รับบทความ: 1 มกราคม 2569 **แก้ไขบทความ:** 14 มกราคม 2569 **ตอบรับบทความ:** 25 กุมภาพันธ์ 2569

การอ้างอิง (Citation): ชัญญา ธีระโชติ. การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีส่วนร่วมด้วยการแพทย์แบบโฮมิโอพาธีย์ (Homeopathy) โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารบูรณาการวิทยาศาสตร์สุขภาพไทย. 2569;1(1):40-52.

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (research and development) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์และความต้องการการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยการแพทย์แบบโฮมิโอพาธีย์ 2) พัฒนารูปแบบการดูแลรักษาอย่างมีส่วนร่วม และ 3) ประเมินผลของรูปแบบ ดำเนินการที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระหว่างมีนาคม พ.ศ. 2567-ตุลาคม พ.ศ. 2568 กลุ่มตัวอย่างได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ 40 คน และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือวิจัย ได้แก่ รูปแบบการดูแลรักษา แบบทดสอบความรู้ MYMOP EQ-VAS และความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย t test และ chi-square test

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร การคัดกรองและส่งต่อ การซักประวัติแบบองค์รวมและจ่ายยาเฉพาะราย การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว และการติดตามประเมินผล บุคลากรมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 11.25 เป็น 17.45 คะแนน ($p < .001$) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 จำนวน 35 คน หลังการทดลอง 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนน MYMOP ต่ำกว่า และ EQ-VAS สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$) พบอาการกำเริบชั่วคราวร้อยละ 10.00 ไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรง ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด รูปแบบนี้สัมพันธ์กับอาการและคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าการรักษาตามปกติ แต่เป็นการศึกษากึ่งทดลองที่ไม่สุ่มและไม่ปกปิด จึงควรใช้ควบคู่กับการรักษาแผนปัจจุบัน และยืนยันผลด้วยการวิจัยแบบสุ่ม

คำสำคัญ: การแพทย์แบบโฮมิโอพาธีย์, การดูแลรักษาอย่างมีส่วนร่วม, รูปแบบการดูแลรักษา

Nexus of Thai Health Sciences
Vol. 1 No. 1 January – February 2026

Abstract

This research and development study aimed to 1) explore the situation and needs for homeopathic patient care, 2) develop a participatory patient care model using homeopathic medicine, and 3) evaluate the model. The study was conducted at Kalasin Hospital from March 2024 to October 2025. The samples comprised 40 healthcare personnel and 60 patients with chronic or complex conditions, divided into experimental and control groups of 30 each, selected by purposive sampling. Instruments were the care model, a knowledge test, the Measure Yourself Medical Outcome Profile (MYMOP), the EQ visual analogue scale (EQ-VAS), and a satisfaction questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t test, independent t test, and chi-square test.

The model consisted of five components: personnel capacity building, screening and referral, holistic case-taking with individualized prescribing, patient and family participation, and follow-up evaluation. Personnel knowledge scores increased from 11.25 to 17.45 (difference 6.20, 95% CI 5.27-7.13, $p < .001$), and 35 personnel (87.50%) met the 80% criterion. After 12 weeks, the experimental group had lower MYMOP scores (difference -1.48, 95% CI -1.88 to -1.08, $p < .001$) and higher EQ-VAS scores (difference 13.36, 95% CI 8.40-18.32, $p < .001$) than the control group. Transient aggravation occurred in 3 patients (10.00%); no serious adverse events were found. Satisfaction was at the highest level ($\bar{x}$ = 4.52, S.D. = 0.48). The model was associated with better symptom and quality-of-life scores than usual care, but this was a non-randomized, unblinded quasi-experiment; it should be used alongside conventional treatment and confirmed by randomized controlled trials.

Keywords: homeopathy, participatory care, care model

บทนำ

ปัจจุบันสังคมโลกเข้าสู่ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกประมาณ 41 ล้านคนต่อปี หรือร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตทั้งหมด[1] ประกอบกับปัญหาเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะและผู้ป่วยที่มีหลายโรคร่วมกัน ทำให้การรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันเพียงอย่างเดียวไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ครบถ้วน องค์การอนามัยโลกจึงส่งเสริมให้นำการแพทย์ดั้งเดิมและการแพทย์ทางเลือกที่มีความปลอดภัยเข้ามาผสมผสานในระบบบริการสุขภาพ[2,3] การแพทย์แบบโฮมิโอพาธีย์ (homeopathy) ซึ่งคิดค้นโดยแพทย์ชาวเยอรมัน ซามูเอล ฮาห์เนมานน์ เมื่อ ค.ศ. 1796 หรือกว่า 200 ปีมาแล้ว เป็นระบบการแพทย์ทางเลือกที่มีการใช้อย่างแพร่หลายในหลายประเทศ ตั้งอยู่บนกฎสำคัญ 3 ข้อ ได้แก่ กฎของความคล้าย (law of similars) กฎการใช้ปริมาณยาในจำนวนน้อย (law of minimum dose) และกฎการใช้สารชนิดเดียว (law of single remedy)[4] โดยมุ่งดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และพฤติกรรม

สำหรับประเทศไทย การแพทย์แบบโฮมิโอพาธีย์ยังไม่ได้รับการรับรองอย่างเป็นทางการจากกระทรวงสาธารณสุข แม้จะมีการจัดตั้งสมาคมโฮมีโอพาธีย์ประเทศไทยเมื่อวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2553

และมีการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ตามมาตรฐานของสมาคมโฮมีโอพาธีย์ยุโรป ร่วมกับสถาบันรังสิตวิชชาลัย มหาวิทยาลัยรังสิต แต่การให้บริการในโรงพยาบาลรัฐยังมีจำกัด ยาโฮมิโอพาธีย์ยังไม่ได้รับการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และผู้ที่ผ่านการอบรมให้บริการได้ภายใต้ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเดิมของตนเท่านั้น ตามข้อมูลของสมาคมโฮมีโอพาธีย์ประเทศไทย พบหน่วยงานของรัฐที่ให้บริการเพียง 2 แห่ง ได้แก่ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข[5] ขณะที่บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ยังมีความรู้เกี่ยวกับศาสตร์นี้น้อยมาก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เป็นโรงพยาบาลทั่วไปประจำจังหวัด มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังมารับบริการประมาณ 21,598 ราย/ปี ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่มีอาการซับซ้อนหรือมีอาการเรื้อรังที่ตอบสนองต่อการรักษาแผนปัจจุบันไม่เต็มที่ เช่น ภูมิแพ้ ผื่นผิวหนังเรื้อรัง นอนไม่หลับ วิตกกังวล ปวดกล้ามเนื้อเรื้อรัง และแผลร้อนในเรื้อรังในช่องปาก ประมาณร้อยละ 12[6] (ประมาณ 2,592 ราย/ปี ประมาณการจากข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในรายงานประจำปี) แต่ยังไม่มีรูปแบบการดูแลรักษาด้วยการแพทย์ทางเลือกโฮมิโอพาธีย์ที่เป็นระบบ

หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการแพทย์แบบโฮมิโอพาธีย์ยังมีความหลากหลาย การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานของการรักษาแบบโฮมิโอพาธีย์เฉพาะรายพบว่า อาจมีผลเหนือกว่ายาหลอกเล็กน้อย แต่คุณภาพของหลักฐานยังอยู่ในระดับต่ำ[7] ส่วนการทบทวนอย่างเป็นระบบของการวิเคราะห์อภิมาน พ.ศ. 2566 พบว่าการวิเคราะห์อภิมานส่วนใหญ่แสดงผลเหนือกว่ายาหลอก แต่ผู้นิพนธ์มีส่วนเกี่ยวข้องกับการแพทย์แบบโฮมิโอพาธีย์ และผลยังมีข้อถกเถียง[8] ขณะที่รายงานของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย ระบุว่ายังไม่มีหลักฐานที่น่าเชื่อถือเพียงพอสำหรับการรักษาโรคใดโรคหนึ่งโดยเฉพาะ[9] อย่างไรก็ตาม การศึกษาแบบติดตามผู้ป่วยในเวชปฏิบัติจริงพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีอาการและคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง[10] และการทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ส่วนใหญ่ไม่รุนแรงและหายได้เอง[11] ทั้งนี้ แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (chronic care model)[12] และการดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered care)[13] เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการซักประวัติแบบองค์รวมและสัมพันธภาพเชิงสร้างสรรค์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้การบำบัดของโฮมิโอพาธีย์ แต่ยังไม่พบการศึกษาที่พัฒนารูปแบบการดูแลรักษาอย่างมีส่วนร่วมด้วยการแพทย์แบบโฮมิโอพาธีย์ในบริบทโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทย

ด้วยเหตุนี้ ผู้นิพนธ์จึงสนใจพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีส่วนร่วมด้วยการแพทย์แบบโฮมิโอพาธีย์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยเผยแพร่องค์ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือผู้ป่วยที่มีอาการซับซ้อน และให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษา เพื่อเพิ่มทางเลือกการดูแลควบคู่กับการแพทย์แผนปัจจุบัน และติดตามความปลอดภัยอย่างเป็นระบบ ผลการวิจัยคาดว่าจะเป็นต้นแบบการจัดบริการการแพทย์ผสมผสานในโรงพยาบาลระดับจังหวัด และเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนามาตรฐานการให้บริการและการวิจัยด้านการแพทย์แบบโฮมิโอพาธีย์ในประเทศไทยต่อไป

Nexus of Thai Health Sciences
Vol. 1 No. 1 January – February 2026

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และความต้องการการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยการแพทย์แบบโฮมิโอพาธีย์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีส่วนร่วมด้วยการแพทย์แบบโฮมิโอพาธีย์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
3. เพื่อประเมินผลของรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีส่วนร่วมด้วยการแพทย์แบบโฮมิโอพาธีย์ ต่อความรู้ของบุคลากร อาการ คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจของผู้ป่วย

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) โดยประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) ตามวงจร PAOR ได้แก่ การวางแผน (plan) การปฏิบัติ (act) การสังเกต (observe) และการสะท้อนผล (reflect)[14] ดำเนินการที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และความต้องการ (มีนาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2567) ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ (กรกฎาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2567) และระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบด้วยการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองโดยไม่สุ่มและไม่ปกปิด (มกราคม-ตุลาคม พ.ศ. 2568) ระยะเวลาของโปรแกรม 12 สัปดาห์ มีรายละเอียดดังนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้จัดผู้ป่วยเข้ากลุ่มด้วยการจับคู่ด้านเพศ อายุ และกลุ่มอาการ และเป็นผู้เก็บข้อมูลผลลัพธ์ ซึ่งผู้ป่วยประเมินอาการและคุณภาพชีวิตด้วยตนเอง (patient-reported outcome)

ประชากร

ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ และแพทย์แผนไทย และ 2) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือผู้ป่วยที่มีอาการซับซ้อนที่มารับบริการที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในช่วงเดือนมกราคม-กันยายน พ.ศ. 2568 จำนวนประมาณ 1,944 (ประมาณการจากร้อยละ 12 ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 21,598 ราย/ปี ในช่วง 9 เดือน) คน

กลุ่มตัวอย่าง

1) ระยะที่ 1-2 ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ 15 คน ผู้ป่วยและญาติ 10 คน และผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบรูปแบบ 5 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) 2) ระยะที่ 3 บุคลากรทางการแพทย์ที่เข้าร่วมพัฒนาศักยภาพ 40 คน และผู้ป่วย 60 คน คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power[15] สถิติ Independent t-test กำหนดขนาดอิทธิพล 0.80 ระดับนัยสำคัญ .05 อำนาจการทดสอบ .80 ได้กลุ่มละ 26 คน เพิ่มร้อยละ 15 เพื่อป้องกันการสูญหาย ได้กลุ่มละ 30 คน (26 × 1.15 = 29.90) โดยขนาดอิทธิพลอ้างอิงจากการศึกษาแบบติดตามผู้ป่วยในเวชปฏิบัติ[10] ทดสอบสองทางและใช้คะแนน MYMOP เป็นตัวชี้วัดหลัก คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ จากผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรอง 72 คน ไม่เข้าเกณฑ์ 8 คน และปฏิเสธเข้าร่วม 4 คน และจับคู่ (matching) ด้านเพศ อายุ และกลุ่มอาการ จัดเข้ากลุ่มทดลองซึ่งได้รับการดูแลตาม

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นร่วมกับการรักษาตามปกติ และกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการรักษาตามปกติ

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยโรคเรื้อรังหรือมีอาการเรื้อรังที่ซับซ้อนติดต่อกันอย่างน้อย 3 เดือน และได้รับการรักษาแผนปัจจุบันในภาวะคงที่ (ไม่มีการเปลี่ยนชนิดหรือขนาดยาหลักอย่างน้อย 3 เดือนก่อนเข้าร่วม) 3) สื่อสารภาษาไทยได้ดี 4) สามารถมาติดตามการรักษาได้ตลอดโปรแกรม และ 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและลงนามยินยอม สำหรับบุคลากร คือ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ไม่น้อยกว่า 1 ปี และยินดีเข้าร่วมกิจกรรมครบตามแผน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1) มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่ต้องได้รับการรักษาแผนปัจจุบันโดยเร่งด่วน 2) ตั้งครรภ์หรืออยู่ระหว่างการรักษามะเร็งด้วยเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา 3) มีความบกพร่องทางการรับรู้หรือจิตเวชที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ และ 4) ขอถอนตัวหรือไม่สามารถมาติดตามการรักษาได้ 2 ครั้งติดต่อกัน

เครื่องมือวิจัย

ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีส่วนร่วมด้วยการแพทย์แบบโฮมิโอพาธีย์ คู่มือการซักประวัติแบบองค์รวม (case taking) และหลักสูตรพัฒนาศักยภาพบุคลากร 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (2) แบบทดสอบความรู้เรื่องการแพทย์แบบโฮมิโอพาธีย์ 20 ข้อ (3) แบบประเมินอาการ Measure Yourself Medical Outcome Profile (MYMOP) คะแนน 0-6 คะแนนยิ่งน้อยอาการยิ่งดี[16] (4) แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้วยมาตรวัดแบบมองเห็น EQ-VAS คะแนน 0-100[17] (5) แบบประเมินความพึงพอใจ มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ 15 ข้อ (6) แบบบันทึกเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และ (7) แนวคำถามการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC 0.67-1.00 ทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึง 30 คน แบบทดสอบความรู้มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.82 และแบบประเมินความพึงพอใจมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการชี้แจงดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกในระยะที่ 1-2 ส่วนระยะที่ 3 ทดสอบความรู้บุคลากรก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพ และประเมินผู้ป่วยด้วย MYMOP และ EQ-VAS ในสัปดาห์ที่ 0 (ก่อนการทดลอง) และสัปดาห์ที่ 12 (หลังการทดลอง) ติดตามอาการและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 (เฉพาะกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมประเมินเฉพาะสัปดาห์ที่ 0 และ 12 และผู้เก็บข้อมูลไม่ได้ปกปิดการจัดกลุ่ม) และประเมินความพึงพอใจเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ paired t test เปรียบเทียบภายในกลุ่ม independent t test เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม และ chi-square test สำหรับตัวแปรเชิงหมวดหมู่ ตรวจสอบการแจกแจงแบบปกติก่อนการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Shapiro-Wilk หากข้อมูลไม่แจกแจงแบบปกติใช้ Wilcoxon signed-rank test และ Mann-Whitney U test แทน วิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS for Windows เวอร์ชัน 26 ตัวชี้วัดหลัก คือ คะแนน

Nexus of Thai Health Sciences
Vol. 1 No. 1 January – February 2026

MYMOP เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 12 ส่วนตัวชี้วัดรองไม่ได้ปรับค่า p สำหรับการทดสอบหลายครั้ง จึงแปลผลในเชิงสำรวจ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้คำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยได้ขออนุญาตลงเก็บข้อมูลก่อนเริ่มเก็บข้อมูลเดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้เข้าร่วมลงนามยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร ผู้ป่วยทุกรายยังคงได้รับการรักษาแผนปัจจุบันตามปกติ ผู้วิจัยได้ชี้แจงผู้ป่วยว่าหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ด้านประสิทธิผลของการแพทย์แบบโฮมิโอพาธีย์ยังมีจำกัด และยาที่ใช้มาจากผู้ผลิตที่ได้มาตรฐานการผลิตตามเภสัชตำรับโฮมิโอพาธีย์ (Homoeopathic Pharmacopoeia) การจ่ายยาโฮมิโอพาธีย์ดำเนินการโดยผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรม ผู้นิพนธ์ยืนยันว่าการจ่ายยาโฮมิโอพาธีย์ซึ่งยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนตำรับยากับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาในการวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการภายในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในหน้าที่บำบัดโรค ซึ่งได้รับยกเว้นข้อห้ามเรื่องยาที่มิได้ขึ้นทะเบียนตำรับยาตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 มาตรา 72 วรรคท้าย และมาตรา 13 (5) ในกรณีการนำหรือสั่งยาเข้ามาในราชอาณาจักร[18] โดยปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวงและประกาศที่เกี่ยวข้อง และใช้เฉพาะกับผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยภายใต้การสั่งใช้ของผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเท่านั้น ไม่มีการจำหน่ายแก่บุคคลทั่วไป ข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม ผู้เข้าร่วมสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการรักษา

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาสถานการณ์และความต้องการการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยการแพทย์แบบโฮมิโอพาธีย์

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง บุคลากรทางการแพทย์ 40 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.00 อายุเฉลี่ย 38.45 ปี (S.D. = 8.72) เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 45.00 แพทย์และทันตแพทย์ ร้อยละ 22.50 เภสัชกร ร้อยละ 17.50 และแพทย์แผนไทย ร้อยละ 15.00 ผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.67 และ 63.33 อายุเฉลี่ย 52.37 (S.D. = 11.24) และ 53.10 ปี (S.D. = 10.86) ตามลำดับ กลุ่มอาการที่พบมาก ได้แก่ ภูมิแพ้และผื่นผิวหนังเรื้อรัง นอนไม่หลับและวิตกกังวล ปวดกล้ามเนื้อเรื้อรัง และแผลร้อนในเรื้อรังในช่องปาก ข้อมูลทั่วไปของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (อายุ $t(58) = -0.26$, $p = .80$, SMD = -0.07; เพศหญิง $\chi^2(1) = 0.07$, $p = .79$, SMD = 0.07)

1.2 สถานการณ์และความต้องการ จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก พบประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1) บุคลากรส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แบบโฮมิโอพาธีย์น้อย และยังไม่มีแนวทางการให้บริการที่ชัดเจน 2) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังบางรายต้องรับประทานยาหลายชนิดเป็นเวลานาน และต้องการทางเลือกการรักษาที่ปลอดภัยและดูแลแบบองค์รวม 3) ผู้ป่วยและญาติต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการติดตามอาการ และ 4) บุคลากรมีข้อกังวลด้านหลักฐานเชิงประจักษ์และสถานะทางกฎหมาย บุคลากร 33 คน (ร้อยละ 82.50) (จากแบบสอบถามความต้องการที่ตอบโดยบุคลากรทั้ง 40 คน) ต้องการให้มีการพัฒนาความรู้และระบบบริการการแพทย์แบบโฮมิโอพาธีย์ควบคู่กับการรักษาแผนปัจจุบัน

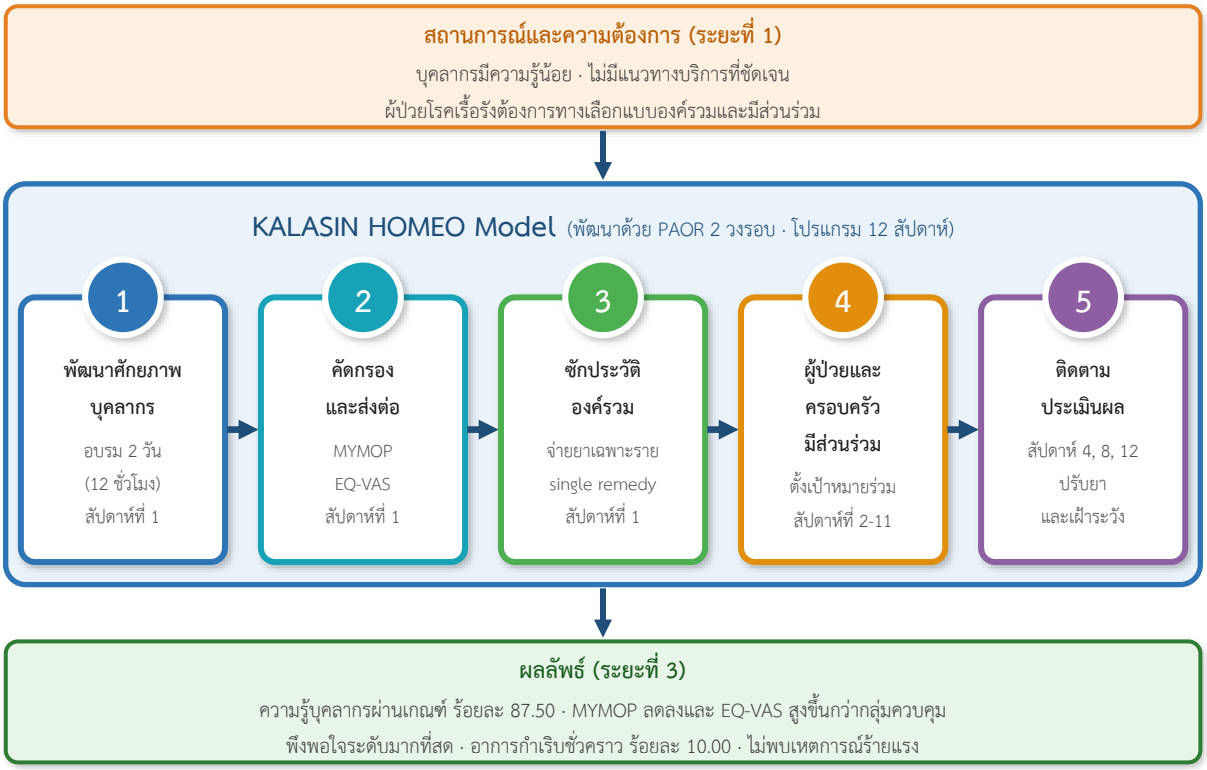
2. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีส่วนร่วมด้วยการแพทย์แบบโฮมิโอพาธีย์

2.1 องค์ประกอบของรูปแบบ ผ่านกระบวนการ PAOR 2 วงรอบ ได้รูปแบบ “KALASIN HOMEO Model” ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร 2) การคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วย 3) การซักประวัติแบบองค์รวมและการจ่ายยาเฉพาะราย 4) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว และ 5) การติดตามประเมินผลตามทิศทางการฟื้นฟู (direction of healing) โดยมีกิจกรรมตลอดโปรแกรม 12 สัปดาห์ ดังแสดงในตาราง 1 และภาพ 1

ตาราง 1 กิจกรรมตามรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีส่วนร่วมด้วยการแพทย์แบบโฮมิโอพาธีย์

สัปดาห์ที่	กิจกรรม/เนื้อหา	เครื่องมือที่ใช้	ระยะเวลา	เหตุผลทางวิชาการ
1	การพัฒนาศักยภาพบุคลากร: หลักการ 3 กฎ ภาพยา (materia medica) การซักประวัติแบบองค์รวม และความปลอดภัย	หลักสูตรอบรม คู่มือ แบบทดสอบความรู้	2 วัน (12 ชั่วโมง)	การเรียนรู้แบบรอบรู้ (mastery learning) เกณฑ์ร้อยละ 80[19]
1	คัดกรองและส่งต่อผู้ป่วย ประเมินอาการและคุณภาพชีวิตก่อนการทดลอง	แนวทางคัดกรอง MYMOP EQ-VAS	30 นาที	Chronic Care Model[12]
1	ซักประวัติแบบองค์รวม ทั้งร่างกาย อารมณ์ จิตใจ พฤติกรรม และจ่ายยาโฮมิโอพาธีย์เฉพาะราย (single remedy)	แบบบันทึก case taking, repertory, materia medica	60-90 นาที	กฎของความคล้าย ปริมาณยาน้อย และสารชนิดเดียว[4]
2-11	การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว: ตั้งเป้าหมายร่วม บันทึกอาการด้วยตนเอง และกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้	สมุดบันทึกอาการ กลุ่มไลน์	30 นาที/ครั้ง	การดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง[13]
4, 8, 12	ติดตามประเมินผลตามทิศทางการฟื้นฟู ปรับยา และเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์	MYMOP แบบบันทึกเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์	30-45 นาที	homeopathic aggravation และความปลอดภัย[11,20]

สัปดาห์ที่	กิจกรรม/เนื้อหา	เครื่องมือที่ใช้	ระยะเวลา	เหตุผลทางวิชาการ
12	ประเมินผลหลังการทดลอง ถอดบทเรียน และสะท้อนผลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ	MYMOP EQ-VAS แบบประเมินความพึงพอใจ แนวคำถาม	3 ชั่วโมง	วงจร PAOR[14]



ภาพ 1 รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีส่วนร่วมด้วยการแพทย์แบบโฮมิโอพาธีย์ (KALASIN HOMEO Model)

2.2 ผลการตรวจสอบรูปแบบ ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.56, S.D. = 0.42) และให้ข้อเสนอแนะให้เพิ่มเกณฑ์การส่งต่อกลับการรักษาแผนปัจจุบันเมื่อมีอาการรุนแรง และการบันทึกเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อย่างเป็นระบบ ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงในวงรอบที่ 2

3. ผลการประเมินรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีส่วนร่วมด้วยการแพทย์แบบโฮมิโอพาธีย์

3.1 ผลการเปรียบเทียบภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง บุคลากรทางการแพทย์มีคะแนนความรู้เฉลี่ยหลังการพัฒนาศักยภาพ (17.45 คะแนน, S.D. = 1.68 จากคะแนนเต็ม 20) สูงกว่าก่อนการพัฒนา (11.25 คะแนน, S.D. = 3.10) (ผลต่างเฉลี่ย 6.20, 95% CI 5.27-7.13, $t(39) = 13.52$, $p < .001$) และผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 87.50 (95% CI 73.89-94.54 คำนวณแบบ Wilson) ซึ่งเป็นไปตามตัวชี้วัดความสำเร็จที่กำหนด สำหรับผู้ป่วย หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนอาการ MYMOP ลดลงและคะแนนคุณภาพชีวิต EQ-VAS เพิ่มขึ้น ($p < .001$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยและช่วงความเชื่อมั่นครอบคลุม

ศูนย์ (p = .121-.123) จึงยังสรุปไม่ได้ว่ามีการเปลี่ยนแปลง ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการ (MYMOP) และคุณภาพชีวิต (EQ-VAS) ก่อนและหลังการทดลอง จำแนกตามกลุ่ม (n=30 ต่อกลุ่ม)

ตัวแปร	กลุ่ม	ก่อน		หลัง		$\bar{d}$	95%CI	t(29)	p-value
		$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.				
MYMOP (0-6)	ทดลอง	3.85	0.72	2.12	0.81	-1.73	-2.02 ถึง -1.44	-12.15	<0.001*
MYMOP (0-6)	ควบคุม	3.78	0.69	3.60	0.74	-0.18	-0.41 ถึง 0.05	-1.59	0.123
EQ-VAS (0-100)	ทดลอง	58.40	10.25	74.63	9.12	16.23	12.91 ถึง 19.55	9.99	<0.001*
EQ-VAS (0-100)	ควบคุม	59.10	9.87	61.27	10.04	2.17	-0.61 ถึง 4.95	1.60	0.121

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

3.2 ผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ย MYMOP และ EQ-VAS ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนอาการ MYMOP ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (ผลต่าง -1.48, 95% CI -1.88 ถึง -1.08, t(58) = -7.39, p < .001) และมีคะแนน EQ-VAS สูงกว่ากลุ่มควบคุม (ผลต่าง 13.36, 95% CI 8.40-18.32, t(58) = 5.39, p < .001) เมื่อเทียบการเปลี่ยนแปลงจากก่อนการทดลอง ผลต่างของ MYMOP เท่ากับ -1.55 (95% CI -1.91 ถึง -1.19) และ EQ-VAS เท่ากับ 14.06 (95% CI 9.82-18.30) (S.D. ของคะแนนเปลี่ยนแปลงคำนวณย้อนกลับจากช่วงความเชื่อมั่นของ paired t test) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการ (MYMOP) และคุณภาพชีวิต (EQ-VAS) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		$\bar{d}$	95%CI	t(58)	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.				
MYMOP ก่อน	3.85	0.72	3.78	0.69	0.07	-0.29 ถึง 0.43	0.38	0.702
MYMOP หลัง	2.12	0.81	3.60	0.74	-1.48	-1.88 ถึง -1.08	-7.39	<0.001*
EQ-VAS ก่อน	58.40	10.25	59.10	9.87	-0.70	-5.90 ถึง 4.50	-0.27	0.789
EQ-VAS หลัง	74.63	9.12	61.27	10.04	13.36	8.40 ถึง 18.32	5.39	<0.001*
MYMOP เปลี่ยนแปลง (หลัง - ก่อน)	-1.73	0.78	-0.18	0.62	-1.55	-1.91 ถึง -1.19	-8.56	<0.001*
EQ-VAS เปลี่ยนแปลง (หลัง - ก่อน)	16.23	8.89	2.17	7.44	14.06	9.82 ถึง 18.30	6.64	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

3.3 ผลลัพธ์เชิงหมวดหมู่ ความพึงพอใจและความปลอดภัย กลุ่มทดลองมีสัดส่วนผู้ป่วยที่อาการดีขึ้นอย่างมีความหมายทางคลินิก (คะแนน MYMOP ลดลงตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 73.33 สูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีร้อยละ 16.67 (ผลต่างสัดส่วน 56.67 จุดร้อยละ, 95% CI 35.97-77.36; $\chi^2(1)$ =

19.46, p < .001) ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในภาพรวมระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.52, S.D. = 0.48; 95% CI 4.34-4.70) พบอาการกำเริบชั่วคราวแบบโฮมิโอพาธีย์ (homeopathic aggravation) 3 ราย (ร้อยละ 10.00; 95% CI 3.46-25.62) (ไม่ได้เก็บข้อมูลเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในกลุ่มควบคุม จึงเปรียบเทียบไม่ได้) ซึ่งไม่รุนแรงและหายได้เองภายใน 3-7 วัน และไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรง (ขอบบนของ 95% CI = ร้อยละ 11.57 ถ้า 0 จาก 30 ราย) ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 เปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นอย่างมีความหมายทางคลินิกหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลลัพธ์	กลุ่มทดลอง (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (ร้อยละ)	χ^2	p-value
อาการดีขึ้นอย่างมีความหมายทางคลินิก (MYMOP ลดลง ≥1 คะแนน)	22 (73.33)	5 (16.67)	19.46	<0.001
อาการไม่เปลี่ยนแปลงหรือดีขึ้นน้อยกว่า 1 คะแนน	8 (26.67)	25 (83.33)		

อภิปรายผล

ผลการศึกษาสถานการณ์พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ยังมีความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แบบโฮมิโอพาธีย์น้อยและยังไม่มีระบบบริการที่ชัดเจน สอดคล้องกับสถานการณ์ในประเทศไทยที่การแพทย์แบบโฮมิโอพาธีย์ยังไม่ได้รับการรับรองอย่างเป็นทางการ และมีการให้บริการในโรงพยาบาลรัฐเพียงไม่กี่แห่ง[5] ขณะที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องการทางเลือกการรักษาที่ปลอดภัยและดูแลแบบองค์รวม ซึ่งสอดคล้องกับทิศทางขององค์การอนามัยโลกที่ส่งเสริมการบูรณาการการแพทย์ดั้งเดิมและการแพทย์ทางเลือกเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างปลอดภัยและมีหลักฐานรองรับ[2,3]

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีองค์ประกอบครอบคลุมตั้งแต่การพัฒนาศักยภาพบุคลากรจนถึงการติดตามประเมินผล ซึ่งเป็นผลจากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่เปิดโอกาสให้ทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย และครอบครัวร่วมวางแผน ปฏิบัติ และสะท้อนผล[14] ทำให้รูปแบบสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล องค์ประกอบด้านการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและการติดตามอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับแนวคิด Chronic Care Model[12] และการดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง[13] ส่วนการซักประวัติแบบองค์รวมและการจ่ายยาเฉพาะรายเป็นไปตามหลักการพื้นฐานของการแพทย์แบบโฮมิโอพาธีย์[4] ซึ่งส่งเสริมสัมพันธภาพเชิงสร้างสรรค์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้การบำบัด

หลังการใช้รูปแบบ บุคลากรมีความรู้เพิ่มขึ้นและผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 เป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากหลักสูตรเน้นการเรียนรู้แบบรอบรู้และการฝึกปฏิบัติจริง[19] ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนอาการและคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งมีทิศทางเดียวกับการศึกษาแบบติดตามผู้ป่วยในเวชปฏิบัติ[10,21] แต่การศึกษาดังกล่าวไม่มีกลุ่มควบคุม จึงไม่สามารถยืนยันผลเชิงเหตุผล และขนาดผลในการศึกษานี้ (Cohen's d ประมาณ 1.39-1.91 คำนวณจากค่าเฉลี่ยและ S.D. หลังการทดลอง) ใหญ่กว่าที่พบในการทบทวนอย่างเป็นระบบ[7] และไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรง

ในกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย โดยอาการกำเริบชั่วคราวที่พบไม่รุนแรงและหายได้เอง ซึ่งเป็นไปตามการทบทวนอย่างเป็นระบบก่อนหน้า[11,20] ทั้งนี้จำนวนตัวอย่างเล็กเกินกว่าจะสรุปความปลอดภัย อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นอาจเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ ระยะเวลาการซักประวัติที่ยาวนาน สัมพันธภาพที่ดี การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และผลของยาหลอก (placebo effect) ซึ่งหลักฐานระดับการทบทวนอย่างเป็นระบบยังไม่สามารถยืนยันประสิทธิผลเฉพาะของยาโฮมิโอพาธีย์ได้ชัดเจน[7,9]

ข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ การไม่สุ่มและไม่ปกปิดกลุ่มตัวอย่าง ผู้ประเมินผลเป็นผู้วิจัย ตัวชี้วัดหลักเป็นการรายงานโดยผู้ป่วย กลุ่มโรคหลากหลาย กลุ่มควบคุมไม่ได้รับเวลาดูแลเท่ากัน ขนาดตัวอย่างค่อนข้างน้อย ระยะเวลาติดตามสั้น และดำเนินการในโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียว จึงควรระมัดระวังในการนำผลไปอ้างอิงทั่วไป ทั้งนี้ไม่มีผู้สูญหายระหว่างการติดตาม ผลการวิเคราะห์ตามเจตนาการรักษา (intention-to-treat) จึงเท่ากับการวิเคราะห์ตามโปรโตคอล

สรุปผลการวิจัย

รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีส่วนร่วมด้วยการแพทย์แบบโฮมิโอพาธีย์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร การคัดกรองและส่งต่อ การซักประวัติแบบองค์รวมและการจ่ายยาเฉพาะราย การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว และการติดตามประเมินผล บุคลากรมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นและร้อยละ 87.50 ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนอาการและคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติเมื่อสิ้นสุด 12 สัปดาห์ และมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด พบอาการกำเริบชั่วคราวร้อยละ 10.00 ทั้งนี้ผลที่พบสัมพันธ์กับการดูแลทั้งชุดของรูปแบบ และไม่สามารถสรุปผลเฉพาะของยาโฮมิโอพาธีย์หรือความปลอดภัยได้จากการศึกษานี้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ โรงพยาบาลควรนำรูปแบบไปใช้เป็นการแพทย์ผสมผสานควบคู่กับการรักษาแผนปัจจุบัน ไม่ใช้ทดแทนการรักษาหลัก โดยกำหนดเกณฑ์การคัดกรอง เกณฑ์การส่งต่อกลับเมื่ออาการรุนแรง และระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ให้ชัดเจน พัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง และขยายผลสู่หน่วยงานหรือแผนกที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและโรคที่เป็นปัญหาซับซ้อน รวมทั้งดำเนินการให้สอดคล้องกับกฎหมายและข้อกำหนดของกระทรวงสาธารณสุข

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาด้วยการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมและการปกปิด (randomized controlled trial) ในกลุ่มโรคที่เฉพาะเจาะจง เพิ่มขนาดตัวอย่าง ติดตามผลระยะยาว ศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ และศึกษาการใช้สมุนไพรไทยเป็นวัตถุดิบในการผลิตยาโฮมิโอพาธีย์

กิตติกรรมประกาศ

ผู้นิพนธ์ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้คำแนะนำและตรวจสอบเครื่องมือวิจัย บุคลากรทางการแพทย์ทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย รวมทั้งสมาคมโฮมีโอพาธีย์ประเทศไทยที่ให้การสนับสนุนองค์ความรู้ งานวิจัยนี้ไม่ได้รับทุนสนับสนุนและผู้นิพนธ์ไม่มีความขัดแย้งทางผลประโยชน์

Nexus of Thai Health Sciences
Vol. 1 No. 1 January – February 2026

การเปิดเผยการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI Disclosure)

ผู้เขียนใช้เครื่องมือปัญญาประดิษฐ์ (Claude, Anthropic) เพื่อช่วยสืบค้นแหล่งข้อมูลและเอกสารอ้างอิงทางวิชาการ ผู้เขียนได้ตรวจสอบความถูกต้องของแหล่งอ้างอิงทุกรายการด้วยตนเองก่อนนำมาใช้ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูล การตีความผล และการอภิปรายผลเป็นผลงานของผู้เขียนทั้งหมด ปัญญาประดิษฐ์ไม่ได้มีส่วนร่วมในฐานะผู้เขียนร่วม

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2025 Oct 1]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases
2. World Health Organization. WHO traditional medicine strategy: 2014-2023. Geneva: WHO; 2013.
3. World Health Organization. WHO global report on traditional and complementary medicine 2019. Geneva: WHO; 2019.
4. Hahnemann S. Organon of medicine. 6th ed. Boericke W, translator. New Delhi: B. Jain Publishers; 2002.
5. Homoeopathic Association of Thailand. About us [Internet]. Nonthaburi: Homoeopathic Association of Thailand; [date unknown] [cited 2025 Oct 1]. Available from: http://www.thaihomeopathy.org/content/about.php (in Thai)
6. Kalasin Hospital. [Raingan pracham pi khong Rongphayaban Kalasin pi ngoppraman 2566] [Annual report of Kalasin Hospital, fiscal year 2023]. Kalasin: Kalasin Hospital; 2567. (in Thai)
7. Mathie RT, Lloyd SM, Legg LA, Clausen J, Moss S, Davidson JR, et al. Randomised placebo-controlled trials of individualised homeopathic treatment: systematic review and meta-analysis. Syst Rev. 2014;3:142.
8. Hamre HJ, Glockmann A, von Ammon K, Riley DS, Kiene H. Efficacy of homoeopathic treatment: systematic review of meta-analyses of randomised placebo-controlled homoeopathy trials for any indication. Syst Rev. 2023;12(1):191.
9. National Health and Medical Research Council. NHMRC information paper: evidence on the effectiveness of homeopathy for treating health conditions. Canberra: NHMRC; 2015.
10. Witt CM, Lüdtke R, Baur R, Willich SN. Homeopathic medical practice: long-term results of a cohort study with 3981 patients. BMC Public Health. 2005;5:115.
11. Dantas F, Rampes H. Do homeopathic medicines provoke adverse effects? A systematic review. Br Homeopath J. 2000;89 Suppl 1:S35-8.
12. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? Eff Clin Pract. 1998;1(1):2-4.

13. Epstein RM, Street RL Jr. The values and value of patient-centered care. Ann Fam Med. 2011;9(2):100-3.
14. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Geelong: Deakin University Press; 1988.
15. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods. 2007;39(2):175-91.
16. Paterson C. Measuring outcomes in primary care: a patient generated measure, MYMOP, compared with the SF-36 health survey. BMJ. 1996;312(7037):1016-20.
17. Herdman M, Gudex C, Lloyd A, Janssen M, Kind P, Parkin D, et al. Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). Qual Life Res. 2011;20(10):1727-36.
18. Drug Act B.E. 2510 (1967) and its amendments. Royal Gazette. 1967 Oct 20;84(Special issue 101):7. (in Thai)
19. Bloom BS. Learning for mastery. Eval Comment. 1968;1(2):1-12.
20. Grabia S, Ernst E. Homeopathic aggravations: a systematic review of randomised, placebo-controlled clinical trials. Homeopathy. 2003;92(2):92-8.
21. Riley D, Fischer M, Singh B, Haidvogl M, Heger M. Homeopathy and conventional medicine: an outcomes study comparing effectiveness in a primary care setting. J Altern Complement Med. 2001;7(2):149-59.

Nexus of Thai Health Sciences
Vol. 1 No. 1 January – February 2026

บทความวิจัย | RESEARCH ARTICLE

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในพื้นที่ รพ.สต.บ้านอุทัยวรรณ ตำบลหลักเหลื่อม อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of a Care Model for Patients with Uncontrolled Diabetes Mellitus at Ban Uthaiwan Subdistrict Health Promoting Hospital, Lak Lueam Subdistrict, Namon District, Kalasin Province

วิไลรัตน์ เรืองวิชญกานต์[1*]

Wilairat Rueangwitchayakan[1*]

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านอุทัยวรรณ ตำบลหลักเหลื่อม อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

[1] Senior Public Health Technical Officer, Director of Ban Uthaiwan Subdistrict Health Promoting Hospital, Lak Lueam Subdistrict, Na Mon District, Kalasin Province

*ผู้นิพนธ์ประสานงาน (Corresponding author)

รับบทความ: 1 มกราคม 2569 **แก้ไขบทความ:** 14 มกราคม 2569 **ตอบรับบทความ:** 18 กุมภาพันธ์ 2569

การอ้างอิง (Citation): วิไลรัตน์ เรืองวิชญกานต์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในพื้นที่ รพ.สต.บ้านอุทัยวรรณ ตำบลหลักเหลื่อม อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารบูรณาการวิทยาศาสตร์สุขภาพไทย. 2569;1(1):53-65.

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (research and development) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์และปัญหา 2) พัฒนารูปแบบ และ 3) ประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในพื้นที่ รพ.สต.บ้านอุทัยวรรณ อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงกันยายน พ.ศ. 2568 ผู้ให้ข้อมูลระยะที่ 1 จำนวน 45 คน ระยะที่ 3 เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ตั้งแต่ร้อยละ 7 ขึ้นไป กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ รูปแบบการดูแล แนวคำถามสัมภาษณ์ แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง และแบบบันทึกผลทางห้องปฏิบัติการ วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา สถิติเชิงพรรณนา paired t test, independent t test และ chi-square test

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยในพื้นที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ร้อยละ 63.44 (118 จาก 186 ราย) ปัญหาสำคัญคือ การบริโภคข้าวเหนียวและผลไม้ปริมาณมาก การใช้ยาไม่ถูกต้อง และขาดนัด รูปแบบประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ ประเมินและร่วมตั้งเป้าหมาย ทบทวนเป้าหมาย ให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเอง ติดตามด้วย Home ward และ Telemedicine ประเมินอุปสรรค และติดตามโดยภาคีเครือข่ายชุมชน หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (ผลต่าง 14.43, 95% CI 11.45-17.41, $p < .001$) และ HbA1c ต่ำกว่า (ผลต่าง -1.03, 95% CI -1.57 ถึง -0.49, $p < .001$) สัดส่วนผู้ที่ควบคุม HbA1c ได้ต่ำกว่าร้อยละ 7 เท่ากับร้อยละ

Nexus of Thai Health Sciences
Vol. 1 No. 1 January – February 2026

36.67 และ 10.00 (χ^2 = 5.96, p = .015) สรุปว่า การใช้รูปแบบสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีขึ้นและ HbA1c ที่ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่ยังสรุปเชิงเหตุและผลไม่ได้ เนื่องจากเป็นการศึกษากึ่งทดลองที่ไม่สุ่มและไม่ปกปิด

คำสำคัญ: เบาหวานชนิดที่ 2, การควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้, การจัดการตนเอง

Abstract

This research and development study aimed to 1) explore the situation and problems in caring for patients with uncontrolled diabetes mellitus, 2) develop a care model, and 3) evaluate the model at Ban Uthaiwan Subdistrict Health Promoting Hospital, Namon District, Kalasin Province, from October 2024 to September 2025. Phase 1 involved 45 purposively selected key informants. Phase 3 was a quasi-experimental two-group pretest-posttest study of patients with type 2 diabetes and HbA1c ≥ 7%, with 30 patients each in the experimental and comparison groups. Instruments were the care model, interview guides, a self-management behavior questionnaire, and a laboratory record form. Data were analyzed using content analysis, descriptive statistics, paired t test, independent t test, and chi-square test.

Of 186 registered patients, 63.44% (118) had uncontrolled diabetes; key problems were high consumption of glutinous rice and fruits, incorrect medication use, and missed appointments. The model had six steps: assessment and shared goal setting, goal review, education and self-management support, follow-up by home ward and telemedicine, barrier evaluation, and continuous follow-up by community partners. After the intervention, the experimental group had higher self-management scores (difference 14.43, 95% CI 11.45-17.41, p < .001) and lower HbA1c (difference -1.03, 95% CI -1.57 to -0.49, p < .001) than the comparison group. The proportions achieving HbA1c < 7% were 36.67% and 10.00% (χ^2 = 5.96, p = .015). The model was associated with better behavior and HbA1c.

Keywords: type 2 diabetes mellitus, uncontrolled blood glucose, self-management

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั่วโลก สหพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF) รายงานว่าในปี พ.ศ. 2567 มีผู้ใหญ่อายุ 20-79 ปี ป่วยเป็นโรคเบาหวาน 589 ล้านคน หรือประมาณ 1 ใน 9 คน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 853 ล้านคนในปี พ.ศ. 2593 โดยโรคเบาหวานเป็นสาเหตุการเสียชีวิตกว่า 3.4 ล้านคนต่อปี สำหรับประเทศไทยมีผู้ป่วยเบาหวานวัยผู้ใหญ่ประมาณ 6.36 ล้านคน[1] อัตราตายด้วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2564-2566 เท่ากับ 21.25, 22.68 และ 24.43 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และอัตราป่วยเพิ่มขึ้นจาก 1,392.98 เป็น 1,563.02 และ 1,692.43 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ[2] การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยการดูแลตนเองอย่างถูกต้องช่วยลดความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อน เช่น ไตวายเรื้อรัง

Nexus of Thai Health Sciences
Vol. 1 No. 1 January – February 2026

โรคหลอดเลือดสมอง ตาบอด โรคหลอดเลือดหัวใจ และเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม ซึ่งช่วยป้องกันความพิการ ลดการเสียชีวิต และลดภาระทางเศรษฐกิจของระบบสาธารณสุข[3]

จังหวัดกาฬสินธุ์มีผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ประมาณ 60,000 ราย และผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมีเพียงร้อยละ 25-30 โดยตัวชี้วัด HDC ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ใช้นิยามเดียวกับข้อมูลอำเภอนามนด้านล่างนี้ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ร้อยละ 40[4] อำเภอนามนพบอัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2567 เท่ากับ 211.18, 228.92 และ 246.10 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ขณะที่ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมีเพียงร้อยละ 13.42, 14.61 และ 10.93 ตามลำดับ และพบผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง รวมถึงภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวานขึ้นจอประสาทตา โรคไตเรื้อรัง และแผลที่เท้าเรื้อรัง[5] สำหรับพื้นที่ รพ.สต.บ้านอุทัยวรรณมีผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน 186 ราย ในจำนวนนี้ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (HbA1c ตั้งแต่ร้อยละ 7 ขึ้นไป) 118 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.44 จากการวิเคราะห์เบื้องต้นพบว่าผู้ป่วยบางรายยังควบคุมอาหารไม่ได้ โดยเฉพาะการรับประทานข้าวเหนียวและผลไม้ตามฤดูกาลในปริมาณมาก รับประทานยาหรือฉีดอินซูลินไม่ถูกต้อง ลืมรับประทานยา ปรับยาเอง ขาดนัด และขาดยา

การควบคุมโรคเบาหวานให้ได้ผลต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ และการใช้ยาอย่างถูกต้อง โดยมีเป้าหมายให้ระดับ HbA1c น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7 และระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารหรือหลังอดอาหารอยู่ในช่วง 80-130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร[3] แนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem) อธิบายว่าการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย (deliberate action) ซึ่งพัฒนาได้ผ่านกระบวนการเรียนรู้ การสอน และการนิเทศ[6] ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลประกอบด้วยปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และประสบการณ์ ปัจจัยภายนอก ได้แก่ วิถีชีวิต วัฒนธรรมการบริโภค และเศรษฐกิจของครอบครัว รวมถึงระบบบริการสุขภาพและการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข[7] นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานยังส่งผลต่อการดูแลตนเอง[8] และศักยภาพของผู้ดูแลในชุมชนมีส่วนสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง[9] แม้กระทรวงสาธารณสุขจะมีแนวทางการดำเนินงานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคุณภาพ[10] แต่การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่ดำเนินการในโรงพยาบาลระดับอำเภอขึ้นไป ขณะที่รูปแบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในระดับ รพ.สต. ที่บูรณาการการจัดการตนเอง การติดตามเยี่ยมด้วยระบบ Home ward และ Telemedicine ร่วมกับภาคีเครือข่ายชุมชน ภายใต้บริบทวัฒนธรรมการบริโภคข้าวเหนียวและผลไม้ตามฤดูกาลของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ยังมีอยู่อย่างจำกัด

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้นิพนธ์จึงสนใจพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในพื้นที่ รพ.สต.บ้านอุทัยวรรณ ตำบลหลักเหลี่ยม อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยประยุกต์แนวคิดการดูแลตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ภาคีเครือข่าย และชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองจนควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ลดภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผลการศึกษา

Nexus of Thai Health Sciences
Vol. 1 No. 1 January – February 2026

จะเป็นแนวทางให้เจ้าหน้าที่และภาคีเครือข่ายปฏิบัติได้ง่าย สะดวก เป็นมาตรฐานเดียวกัน และสามารถขยายผลไปยัง รพ.สต. อื่นที่มีบริบทใกล้เคียง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในพื้นที่ รพ.สต.บ้านอุทัยวรรณ ตำบลหลักเหลื่อม อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในพื้นที่ รพ.สต.บ้านอุทัยวรรณ ตำบลหลักเหลื่อม อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในพื้นที่ รพ.สต.บ้านอุทัยวรรณ ตำบลหลักเหลื่อม อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ดำเนินการในพื้นที่ รพ.สต.บ้านอุทัยวรรณ ตำบลหลักเหลื่อม อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงกันยายน พ.ศ. 2568 แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการ (ตุลาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2567) ศึกษาบริบทและวิเคราะห์ปัญหา ระยะที่ 2 ขั้นดำเนินการ (มกราคม-มีนาคม พ.ศ. 2568) พัฒนารูปแบบและเตรียมความพร้อมผู้ปฏิบัติ และระยะที่ 3 ขั้นประเมินผล (เมษายน-กันยายน พ.ศ. 2568) ทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบด้วยการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองโดยไม่สุ่มระหว่างพื้นที่และไม่ปกปิด ระยะเวลาของโปรแกรม 12 สัปดาห์ (เมษายน-มิถุนายน พ.ศ. 2568) ส่วนช่วงกรกฎาคม-กันยายน พ.ศ. 2568 เป็นการวิเคราะห์ข้อมูล สรุปผล และคืนข้อมูลแก่พื้นที่ มีรายละเอียดดังนี้

ประชากร

ระยะที่ 1-2 ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน ญาติผู้ดูแล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลนามน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ ระยะที่ 3 ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน รพ.สต.บ้านอุทัยวรรณ และควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (HbA1c ตั้งแต่ร้อยละ 7 ขึ้นไป) จำนวน 118 ราย และผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ของ รพ.สต. กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวนประมาณ 110 ราย

กลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1-2 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 45 คน ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน 20 คน ญาติผู้ดูแล 10 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและทีมสหวิชาชีพ 5 คน และ อสม. 10 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ระยะที่ 3 คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power[11] กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) 0.80 ระดับนัยสำคัญ .05 และอำนาจการทดสอบ .80 ได้กลุ่มละ 26 คน เพิ่มร้อยละ 15 เพื่อป้องกันการสูญหาย ได้กลุ่มละ 30 คน (26 × 1.15 = 29.90) รวม 60 คน (ทดสอบสองทาง ตัวชี้วัดหลักคือค่า HbA1c หลังการทดลอง โดยกำหนดขนาดอิทธิพลจากผลต่างของ HbA1c ระหว่างกลุ่มที่มีความสำคัญทางคลินิกประมาณร้อยละ 1 ซึ่งสัมพันธ์กับความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็กที่ลดลง[12] และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ HbA1c เท่ากับ 1.21 จากผู้ป่วยในพื้นที่ในระยะที่ 1 ได้ d = 1.00/1.21 = 0.83 จึงกำหนดอย่างระมัดระวังที่ 0.80) กลุ่มทดลองคัดเลือกจากผู้ป่วยใน รพ.สต.บ้านอุทัยวรรณด้วยการ

สุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลากจากรายชื่อผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ 82 ราย ได้ 30 ราย (ไม่ถูกสุ่ม 52 ราย) กลุ่มเปรียบเทียบคัดเลือกจาก รพ.สต.โนนศรีสวัสดิ์ อำเภอนามน ซึ่งมีบริบทใกล้เคียงกัน และจับคู่ (matching) ตามเพศ อายุ (± 5 ปี) และระดับ HbA1c (ต่างกันไม่เกินร้อยละ 0.5)

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1) เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 35-75 ปี (เพื่อลดความเสี่ยงภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้สูงอายุมากและให้สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้) ได้รับการวินิจฉัยอย่างน้อย 1 ปี 2) มีค่า HbA1c ครั้งล่าสุดอยู่ระหว่างร้อยละ 7.0-12.0 3) สื่อสารภาษาไทยได้และไม่มีภาวะสมองเสื่อม 4) มีโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ (ของตนเองหรือญาติ) และ 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1) มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่ต้องรักษาในโรงพยาบาล เช่น โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 และ 2) ตั้งครรภ์ ส่วนเกณฑ์ยุติการเข้าร่วม (discontinuation criteria) ได้แก่ ย้ายออกนอกพื้นที่ ขอถอนตัวระหว่างการวิจัย หรือเข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่าร้อยละ 80 ทั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลตามเจตนาการรักษา (intention-to-treat) และไม่มีผู้ยุติการเข้าร่วม

เครื่องมือวิจัย

ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ 6 ขั้นตอน คู่มือแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานสำหรับเจ้าหน้าที่และภาคีเครือข่าย และสมุดบันทึกการจัดการตนเองของผู้ป่วย 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง 20 ข้อ มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (คะแนนเต็ม 80 คะแนน) แบบบันทึกผล HbA1c และระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (FBS) และแบบประเมินความพึงพอใจ 15 ข้อ มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตอบโดยผู้ป่วยกลุ่มทดลอง และแบบทดสอบความรู้เรื่องการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วย 15 ข้อ (ถูก/ผิด เกณฑ์ผ่านร้อยละ 80) ค่า KR-20 เท่ากับ 0.78 ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC 0.67-1.00 และทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ของแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองเท่ากับ 0.85 และแบบประเมินความพึงพอใจเท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ทบทวนข้อมูลจากฐานข้อมูลสุขภาพ (HDC) สังเกต สัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม ระยะที่ 2 ประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลนามน ภาคีเครือข่าย และชุมชน เพื่อออกแบบรูปแบบ จัดทำคู่มือ และประเมินความสอดคล้อง ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ ระยะที่ 3 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลพฤติกรรมการจัดการตนเองและผล HbA1c ทั้งสองกลุ่ม ก่อนการทดลอง (สัปดาห์ที่ 1) และหลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 12) โดยกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติของคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้เก็บข้อมูลเป็นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยซึ่งทราบกลุ่มของผู้ป่วย (ไม่ปกปิด)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มด้วย paired t test เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วย independent t test และเปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับ HbA1c

Nexus of Thai Health Sciences
Vol. 1 No. 1 January – February 2026

ได้ด้วย chi-square test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แบบทดสอบสองทาง ตรวจสอบการแจกแจงแบบปกติด้วย Shapiro-Wilk test (หากไม่ปกติใช้ Wilcoxon signed-rank test และ Mann-Whitney U test) ตัวชี้วัดหลัก คือ ค่า HbA1c หลังการทดลอง และวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS for Windows เวอร์ชัน 26

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้คำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผู้นิพนธ์ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และประโยชน์ของการวิจัยแก่ผู้เข้าร่วม ให้ลงนามยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร เก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวม ผู้เข้าร่วมมีสิทธิ์ถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา และกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับคู่มือและการดูแลตามรูปแบบภายหลังสิ้นสุดการวิจัย

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

1.1 ข้อมูลทั่วไป ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในระยะที่ 1 จำนวน 45 คน ผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนใน รพ.สต.บ้านอุทัยวรรณ มีจำนวน 186 ราย ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ 118 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.44 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ 118 ราย (แยกจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 45 คน) พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 81 ราย (ร้อยละ 68.64) อายุเฉลี่ย 61.25 ปี (S.D. = 8.73) ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 8.42 ปี (S.D. = 4.16) และมีค่า HbA1c เฉลี่ยร้อยละ 8.86 (S.D. = 1.21) ผู้ป่วยร้อยละ 22.03 ได้รับยาฉีดอินซูลิน

1.2 สภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วย พบปัญหา 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านผู้ป่วย ผู้ป่วยบางรายยังควบคุมอาหารไม่ได้ โดยเฉพาะการรับประทานข้าวเหนียวและผลไม้ตามฤดูกาลในปริมาณมาก รับประทานยาและฉีดอินซูลินไม่ถูกต้อง ลืมรับประทานยา ปรับยาเอง ขาดนัด และขาดยา 2) ด้านครอบครัวและชุมชน วัฒนธรรมการรับประทานอาหารร่วมสำรับเดียวกันในครอบครัวโดยไม่แยกอาหารสำหรับผู้ป่วย และข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจในการเลือกซื้ออาหาร และ 3) ด้านระบบบริการ ยังขาดแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน การติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้านยังไม่ครอบคลุม และภาคีเครือข่ายชุมชนยังมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยน้อย

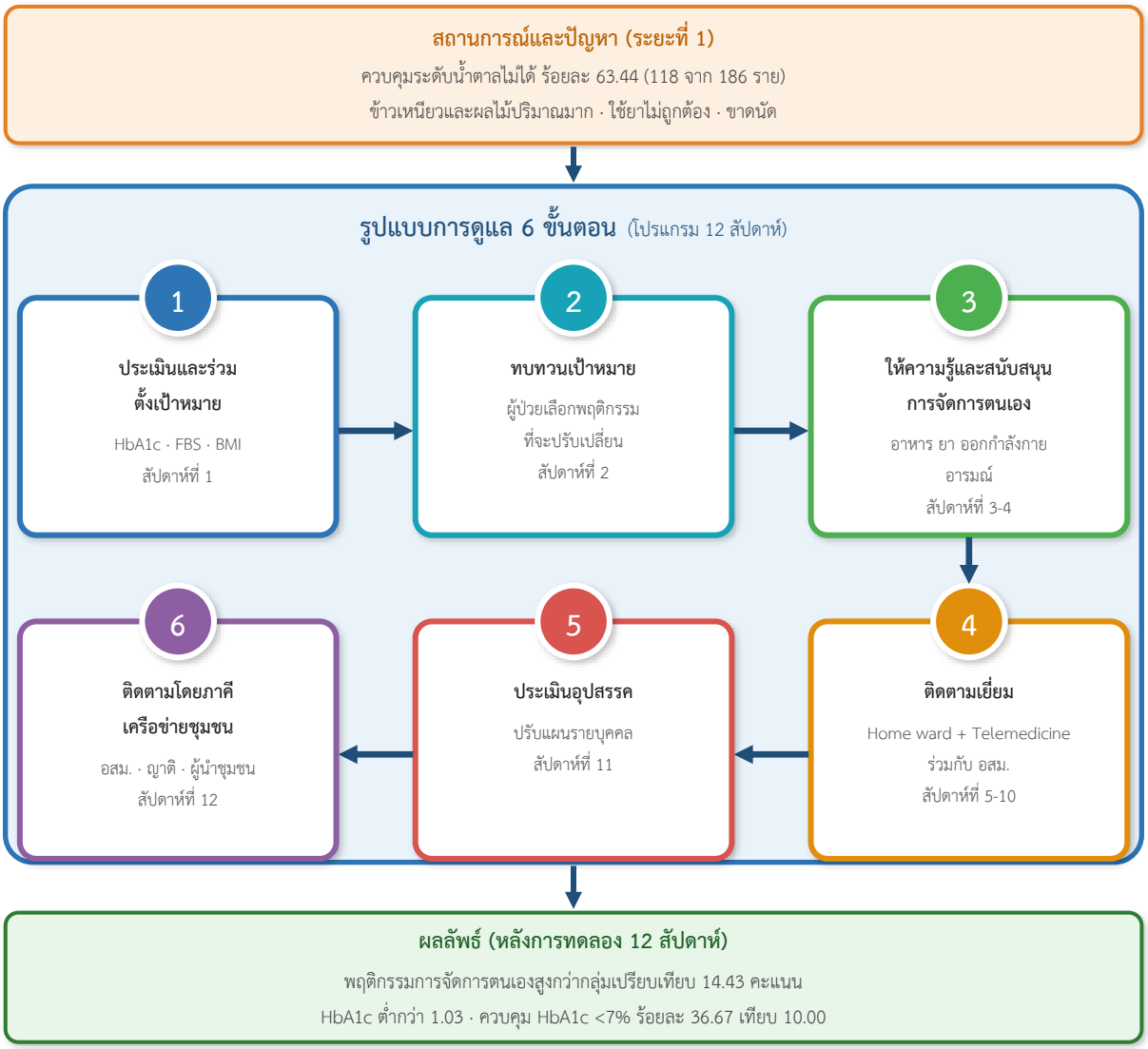
2. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

2.1 องค์ประกอบของรูปแบบ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลนามน เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ภาคีเครือข่าย และชุมชน ประกอบด้วยกระบวนการ 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ประเมินภาวะความพร้อมพฤติกรรม และภาวะสุขภาพ พร้อมร่วมตั้งเป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 2) ทบทวนเป้าหมายการจัดการตนเองให้ผู้ป่วยเลือกสิ่งที่ต้องการปรับเปลี่ยน 3) ให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเอง 4) ติดตามเยี่ยมด้วยระบบ Home ward และ Telemedicine 5) ประเมินปัญหาอุปสรรคในการจัดการตนเอง และ 6) ติดตามการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องโดยภาคีเครือข่ายชุมชน ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินความเหมาะสมของรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.56, S.D. = 0.42; ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เกณฑ์แปลผล 4.51-5.00 = มากที่สุด) ดังแสดงในตาราง 1 และภาพ 1

ตาราง 1 กิจกรรมตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ รพ.สต.บ้านอุทัยวรรณ (โปรแกรม 12 สัปดาห์)

สัปดาห์ที่	กิจกรรม/เนื้อหา	เครื่องมือที่ใช้	ระยะเวลา	เหตุผลทางวิชาการ
1	ขั้นที่ 1 ประเมินความพร้อม พฤติกรรม และภาวะสุขภาพ (HbA1c, FBS, BMI) และร่วมตั้งเป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง สมุดบันทึกการจัดการตนเอง	60 นาที	แนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม การตั้งเป้าหมายร่วมกัน
2	ขั้นที่ 2 ทบทวนเป้าหมายผู้ป่วยเลือกพฤติกรรมที่ต้องการปรับเปลี่ยน (อาหาร ยา การออกกำลังกาย อารมณ์)	แบบวางแผนการจัดการตนเองรายบุคคล	45 นาที	การจัดการตนเอง (Self-management)
3-4	ขั้นที่ 3 ให้ความรู้และฝึกทักษะ: สัดส่วนข้าวเหนียวและผลไม้ตามฤดูกาล การรับประทานยาและฉีดอินซูลิน การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด	คู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โมเดลอาหาร ปากกาอินซูลินสาธิต	90 นาที/ครั้ง	แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน
5-10	ขั้นที่ 4 ติดตามเยี่ยมด้วยระบบ Home ward และ Telemedicine ร่วมกับ อสม. ทุก 2 สัปดาห์	แอปพลิเคชันไลน์ เครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว แบบบันทึกการเยี่ยม	30 นาที/ครั้ง	การดูแลต่อเนื่องในชุมชน
11	ขั้นที่ 5 ประเมินปัญหาอุปสรรคในการจัดการตนเองและปรับแผนรายบุคคล	แบบบันทึกปัญหาอุปสรรค	45 นาที	การสะท้อนคิดและการแก้ปัญหา
12	ขั้นที่ 6 ติดตามต่อเนื่องโดยภาคีเครือข่ายชุมชน (อสม. ญาติ ผู้นำชุมชน) และประเมินผลหลังการทดลอง	แบบประเมินพฤติกรรม ผล HbA1c แบบประเมินความพึงพอใจ	60 นาที	แรงสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมของชุมชน

Nexus of Thai Health Sciences
Vol. 1 No. 1 January – February 2026



ภาพ 1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ รพ.สต.บ้านอุทัยวรรณ (6 ขั้นตอน)

2.2 การนำรูปแบบไปใช้ มีการกำหนดนโยบายการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อชี้แจงและเตรียมความพร้อมผู้ปฏิบัติงาน สาธิตวิธีใช้รูปแบบ ติดผังขั้นตอนการปฏิบัติงาน และประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ เจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรม 5 คน และ อสม. 20 คน มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยผ่านเกณฑ์ 5 จาก 5 คน (ร้อยละ 100.00) และ 17 จาก 20 คน (ร้อยละ 85.00) ตามลำดับ (ประเมินด้วยแบบทดสอบความรู้การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 20 ข้อ เกณฑ์ผ่านร้อยละ 80 หรือ 16 คะแนนขึ้นไป)

3. ผลการประเมินการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

3.1 การเปรียบเทียบภายในกลุ่ม หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นจาก 48.27 (S.D. = 6.12) เป็น 63.53 คะแนน (S.D. = 5.48) (ผลต่างเฉลี่ย 15.26, 95% CI 12.87-17.65, $t(29) = 13.06$, $p < .001$) และค่า HbA1c เฉลี่ยลดลงจากร้อยละ 8.92 (S.D. = 1.14) เป็น 7.68 (S.D. = 0.96) (ผลต่างเฉลี่ย 1.24, 95% CI 0.93-1.55, $t(29) = 8.18$, $p < .001$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย (พฤติกรรม p

Nexus of Thai Health Sciences
Vol. 1 No. 1 January – February 2026

= .100; HbA1c p = .219) และช่วงความเชื่อมั่นครอบคลุมศูนย์ จึงยังสรุปไม่ได้ว่ามีการเปลี่ยนแปลงดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองและค่า HbA1c ก่อน-หลังได้รับรูปแบบการดูแลจำแนกตามกลุ่ม (n = 30 ต่อกลุ่ม)

ตัวแปร	กลุ่ม	ก่อน		หลัง		ระดับ	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
		$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.					
พฤติกรรมการจัดการตนเอง (คะแนนเต็ม 80)	ทดลอง	48.27	6.12	63.53	5.48	-	15.26	12.87-17.65	13.06	<.001*
พฤติกรรมการจัดการตนเอง (คะแนนเต็ม 80)	เปรียบเทียบ	47.83	6.35	49.10	6.02	-	1.27	-0.26 ถึง 2.80	1.70	.100
HbA1c (ร้อยละ)	ทดลอง	8.92	1.14	7.68	0.96	-	-1.24	-1.55 ถึง -0.93	-8.18	<.001*
HbA1c (ร้อยละ)	เปรียบเทียบ	8.85	1.08	8.71	1.12	-	-0.14	-0.37 ถึง 0.09	-1.26	.219

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

3.2 การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองและค่า HbA1c ไม่แตกต่างกัน (p = .786 และ .808) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่า (ผลต่าง 14.43, 95% CI 11.45-17.41, t(58) = 9.71, p < .001) และค่า HbA1c เฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (ผลต่าง -1.03, 95% CI -1.57 ถึง -0.49, t(58) = -3.82, p < .001) เมื่อเทียบการเปลี่ยนแปลงจากก่อนการทดลอง ผลต่างของพฤติกรรมเท่ากับ 13.99 (95% CI 11.21-16.77) และ HbA1c เท่ากับ -1.10 (95% CI -1.48 ถึง -0.72) (S.D. ของคะแนนเปลี่ยนแปลงคำนวณย้อนกลับจากช่วงความเชื่อมั่นของ paired t test) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองและค่า HbA1c ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		ระดับ	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.					
พฤติกรรมการจัดการตนเอง ก่อน (คะแนนเต็ม 80)	48.27	6.12	47.83	6.35	-	0.44	-2.78 ถึง 3.66	0.27	.786
พฤติกรรมการจัดการตนเอง หลัง (คะแนนเต็ม 80)	63.53	5.48	49.10	6.02	-	14.43	11.45-17.41	9.71	<.001*
HbA1c ก่อน (ร้อยละ)	8.92	1.14	8.85	1.08	-	0.07	-0.50 ถึง 0.64	0.24	.808
HbA1c หลัง (ร้อยละ)	7.68	0.96	8.71	1.12	-	-1.03	-1.57 ถึง -0.49	-3.82	<.001*

Nexus of Thai Health Sciences
Vol. 1 No. 1 January – February 2026

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		ระดับ	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.					
พฤติกรรมการจัดการตนเองเปลี่ยนแปลง	15.26	6.40	1.27	4.10	-	13.99	11.21-16.77	10.08	<.001*
HbA1c เปลี่ยนแปลง	-1.24	0.83	-0.14	0.62	-	-1.10	-1.48 ถึง -0.72	-5.83	<.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

3.3 สถานะการควบคุมระดับน้ำตาล หลังการทดลอง กลุ่มทดลองควบคุมระดับ HbA1c ได้ต่ำกว่าร้อยละ 7 จำนวน 11 คน (ร้อยละ 36.67) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งมี 3 คน (ร้อยละ 10.00) (ผลต่างสัดส่วน 26.67 จุดร้อยละ, 95% CI 6.35-46.98; $\chi^2(1) = 5.96$, p = .015; Fisher exact p = .030) ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 เปรียบเทียบสถานะการควบคุมระดับ HbA1c หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

สถานะการควบคุม HbA1c	กลุ่มทดลอง n (%)	กลุ่มเปรียบเทียบ n (%)	χ^2	p-value
ควบคุมได้ (HbA1c < 7%)	11 (36.67)	3 (10.00)	5.96	.015
ควบคุมไม่ได้ (HbA1c ≥ 7%)	19 (63.33)	27 (90.00)		

3.4 ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดความสำเร็จ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องการควบคุมระดับน้ำตาลผ่านเกณฑ์ 25 คน (ร้อยละ 83.33 ประเมินด้วยแบบทดสอบความรู้ 15 ข้อ เกณฑ์ผ่านร้อยละ 80) (เป้าหมายร้อยละ 80) ความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.52, S.D. = 0.48) คิดเป็นร้อยละ 93.33 (ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 28 จาก 30 คน ที่พึงพอใจระดับมากขึ้นไป) (เป้าหมายร้อยละ 90) และไม่พบภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในกลุ่มทดลอง (0 จาก 30 ราย; 95% CI 0-11.57) ทั้งนี้ไม่ได้เก็บข้อมูลภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และไม่มีข้อมูลดังกล่าวในกลุ่มเปรียบเทียบ

อภิปรายผล

ผลการศึกษาสถานการณ์พบว่าผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ส่วนใหญ่ยังควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของอำเภอนามนที่ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมีเพียงร้อยละ 10.93-14.61[5] ปัญหาสำคัญเกิดจากพฤติกรรมการบริโภคข้าวเหนียวและผลไม้ตามฤดูกาลซึ่งเป็นวิถีชีวิตของชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร่วมกับการใช้ยาไม่ถูกต้อง การปรับยาเอง และการขาดนัด สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่าปัจจัยด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การใช้ยา และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้[7] นอกจากนี้ วัฒนธรรมการรับประทานอาหารร่วมสำรับในครอบครัว ข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ และภาวะด้านจิตใจของผู้ป่วย[8] ล้วนเป็นปัจจัยที่ทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นไปได้ยาก จึงจำเป็นต้องมีรูปแบบการดูแลที่คำนึงถึงบริบทเฉพาะของพื้นที่

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมเนื่องจากพัฒนาจากสภาพปัญหาจริงของพื้นที่ โดยการมีส่วน

ร่วมของทีมสหวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ภาคีเครือข่าย และชุมชน และประยุกต์แนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็มที่มุ่งพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองผ่านการเรียนรู้ การสอน และการนิเทศ[6] กระบวนการ 6 ขั้นตอนเริ่มจากการประเมินและร่วมตั้งเป้าหมาย ทำให้ผู้ป่วยเป็นผู้เลือกพฤติกรรมที่ต้องการปรับเปลี่ยนเอง จึงเกิดแรงจูงใจและความรับผิดชอบต่อการจัดการตนเอง ขณะที่การติดตามเยี่ยมด้วยระบบ Home ward และ Telemedicine ร่วมกับ อสม. และญาติผู้ดูแล ช่วยให้การดูแลมีความต่อเนื่องถึงที่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคุณภาพ[10] และการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน[9] ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้แบบบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชนใน รพ.สต.หนองพะลาน ซึ่งพบว่า HbA1c ลดลงหลังเข้าร่วมกิจกรรม 3 เดือน[13] และการใช้รูปแบบการพยาบาลทางไกลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งพบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าและ HbA1c ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม[14]

หลังการใช้รูปแบบ กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นและค่า HbA1c ลดลงและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าการให้ความรู้ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต เช่น การกำหนดสัดส่วนข้าวเหนียวและผลไม้ตามฤดูกาล การฝึกทักษะการใช้ยาและการฉีดอินซูลิน ร่วมกับการติดตามอย่างใกล้ชิดและแรงสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายชุมชนน่าจะช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมได้ต่อเนื่อง ซึ่งสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดที่ลดลงเข้าใกล้เป้าหมายตามแนวทางเวชปฏิบัติ[3] การลดลงของค่า HbA1c เฉลี่ยในกลุ่มทดลองประมาณร้อยละ 1.24 (ผลสุทธิเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบประมาณ 1.10) อาจมีความสำคัญทางคลินิกต่อการชะลอภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็ก เนื่องจากการลดลงของ HbA1c ทุกร้อยละ 1 สัมพันธ์กับความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็กที่ลดลงร้อยละ 37[12] อย่างไรก็ตาม ขนาดผลด้านพฤติกรรม (Cohen's d = 2.51) และ HbA1c (d = 0.99) ค่อนข้างใหญ่ ซึ่งอาจได้รับอิทธิพลจากการรายงานตนเอง การไม่ปกปิด และความแตกต่างของพื้นที่ จึงควรแปลผลอย่างระมัดระวัง

ข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ไม่ปกปิดและผู้เก็บข้อมูลเป็นผู้วิจัย ตัวชี้วัดพฤติกรรมเป็นการรายงานตนเอง ไม่ได้ควบคุมการปรับยาและฤดูกาล และระยะเวลาการติดตามผลค่อนข้างสั้น (12 สัปดาห์) กลุ่มเปรียบเทียบมาจากพื้นที่ต่างกันและไม่ได้สุ่มเข้ากลุ่ม และกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กในพื้นที่เดียว ทั้งนี้ขนาดตัวอย่างคำนวณที่ขนาดอิทธิพล 0.80 ซึ่งสูงกว่าผลต่าง HbA1c เฉลี่ยของการทบทวนอย่างเป็นระบบเรื่องการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเอง (0.76 จุดร้อยละ หรือ d ≈ 0.63)15 จึงมีอำนาจการทดสอบประมาณร้อยละ 67 หากขนาดผลที่แท้จริงเท่ากับระดับดังกล่าว ดังนั้นจึงควรระมัดระวังในการอ้างอิงผลไปยังประชากรกลุ่มอื่น

สรุปผลการวิจัย

ผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ รพ.สต.บ้านอุทัยวรรณส่วนใหญ่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จากปัญหาพฤติกรรมการบริโภคตามวิถีชีวิตอีสาน การใช้ยาไม่ถูกต้อง และการขาดการติดตามต่อเนื่อง รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ซึ่งเน้นการร่วมตั้งเป้าหมาย การสนับสนุนการจัดการตนเอง การติดตามด้วยระบบ Home ward และ Telemedicine และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน การใช้รูปแบบดังกล่าวสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีขึ้นและระดับ HbA1c ที่ต่ำกว่ากลุ่ม

เปรียบเทียบ แต่ยังสรุปเชิงเหตุและผลไม่ได้ เนื่องจากเป็นการศึกษากึ่งทดลองที่ไม่สุ่มและไม่ปกปิด

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ 1) รพ.สต. และเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอนามนควรกำหนดเป็นนโยบายและนำรูปแบบไปใช้ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ 2) ควรพัฒนาศักยภาพ อสม. และญาติผู้ดูแลให้สามารถติดตามผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง และ 3) ควรสนับสนุนอุปกรณ์และระบบสื่อสารสำหรับการติดตามด้วย Telemedicine

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป 1) ควรติดตามผลในระยะยาวอย่างน้อย 6-12 เดือน เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมและการเกิดภาวะแทรกซ้อน 2) ควรศึกษาแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมในหลายพื้นที่ และ 3) ควรศึกษาต้นทุนและประสิทธิผลของรูปแบบ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้นิพนธ์ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ สาธารณสุขอำเภอนามน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนามน ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลนามน เจ้าหน้าที่ รพ.สต.บ้านอุทัยวรรณ อสม. ภาคีเครือข่ายชุมชนตำบลหลักเหลี่ยม ผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบเครื่องมือ และผู้ป่วยเบาหวานทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ งานวิจัยนี้ไม่ได้รับทุนสนับสนุน และผู้นิพนธ์ไม่มีความขัดแย้งทางผลประโยชน์

การเปิดเผยการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI Disclosure)

ผู้เขียนใช้เครื่องมือปัญญาประดิษฐ์ (Claude, Anthropic) เพื่อช่วยสืบค้นแหล่งข้อมูลและเอกสารอ้างอิงทางวิชาการ ผู้เขียนได้ตรวจสอบความถูกต้องของแหล่งอ้างอิงทุกรายการด้วยตนเองก่อนนำมาใช้ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูล การตีความผล และการอภิปรายผลเป็นผลงานของผู้เขียนทั้งหมด ปัญญาประดิษฐ์ไม่ได้มีส่วนร่วมในฐานะผู้เขียนร่วม

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas [Internet]. 11th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2025 [cited 2025 Sep 1]. Available from: https://diabetesatlas.org/
2. Division of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Annual epidemiological surveillance report 2024. Bangkok: The Agricultural Cooperative Federation of Thailand Printing; 2024. (in Thai)
3. Diabetes Association of Thailand. Clinical practice guideline for diabetes 2017. Bangkok: Diabetes Association of Thailand; 2017. (in Thai)
4. Kalasin Provincial Public Health Office. Health Data Center (HDC): diabetes control indicators, fiscal year 2024 [Internet]. Kalasin: Kalasin Provincial Public Health Office; 2567 [cited 2025 Sep 1]. Available from: https://kls.hdc.moph.go.th (in Thai)

5. Nursing Department, Namon Hospital. Report of diabetes patients from the Health Data Center (HDC) database. Kalasin: Namon Hospital; 2024. (in Thai)
6. Orem DE. Nursing: concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
7. Phanareewattana D. Factors associated with uncontrolled glycated hemoglobin among type 2 diabetic patients in Bang Phae Hospital, Ratchaburi Province. Reg 4-5 Med J. 2561;37(4):294-305. (in Thai)
8. Thanakwang K. Research on depression among patients with diabetes in Thailand. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2024. (in Thai)
9. Phimpho B. Development of caregivers' potential for chronic disease patients in Phai Lom Subdistrict community, Laplae District, Uttaradit Province [master's thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2014. (in Thai)
10. Bureau of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control. Manual for assessing quality NCD clinic operations, fiscal year 2020. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2563. (in Thai)
11. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods. 2007;39(2):175-91.
12. Stratton IM, Adler AI, Neil HA, Matthews DR, Manley SE, Cull CA, et al. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. BMJ. 2000;321(7258):405-12.
13. Phasom M. Development of a care model for uncontrolled diabetes patients in the diabetes clinic of Nong Phalan Subdistrict Health Promoting Hospital, Nong Rawiang Subdistrict, with integrated community participation. J Environ Educ Med Health. 2023;8(3):20-30. (in Thai)
14. Prakosantang N. Effects of a telenursing model on glycemic control among patients with type 2 diabetes. J Res Health Innov Dev. 2024;5(2):100-11. (in Thai)
15. Norris SL, Lau J, Smith SJ, Schmid CH, Engelgau MM. Self-management education for adults with type 2 diabetes: a meta-analysis of the effect on glycemic control. Diabetes Care. 2002;25(7):1159-71.

Nexus of Thai Health Sciences
Vol. 1 No. 1 January – February 2026

บทความวิจัย | RESEARCH ARTICLE

การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of a Discharge Planning Model for Postpartum Mothers Using Methamphetamine, Namon Hospital, Kalasin Province

ชลธิรา ชุ่มมณี[1*]

Chonthira Chummanee[1*]

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ข้าราชการบำนาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

[1] Professional Nurse (Senior Level), Retired Civil Servant, Kalasin Provincial Public Health Office

*ผู้นิพนธ์ประสานงาน (Corresponding author)

รับบทความ: 1 มกราคม 2569 **แก้ไขบทความ:** 10 มกราคม 2569 **ตอบรับบทความ:** 26 กุมภาพันธ์ 2569

การอ้างอิง (Citation): ชลธิรา ชุ่มมณี. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารบูรณาการวิทยาศาสตร์สุขภาพไทย. 2569;1(1):66-79.

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์ 2) พัฒนารูปแบบ และ 3) ประเมินผลเบื้องต้นของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2567 ถึงกันยายน พ.ศ. 2568 ตามกระบวนการวางแผน ปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนผล (PAOR) 2 วงรอบ ผู้ร่วมพัฒนา 14 คน มารดาหลังคลอดที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบ 8 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบย้อนหลังที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบเดิม 8 ราย เครื่องมือวิจัย ได้แก่ รูปแบบตามแนวคิด D-METHOD-P แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินการปฏิบัติ แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบตรวจสอบความครบถ้วนของการวางแผนจำหน่าย และแบบประเมินความพร้อมในการจำหน่าย วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา paired t test, independent t test, Fisher's exact test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบประกอบด้วย 8 องค์ประกอบตาม D-METHOD-P ร่วมกับการประเมินตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนและการส่งต่อเครือข่ายชุมชน หลังใช้รูปแบบ พยาบาลมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น 5.29 คะแนน (95% CI 4.12-6.45, $p < .001$) มารดามีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น 17.00 คะแนน (95% CI 14.14-19.86, $p < .001$) กลุ่มหลังพัฒนามีคะแนนความครบถ้วนของการวางแผนจำหน่ายสูงกว่า (ผลต่าง 5.75, 95% CI 4.06-7.44, $p < .001$) และวันนอนสั้นกว่า (ผลต่าง -1.25 วัน, 95% CI -2.19 ถึง -0.31, $p = .013$) การมาตรวจหลังคลอด (8/8 และ 4/8) และการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ (2/8 และ 5/8) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p = .077$ และ .315) สรุปว่ารูปแบบการวางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีนนี้สัมพันธ์กับความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความครบถ้วนของการวางแผนจำหน่ายที่เพิ่มขึ้น และวันนอนที่สั้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบย้อนหลัง แต่ยังไม่พบ

Nexus of Thai Health Sciences
Vol. 1 No. 1 January – February 2026

ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของผลลัพธ์ทางคลินิกหลังจำหน่าย จึงเป็นผลเบื้องต้นจากกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กที่ควรยืนยันด้วยการศึกษาแบบมีกลุ่มควบคุมไปข้างหน้า

คำสำคัญ: การวางแผนจำหน่าย, มารดาหลังคลอด, เมทแอมเฟตามีน, D-METHOD-P

Abstract

This action research aimed to 1) study the situation, 2) develop, and 3) preliminarily evaluate a discharge planning model for postpartum mothers using methamphetamine at Namon Hospital, Kalasin Province, from April 2024 to September 2025, using two cycles of planning, action, observation, and reflection (PAOR). Participants were 14 co-developers, 8 postpartum mothers who received care under the model, and 8 historical comparison mothers who received conventional discharge planning. Instruments included the D-METHOD-P model, knowledge and practice tests, a self-care behavior questionnaire, a discharge planning completeness checklist, and the Readiness for Hospital Discharge Scale. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t test, independent t test, Fisher's exact test, and content analysis.

The model comprised eight D-METHOD-P components integrated with Gordon's functional health patterns assessment and community referral. After implementation, nurses' knowledge increased by 5.29 points (95% CI 4.12-6.45, $p < .001$) and mothers' self-care behavior by 17.00 points (95% CI 14.14-19.86, $p < .001$). The post-development group had higher discharge planning completeness (difference 5.75, 95% CI 4.06-7.44, $p < .001$) and a shorter hospital stay (difference -1.25 days, 95% CI -2.19 to -0.31, $p = .013$). Postpartum visit attendance (8/8 vs 4/8) and methamphetamine relapse (2/8 vs 5/8) did not differ significantly ($p = .077$ and .315). In conclusion, the model was associated with higher knowledge, self-care behavior, and discharge planning completeness and a shorter hospital stay than the historical comparison group, but no statistically significant difference was found in post-discharge clinical outcomes, so its effectiveness on these outcomes remains unconfirmed. These are preliminary findings from a small sample with a historical comparison group and should be confirmed by prospective controlled studies.

Keywords: discharge planning, postpartum mothers, methamphetamine, D-METHOD-P

บทนำ

ยาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก รายงานยาเสพติดโลกของสำนักงานสหประชาชาติว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรม (United Nations Office on Drugs and Crime: UNODC) พบว่าจำนวนผู้ใช้สารเสพติดทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี ค.ศ. 2022 มีผู้ใช้สารเสพติดประมาณ 292 ล้านคน (ตามรายงานยาเสพติดโลก ค.ศ. 2024) และภูมิภาคเอเชียตะวันออกและตะวันออกเฉียงใต้เป็นแหล่งผลิตและแพร่ระบาดของเมทแอมเฟตามีน (methamphetamine) ที่สำคัญ[1] ประเทศไทยพบ

ผู้กระทำผิดคดียาบ้ามากที่สุด และพบการใช้เมทแอมเฟตามีนในสตรีตั้งครรภ์เพิ่มมากขึ้น[2] เมทแอมเฟตามีนเป็นสารกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางที่สามารถผ่านรกและทำให้หลอดเลือดหดตัว ส่งผลให้การนำสารอาหารและออกซิเจนไปยังทารกลดลง การใช้ระหว่างตั้งครรภ์จึงเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ รกลอกตัวก่อนกำหนด ทารกโตช้าในครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด และทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย[3,4] การศึกษาในประเทศไทยพบว่าทารกที่เกิดจากมารดาที่ใช้เมทแอมเฟตามีนมีภาวะคลอดก่อนกำหนด ตัวเหลือง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และอาการถอนยา[5,6] รวมทั้งมารดาและทารกมีระยะเวลานอนโรงพยาบาลนานกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้สารเสพติด[7]

โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ให้บริการทำคลอดปกติสำหรับมารดาที่ไม่มีความเสี่ยงด้านการคลอด ระหว่างปี พ.ศ. 2561-2563 พบหญิงตั้งครรภ์ที่เสพเมทแอมเฟตามีน 4 ราย 3 ราย และ 5 ราย ตามลำดับ ส่วนใหญ่เสพโดยการสูบควัน และบางรายได้รับสารจากบุคคลใกล้ชิดในบ้านที่เสพ[8] นอกจากนี้ยังพบแนวโน้มการคลอดก่อนกำหนดและทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมเพิ่มขึ้น โดยปี พ.ศ. 2563 มารดาคลอดปกติ 99 ราย คลอดก่อนกำหนดร้อยละ 4.04 ทารกน้ำหนักน้อยร้อยละ 3.03 ส่วนในช่วงปี พ.ศ. 2566 พบผู้มาด้วยเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดประมาณ 40-50 ราย/ปี (ร้อยละ 8-10 ของผู้คลอด)[8] จากการทบทวนร่วมกับทีมสหวิชาชีพในคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก (MCH Board) พบว่ากระบวนการวางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอดที่ใช้เมทแอมเฟตามีนยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ไม่มีแนวปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษร มารดาไม่ได้รับการวางแผนเฉพาะเจาะจงก่อนจำหน่ายและขาดการดูแลต่อเนื่องถึงชุมชน ส่งผลให้ขาดความรู้และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม เกิดการติดเชื้อ กลับมารักษาซ้ำ และกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ

การวางแผนจำหน่ายเป็นกระบวนการต่อเนื่องที่เริ่มตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายและส่งต่อการดูแลสู่ชุมชน แนวคิดความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของ Weiss และ Piacentine ระบุว่าคุณภาพของการสอนก่อนจำหน่ายทั้งด้านเนื้อหาและวิธีการสอนสามารถทำนายความพร้อมในการจำหน่ายและผลลัพธ์หลังจำหน่ายได้[9,10] ขณะที่แนวคิด D-METHOD เป็นกรอบการวางแผนจำหน่ายที่ใช้แพร่หลายในการพยาบาลของประเทศไทย ครอบคลุมด้านโรค ยา สิ่งแวดล้อม การรักษา สุขภาพ การมาตรวจตามนัด และอาหาร[11] และการประเมินตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนช่วยให้ประเมินปัญหาของสตรีที่ใช้สารเสพติดได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม[12] องค์การอนามัยโลกแนะนำให้คัดกรอง ให้คำปรึกษาแบบสั้น และส่งต่อการบำบัดแก่สตรีที่ใช้สารเสพติดในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอด[13] อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่มุ่งศึกษาผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ยังขาดการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่เพิ่มมิติด้านสุขภาพจิตและการป้องกันการเสพซ้ำ ที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลชุมชน

ผู้นิพนธ์ในฐานะพยาบาลหัวหน้าห้องคลอดจึงพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน โดยประยุกต์แนวคิด D-METHOD เพิ่มองค์ประกอบด้านการประเมินสภาพจิต (psychological assessment and relapse prevention) เป็น D-METHOD-P และใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้มารดาได้รับการดูแลที่ได้มาตรฐาน ปลอดภัย และต่อเนื่องถึงชุมชน ผลการวิจัยคาดว่าจะเป็นแนวทางให้บุคลากรห้องคลอดใช้ในการดูแลมารดา

กลุ่มนี้ ลดการกลับมารักษาซ้ำและการกลับไปเสพซ้ำ และสามารถขยายผลสู่เครือข่ายบริการในพื้นที่ได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การวางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีนที่พัฒนาขึ้น

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart[14] ประกอบด้วยการวางแผน (planning) การปฏิบัติ (action) การสังเกต (observation) และการสะท้อนผล (reflection) จำนวน 2 วงรอบ ดำเนินการที่ห้องคลอดและหอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2567 ถึงกันยายน พ.ศ. 2568 แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ (เมษายน-มิถุนายน พ.ศ. 2567) ระยะที่ 2 พัฒนาและนำรูปแบบไปใช้ (กรกฎาคม พ.ศ. 2567 ถึงมิถุนายน พ.ศ. 2568 โดยวงรอบที่ 1 กรกฎาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2567 และวงรอบที่ 2 มกราคม-มิถุนายน พ.ศ. 2568) และระยะที่ 3 ประเมินผลและสรุปผล (กรกฎาคม-กันยายน พ.ศ. 2568) มีรายละเอียดดังนี้ โดยระยะที่ 3 เป็นการประเมินผลเบื้องต้น (pilot evaluation) เปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบย้อนหลัง (historical control)

ประชากร

ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพและทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลมารดาและทารก โรงพยาบาลนามน และ 2) มารดาหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีนที่มาคลอดที่โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ 14 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพห้องคลอดและหอผู้ป่วยหลังคลอด 10 คน แพทย์ 1 คน เภสัชกร 1 คน ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดและสุขภาพจิต 1 คน และพยาบาลวิชาชีพงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน 1 คน 2) มารดาหลังคลอดที่ใช้เมทแอมเฟตามีนที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น (กลุ่มหลังพัฒนา) 8 ราย ซึ่งเป็นมารดาทุกรายที่มาคลอดในช่วงดำเนินการ และ 3) มารดาหลังคลอดที่ใช้เมทแอมเฟตามีนที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบเดิม (กลุ่มก่อนพัฒนา) 8 ราย ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึงมีนาคม พ.ศ. 2567 ซึ่งเป็นมารดาทุกรายที่เข้าเกณฑ์และมีเวชระเบียนครบถ้วน จากมารดาที่ใช้เมทแอมเฟตามีนทั้งหมด 10 ราย (เวชระเบียนไม่ครบ 2 ราย) ศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียน เนื่องจากประชากรมีขนาดเล็กจึงศึกษาทั้งหมดโดยไม่คำนวณขนาดตัวอย่าง ทั้งนี้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 8 ราย มีอำนาจการทดสอบร้อยละ 80 เฉพาะเมื่อขนาดอิทธิพล (d) ประมาณ 1.5 ขึ้นไป และมารดากลุ่มหลังพัฒนา 8 ราย ประกอบด้วยผู้ได้รับรูปแบบฉบับร่าง 3 ราย และฉบับปรับปรุง 5 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1) ผู้ร่วมพัฒนา ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่น้อยกว่า 1 ปี และยินดีเข้าร่วมการวิจัย 2)

Nexus of Thai Health Sciences
Vol. 1 No. 1 January – February 2026

มารดาหลังคลอดมีประวัติใช้เมทแอมเฟตามีนระหว่างตั้งครรภ์ จากการซักประวัติหรือผลตรวจปัสสาวะพบสารเมทแอมเฟตามีน คลอดที่โรงพยาบาลนามน รู้สึกตัวดี สื่อสารภาษาไทยได้ สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กรณีอายุต่ำกว่า 18 ปี ได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1) ผู้ร่วมพัฒนาย้าย ลาศึกษา หรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบ 2) มารดามีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่ต้องส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายก่อนจำหน่าย มีอาการทางจิตรุนแรงจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ หรือขอถอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือวิจัย

ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ ได้แก่ รูปแบบการวางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีนตามแนวคิด D-METHOD-P แนวปฏิบัติการพยาบาล แบบประเมินตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน[12] คู่มือการดูแลตนเองหลังคลอดสำหรับมารดาและแบบส่งต่อเยี่ยมบ้าน 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้ของพยาบาล 20 ข้อ แบบประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบของพยาบาล 30 คะแนน แบบทดสอบความรู้ของมารดา 20 ข้อ แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังคลอด 20 ข้อ มาตรประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนเต็ม 80 คะแนน แบบตรวจสอบความครบถ้วนของการวางแผนจำหน่ายจากเวชระเบียน 16 รายการ แบบประเมินความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล (Readiness for Hospital Discharge Scale) ของ Weiss และ Piacentine[9] ฉบับภาษาไทยที่ผู้วิจัยแปลด้วยวิธีแปลย้อนกลับ (back translation) และตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.88 คะแนน 0-10 แบบประเมินความพึงพอใจ 5 ระดับ และแนวคำถามการสนทนากลุ่ม เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) 0.67-1.00 แบบทดสอบความรู้มีค่าความเที่ยง KR-20 เท่ากับ 0.82 และ 0.80 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองและแบบประเมินความพึงพอใจมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.86 และ 0.89 ตามลำดับ[15]

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการชี้แจง 2 คน เก็บข้อมูล โดยผู้ช่วยวิจัยซึ่งไม่ได้ให้การพยาบาลแก่มารดารายนั้นเป็นผู้ประเมินผลลัพธ์ของมารดา ดังนี้ ระยะที่ 1 ทบทวนเวชระเบียนและสถิติย้อนหลัง สนทนากลุ่มทีมสหวิชาชีพ และประเมินความรู้พยาบาลก่อนพัฒนา ระยะที่ 2 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ นำรูปแบบไปใช้กับมารดาทุกรายตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย ประเมินความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาเมื่อแรกรับและก่อนจำหน่าย (วันที่ 2-3 หลังคลอด) ประเมินความพร้อมในการจำหน่ายในวันจำหน่าย ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับ รพ.สต. และ อสม. และติดตามทางโทรศัพท์ที่ 7 วัน 28 วัน 6 สัปดาห์ และ 3 เดือน หลังจำหน่าย สังเกตและบันทึกผลการปฏิบัติ แล้วสะท้อนผลเพื่อปรับปรุงรูปแบบในวงรอบที่ 2 ระยะที่ 3 ประเมินความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลหลังพัฒนา ตรวจสอบเวชระเบียนเปรียบเทียบกับกลุ่มก่อนพัฒนา และประเมินความพึงพอใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังพัฒนาภายในกลุ่มด้วย paired t test เปรียบเทียบ

Nexus of Thai Health Sciences
Vol. 1 No. 1 January – February 2026

ระหว่างกลุ่มหลังพัฒนาและกลุ่มก่อนพัฒนาด้วย independent t test และเปรียบเทียบผลลัพธ์เชิงหมวดหมู่ด้วย Fisher's exact test เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก ทดสอบการแจกแจงแบบปกติด้วย Shapiro-Wilk test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ($p > .05$) ทดสอบแบบสองทาง และวิเคราะห์ด้วย Wilcoxon signed-rank test และ Mann-Whitney U test ควบคู่เพื่อยืนยันผล กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้คำนึงถึงจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผู้นิพนธ์ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ และความเสี่ยงของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง ให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ กรณีมารดาอายุต่ำกว่า 18 ปี ได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองร่วมด้วย และมารดาให้ความยินยอมด้วยตนเอง (assent) ร่วมด้วย กรณีพบความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของทารก ผู้วิจัยดำเนินการตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 ซึ่งได้แจ้งให้ผู้เข้าร่วมทราบล่วงหน้าในเอกสารชี้แจง ข้อมูลการใช้สารเสพติดถือเป็นความลับ ใช้รหัสแทนชื่อ นำเสนอผลในภาพรวม ไม่เปิดเผยต่อหน่วยงานบังคับใช้กฎหมาย และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่พึงได้รับ

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์การวางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ 14 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.86 อายุเฉลี่ย 38.64 ปี (S.D. = 7.12) ประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 13.21 ปี (S.D. = 6.85) และไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องการดูแลมารดาที่ใช้สารเสพติด ร้อยละ 71.43 มารดากลุ่มหลังพัฒนา 8 ราย อายุเฉลี่ย 21.38 ปี (S.D. = 4.17) เป็นวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 37.50 ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 75.00 ใช้เมทแอมเฟตามีนโดยการสูบ ร้อยละ 87.50 และมีสามีหรือบุคคลในครอบครัวใช้สารเสพติดร่วมด้วย ร้อยละ 62.50 คลอดก่อนกำหนด 2 ราย (ร้อยละ 25.00) และทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม 3 ราย (ร้อยละ 37.50) ส่วนกลุ่มก่อนพัฒนามีอายุเฉลี่ย 22.13 ปี (S.D. = 4.52) ไม่แตกต่างจากกลุ่มหลังพัฒนา ($t(14) = -0.34$, $p = .736$) แต่ด้วยขนาดตัวอย่าง 8 รายต่อกลุ่ม ผลนี้ไม่ใช่หลักฐานว่าทั้งสองกลุ่มเท่าเทียมกัน

1.2 สภาพปัญหาการวางแผนจำหน่ายก่อนการพัฒนา จากการทบทวนเวชระเบียนและการสนทนากลุ่ม พบปัญหาสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ 1) ไม่มีรูปแบบและแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายสำหรับมารดาที่ใช้สารเสพติดเป็นลายลักษณ์อักษร พยาบาลปฏิบัติแตกต่างกันตามประสบการณ์ 2) การประเมินปัญหาไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะด้านจิตใจ ภาวะซึมเศร้า อาการถอนยา และสิ่งแวดล้อมในครอบครัว 3) การสอนก่อนจำหน่ายเน้นการดูแลหลังคลอดทั่วไป ไม่ได้เน้นการป้องกันการเสพซ้ำ การคุมกำเนิด และการดูแลทารกที่มีความเสี่ยง และ 4) ขาดระบบส่งต่อข้อมูลถึง รพ.สต. อสม. และทีมบำบัดยาเสพติดในชุมชน ทำให้มารดาขาดการติดตามต่อเนื่อง กลุ่มก่อนพัฒนามีการบันทึกการวางแผนจำหน่ายครบถ้วนเฉลี่ยเพียง 8.88 จาก 16 รายการ และได้รับการติดตามหลังจำหน่ายเฉลี่ย 1.25 ครั้ง

2. รูปแบบการวางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน

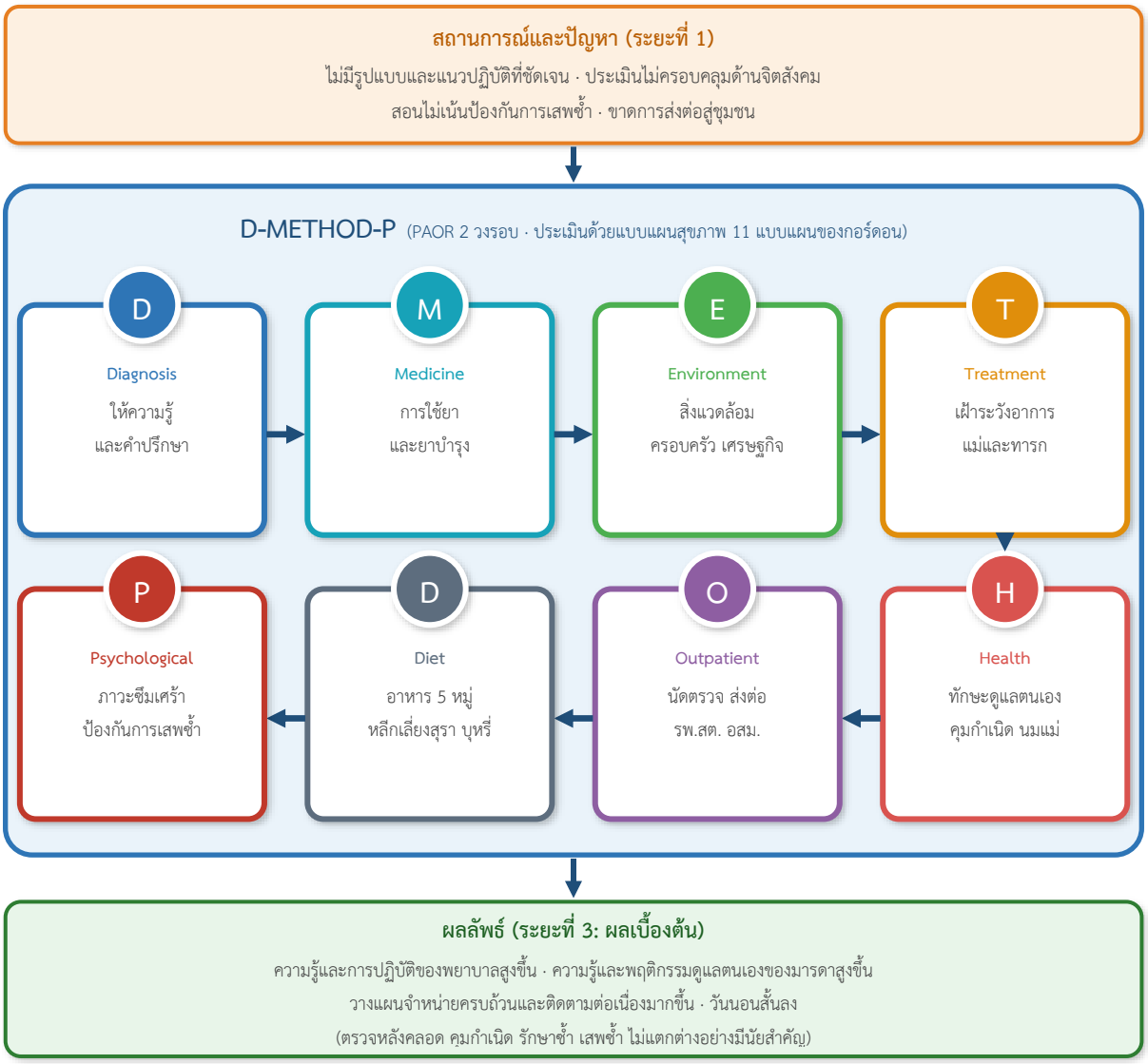
2.1 องค์ประกอบของรูปแบบ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นใช้ชื่อว่า D-METHOD-P ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ดำเนินการตั้งแต่แรกรับที่ห้องคลอดจนถึงการติดตามในชุมชน โดยใช้แบบประเมินตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนเป็นเครื่องมือประเมินปัญหาเมื่อแรกรับ ดังแสดงในตาราง 1 และภาพ 1

ตาราง 1 องค์ประกอบของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน (D-METHOD-P)

องค์ประกอบ	กิจกรรม/เนื้อหา	เครื่องมือที่ใช้	ระยะเวลา	เหตุผลทางวิชาการ
D: Diagnosis	ให้ความรู้เรื่องการคลอด ภาวะแทรกซ้อนจากสารเสพติดต่อมารดาและทารก และให้คำปรึกษารายบุคคลทุกราย	แบบประเมิน 11 แบบแผนสุขภาพ, คู่มือมารดา	30 นาที	แนวคิด D-METHOD[11] และความพร้อมในการจำหน่าย[9]
M: Medicine	แนะนำการใช้ยา ยาบำรุงธาตุเหล็ก การรักษาของแพทย์ และการหลีกเลี่ยงยาที่มีผลต่อการให้นมบุตร	แผ่นพับการใช้ยา	15 นาที	แนวคิด D-METHOD[11]
E: Environment/Economic	ประเมินสิ่งแวดล้อมในบ้าน บุคคลในครอบครัวที่ใช้สารเสพติด แหล่งสนับสนุนทางสังคมและเศรษฐกิจ	แบบประเมินครอบครัว, แผนที่เครือข่าย	20 นาที	WHO[13]
T: Treatment	สอนการเฝ้าระวังอาการผิดปกติหลังคลอดและอาการถอนยาในทารก การดูแลแผลและการมาโรงพยาบาลเมื่อมีอาการผิดปกติ	Checklist อาการผิดปกติ, สื่อภาพ	20 นาที	แนวคิด D-METHOD[11]

องค์ประกอบ	กิจกรรม/เนื้อหา	เครื่องมือที่ใช้	ระยะเวลา	เหตุผลทางวิชาการ
H: Health	ฝึกทักษะการดูแลตนเองหลังคลอด การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การคุมกำเนิด และสร้างแรงจูงใจในการเลิกเสพ	หุ่นสาธิต, คู่มือมารดา	30 นาที/วัน	Weiss และ Piacentine[9,10]
O: Outpatient/ Referral	นัดตรวจหลังคลอดและตรวจทารก ส่งต่อข้อมูลถึง รพ.สต. อสม. และคลินิกบำบัดยาเสพติดติดตามเยี่ยมบ้าน	แบบส่งต่อเยี่ยมบ้าน, กลุ่มไลน์เครือข่าย	15 นาที	WHO[13]
D: Diet	แนะนำอาหารครบ 5 หมู่สำหรับมารดาหลังคลอดและให้นมบุตร หลีกเลี่ยงสุรา บุหรี่ และเครื่องดื่มคาเฟอีน	ตัวอย่างเมนูอาหาร	15 นาที	แนวคิด D-METHOD[11]
P: Psychological	ประเมินภาวะซึมเศร้า อาการทางจิต และอาการถอนยา ให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ และประสานทีม M-CATT	แบบคัดกรอง 2Q/9Q, แบบคัดกรองยาเสพติด	30 นาที	WHO[13]

Nexus of Thai Health Sciences
Vol. 1 No. 1 January – February 2026



ภาพ 1 รูปแบบการวางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน (D-METHOD-P)

2.2 ผลการพัฒนารูปแบบตามวงรอบการพัฒนา วงรอบที่ 1 (กรกฎาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2567) นำรูปแบบฉบับร่างไปใช้กับมารดา 3 ราย พบปัญหาได้แก่ แบบประเมินมีความซ้ำซ้อนและใช้เวลานาน มารดาบางรายจำหน่ายก่อนได้รับการสอนครบ และการส่งต่อข้อมูลสู่ชุมชนล่าช้า ทีมจึงสะท้อนผลและปรับปรุงในวงรอบที่ 2 (มกราคม-มิถุนายน พ.ศ. 2568) โดย 1) ปรับแบบประเมินเป็นแบบตรวจสอบรายการ (checklist) ที่ใช้ร่วมกับเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ 2) กำหนดตารางการสอนรายวันตั้งแต่วันแรกหลังคลอด 3) จัดทำคู่มือและสื่อภาพสำหรับมารดาและญาติ 4) ส่งต่อข้อมูลผ่านระบบเยี่ยมบ้านและกลุ่มไลน์เครือข่าย รพ.สต. ภายใน 24 ชั่วโมงหลังจำหน่าย และ 5) เพิ่มการประสานทีม M-CATT และคลินิกบำบัดยาเสพติดของโรงพยาบาล นำรูปแบบฉบับปรับปรุงไปใช้กับมารดา 5 ราย พบว่าพยาบาลปฏิบัติได้ครบถ้วนและสะดวกขึ้น

3. ผลลัพธ์ของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน

3.1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนา หลังใช้รูปแบบ พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 12.43 (S.D. = 2.44) เป็น

17.71 คะแนน (S.D. = 1.59) (ผลต่างเฉลี่ย 5.29, 95% CI 4.12-6.45, t(13) = 9.81, p < .001) และคะแนนการปฏิบัติตามรูปแบบเพิ่มขึ้นจาก 21.50 (S.D. = 2.88) เป็น 27.36 (S.D. = 1.82) (ผลต่างเฉลี่ย 5.86, 95% CI 4.50-7.21, t(13) = 9.33, p < .001) มารดามีคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนจำหน่ายเพิ่มขึ้นจาก 9.75 (S.D. = 2.19) เป็น 16.50 (S.D. = 1.85) (ผลต่างเฉลี่ย 6.75, 95% CI 5.15-8.35, t(7) = 10.00, p < .001) และคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจาก 48.25 (S.D. = 6.76) เป็น 65.25 (S.D. = 5.09) (ผลต่างเฉลี่ย 17.00, 95% CI 14.14-19.86, t(7) = 14.05, p < .001) (ขนาดอิทธิพล dz = 2.49-4.97 ซึ่งค่อนข้างใหญ่ และเมื่อวิเคราะห์ควบด้วย Wilcoxon signed-rank test ให้ผลสอดคล้องกัน คือ p = .008 ในมารดา และ p < .001 ในพยาบาล) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติของพยาบาล ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดา ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ

ตัวแปร	กลุ่ม	ก่อน		หลัง		ระดับ	$\bar{d}$	95%CI	t (df)	p-value
		$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.					
ความรู้ (คะแนนเต็ม 20)	พยาบาล (n = 14)	12.43	2.44	17.71	1.59	-	5.29	4.12 ถึง 6.45	9.81 (df = 13)	<0.001*
การปฏิบัติตามรูปแบบ (คะแนนเต็ม 30)	พยาบาล (n = 14)	21.50	2.88	27.36	1.82	-	5.86	4.50 ถึง 7.21	9.33 (df = 13)	<0.001*
ความรู้ (คะแนนเต็ม 20)	มารดา (n = 8)	9.75	2.19	16.50	1.85	-	6.75	5.15 ถึง 8.35	10.00 (df = 7)	<0.001*
พฤติกรรมการดูแลตนเอง (คะแนนเต็ม 80)	มารดา (n = 8)	48.25	6.76	65.25	5.09	-	17.00	14.14 ถึง 19.86	14.05 (df = 7)	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

3.2 การเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มหลังพัฒนาและกลุ่มก่อนพัฒนา กลุ่มหลังพัฒนามีคะแนนความครบถ้วนของการวางแผนจำหน่ายสูงกว่ากลุ่มก่อนพัฒนา (14.63, S.D. = 1.06 และ 8.88, S.D. = 1.96; ผลต่าง 5.75, 95% CI 4.06-7.44, t(14) = 7.30, p < .001) คะแนนความครอบคลุมของการประเมิน 11 แบบแผนสุขภาพ (10.13 และ 5.38; ผลต่าง 4.75, 95% CI 3.16-6.34, p < .001) และจำนวนครั้งการติดตามหลังจำหน่ายภายใน 6 สัปดาห์ (3.88 และ 1.25 ครั้ง; ผลต่าง 2.63, 95% CI 1.70-3.55, p < .001) และมีวันนอนโรงพยาบาลสั้นกว่า (3.13 และ 4.38 วัน; ผลต่าง -1.25, 95% CI -2.19 ถึง -0.31, t(14) = -2.85, p = .013) ดังแสดงในตาราง 3 ทั้งนี้ความครบถ้วนของการวางแผนจำหน่ายและจำนวนครั้งการติดตามเป็นตัวชี้วัดกระบวนการที่สอดคล้องกับองค์ประกอบของรูปแบบ ไม่ใช่ผลลัพธ์ทางคลินิก นอกจากนี้ กลุ่มหลังพัฒนามีคะแนนความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเฉลี่ย 8.06 (S.D. = 0.63 จาก 10 คะแนน; 95% CI 7.53-8.59) และความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$

Nexus of Thai Health Sciences
Vol. 1 No. 1 January – February 2026

= 4.51, S.D. = 0.31; 95% CI 4.25-4.77; ผู้ตอบคือมารดากลุ่มหลังพัฒนา 8 ราย)

ตาราง 3 เปรียบเทียบผลลัพธ์การวางแผนจำหน่ายระหว่างกลุ่มหลังพัฒนาและกลุ่มก่อนพัฒนา (n=8 ต่อกลุ่ม)

ตัวแปร	กลุ่มหลังพัฒนา (n = 8)		กลุ่มก่อนพัฒนา (n = 8)		ระดับ	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.					
ความครบถ้วนของการวางแผนจำหน่าย (คะแนนเต็ม 16)	14.63	1.06	8.88	1.96	-	5.75	4.06 ถึง 7.44	7.30	<0.001*
ความครอบคลุมการประเมิน 11 แบบแผน (คะแนนเต็ม 11)	10.13	0.83	5.38	1.92	-	4.75	3.16 ถึง 6.34	6.41	<0.001*
จำนวนครั้งการติดตามภายใน 6 สัปดาห์ (ครั้ง)	3.88	0.83	1.25	0.89	-	2.63	1.70 ถึง 3.55	6.10	<0.001*
วันนอนโรงพยาบาลของมารดา (วัน)	3.13	0.64	4.38	1.06	-	-1.25	-2.19 ถึง -0.31	-2.85	0.013*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

3.3 ผลลัพธ์ทางคลินิกหลังจำหน่าย กลุ่มหลังพัฒนามารับการตรวจหลังคลอดภายใน 6 สัปดาห์ 8 จาก 8 ราย (ร้อยละ 100.00) เทียบกับ 4 จาก 8 ราย (ร้อยละ 50.00) ในกลุ่มก่อนพัฒนา (p = .077) ได้รับการคุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวร 7 จาก 8 ราย (ร้อยละ 87.50) และ 3 จาก 8 ราย (ร้อยละ 37.50) (p = .119) ไม่พบการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน (0 จาก 8 ราย) เทียบกับ 2 จาก 8 ราย (ร้อยละ 25.00) ในกลุ่มก่อนพัฒนา (p = .467) และการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำภายใน 3 เดือนเท่ากับ 2 จาก 8 ราย (ร้อยละ 25.00) เทียบกับ 5 จาก 8 ราย (ร้อยละ 62.50) (p = .315) ทุกตัวชี้วัดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และช่วงความเชื่อมั่นกว้างมาก (เช่น ผลต่างการกลับไปใช้ซ้ำ -37.50 จุดร้อยละ) จึงไม่สามารถสรุปความแตกต่างหรือแนวโน้มได้จากกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกหลังจำหน่ายระหว่างกลุ่มหลังพัฒนาและกลุ่มก่อนพัฒนา

ผลลัพธ์	กลุ่มหลังพัฒนา n/N (ร้อยละ)	กลุ่มก่อนพัฒนา n/N (ร้อยละ)	การทดสอบ	p-value
มารับการตรวจหลังคลอดภายใน 6 สัปดาห์	8/8 (100.00)	4/8 (50.00)	Fisher's exact	0.077
ได้รับการคุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวร	7/8 (87.50)	3/8 (37.50)	Fisher's exact	0.119
กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน	0/8 (0.00)	2/8 (25.00)	Fisher's exact	0.467
กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำภายใน 3 เดือน	2/8 (25.00)	5/8 (62.50)	Fisher's exact	0.315

Nexus of Thai Health Sciences
Vol. 1 No. 1 January – February 2026

อภิปรายผล

สถานการณ์ก่อนการพัฒนาพบว่าการวางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอดที่ใช้เมทแอมเฟตามีนไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน การประเมินไม่ครอบคลุมด้านจิตสังคม และขาดการเชื่อมต่อกับชุมชน สอดคล้องกับลักษณะของมารดากลุ่มนี้ที่มักฝากครรภ์ไม่ครบ อายุน้อย และมีบุคคลในครอบครัวใช้สารเสพติด ทำให้มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทั้งมารดาและทารก[5,7] การวางแผนจำหน่ายแบบเดิมที่เน้นการสอนการดูแลหลังคลอดทั่วไปจึงไม่เพียงพอต่อความต้องการที่ซับซ้อนของมารดากลุ่มนี้ ซึ่งองค์การอนามัยโลกแนะนำให้มีการคัดกรอง ให้คำปรึกษา และส่งต่อการบำบัดอย่างเป็นระบบ[13]

รูปแบบ D-METHOD-P ที่พัฒนาขึ้นเกิดจากการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพผ่านกระบวนการ PAOR 2 วงรอบ ทำให้รูปแบบเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนและสามารถปฏิบัติได้จริง ตามแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เน้นการสะท้อนผลและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง[14] การเพิ่มองค์ประกอบด้านสุขภาพจิต (P) ทำให้ครอบคลุมการคัดกรองภาวะซึมเศร้า อาการถอนยา และการป้องกันการเสพซ้ำ ขณะที่การใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนช่วยให้ประเมินปัญหาได้ครอบคลุมทุกมิติ[12] ซึ่งสัมพันธ์กับคะแนนความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลที่เพิ่มขึ้น (ไม่สามารถสรุปเชิงเหตุผลได้เนื่องจากเป็นกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง)

หลังใช้รูปแบบ มารดามีความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความพร้อมในการจำหน่ายสูงขึ้น อธิบายได้ตามแนวคิดของ Weiss และ Piacentine ที่ว่าคุณภาพของการสอนก่อนจำหน่ายทั้งด้านเนื้อหาและวิธีการสอนส่งผลต่อความพร้อมในการจำหน่ายและผลลัพธ์หลังจำหน่าย[9,10] การสอนรายวันร่วมกับการฝึกทักษะและสื่อภาพทำให้มารดาเข้าใจและปฏิบัติได้ ประกอบกับการส่งต่อข้อมูลถึง รพ.สต. อสม. และคลินิกบำบัด ทำให้มารดาได้รับการติดตามต่อเนื่อง มารับการตรวจหลังคลอดครบทุกราย แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญ และไม่สามารถสรุปผลต่อการเสพซ้ำและการกลับมารักษาซ้ำได้

ข้อจำกัดของการวิจัยนี้ ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก กลุ่มเปรียบเทียบเป็นข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน และวัดด้วยเครื่องมือต่างกัน ไม่ปกปิดผู้ประเมินและผู้วิจัยเป็นผู้ให้การแทรกแซง รวมฉบับร่างและฉบับปรับปรุงเข้าด้วยกัน และระยะเวลาติดตามเพียง 3 เดือน จึงควรแปลผลด้วยความระมัดระวัง

สรุปผลการวิจัย

รูปแบบการวางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน D-METHOD-P ที่พัฒนาขึ้นผ่านการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ หลังใช้รูปแบบ พยาบาลมีคะแนนความรู้และการปฏิบัติสูงขึ้น มารดามีคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้นในช่วงก่อนจำหน่าย กลุ่มหลังพัฒนามีการวางแผนจำหน่ายครบถ้วนและได้รับการติดตามต่อเนื่องถึงชุมชนมากขึ้น และมีวันนอนโรงพยาบาลสั้นกว่ากลุ่มก่อนพัฒนาที่เป็นข้อมูลย้อนหลัง ส่วนการตรวจหลังคลอด การคุมกำเนิด การกลับมารักษาซ้ำ และการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ผลทั้งหมดเป็นผลเบื้องต้นจากกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ควรนำรูปแบบ D-METHOD-P ไปใช้เป็นแนวปฏิบัติของห้องคลอดและหอผู้ป่วยหลังคลอด โดยเริ่มตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ อบรมพยาบาลใน รพ.สต. เพื่อขยายผลสู่เครือข่ายบริการในพื้นที่ และทบทวนตัวชี้วัดเป็นระยะ

Nexus of Thai Health Sciences
Vol. 1 No. 1 January – February 2026

ร่วมกับทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติดในครอบครัวและชุมชน

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้นหรือหลายโรงพยาบาลในจังหวัด ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองที่มีกลุ่มควบคุมไปข้างหน้า และติดตามผลระยะยาว 6-12 เดือน ทั้งด้านการเสพซ้ำ การตั้งครรภ์ซ้ำ และพัฒนาการของทารก

กิตติกรรมประกาศ

ผู้นิพนธ์ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลนามน หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ทีมสหวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ห้องคลอดและหอผู้ป่วยหลังคลอด เครือข่าย รพ.สต. และ อสม. อำเภอนามนตลอดจนมารดาหลังคลอดทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ งานวิจัยนี้ไม่ได้รับทุนสนับสนุน และผู้นิพนธ์ไม่มีความขัดแย้งทางผลประโยชน์

การเปิดเผยการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI Disclosure)

ผู้เขียนใช้เครื่องมือปัญญาประดิษฐ์ (Claude, Anthropic) เพื่อช่วยสืบค้นแหล่งข้อมูลและเอกสารอ้างอิงทางวิชาการ ผู้เขียนได้ตรวจสอบความถูกต้องของแหล่งอ้างอิงทุกรายการด้วยตนเองก่อนนำมาใช้ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูล การตีความผล และการอภิปรายผลเป็นผลงานของผู้เขียนทั้งหมด ปัญญาประดิษฐ์ไม่ได้มีส่วนร่วมในฐานะผู้เขียนร่วม

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2024 [Internet]. Vienna: UNODC; 2024 [cited 2025 Sep 1]. Available from: https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2024.html
2. Office of the Narcotics Control Board. Thailand narcotics control annual report 2023. Bangkok: ONCB; 2023. (in Thai)
3. Wright TE, Schuetter R, Tellei J, Sauvage L. Methamphetamines and pregnancy outcomes. J Addict Med. 2015;9(2):111-7.
4. Ladhani NN, Shah PS, Murphy KE. Prenatal amphetamine exposure and birth outcomes: a systematic review and meta-analysis. Am J Obstet Gynecol. 2011;205(3):219.e1-7.
5. Chaiwiraphandet J, Kanchanabat S. Prenatal methamphetamine exposure and neonatal outcomes. Vajira Medical Journal. 2016;60(1):53-64. (in Thai)
6. Chomchai C, Na Manorom N, Watanarungsan P, Yossuck P, Chomchai S. Methamphetamine abuse during pregnancy and its health impact on neonates born at Siriraj Hospital, Bangkok, Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2004;35(1):228-31.
7. Premchit S, Orungrote N, Prommas S, Smanchat B, Bhamarapravatana K, Suwannarurk K. Maternal and neonatal complications of methamphetamine use during pregnancy. Obstet Gynecol Int. 2021;2021:8814168.

8. Namon Hospital. Annual report of maternal and child health services, Namon Hospital, Kalasin Province, fiscal years 2021-2023. Kalasin: Namon Hospital; 2023. (in Thai)
9. Weiss ME, Piacentine LB. Psychometric properties of the Readiness for Hospital Discharge Scale. J Nurs Meas. 2006;14(3):163-80.
10. Weiss ME, Piacentine LB, Lokken L, Ancona J, Archer J, Gresser S, et al. Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients. Clin Nurse Spec. 2007;21(1):31-42.
11. Ritklar L. Results of discharge planning by using D-METHOD on re-admission and satisfaction in patients with coronary artery disease. Thammasat Univ Hosp J Online. 2018;3(3):19-27. (in Thai)
12. Gordon M. Manual of nursing diagnosis. 12th ed. Sudbury (MA): Jones and Bartlett; 2010.
13. World Health Organization. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Geneva: WHO; 2014.
14. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Geelong: Deakin University Press; 1988.
15. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.

Nexus of Thai Health Sciences
วารสารบูรณาการวิทยาศาสตร์สุขภาพไทย (NTHS)

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1
มกราคม – กุมภาพันธ์ 2569

เชิญชวนส่งบทความ

CALL FOR PAPERS

วารสารบูรณาการวิทยาศาสตร์สุขภาพไทย เปิดรับบทความจากนักวิจัย นักวิชาการ บุคลากรสาธารณสุข และผู้กำหนดนโยบาย ที่มุ่งพัฒนาระบบสุขภาพไทยในระดับระบบและนโยบาย ด้วยแนวทางสหวิชาชีพ บทความต้องไม่เคยตีพิมพ์และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาของวารสารอื่น

ขอบเขตของวารสาร SCOPE

- การวิจัยระบบสุขภาพและนโยบายสุขภาพ
- การปฏิบัติงานแบบสหวิชาชีพและสหสาขา
- สาธารณสุขและการส่งเสริมสุขภาพ
- ดิจิทัลเฮลท์และสารสนเทศสุขภาพ
- อนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย
- การศึกษาและกำลังคนด้านสุขภาพ
- ปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ
- เศรษฐศาสตร์สุขภาพและการจัดสรรทรัพยากร
- ระบาดวิทยาและการเฝ้าระวังโรค

ประเภทบทความ ARTICLE TYPES

01 บทความวิจัยต้นฉบับ
Original Research Article

02 บทความวิชาการ
Academic Article

03 บทความปริทัศน์
Review Article

04 บทความวิเคราะห์นโยบาย
Policy Analysis Article

ความยาวไม่เกิน 15 หน้า A4 รวมตาราง ภาพ และเอกสารอ้างอิง

รอบการเผยแพร่ ปีละ 6 ฉบับ (ราย 2 เดือน) PUBLICATION SCHEDULE

ม.ค. – ก.พ.	มี.ค. – เม.ย.	พ.ค. – มิ.ย.	ก.ค. – ส.ค.	ก.ย. – ต.ค.	พ.ย. – ธ.ค.
Jan – Feb	Mar – Apr	May – Jun	Jul – Aug	Sep – Oct	Nov – Dec

ขั้นตอนการส่งบทความ SUBMISSION PROCESS

01 ส่งบทความ
ลงทะเบียนและส่งผ่านระบบออนไลน์ตามแม่แบบของวารสาร

02 ตรวจสอบเบื้องต้น
กองบรรณาธิการตรวจขอบเขตและรูปแบบต้นฉบับ

03 Peer review
ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านขึ้นไป แบบ double-blind

04 ตอบรับ เผยแพร่
ชำระค่าธรรมเนียม และเผยแพร่แบบ Open Access

ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ APC

ภาษาไทย 4,500 บาท

ภาษาอังกฤษ 6,500 บาท

เรียกเก็บหลังตอบรับบทความเท่านั้น

มาตรฐานและจริยธรรม PUBLICATION ETHICS

ยึดแนวปฏิบัติ COPE งานวิจัยในมนุษย์ต้องผ่านการรับรองจริยธรรม ตามปฏิญญาเฮลซิงกิ

ติดต่อวารสาร CONTACT

E-mail: fetp1yr@gmail.com
บริษัทคีย์ดาต้า จำกัด
Key Data Company Limited

NEXUS OF THAI HEALTH SCIENCES

วารสารบูรณาการวิทยาศาสตร์สุขภาพไทย

INTEGRATED HEALTH SYSTEM & POLICY RESEARCH

วารสารวิชาการแบบ open access ที่มุ่งเผยแพร่ผลงานวิจัยในระดับระบบและนโยบายสุขภาพ เน้นแนวทางสหวิชาชีพ และการบูรณาการองค์ความรู้ข้ามสาขา เพื่อการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพของประเทศไทยอย่างยั่งยืน

A peer-reviewed, open-access journal for systems-level and policy-oriented health sciences research in Thailand.

3+	OA	6	TH|EN
Double-blind	**Open Access**	**Bimonthly**	**Bilingual**
ผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 3 ท่าน	อ่านได้ฟรีทุกบทความ	ปีละ 6 ฉบับ ราย 2 เดือน	ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ขอบเขตของวารสาร | SCOPE

- การวิจัยระบบสุขภาพและนโยบายสุขภาพ
- การปฏิบัติงานแบบสหวิชาชีพ
- สาธารณสุขและการส่งเสริมสุขภาพ
- ดิจิทัลเฮลท์และสารสนเทศสุขภาพ
- อนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย
- การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ
- ปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ
- เศรษฐศาสตร์สุขภาพ
- ระบาดวิทยาและการเฝ้าระวังโรค

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม – กุมภาพันธ์ 2569 | Vol. 1 No. 1 Jan – Feb 2026

ผู้จัดพิมพ์ บริษัทคีย์ดาต้า จำกัด

PUBLISHER: KEY DATA COMPANY LIMITED

E-mail: fetp1yr@gmail.com

ISSN 3125-9642 (Online)

ISSN 3125-9642

9 773125 964007